

AFSSET

Convention EST-2007-54

Organisations de médecins de ville et santé
environnement :
un phénomène émergent

Danielle Salomon

30 Juin 2009

Table des matières

Table des matières	2
Résumé	7
Introduction	10
<i>Problématique.....</i>	<i>10</i>
<i>Réalisation de la recherche</i>	<i>11</i>
<i>Les terrains étudiés.....</i>	<i>13</i>
Les URML.....	13
Les mouvements organisés en réaction à un incinérateur	15
Les associations dédiées à la santé et l'environnement.....	15
<i>Méthodologies</i>	<i>17</i>
Recueil de données.....	17
Analyse.....	18
<i>Présentation du rapport.....</i>	<i>18</i>
Chapitre 1 : les URML et la santé environnementale	19
<i>Les URML.....</i>	<i>19</i>
L'URMEL du Nord-Pas-de-Calais	21
1. L'origine ou les objectifs de la création du mouvement ou de l'action.....	21
2. Des actions de santé publique	21
3. Le type d'actions entreprises : une étude d'imprégnation.....	21
4. Les alliances	23
5. Les difficultés	23
L'URML de Haute-Normandie	24
1. L'origine	24
2. Sensibilisation et actions concrètes.....	24
3. Les alliances	25
4. Les difficultés	25
L'URML Ile de France	25
1. Constitution d'un groupe de travail.....	26
2. Les actions concrètes.....	27
3. Les difficultés	27
Un engagement lié à un enjeu	28

Chapitre 2 : les organisations associatives	30
<i>Des médecins contre l'incinération</i>	30
L'Association des Médecins Indépendants pour l'Environnement et la Santé publique (AMIES).....	30
1. L'origine de la mobilisation	30
2. Les actions menées.....	31
3. Les alliances	33
4. Les difficultés	33
Clermont-Ferrand	34
1. L'origine de la mobilisation des médecins	34
2. Les actions menées.....	34
3. Les alliances	35
<i>Les associations généralistes.....</i>	37
Santé Environnement Rhône-Alpes : SERA	38
1. Les actions.....	38
2. Les alliances	40
3. Les difficultés	40
L'Association Santé Environnement Provence ASEP (étendue par la suite à la France, ASEF).....	40
1. Les actions.....	41
2. Les alliances	42
<i>La constitution de deux configurations principales.....</i>	43
Chapitre 3 : la constitution politique des organisations de médecins dans le champ de la santé environnementale	45
<i>Des ressources individuelles</i>	45
<i>Des ressources professionnelles diffuses</i>	46
<i>Les actions collectives</i>	47
Les enjeux et les objectifs des organisations.....	47
Les modalités d'action	49
Chapitre 4 : De la santé environnementale à la santé au cœur de l'environnement	52
<i>L'origine et les engagements des praticiens</i>	52
<i>Les experts</i>	56

Une coopération experts – médecins positive pour tous	58
Des experts ayant bâtis des convictions à partir de leurs travaux	60
<i>La formation : un enjeu central</i>	62
Chapitre 5 : Des paradigmes en concurrence, un référentiel commun	64
<i>Des référentiels et paradigmes concurrents</i>	65
Un modèle dominant omniprésent	66
Science stricte et science socialisée	67
Place au doute.....	68
Paradigme et référentiel scientifiques	72
Hypothèse ou déviance ?.....	73
Science et médecine	74
Evidence-based-medicine et médecine praticienne.....	76
Les médecines alternatives.....	78
Un déficit de (re-)connaissances malgré un recours très répandu.....	79
Des paradigmes conflictuels ou concurrents ?	80
Un phénomène social	81
Vitalisme pas mort ?.....	82
Médecine traditionnelle et principes scientifiques	84
L'homéopathie.....	84
L'acupuncture	87
Les idées forgent l'action	88
Chapitre 6 : contexte et difficultés de mise en place de la formation des médecins	90
<i>Des enjeux et des objectifs qui portent sur plusieurs niveaux</i>	91
<i>L'hétérogénéité de la profession</i>	92
<i>Un champ abyssal à couvrir et en évolution constante</i>	93
<i>De nombreuses difficultés opérationnelles</i>	94
<i>Médecine environnementale ou connaissances en santé et environnement ?</i>	97
Conclusion	98
<i>Une forte « dépendance au sentier »</i>	98
<i>Sciences et médecines</i>	100
<i>La constitution de la santé au cœur de l'environnement reste fragile</i>	101

Bibliographie.....103

Résumé

L'étude de différentes formes d'engagement collectif de médecins praticiens apporte plusieurs enseignements.

Il faut un événement ou un enjeu important pour s'engager dans une forme d'action qui demande beaucoup d'efforts : pour constituer des savoirs, engager et réaliser des actions, obtenir le soutien des confrères, bénéficier d'un écho médiatique, etc. Cet effort est d'autant plus important à fournir que le nombre de médecins impliqués reste faible, malgré un soutien grandissant parmi les collègues. En effet, la pression médiatique, la curiosité, l'actualité, les questions des patients amènent de plus en plus d'interrogations parmi les praticiens.

Trois formes principales ont été étudiées : l'engagement d'Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML), des collectifs ou associations créés autour d'incinérateurs, des associations ou réseaux dédiés à la santé et l'environnement.

Compte tenu des enjeux politiques en négociation et en évolution, les premières ont une forme d'implication minimale. L'URML doit rester en droite ligne des missions principales et respecter des équilibres politiques, la santé environnementale constituant pour le moment un enjeu mineur. Cela devient possible au travers d'actions très concrètes et positives dès lors que celles-ci bénéficient à l'ensemble de la structure, améliorent ses relations avec ses partenaires et renforcent son image.

Les associations formées autour d'incinérateurs ont une vie qui lui est liée : tant que l'incinérateur se maintient, l'association aussi ; elles essaient même auprès des collègues confrontés à des situations analogues, aidées en cela par les associations spécialisées sur les déchets. Là encore les actions sont concrètes : étude d'imprégnation, suivie de consommations médicamenteuses, etc. Ces mouvements se constituent en réseau et ont été à l'origine de la création de la Coordination Médicale en Santé Environnement (CNMSE).

Les associations et les réseaux généralistes en santé environnement se distinguent et ont formé deux configurations : l'une centrée exclusivement autour des médecins et d'actions concrètes concernant l'exposition des personnes (imprégnation aux PCB, air dans les crèches, etc) ; l'autre, qui s'est ouverte aux médecins, scientifiques, associatifs, citoyens éclairés et qui privilégie l'action en réseau, de nature critique ou portant sur des sujets à entrée plutôt scientifique (Bisphénol A ; pesticides, cosmétiques, etc).

La première tire sa légitimité de la combinaison de trois niveaux de ressources : individuelle, liée à la compétence en matière de santé du médecin, professionnelle, tirée de la figure du médecin gardien de la santé et collective, résultant des actions des associations souvent médiatisées. Mais, le type d'action et de positionnement doit rester d'ordre médical, puisque cela en constitue le fondement, mais ce faisant également une limite. En effet, s'en écarter c'est courir le risque de perdre le soutien de la majorité des praticiens qui ne se reconnaît pas dans un registre militant. C'est la force et la spécificité de cette première configuration par rapport à la seconde, moins visible.

Pour autant, toutes les associations sont liées dans une coopération avec les mêmes scientifiques critiques du modèle dominant de la science « scientisante » qui s'est imposé au cœur des dispositifs institutionnels. En outre, ils se rejoignent sur certains thèmes sur lesquels la controverse sociale est forte (ondes électromagnétiques, OGM, etc).

Se forme une coalition entre des acteurs qui véhiculent une critique agissant à trois niveaux différents :

- une critique du paradigme dominant qui porte sur le statut du doute, de l'hypothèse ou de la preuve, l'un ne considérant que la confirmation définitive comme acceptable pour stabiliser son champ ; l'autre revendiquant, du fait d'un grand nombre « d'énigmes » ou « d'anomalies » inexplicables mais observées (croissance de pathologies chroniques, graves, invalidantes ou « empoisonnantes »), une place différente au doute et à l'hypothèse afin d'en intégrer les conséquences néfastes possibles avant démonstration, au bénéfice de la santé des personnes et rejoignant une définition ancienne de la posture du scientifique ouvert aux nouvelles questions.
- Une critique endogène à la médecine, de la science et de son approche statistique pour revendiquer de soigner des personnes par la mise au point et l'application de savoirs pratiques tirés de l'expérience et de l'interaction immédiate avec le patient.
- A un troisième niveau, peu visible, une critique de l'évidence-based-medicine et de la médecine allopathique par des médecines à exercice particulier, complémentaires, souvent de nature holistique et qui rencontre un public grandissant (un tiers à 40 % des personnes y ont recours), justement parce que ces pratiques portent sur ce qui n'est pas pris en charge par la médecine traditionnelle, qu'il s'agisse de symptômes répandus en population générale ou d'éléments de qualité de vie, mais qui sont de plus en plus revendiqués par les patients. Pour autant, le phénomène est peu connu voire nié, ce qui oblitère pour le moment la possibilité de disposer de meilleures connaissances sur ce phénomène social.

Tous les mouvements ont fait le même constat : l'absence de connaissances chez les médecins et la nécessité de mettre au point des savoirs spécifiques pour les professionnels de santé.

En effet, les connaissances existantes sont de nature scientifique et très peu sont médicales ou très spécialisées. Les médecins ignorent les sources, les disciplines, les sujets. Les thèmes susceptibles de les intéresser sont extrêmement nombreux et surtout, la nature des savoirs est à adapter en les complétant par des éléments pratiques à mettre en œuvre au cours d'une consultation : questionnaire, conseils, recommandations, traitements adaptés, etc.

De plus la diversité de leur positionnement aussi bien que de leur spécialité impliquent de respecter les différents savoirs produits aussi bien que les incertitudes ou que les évolutions qui ne cessent de compléter le champ.

La tâche est énorme, mais certains ont commencé à s'y atteler, soit sous la forme de diplômes interuniversitaires, bien qu'en concurrence entre tenants d'un savoir institutionnalisé et critique, et sous la forme d'enseignements et de formations très pratiques liées à des cas cliniques. Ces expériences sont peu nombreuses mais montrent que le champ est en train de

se structurer, bien qu'avec des protagonistes en conflit sur certains points. L'on peut noter l'absence complète des acteurs publics et autorités sanitaires autour de cette problématique, malgré les recommandations du Plan National Santé Environnement.

Introduction

Le projet de recherche porte sur les professionnels de santé et la santé environnement¹. Il procédait d'un double constat empirique : celui de la manifestation fréquente de praticiens aux côtés des riverains, dans le cadre de mouvements ou de contestations liées à l'environnement et de l'écho particulier que les médias leur consacrent dans ces circonstances. Celui ensuite, plus appuyé dans la période récente, de l'organisation de professionnels de santé soit en collectifs, soit en associations, soit autour d'actions concrètes. Leur engagement s'exprime dans ces cas-là, à partir d'un événement donné (souvent l'implantation ou les dysfonctionnements d'un incinérateur), ou plus généralement s'affirment d'emblée comme s'intéressant à la santé et l'environnement.

Problématique

L'expression de ces cliniciens ne passe pas inaperçue, le relais médiatique est en général important : qu'il s'agisse d'un médecin dans le cadre d'une mobilisation, du collectif qui s'est manifesté autour de l'incinérateur de Clermont-Ferrand, du groupe de médecins qui s'est imposé dans le Grenelle de l'environnement ou de l'association d'origine provençale l'Association Santé Environnement Provence. L'on notera également que leurs interventions sont associées ou soutenues ou se font en écho à celles de quelques experts qui se sont positionnés soit sur un thème, soit sur plusieurs de la santé et de l'environnement.

Enfin, un autre facteur notable et caractéristique de la présence des médecins dans ce champ est à expliquer : leur implication se justifie parce qu'ils sont médecins et ils le font en tant que tels. En cela, ils affirment leur attachement à ce qui fonde leur métier (qui est à expliciter) et en tire d'ailleurs leur légitimité à agir ; mais leur intervention est de nature critique et porte autant sur les carences des autorités à protéger la santé des populations des activités industrielles que sur la façon dont la santé est abordée ou définie.

De ces constats, procèdent quelques questions qui guideront le présent rapport :

- les raisons de leur émergence dans ce champ et de leur crédibilité,
- les différentes motivations de l'engagement des médecins sur ce thème, et elles sont diverses,
- le lien entre l'engagement individuel du médecin et de l'action collective au travers d'organisations, alors même que les objectifs et les modalités d'action en sont très différents,
- les liens entre médecins et experts qui se manifestent également sur ces thèmes
- et enfin comment peut s'articuler une posture à la fois critique mais fidèle au « dogme » de la médecine sur lequel nous reviendrons plus loin

¹ Dans ce texte, nous utiliserons sans distinction, les expressions de santé environnement, santé environnementale et santé et environnement.

Si l'interaction entre le médecin et son patient, le fameux « colloque singulier », est supposée être secrète, en réalité se déploie une relation à trois partenaires : l'Etat, le médecin et le patient, chacun jouant un rôle et capable de modifier progressivement l'état des relations deux à deux, voire trois à trois.

La santé environnement n'échappe pas à cette règle. Les mouvements de médecins sont plus visibles au niveau de leur action collective, mais elle se joue dans la relation individuelle, autant par les questions ou les affirmations faites par les patients que par les réponses, les interrogatoires menés par les praticiens ou encore par les conseils ou les traitements qu'ils préconisent. Se préoccuper de ces sujets c'est également endosser des rôles de santé publique, d'éducation, de prévention qui sont prônés par les autorités.

Cependant, ces actions restent minoritaires, la majorité des médecins veulent exercer sereinement leur métier et ne pas s'engager dans des mouvements associatifs qu'ils craignent à plus d'un titre : se faire enrôler, ternir l'image professionnelle et sociale, de nature technique ou empathique qui est la leur, mettre en péril leur carrière ou leur patientèle. Ce phénomène caractérise profondément l'engagement des médecins, même dans la santé environnementale : celui-ci est fondé et justifié par leur métier, la santé des patients, dont ils se font les « gardiens » au travers de cette problématique. Ainsi, l'implication dans la santé environnementale est une modalité par laquelle ils revalorisent leur profession, ils incarnent leur métier et en font un facteur identitaire. Aussi, et ce point est déterminant, leurs actions sont pour la grande majorité d'ordre médical et elles ce faisant, sont limitées par ce choix même.

Réalisation de la recherche

Un certain nombre d'études de cas avaient été envisagées à partir des situations existantes au moment de l'élaboration du projet. Comme pour toute recherche, menée en particulier sur un champ nouveau, les hypothèses ou les constructions de départ qui ont pour intérêt principal de fournir un cadre initial aux investigations et aux réflexions, ont des chances de varier et de s'adapter en cours de route. Ce qui est à notre portée n'est pas toujours ce que l'on envisage initialement et à distance, des difficultés inanticipées peuvent surgir, de nouvelles bifurcations s'offrir comme des perspectives intéressantes, le foisonnement des données ou des dimensions à creuser plus fournies que l'on pouvait les imaginer. C'est un ensemble de ces facteurs qui a pu caractériser la recherche menée.

Le premier facteur sous-estimé tient, -et il faut le conserver en mémoire, car il s'agit d'une caractéristique du métier et du contexte du médecin-, à un agenda très chargé, au cœur duquel le patient détient une priorité. En outre, les médecins sont solitaires et non interchangeable même lorsqu'ils pratiquent dans des cabinets de groupe ou s'investissent dans des associations. Chacun le fait en effet à partir de ses intérêts, de sa spécialité ou de sa pratique. Si les praticiens choisissent de s'investir au-delà de leurs pratiques professionnelles, ils n'y sont pas obligés. Ils y trouvent donc une « rétribution »², une gratification qu'ils se choisissent mais ils sont libres et autonomes dans leur choix et l'allocation de leur temps. Ainsi, il n'a pas toujours été possible de trouver des moments pour des entretiens, de maintenir ou de remplacer des rendez-vous prévus. Il

² S. Ollitrault, *Les écologistes français, des experts en action*, *RFSP*, vol 51, n° 1-2 février – avril 2001, p 105 – 130.

a fallu quelque fois se contenter d'entretiens tronqués ou réalisés par téléphone. Cependant la forte médiatisation dont les médecins les plus en vue bénéficient, le fait que chaque organisation ait et entretienne de façon très assidue et quelque fois interactive son site Internet, l'existence d'une télévision sur Internet spécialisée sur l'environnement³ ait vu le jour, ont permis de compléter les entretiens manquants par des propos tenus dans des émissions, des colloques, des médias divers, des auditions publiques, etc.

Le second facteur tient à la mouvance et la croissance du phénomène. En cours de route, au travers des entretiens, « l'enquête » (il y a toujours un aspect comparable à une investigation policière) ouvre de nouvelles voies, offre de nouvelles perspectives ou de nouveaux acteurs, certaines innovations sont en cours et les délais impartis ne permettent pas toujours d'approfondir les nouvelles pistes comme le chercheur le souhaiterait. Il y a donc toujours des éléments d'insatisfaction et des directions complémentaires à analyser. L'aspect de la formation était apparue dès le démarrage comme cruciale dans la constitution de cet espace commun à la santé et l'environnement. Là encore, si la recherche confirme pleinement l'enjeu et l'importance que l'enseignement et la formation revêtent pour l'ensemble des acteurs, la complexité du sujet est congruente avec celle des problématiques et des dimensions de cet objet de recherche.

Le troisième facteur tient à la complexité des motivations ainsi que des formes d'engagement et d'action des médecins. Nous avons envisagé pour être schématique deux grandes entrées théoriques à ce travail : celle de la profession médicale et de la relation avec les savoirs ; ainsi que celle de l'action collective notamment pour aborder et analyser les stratégies mises en œuvre, la constitution de zones de pouvoirs ou d'influence.

Si l'affrontement et les controverses dus aux incertitudes et aux rôles du lanceur d'alerte, apparents dès l'élaboration du projet et se voient confirmer, il s'avère que d'autres dimensions conceptuelles sont à mobiliser ou même à substituer à celles qui ont été mises en avant. Ainsi la question du caractère hybride du médecin, entre savoirs institutionnels et approche de la personne et de la maladie implique d'autres réflexions que celles, déjà classiques de la traduction opérée par la profession, entre positions sociales et différents types de savoirs. Se trouvent questionnées les notions de paradigmes, au sens de T. Kuhn⁴, de leur élaboration comme de leur changement, mais également de leur mise en défi ou leur négation ou contournement. Ceux-ci peuvent renvoyer à des conflits anciens entre le paradigme dominant de l'évidence-base médecine par exemple et d'anciens paradigmes que l'on pouvait croire oubliés (comme le vitalisme) qui se fondent avec les pratiques alternatives ou traditionnelles de la médecine et de la prise en charge du patient. En fait, la santé et l'environnement oblige de soulever un coin du voile totalement mis de côté au point de faire l'objet d'un déni si l'on en juge par la carence des travaux français jusqu'à présent, des médecines complémentaires, holistiques, fondées sur des mécanismes totalement étrangers à ceux que mobilisent la science de laboratoire. Pourtant certaines de ces pratiques sont officiellement reconnues par l'université d'Etat (par exemple Paris XIII – Bobigny offre des diplômes interuniversitaires d'homéopathie et d'acupuncture), par les circuits officiels

³ <http://www.terre.tv> Cette télévision en ligne fournit un très grand nombre de reportages, entretiens de différentes durées, d'acteurs s'intéressant à l'environnement et la santé environnementale.

⁴ Thomas Kuhn, *La structure des révolutions scientifiques*, Champs Sciences Flammarion, Paris, 2008.

de vente de médicaments (homéopathie), sont encouragées par l'OMS en complément des thérapies allopathiques classiques. Surtout leur recours est en augmentation constante parmi les Français, mais l'on en sait très peu de choses.

Deux autres thèmes, exigeraient des travaux complémentaires à ceux qui ont été envisagés et réalisés, et n'ont été qu'effleurés dans la présente recherche mais seraient intéressants à compléter : le premier a trait à l'émergence, la définition, la stabilisation ou la difficile institutionnalisation de la catégorie de la santé environnement (santé environnementale, santé et environnement sont autant de sémiologies possibles) et la contribution des professionnels de santé. Le second tient à l'engagement des médecins sur ces thèmes et à leurs trajectoires qui peuvent en être explicatives. Cela fournirait la base d'une intéressante base autorisant de surcroît des comparaisons avec d'autres formes d'engagement ou de militantismes pour lesquelles des travaux existent.

Enfin, reste une problématique qui exigerait un véritable travail ethnographique, du lien, des interactions pouvant exister entre les formes d'action collectives, qui sont au fond ce qui était l'objet premier et principal de cette recherche, et les traductions qu'elles prennent dans l'exercice quotidien du médecin, dans le colloque singulier du praticien et de son patient, dans son univers concret de contraintes.

Ces différentes dimensions seront abordées avec plus ou moins d'épaisseur dans le corps du texte.

Les terrains étudiés

L'objectif était d'étudier différentes formes d'organisation de professionnels de santé.

Les URML

Une première forme est liée à des Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML) qui sous plusieurs modalités organisent une action liée à la santé et l'environnement. Il en est ainsi de l'URML Haute-Normandie, située à Rouen, qui a organisé un premier colloque en 2005 sur les pathologies environnementales. Colloque qui a été identifié par la plupart des URML en France et qui sera suivi prochainement d'une seconde session, à l'automne 2009. Porté par une personne, bien qu'avec l'aval de sa structure, l'investigation s'est limitée à un entretien approfondi avec le responsable et à d'autres contacts ulérieurs.

L'URML du Nord-Pas-de-Calais située à Lille, (dont le nom local est URMEL) a pour sa part, monté et réalisé une étude d'imprégnation à la dioxine et aux PCB autour de l'incinérateur d'Halluin qui avait été fermé par décision de la Communauté d'agglomération de Lille dont le Président en exercice était Pierre Mauroy. L'étude a été suscitée par un médecin riverain de l'incinérateur, a été votée par des élus de l'URMEL et réalisée par des chargées de mission de l'Union qui ont également été interrogées. Cinq personnes ont été rencontrées pour approfondir leur action.

Enfin l'URML d'Ile-de-France s'interrogeait sur ce sujet et un travail de réflexion collectif a été entrepris avec eux. La préparation à la pandémie grippale, l'importance de l'alimentation, des

interrogations ou des intérêts manifestés par quelques individus au sein de l'instance élue, ont porté le sujet à l'ordre du jour des réflexions. Pour autant, comment l'aborder, par quoi commencer, l'énormité du sujet et sa relative marginalité au regard des préoccupations générales des médecins et des missions de l'URML, rendaient perplexes les organisateurs. Cette réflexion commune a donc convergé avec leurs interrogations et le travail collaboratif a pris la forme d'un groupe de travail.

Celui-ci a réuni les participants de la Commission Evaluation au cours de six séances qui se sont tenues entre juillet 2008 et avril 2009. Le groupe de travail a réuni, selon les séances, de douze à dix-huit médecins généralistes et spécialistes. En outre, une séance de restitution a été réalisée avec les élus de la Commission Evaluation. Une vingtaine de personnes ont donc été associées sous une forme ou une autre à ce travail. Un entretien a également été consacré à l'organisation et l'intervention de l'URML Ile-de-France à la prise en charge en cas de pandémie grippale.

Chaque réunion a été organisée sur un thème différent qui ont été les suivants :

- la première a été consacrée à l'exposé général de la recherche et des modalités de fonctionnement du groupe de travail ;
- la seconde a porté sur un exposé général de la santé environnement, de son contexte et des enjeux en particulier pour les médecins et a été suivi d'un débat concernant les attentes et les questions des participants ;
- la troisième a fait travailler les membres du groupe sur leurs représentations de leur rôle de médecin dans la prise en charge des patients sur ces sujets , les demandes explicites ou implicites des patients, les modalités d'approfondissement des demandes des patients et comment se qualifie une question ou une plainte dans le champ de la santé environnement ;
- la quatrième s'est intéressée principalement aux sources, aux modalités et aux problèmes posés par l'information ou les savoirs en santé environnement ;
- la cinquième a été l'occasion de faire le point sur l'accès à différentes sources concernant des sujets de santé environnement et d'autre part, à suggérer des pistes stratégiques pour des actions possibles de l'URML Ile-de-France sur ce thème ;
- Enfin, une sixième séance a réuni trois invités pour contribuer à la réflexion des participants : l'organisateur de colloque de l'URML de Haute-Normandie, la personne chargée de développer l'approche des pathologies environnementales au Département Santé Environnement de l'Institut de Veille Sanitaire, enfin, une médecin généraliste chargée d'enseignement de santé environnement à la Faculté de Médecine de Paris, qui a fait sa thèse et maintenant encadre celles de jeunes médecins en santé et environnement, et développe des outils de formation concrets à destination des praticiens de ville, dans le cadre notamment de la Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (SFTG).

Le principe était que chaque participant puisse apporter sa propre expérience ou exprimer ses interrogations. C'est pourquoi les séances ont pu durer jusqu'à près de quatre heures.

Les mouvements organisés en réaction à un incinérateur

Deux mouvements ont été analysés. Le premier, probablement une des plus anciennes associations créées par des professionnels de santé, regroupe des médecins habitant et pratiquant dans la région de Lunel-Viel. Commune de l'Hérault, dans laquelle un incinérateur soulève depuis sa création, des réactions des populations et la crainte des médecins. L'Association des Médecins Indépendants pour l'Environnement et la Santé publique, AMIES⁵ a été créée en 1997. Trois membres ont finalement pu être interrogés et non les cinq initialement prévus.

Le second est le collectif qui s'est organisé en réaction au projet d'incinérateur de Clermont-Ferrand. Le fait qu'une pétition ait été signée par plus de cinq cents médecins qui a été largement médiatisée lui a donné une notoriété et une visibilité particulière. Deux médecins ont été rencontrés dans ce cadre en complément de plusieurs autres dans le cadre d'une autre recherche portant sur la trajectoire suivie par ce projet d'incinérateur. Le projet d'usine a mobilisé un grand nombre d'acteurs locaux, des associations en passant par différents élus qui ont pris parti, selon les moments, de façon distincte sur le projet. Mais la connaissance sur la scène publique a été liée à la mobilisation massive des médecins. Elle a eu d'autant plus d'écho qu'au même moment le Grenelle de l'Environnement se déroulait. Plusieurs associations demandaient un moratoire sur la création des nouveaux incinérateurs et cette revendication a été reprise dans le cadre des « sept propositions de la plateforme nationale du corps médical » présentées le 3 septembre 2007 par le collectif de médecins qui s'est invité en dernière minute à cet processus et qui deviendra par la suite la Coordination Nationale Médicale Santé Environnement, CNMSE. Une dizaine de personnes ont été rencontrées.

Les associations dédiées à la santé et l'environnement

Deux principales associations se sont créées et ont peu à peu formé deux configurations différentes qui seront approfondies dans le corps du texte : Santé Environnement Rhône-Alpes (SERA) et l'Association Santé Environnement Provence (ASEP) qui s'est étendue par la suite en devenant l'ASEF (France).

La première⁶ regroupe une série d'associations ou de collectifs (une quinzaine) qui se sont organisés contre les antennes-relais de téléphonie mobile. La visibilité que l'auteure a dans ce domaine et le fait qu'un des responsables de l'association soit électro-hypersensible (EHS) ont amené le bureau qui se réunissait au moment où des contacts ont été pris, à prendre une position collective de refus de rendez-vous. L'ensemble des entretiens planifiés a dû être annulé. Cependant, divers contacts informels ont pu avoir lieu sous une forme ou une autre et au final, deux personnes ont pu être interrogées. En outre, l'Observatoire Régional de Santé en Rhône-Alpes a été un des premiers à élaborer un tableau de bord spécialisé sur la santé et l'environnement financé par le Conseil Régional. Celui-ci réunit un grand nombre de données sur différents sujets et a été complété par la constitution d'un annuaire en ligne des associations s'impliquant. Il a en outre fait réaliser une étude sur les connaissances des professionnels de

⁵ <http://www.amiesfrance.info/index.php?page=news>

⁶ <http://www3.sera.asso.fr>

santé et des élus en matière de pollution de l'air dans le département de l'Isère. Le responsable de l'ORS ainsi qu'une de ses adjointes chargée du Tableau de Bord ont été rencontrés.

La SERA ainsi que l'AMIES et le médecin tête de file du collectif de Clermont-Ferrand, ainsi que d'autres, ont contribué à la création en janvier 2008 de la Coordination Nationale Médicale Santé Environnement (CNMSE)⁷ qui a pu participer au Grenelle de l'Environnement. CNMSE rejoint ensuite par la création du Réseau et Environnement Santé en décembre 2008⁸.

ces sujets.

L'ASEF⁹ est principalement composée de trois responsables. Devenue très médiatique en peu de temps, ils sont très sollicités. L'un d'entre eux a pu être rencontré. Cependant leur notoriété ainsi que le caractère dynamique de leur site web a permis de compléter cet entretien par différentes émissions enregistrées ou des reprises presse, sur un ou plusieurs thèmes, allant de leur création (Terre à Terre, France Culture en février 09) à différentes actions menées (PCB, air intérieur dans des crèches, ...).

Au fur et à mesure des entretiens menés, des réflexions et des rencontres organisées sur le sujet, quelques autres personnes ont été rencontrées ou interrogées.

A la Société Française de Thérapeutique du Généraliste¹⁰, SFTG, deux personnes membres de la Commission Santé Environnement ont notamment organisé un colloque sur ce thème au Sénat en janvier 2009 et préparent des formations concrètes à destination des médecins.

Un premier Diplôme Inter-Universitaire¹¹ a été créé par trois chefs de service de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) et a reçu sa première promotion en 2008-2009. Les trois responsables ont été rencontrés à la fois compte tenu de cet enseignement, mais également de leur investissement sur des sujets de santé et environnement : l'un en tant que chef de service des pathologies professionnelles à Cochin, le deuxième en tant que chef de service en médecine nucléaire à la Pitié et membre de l'Académie de Médecine, co-auteur du rapport sur le cancer et l'environnement, le troisième comme chef de service de pneumologie à Bichat.

Un autre diplôme existe depuis quelques années concernant l'environnement à l'Université de Versailles Saint-Quentin en Yvelines, son responsable a pu être également interrogé.

Le Président d'une Amicale de formation de médecins de Paris a également été interrogé en particulier sur les modalités et les possibilités de contenus à délivrer sur ces sujets.

Le Département Santé Environnement de l'Institut de Veille Sanitaire développe depuis quelques temps une approche originale par pathologies. La responsable de ce programme a été interviewée et a participé à la séance « invités » de l'URML-Ile de France pour exposer cette approche.

⁷ <http://cnmse.ouvaton.org> La CNMSE est maintenant présidée par un des membres et ex-président de l'AMIES.

⁸ Le site <http://www.reseau-environnement-sante.fr> donne des informations sur les membres, leurs objectifs, leurs actions, etc.

⁹ http://santeenvironnement.fr/joomla_ASEP

¹⁰ <http://www.sftg.net>

¹¹ <http://www.sante-environnement.info>

Quelques experts ont été interviewés. Devenus des personnages publics, leur description fera immédiatement comprendre au lecteur de qui il s'agit. Toutefois notre règle étant de ne pas citer de noms propres, nous les désignerons dans le corps du texte par leurs initiales.

Deux experts figurant au conseil scientifique du Réseau Environnement Santé, G.S. et A.C.

Enfin, un des experts les plus impliqués sur ces sujets, d'abord par l'Appel de Paris signé en 2004 par un très grand nombre de médecins, scientifiques, personnalités dont plusieurs Prix Nobel, puis par ses travaux actuels sur les ondes électromagnétiques, ses positions sur l'incinération et d'autres sujets liés aux cancers a accepté de donner deux interviews.

Le Pr C.S., spécialiste des malformations congénitales n'a finalement pu être rencontré.

Enfin, au fil des précédentes recherches ou des recherches en cours, divers médecins ont été interrogés, parce qu'ils s'étaient impliqués à titre individuel autour d'une investigation sanitaire (Gilly-sur-Isère en Savoie, Champlan dans l'Essonne), parce qu'ils ont été sollicités pour diffuser des informations sanitaires dans le cadre d'une investigation (Lorraine), parce qu'ils ont participé aux côtés de l'auteur, à des tables rondes, colloques ou séminaires sur ces sujets.

Méthodologies

Elles concernent le recueil de données ainsi que leur traitement.

Recueil de données

L'essentiel a donc porté sur des mouvements créés ou en train de se créer, la dynamique étant loin d'être terminée. Une partie a été consacrée à une réflexion prospective avec l'URML Ile-de-France également source de connaissances et de compréhension tenant à l'engagement et aux préoccupations des praticiens.

Les entretiens ont permis de rencontrer environ une soixantaine de personnes. Ils ont été réalisés de janvier 2008 à juin 2009. Il s'agit d'entretiens individuels qualitatifs et confidentiels. Les questions ont été dirigées principalement autour des motivations de la création des organisations ou de l'implication des professionnels rencontrés, des actions menées, des relations entretenues, de la pratique médicale exercée (le cas échéant), des questions posées par les patients sur ces thèmes, des difficultés rencontrées ainsi que des ressources mobilisées.

Mais ces données ont été très largement complétées d'une part, par les autres travaux réalisés ou en cours et d'autre part, par toutes les informations, études, émissions, articles de presses, rapports, sites web, forums ou blogs disponibles grâce à Internet. L'accès à ces sources complémentaires, émissions (radio ou télévisuelles) et la presse ont correspondu à au moins une quinzaine d'entretiens complémentaires.

La recherche a également été complétée par un travail également en cours sur les médecins et les ondes électromagnétiques portant plus sur les contenus des formations à envisager, ainsi que par diverses participations à des séminaires, tables rondes (par exemple organisée par Impact Médecine sur la santé environnementale), colloques (par exemple sur la Neurologie et l'Environnement organisé par le Club de Neurologie de l'Environnement) ou réunions publiques (par exemple à Saint-Ouen à propos de l'incinérateur situé dans la commune).

Analyse

L'analyse conduite de ces données est de nature sociologique. Les écoles principales utilisées pour traiter les données recueillies sont celles de la sociologie des organisations (de nature fonctionnaliste et stratégique), de l'action et des politiques publiques, et sont complétées des travaux la sociologie de la santé, de la sociologie des sciences et cognitives. L'on s'intéresse entre autre à une mise en ordre qui tienne compte : des enjeux, des ressources et des interactions entre acteurs, des idées et connaissances, leur circulation et leur insertion dans des cadres cognitifs de référence, ainsi que des comportements des médecins dans leurs relations avec leurs patients ainsi qu'aux savoirs.

Présentation du rapport

Les URML seront présentées dans un premier chapitre. Le second sera consacré aux collectifs et associations de médecins ou de professionnels de santé. Le troisième étudiera la constitution politique du médecin et des organisations sur la scène publique en matière de santé et d'environnement. Le quatrième s'intéressera à l'engagement des médecins. Le cinquième aux conflits entre paradigmes au cœur de la santé et de l'environnement. Le sixième sera dédié aux questions des enseignements, formations et savoirs, qui constituent un enjeu central de la constitution de leur existence dans ce champ. Enfin en conclusion, l'on synthétisera les principales caractéristiques de la présence des médecins dans le champ de la santé environnementale, l'ensemble des difficultés qui persistent pour la structuration du champ et l'on indiquera quelques pistes de travaux complémentaires qui mériteraient d'être engagés.

Chapitre 1 : les URML et la santé environnementale

Après une brève introduction concernant le rôle des URML et quelques modifications survenues dans le champ de la représentation des médecins libéraux, seront successivement présentées les cas de l'URML du Nord-Pas-de-Calais, et de Haute-Normandie et le travail effectué avec l'URML Ile-de-France.

Pour chacune, seront détaillés lorsque les informations le permettent : 1) l'origine ou les objectifs de la création du mouvement ou de l'action, 2) le type de sujets abordés en priorité, 3) le type d'actions entreprises, 4), les alliances et 5) les difficultés rencontrées.

Les URML

Les URML sont des organisations syndicales représentant les médecins spécialistes et généralistes, chaque groupe étant représenté par un collège réunissant en général des représentants de plusieurs syndicats en de savants équilibres.

Les Unions régionales des Médecins Libéraux (URML) ont été créées par la loi 93-8 du 4 janvier 1993, qui définit ainsi leur mission générale missions (art 8) : « Les unions contribuent à l'amélioration de la gestion du système de santé et à la promotion de la qualité des soins » et précise qu'elles « participent notamment aux actions suivantes :

- analyse et étude relatives au fonctionnement du système de santé, à l'exercice libéral de la médecine, à l'épidémiologie ainsi qu'à l'évaluation des besoins médicaux ;
- évaluation des comportements et des pratiques professionnelles en vue de la qualité des soins ;
- organisation et régulation du système de santé ;
- prévention et actions de santé publique ;
- coordination avec les autres professionnels de santé ;
- information et formation des médecins et des usagers »

La loi HPST dont la version définitive n'est pas connue au moment de la rédaction du rapport doit apporter des modifications au statut et à l'action des URML.

La santé et l'environnement peuvent tout à fait s'inscrire dans les actions au vu des missions comme celles des pratiques professionnelles, de la prévention et des actions de santé publique ou encore l'information et la formation des médecins et des usagers. Les missions confiées par la loi sont suffisamment vastes et générales pour que chaque Union les décline différemment selon le territoire et ses caractéristiques.

Les médecins libéraux peuvent exercer en ville mais également à l'hôpital. Le modèle socio-cognitif dominant en France est constitué par les médecins hospitalo-universitaires qui représentent la compétence la plus pointue en matière de spécialités. Quelques uns cumulent

d'ailleurs une fonction de recherches, soit d'ordre clinique, soit scientifiques, le modèle du double doctorat de médecine et de sciences s'étant répandu parmi les « mandarins ». L'essentiel des connaissances produites provient de ces individus ou équipes, les médecins libéraux étant plus rarement associés à des recherches cliniques. Mais la majorité des médecins inscrits au Conseil de l'Ordre est installée en mode libéral, bien que cet exercice soit en diminution.

Les médecins libéraux constituent le pivot du système de santé de soins français. Libéraux parce qu'une fois acquis leur diplôme, délivré par les pairs par délégation de l'Etat à la faculté de médecine, et qui constitue un monopole, ils sont en théorie libres de leur installation (celle-ci devient de plus en plus discutée devant la déshérence de certaines zones) et le patient est libre de choisir son médecin.

Jusqu'à il y a peu, les médecins devenaient généralistes par défaut d'avoir obtenu l'internat ou une spécialité (sauf cas particuliers, notamment de médecins en zones rurales qui en font le choix). Un syndicat a été très actif pour modifier cet état de fait et l'image ainsi que les ressources de la profession. MG France¹², créé en 1986 à la suite du Mouvement d'Action des Généralistes né en 1984. Sous leur impulsion et en association avec d'autres syndicats, le médecin généraliste devient en 2007 une spécialité au même titre que les autres, et est enseignée comme telle à l'université. Des stages sont organisés chez les collègues de ville.

Sur la défensive au regard du modèle hospitalo-universitaire les généralistes de MG France, se définissent ainsi : « *Le médecin généraliste, un clinicien thérapeute, médecin de la synthèse et du suivi personnalisé* ». Ils revendiquent d'être :

- des médecins de premier recours : « *Le premier recours en médecine générale, c'est la prise en considération de toutes les plaintes (ou demandes), sans à priori en récuser aucune, avec comme objectif de prendre une décision adaptée pour la santé du patient dans le temps de l'acte médical* »,
- et d'avoir une approche globale du patient : « *L'approche globale, c'est la prise en compte à un temps donné, et quelque soit la demande initiale, de l'ensemble des éléments biomédicaux, psycho-relationnels, socio-environnementaux nécessaires à la prise en charge du patient, de l'analyse à la décision. Elle permet d'apporter une réponse multidimensionnelle, éventuellement pluridisciplinaire. Elle nécessite une capacité d'analyse et de synthèse de l'ensemble des informations recueillies chez le même patient et colligées dans le dossier médical et la mémoire du médecin.* »¹³

L'on voit que cette auto-définition prédispose un grand nombre d'entre eux à intégrer une approche de santé environnementale, où l'environnement est en général défini par eux, dans une acception extrêmement large, plus qu'elle ne l'est aujourd'hui par les institutions qui en sont chargées (AFSSET, InVS, DGS, etc).

Environ 192 000 médecins de Métropole en activité sont inscrits au Tableau du Conseil de l'Ordre en 2006 dont environ 110 000 sont en exercice libéral. Parmi plus de 100 000 diplômés

¹² <http://www.mgfrance.org/content/view/337/223>

¹³ Ces définitions figurent dans le référentiel du médecin mis en ligne par MG France.

en médecine générale, environ 60 000 sont installés en ville et environ 57 000 exercent une médecine de premier recours¹⁴. Les généralistes constituent donc une grosse moitié¹⁵ des médecins de ville, avec cependant des disparités géographiques.

Des entretiens et échanges que nous avons pu avoir, le fait d'être généraliste ou spécialiste ne constitue pas une caractéristique distinctive de l'intérêt du médecin ni de la sollicitation des patients sur les sujets de santé et environnement.

L'URMEL du Nord-Pas-de-Calais

L'URMEL est exemplaire d'une coopération entre l'union et les acteurs régionaux.

1. L'origine ou les objectifs de la création du mouvement ou de l'action

Les chiffres caractéristiques de la santé dans la région Nord-Pas-de-Calais montrent des taux de mortalité et morbidité particulièrement élevés attribués par tous majoritairement au passé industriel lourd de la région. De plus, certains territoires continuent d'afficher des concentrations élevées d'activités comme par exemple l'agglomération de Dunkerque. La question de la pollution y est récurrente et beaucoup de travaux ont été réalisés sur ce thème notamment mais non limitativement de la pollution de l'air.

2. Des actions de santé publique

L'URMEL s'investit depuis plusieurs années dans des actions de santé publique : dépistage de cancers (prostate, utérus, colorectal, sein, etc), formation des médecins, ainsi que sur l'évaluation des pratiques. D'une façon générale, l'orientation de l'URMEL tient d'une part, à une volonté affichée d'entreprendre des actions hiérarchisées de telle sorte qu'elles puissent être efficaces et mesurées et d'autre part, à agir sur les données de santé pour lesquels les médecins peuvent effectivement influencer les évolutions. Ainsi, les actions de dépistage sont accompagnées de formations très concrètes et des délégués se rendent chez les praticiens, afin de concrétiser leurs actions ou analyser avec eux leurs prescriptions.

3. Le type d'actions entreprises : une étude d'imprégnation

L'incinérateur d'Halluin situé à proximité de Lille a été à l'origine d'émissions anormalement élevées de dioxine. Celles-ci ont été identifiées au travers de contrôles de routine exercés par la société Danone sur le lait. Les produits alimentaires sont en effet soumis à des normes et des seuils maximaux de concentration en dioxine. Après analyses et études, d'une part, la profession agricole a été indemnisée, et cette affaire a été la première à être médiatisée dans ce sens. Elle a pu servir de modèle ensuite autour de l'usine de Gilly-sur-Isère. D'autre part, l'incinérateur a été arrêté définitivement par décision du président en exercice de Lille Métropole, Pierre Mauroy. D'autres de génération ancienne ont également été fermés et un grand projet d'un nouvel

¹⁴ Source, rapport du Pr Yvon BERLAND, Président de l'ONDPS, rapport 2006-2007 téléchargeable à : http://www.sante.gouv.fr/ondps/rapport_06_07/synthese.pdf

¹⁵ Pour les chiffres détaillés de la démographie médicale publiée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, voir l'Etude n° 39, situation au 1^{er} janvier 2006 : <http://www.web.ordre.medecin.fr/demographie/etude39.pdf>.

incinérateur de grande capacité de 350 000 T/an a été conçu pour remplacer les trois fours d'ancienne génération à cette période. L'emplacement de Halluin a été choisi par Lille Métropole, pour cette unité comprenant trois lignes de combustion.

Diverses associations se sont créées contre son implantation. Néanmoins, il commence à fonctionner en 2001 et en 2002, un auto-contrôle montre de nouveau une émission en excès de dioxine, phénomène qui se renouvelle régulièrement depuis. Un médecin spécialiste en gastro-entérologie, riverain de l'usine, s'est investi sur le sujet et s'est mis à étudier la littérature scientifique. Son action l'a amené à proposer en 2003-2004 deux projets d'études avec une association : une visant à mesurer l'imprégnation de la population à des polluants et l'autre, le recensement des cancers dans le territoire en les liant avec des dosages en PCB et dioxines. Différents acteurs le dissuadent de présenter ces projets. Ayant rencontré le responsable de la CIRE, ils mettent au point un questionnaire visant à recenser les leucémies et lymphomes et lors d'une séance réunissant une quarantaine de médecins de la région, il en expose les modalités. Ce questionnaire doit être également adressé à deux hôpitaux universitaires de la région. L'un accepte mais l'autre refuse considérant que les médecins n'ont pas à réaliser d'étude épidémiologique. Les premiers éléments recueillis ne peuvent donc être exploités.

Ayant eu des contacts avec l'URMEL pour des actions de dépistage, le médecin propose alors au président de la précédente mandature, de porter une étude d'imprégnation, ce qu'il accepte, étant confronté dans son lieu d'exercice à des questions similaires. L'URMEL prépare et propose un projet qui rencontre une autre étude proposée par l'Institut de Santé au Travail du Nord de la France (ISTNF) et l'Institut Pasteur de Lille dans le cadre du Programme Régional d'Action en Santé Environnement (PRASE). Les études vont fusionner au profit d'une évaluation de l'imprégnation de la population. Mais il est prévu qu'elle soit soumise à l'accord préalable de la population locale, une étude d'imprégnation étant invasive (prise de sang et long questionnaire).

Une enquête est réalisée et confirme l'intérêt de la population. L'étude d'imprégnation sera financée par le PRASE, la DRASS et le Conseil Régional. Elle fait l'objet d'un protocole soigneusement mis en place avec l'aide de la CIRE et d'autres experts. Les mêmes termes que l'étude multicentrique menée par l'InVS à la même époque seront appliqués à quelques nuances près (laboratoire faisant les prélèvements, mode de sélection randomisé, etc).

Un comité de pilotage réunissant très largement les acteurs concernés (élus des communes, CIRE, divers experts, services de l'Etat, agriculteurs, etc) est mis en place. L'étude porte sur des personnes situées dans un rayon de quelques kilomètres de l'incinérateur ainsi que sur une zone témoin. L'étude a été conduite par l'URMEL. Une quinzaine de réunions du comité de pilotage se sont étalées dans le temps. Elle a été terminée et ses résultats présentés au cours du premier semestre 2009.

Ils ont montré que les taux d'imprégnation étaient plus élevés (42,35 pg/g de MG) que la moyenne nationale établie dans l'étude InVS (27,7 pg/g de MG), sans que les taux soient significativement plus élevés dans la zone de l'incinérateur par rapport à la zone témoin (39,73 pg/g de MG). Les personnes auto-consommant leurs produits ont des taux supérieurs aux non consommateurs dans les deux zones (54,25 pg/g de MG contre 48,38 dans la zone témoin). Ceci,

à l'exception de quelques personnes dont les concentrations sanguines ont montré un excès supérieur à 100 pg/g de MG¹⁶.

L'étude a donc confirmé ceux de l'étude multicentrique nationale concernant l'incidence de l'auto-consommation, mais elle a surtout renforcé la certitude que le passé industriel de la région était inscrit non seulement dans les statistiques de santé mais aussi dans les sols et par voie de conséquence dans les corps humains au travers de la chaîne alimentaire.

4. Les alliances

Si la mandature qui a succédé à l'équipe ayant accepté de réaliser l'étude, n'aurait pas forcément pris la même décision, elle a tiré un bénéfice réputationnel inespéré de cette étude. Celui-ci a encouragé et renforcé l'ensemble des dispositifs et des actions mises en place dans le sens de l'amélioration des dépistages et des connaissances des médecins, des informations réalisées, relatives aux grands objectifs de santé : cancers du sein, prise en charge des cancers, formation d'alcoologie, etc. Les acteurs régionaux de la santé, le Conseil Régional, la DRASS, l'ORS ont renforcé leur partenariat.

D'autres incinérateurs ont vu le jour ou sont en projet dans la région. La notoriété de cette action a également favorisé les rapprochements d'autres médecins qui s'impliquent également sur ces sujets, par exemple à Saint-Omer où l'Association pour la protection de la santé des habitants de la région de Saint-Omer (APSH) a vu le jour. Elle est présidée par un pneumologue. Peu après la création de la CNMSE, un collectif régional de médecins du Nord-Pas-de-Calais s'est regroupé et affilié à la CNMSE. L'autorisation de l'incinérateur de Flamoval vient d'être signé en juin 2009.

5. Les difficultés

Il y en a eu de plusieurs types. S'agissant de l'URMEL, pendant la réalisation, la lourdeur, la lenteur de réalisation ont pesé sur une petite équipe qui n'est pas structurée pour mener une étude épidémiologique. La réticence des personnes situées dans la zone témoin ont également considérablement ralenti sa réalisation. En outre, la taille du comité de pilotage et la sensibilité de l'étude ainsi que quelques fuites dans la presse concernant les premiers résultats, ont rajouté une pression à cette réalisation. Les financements se sont avérés insuffisants et les délais dépassés.

Un point a été controversé : dans la mesure où le choix avait été fait de reproduire le protocole suivi par l'InVS afin de s'assurer de la légitimité de l'étude et de la comparabilité des résultats, la synthèse des dosages a été calculée selon la moyenne arithmétique et non géométrique. Or, ce mode de calcul a eu, d'après les personnes interrogées, pour effet de minimiser le résultat sans modifier les tendances.

A la suite des résultats de l'étude il a fallu organiser leur exploitation. De fait, c'est le médecin local qui a organisé les différentes restitutions et explications de l'étude tant auprès de ses collègues de l'URMEL que du territoire concerné. Compte tenu de résultats montrant des taux d'imprégnation élevés pour quelques personnes, le gastro-entérologue et un responsable de l'URMEL leur ont rendu visite afin de leur expliquer les dosages et de préciser les

¹⁶ Les résultats sont disponibles sur le site de l'URMEL.

recommandations de consommation des produits alimentaires. Enfin, ils ont mis au point des recommandations générales pour l'usage ou la consommation des produits agricoles locaux. Mais à dominante rurale, la population ne s'est pas toujours laissée convaincre par une modification de leurs comportements alimentaires vis-à-vis de leurs propres produits.

Le point le plus controversé a concerné l'allaitement maternel des femmes riveraines : le gastro-entérologue considérait qu'il fallait interrompre ces allaitements pour ne pas contaminer le bébé. Mais la position officielle française est d'encourager l'allaitement maternel et une expertise collective avait été commandée et rendue à l'époque de Gilly-sur-Isère. Elle avait conclu que les bénéfices pour l'enfant étaient supérieurs aux effets supposés de la dioxine, dans les limites des teneurs observées. Le désaccord entre les médecins a empêché qu'un discours unique puisse être diffusé et le médecin local en déconseille la pratique.

L'URML de Haute-Normandie

L'histoire de l'URML de Haute-Normandie est différente.

1. L'origine

L'intérêt à la santé et l'environnement date d'une petite dizaine d'années et a été marquée par la création d'une commission dédiée. En effet, la Seine est entourée de sites industriels à l'origine de pollutions, ce qui a éveillé l'intérêt de médecins. Mais l'essentiel du travail est porté par un médecin généraliste, homéopathe et acupuncteur qui a commencé sa vie professionnelle comme agriculteur. Conscient des mécanismes écologiques et formé à la médecine chinoise, les liens entre activités et santé sont pour lui une évidence et doivent être étudiés et intégrés plus systématiquement qu'ils ne le sont aujourd'hui.

« je me suis installé comme médecin généraliste avec une orientation en homéopathie, puis en acupuncture ; puis j'ai fait un diplôme de médecine traditionnelle chinoise qui a une vision très globale. On voit émerger l'impact de l'environnement sur la santé. Les perturbations sont considérées comme des modifications énergétiques de ce qui nous entoure : le vent, une tempête, la pluie, les pesticides ; tout facteur extérieur qui peut avoir effet sur le corps » (médecin URML Haute-Normandie)

2. Sensibilisation et actions concrètes

La première action a porté sur les déchets de soin, tant produits par les professionnels de santé que les ménages. Le Conseil Général de l'Eure a soutenu cette action, alors que dans le reste de la Région, le Département n'a pas également suivi. La présence du CRIIGEN dans cette zone a également conduit à une séance de formation sur les OGM qui a attiré environ 200 médecins du territoire. Mais la première action visible, a été la réalisation d'un colloque sur les pathologies environnementales (tenu en 2005) à peine soutenu par la structure. Ce congrès, le premier du genre, a connu une forte notoriété, et là encore a donné une visibilité à l'ensemble de l'organisation sur ce thème. Pourtant, les médecins libéraux ont constitué une minorité du public présent à cette manifestation.

Depuis, l'URML a lancé l'étude des caractéristiques des effluents du CHU de Rouen afin de préparer le cas échéant une collecte et un traitement spécifique. Un second colloque est programmé début octobre dont la diffusion est importante. L'information est reprise sur plusieurs sites alliés, comme celui de l'ASEP, celui du CRIIGEN, de la SFTG. Les structures de santé (GRSP) ou politiques (Conseils Généraux) sont en général partie prenante des actions menées.

3. Les alliances

La visibilité obtenue grâce au colloque a permis à son organisateur de nouer un grand nombre de contacts avec les autres médecins ou associations qui se sont lancées dans la santé et l'environnement. Le médecin généraliste représente sa profession au sein du comité scientifique du CRIIGEN. Il siège également au CODERST du département. Quatre années après, son positionnement l'a rapproché de l'ASEF et des actions qu'elle mène. Autrement dit, ce n'est pas dans sa version radicale ni de lanceur d'alerte que le médecin et la structure se positionnent, mais dans des actions qui relèvent à titre individuel ou collectif de ce qu'un médecin peut faire. L'on retrouve la logique concrète de leurs alliés mais également la posture libérale du médecin.

« Je suis un libéral dans l'âme : si on n'est pas libre on ne peut pas être à la fois être bien dans ses baskets et bien pour aider les autres. Il faut être libre de nos tensions et émotions ; il faut être bien dans son contexte de travail (...) Si on est militant (...) fatalement on est obligé de tirer un trait sur ses convictions profondes. On est obligé d'adhérer à des causes qui ne correspondent pas à nos convictions. C'est pour ça que je ne fais pas partie de mouvement » (médecin URML Haute-Normandie)

4. Les difficultés

La solitude, l'incompréhension des collègues et le risque pris pour sa réputation sont les principales difficultés rencontrées.

L'URML Ile de France

Au départ, la santé environnementale est portée par quelques individus. Leur exercice les amène à s'interroger : une spécialité comme la pédiatrie qui enseigne le lien entre bronchiolites et pollution de l'air, une pratique complémentaire qui insiste sur l'approche globale de la santé, une expérience comme celle de la pandémie grippale qui enseigne l'imbrication des acteurs et le rôle joué par les médecins, mais également la bataille à mener vis-à-vis des autorités sanitaires pour faire reconnaître une mission de santé publique, ou plus généralement par une acception large de la médecine générale.

Mais par quoi commencer, le champ est vaste, les confrères, les plus nombreux sur le territoire français, (à elle seule l'URML Ile-de-France représente 25 000 médecins) se manifestent peu, ont des représentations de leurs métiers et de leurs positionnements très disparates. L'Ile-de-France regroupe 8 départements également très hétérogènes dans leur situation sanitaire autant que dans leurs populations ou celles des médecins.

1. Constitution d'un groupe de travail

Mener une démarche de réflexion progressive convient aux membres de la Commission Evaluation qui sur la base du volontariat, souhaitent assister au groupe de travail qui est alors monté. Il se réunit six fois avec comme principe une intervention systématique de chacun à partir de sa pratique, ses questions, sa spécialité, sa clientèle, son territoire. Un compte-rendu est établi pour chaque séance de travail. Le programme retenu a été détaillé en introduction. Trois séances de travail à proprement parler (les troisième, quatrième et cinquième¹⁷) amènent les intervenants à livrer leur expérience.

Une réunion était consacrée aux représentations que se font les médecins du sujet, comment se fait l'approfondissement de la demande et est qualifiée la plainte ou la demande. Cette réunion a été très riche pour caractériser la diversité des approches mais pour autant certaines régularités sont ressorties. Elles sont intéressantes à rappeler ici, d'une part, parce qu'elles sont communes à la grande majorité des médecins et d'autre part, parce que ces motifs seront le point de départ dans un chapitre ultérieur pour réfléchir à l'engagement des médecins sur ce thème.

- Pour eux, la représentation de l'environnement est très vaste souvent en référence à Hippocrate, elle concerne tous les facteurs qui peuvent affecter la santé : du harcèlement, à la pollution en passant par l'alimentation ou (sans être limitatif), les animaux, le bruit, l'humidité, les postures de travail, en bref l'ensemble des modalités de vie.
- La question se pose de façon plus récurrente ou précise par des spécialistes de voies particulièrement soumises à l'environnement comme les ORL, par des généralistes installés dans des territoires particulièrement soumis à des contaminations ou pollutions et qui sont également l'objet d'inégalités sociales notables.
- Une énorme pression subie ou attribuée aux médias ; d'un côté parce qu'ils énoncent un grand nombre d'informations qui déstabilisent ou interrogent les médecins en tant que personnes et en tant que praticiens, et d'un autre côté, parce que la diffusion de ces informations accroît le nombre de patients qui arrivent avec des diagnostics ou des causalités tout faits qu'il s'agit de reformuler (les diagnostics) et de convaincre (les patients).
- Les interrogatoires sur les modes, les conditions de vie ont tendance à prendre de plus en plus de temps. En matière de santé environnement ils sont très et en fait trop longs¹⁸ pour être conduits jusqu'au bout dans le cadre d'une consultation de généraliste (15-20 minutes) ou de spécialiste (30 minutes).
- D'une manière générale, rares sont les médecins participants qui se bornent à élaborer un diagnostic et soigner, le traitement de l'anxiété ou de l'angoisse ainsi que les

¹⁷ La première expose l'ensemble de la recherche, de la démarche et des règles de travail, la seconde, consiste en un exposé général sur la santé environnement, ses enjeux, son contexte et les enjeux pour les médecins, la sixième a été une séance ouverte à des invités qui sont venus livrer leurs réflexions et leur expérience.

¹⁸ Un entretien ultérieur avec un interne en santé publique tend à confirmer que les entretiens dans les consultations de santé environnement peuvent prendre plus d'une heure et qu'une consultation ne peut donc recevoir que quelques patients en une demi-journée.

conséquences sociales d'un traitement ou d'une préconisation sont très largement prises en compte.

Pour autant, la situation paraît embarrassante pour ceux qui n'ont pas un sujet d'intérêt particulier sur lequel s'investir. Leurs connaissances sont nulles en la matière : le patient est presque au même niveau d'information que le médecin. La relation égalitaire est d'autant plus déstabilisante que le médecin ne peut soit retraduire, soit apporter une réponse concrète au problème particulier du patient. Les médecins ressentent et regrettent le manque d'études validées ou l'existence de moyens d'objectivation d'une situation. Ces prises de position divergentes ou controversées ne les rassurent pas plus que leurs patients, alors même que ces derniers viennent les voir pour obtenir des réponses.

Au fond, les incertitudes étant dominantes, chaque médecin y répond à partir de ses propres références, de ses expériences passées, des informations glanées, de ses convictions, des facteurs qu'il collige ou en transformant la demande ou le problème à partir de connaissances ou de réflexes acquis. Ce faisant, les facteurs idéologiques jouent ainsi un rôle non négligeable dans un sens (considérer que l'écologie constitue une forme de limitation de la liberté), comme dans un autre (limiter les consommations de produits chimiques, mener une vie « saine »).

L'incertitude paraît moins forte s'agissant de l'alimentation ou des conseils portant sur le mode de vie que les praticiens prodiguent volontiers. En effet, pour être reconnus et utiles, les savoirs doivent être élaborés et émis par des sources reconnues par les médecins (faculté, professeurs de médecine, organismes de formation continue reconnus, etc) et il doit s'agir de savoirs pratiques permettant non seulement de répondre, mais de pouvoir affirmer et de proposer des solutions concrètes.

La séance suivante a consisté à approfondir leurs connaissances : il en est ressorti qu'elles sont, sur ces thèmes, équivalentes à celles du grand public. Les sources principales sont les médias nationaux, quelques articles dans les revues généralistes médicales. Le temps et la motivation manquent pour chercher autre chose sans enjeu majeur ou précis. Les sites des agences, des autorités sanitaires sont inconnus. En outre, les connaissances scientifiques ne sont pas utilisables telles quelles, voire sujettes à caution dans l'esprit de certains. Le sens critique, règle de base enseignée et répétée au cours des formations, est la plus utilisée pour conserver une distance au regard de la masse d'informations qui circulent et dans laquelle il est difficile de se retrouver.

2. Les actions concrètes

La sensibilisation des confrères est apparue comme une priorité pour pouvoir s'engager dans le domaine. La séance invitée a permis de lancer un travail conjoint avec la SFTG pour l'élaboration d'un questionnaire pour la prise en charge de l'asthme de l'enfant.

3. Les difficultés

La principale difficulté de l'URML provient d'une absence d'enjeux concrets. Même les facteurs de santé connus et démontrés par l'ORS ou la préoccupation des franciliens pour la pollution de l'air par exemple, ne peuvent créer d'enjeux communs parce que les disparités géographiques, sanitaires et de populations ne favorisent pas de convergence ou de consensus. Ceci constitue une

différence forte avec l'URMEL ou avec les autres cas qui seront étudiés plus bas. L'intérêt individuel ne suffit pas pour engager l'effort particulièrement intense que représente le fait de s'investir sur ces sujets parce qu'il s'agit de constituer un champ de connaissances et de savoirs radicalement nouveaux au regard de ce que connaissent et pratiquent les médecins.

Un engagement lié à un enjeu

Des URML l'on peut retenir que s'engager dans la santé environnement, nécessite un double portage politique : endogène à la structure, d'abord, sans qu'il soit forcément collectif mais suffisamment fort pour que des actions puissent être menées et donner une visibilité à l'ensemble de l'organisation. Il ne s'agit pas pour autant que l'intégration de ces sujets interfère avec les enjeux centraux de l'Union ou de la profession. La santé et l'environnement sont trop marginaux au regard de l'ensemble des sujets majeurs actuellement en évolution au sein de la profession médicale, en débat avec le vote de la loi HPST, la réforme créant les ARS et la renégociation de la Convention médicale. Si le sujet présente un risque politique pour les élus en place ou en renouvellement il sera écarté. Mais le soutien politique et administratif ensuite des structures territoriales (Conseils Généraux ou Régionaux, GRSP, DRASS, etc) sous la forme de financements en particulier est également déterminant. Ils confirment la motivation de santé publique et partant, confèrent aux Unions une visibilité et une notoriété dont elle sera bénéficiaire pour ses missions plus traditionnelles. Cependant, au final peu de médecins s'impliquent sur ces sujets. L'aspect militant qui peut y être associé rebute un grand nombre d'entre eux, voire crée des clivages ou des conflits.

« On ne se fait pas que des amis. Il ne faut pas avoir peur de faire des remous » (élu URML)

L'engagement de la structure est totalement dépendant de celui d'individus. Or, les trois expériences des URML montrent que le facteur déclenchant est déterminant pour amener des médecins à s'engager, et qu'il doit constituer un élément de nature pratiquement identitaire pour justifier l'effort à fournir. Le second paramètre, celui de la connaissance constitue à la fois un facteur fortement limitant, mais ce faisant, un enjeu central pour ceux qui basculent dans un engagement qui paraît irréversible.

Un autre facteur commun aux URML est la convergence vers la réalisation d'actes concrets débouchant sur des partenariats avec des acteurs régionaux et conférant une réputation et une spécialité sur le thème.

Les connaissances initiales sont nulles et se constituent peu à peu soit en lien avec une activité donnée, un enjeu particulier, soit du fait des actions entreprises. Il existe rarement une volonté ou simplement la possibilité d'englober l'ensemble de la santé environnementale. Il s'agit de commencer : étude d'imprégnation, étude sur des déchets ou les effluents, questionnaire pour l'air intérieur et asthme de l'enfant. Du côté des URML, l'on ne note pas de volonté ou d'axe visant à constituer des savoirs précis, de les diffuser de se constituer comme référents dans le domaine, contrairement à ce qui sera décrit plus bas s'agissant des associations.

Dans les URML coexistent une diversité de médecins avec une diversité de points de vue sur le sujet. Composées d'élus venant de syndicats différents mais ayant conclu des alliances pour

gouverner, chacun respecte profondément le positionnement de ses collègues. Les individus sensibles au lien entre environnement et santé constituent une toute petite minorité, avec une entrée d'abord liée à leur activité, leur spécialité, leur territoire, leur histoire personnelle : il existe peu ou pas de convergence suffisante pour que la santé environnementale devienne une action prioritaire. Ce phénomène est accentué par l'effet de contrôle social ou de jugement de valeur fortement exprimés à l'égard des « déviants », par exemple, ceux qui ont fait le choix de médecine à exercice particulier (homéopathie, acupuncture, etc).

« en prescrivant des médecines alternatives je suis devenu le canard noir, j'ai perdu tous mes réseaux notamment hospitaliers, en commençant par abandonner la thérapeutique classique » (élu URML)

Chapitre 2 : les organisations associatives

Dans ce chapitre nous examinerons successivement les associations ou collectifs organisés en réaction à un incinérateur puis deux associations principales créées avec comme objet la santé et l'environnement et un collectif national qui a émergé au cours du Grenelle de l'Environnement.

Des médecins contre l'incinération

Un premier exemple a été donné avec le médecin gastro-entérologue installé dans le Nord-Pas-de-Calais. Mais il a eu la chance d'être soutenu par l'URMEL ce qui lui a donné la possibilité de faire réaliser une action d'envergure (l'étude d'imprégnation). Cependant son activité s'est différenciée et dissociée par la création du Collectif évoqué ci-dessus. Un autre exemple peut être cité -qui n'a pas été étudié ici-, et a réuni une centaine de médecins corses dans un collectif et qui a reçu le soutien de l'URML de la région¹⁹.

Sans que cela puisse être affirmé, il est tentant de faire l'hypothèse que la congruence entre médecins locaux et URMEL dans le Nord, a bénéficié d'une conjonction favorable : l'étude nationale concomitante menée par l'InVS, une concentration d'incinérateurs et de sites industriels et répartition sur l'ensemble du territoire, des données de santé particulièrement catastrophiques partagées par tous les acteurs. Dans les autres situations, les autres collègues n'ont pas bénéficié du soutien de la structure syndicale régionale (qui n'a pas forcément été sollicitée d'ailleurs). Les mouvements ont d'abord été locaux mais chacun a cherché à développer avec ses ressources ou ses réseaux les moyens de gagner en visibilité et en efficacité.

L'Association des Médecins Indépendants pour l'Environnement et la Santé publique (AMIÉS)

L'AMIÉS est une des premières associations (il y a eu des médecins mobilisés autour d'un incinérateur, par exemple une pédiatre à Gilly-sur-Isère²⁰) de médecins qui s'est créée autour d'un incinérateur. Elle bénéficie en quelque sorte de la primeur de l'antériorité puisqu'elle a été créée en 1997.

1. L'origine de la mobilisation

L'origine de la mobilisation de médecins est à lier au projet d'incinérateur de Lunel-Viel. Pendant la période d'enquête publique, un médecin dont le père est viticulteur et riverain, décide de se mobiliser pour éviter l'implantation de l'usine. Il réunit des médecins locaux qui se montrent intéressés. En complément des actions juridiques et associatives classiques, menées par des associations,

« ils ont cherché à se battre avec des armes médicales » (médecin, Président AMIÉS)

¹⁹ Une centaine de médecins réunis au sein du Collectif médical Corse santé (CMCS), a reçu le soutien de l'URML de Corse en juillet 2008 contre un projet d'incinérateur. <http://contrelincinerateurcorse.o-zi.com/Collectif-medical-Corse-sante,80>. La CMCS a adhéré à la CNMSE.

²⁰ Voir Salomon 2003.

Quelques médecins locaux exerçant dans un périmètre de 20 km rejoignent effectivement cette action, pour différentes raisons. Un des médecins les plus actifs motive son engagement par la détérioration de l'environnement qu'un incinérateur produit, ce à quoi il est sensible du fait de son activité sportive. Un autre a fait ses études à la Faculté de médecine de Montpellier. Les cours du Pr C.S. sur les malformations congénitales l'ont particulièrement marqué, d'autant que, alors enceinte, le généraliste est confronté dans sa clientèle à dominante rurale, à un bébé dont le sexe est indéterminé. En outre, en quelques années de pratiques, plusieurs médicaments sont retirés du marché alors qu'ils ont longtemps été utilisés. Les rapports mettant en cause les pesticides ne sont pas suivis d'effets alors que cette région de culture maraîchère en fait un fort usage. Enfin, le médecin est intégré dans un groupement de santé préventive. L'ensemble de ces facteurs constitue un déclencheur pour s'investir dans la santé environnementale.

Une quarantaine de médecins adhèrent à l'association mais celle-ci tourne grâce à l'engagement de trois ou quatre médecins. Un des adhérents très actif est à la retraite et peut donc y consacrer beaucoup de temps et d'énergie. Il cumule depuis peu cette fonction avec celle la présidence de la CNMSE.

2. Les actions menées

Le premier type d'action, classique, consiste à colliger la connaissance sur l'incinération, la dioxine et autres polluants, à en faire la synthèse et mettre en ligne ces données. L'on retrouve là la première marche à laquelle se confronte toute organisation de médecins : celle des connaissances, radicalement nouvelles et différentes de celles apprises dans les facultés de médecine. Les connaissances qui circulent sont de nature scientifique et concernent un polluant, ou une famille de polluants, ses caractéristiques, ses effets ou les mécanismes toxiques dans le meilleur des cas. Mais peu de données sont disponibles sur la connaissance clinique ou thérapeutique. Il existe une exception peut-être, avec les substances considérées comme des perturbateurs endocriniens, qui elles, relèvent du champ clinique, ce qui est le cas de la dioxine.

Autrement dit, les médecins vont donner plus d'importance aux données qui font sens dans leur corpus de connaissances, que cela porte sur les pathologies (cancers par exemple), ou sur des mécanismes physiologiques décrits et déjà connus. Cela ne signifie pas pour autant qu'ils écartent ou ignorent les résultats scientifiques ou épidémiologiques : au contraire, les premières données réunies sont de cet ordre, et les résultats des études de l'InVS ne sont pas mis en cause, mais l'interprétation qui en est faite est différente. En particulier, lors de sa publication et de sa diffusion début 2009, les médecins mettront l'accent sur l'excès de cancers au lieu de le minimiser comme d'autres experts ont pu le faire, notamment du fait des marges d'incertitude ou de résultats statistiquement peu significatifs au regard de la santé publique mais pas de la santé clinique.

Le second type d'action ressemble à l'épidémiologie populaire²¹ souvent pratiquée par des riverains autour d'un site contesté. Mais la différence ici, consiste dans le fait que ce sont les médecins qui sont directement interrogés sur leur prescription en antibiotiques. Cent médecins

²¹ P. Brown, Popular Epidemiology Revisited, *Current Sociology*, Vol 45, n° 3, 137-156, 1997.

sont contactés, une quarantaine répond parmi lesquels environ vingt-cinq pensent noter une augmentation de la consommation

Ces résultats sont suffisants pour que la CPAM accepte de diffuser les éléments précis de prescription des antibiotiques par les médecins installés dans la zone et de le faire de façon répétée afin d'en surveiller l'évolution.

En complément, l'association réalise des dosages de sang chez trois volontaires, compte tenu de ses faibles moyens (un dosage coûte aux environs de 400 €) ; action que l'on retrouve dans les situations de lancement d'alerte : l'on se rappellera ceux des députés européens par exemple. Les résultats montrant des taux supérieurs à la moyenne nationale, la Préfecture s'inquiète et rencontre les médecins. Ils seront inclus dans la CLIS réunie autour de l'incinérateur.

Comme les autres praticiens les médecins du territoire élaborent une action originale : le suivi médicamenteux qui se poursuit depuis maintenant trois ans. Cependant, les éléments qui en ressortent sont à nuancer par deux facteurs : d'une part, la campagne massive de l'INPES à destination des médecins pour diminuer la prescription d'antibiotiques qui est efficace ; d'autre part, l'apparition de nouveaux antibiotiques ce qui impose de faire la part entre ceux de première, seconde et troisième génération, puisque les transferts entre eux induisent des biais qu'il est difficile de mesurer. Cette année, va venir s'ajouter le suivi de la prescription par les médecins du périmètre de médicaments antiasthmatiques. A notre connaissance, cette initiative et ce partenariat avec la CPAM, est la première et la seule du genre, à l'exception d'investigations spécifiques qui peuvent recourir à ce type de démarche.

L'écho pris par l'implication des médecins s'appuie sur leur légitimité sociale et professionnelle qui reste réelle, probablement plus en province que dans les grandes métropoles et sur le fait en l'espèce, qu'ils n'adoptent pas comme seul registre d'intervention ou d'action, la critique ou l'attaque judiciaire par exemple, mais qu'ils s'appuient sur des actions qui relèvent de leur champ de compétence. Avec ces règles, leur crédibilité est reconnue.

« quand vous êtes médecin, ils (animateurs de la CLIS) font plus attention à ce que vous dites (...) mais il ne faut pas dire n'importe quoi (...). Le Préfet²², si un médecin lève la main, il a tendance à dire : oui Docteur, on vous écoute, alors qu'à la deuxième interruption d'une association, on lui dit : on vous a entendu, on a pris note, on ne va pas y passer l'après-midi » (Président AMIES)

Une autre type d'intervention, plus militante, consiste à participer à d'autres mouvements également organisés contre des incinérateurs. Mais ces actions sont dirigées vers des publics différents.

« j'ai fait une conférence avec A.P. , J-F.N²³. à Saint-Gaudens sur le principe de précaution et le principe de prévention. Le débat a été très intéressant et trois ans après il n'y a toujours pas d'incinérateur. On mesure l'effet de ces discours comme ça » (adhérent AMIES)

²² En fait, le Secrétaire général de la Préfecture qui préside la CLIS.

²³ Deux experts spécialisés sur l'incinération.

Le dernier type d'action, plus discrète se produit dans le secret des cabinets. Il ne s'agit pas tant des questions posées par les patients à propos de l'incinérateur qui surviennent mais de plus en plus rarement. Elles concernent plutôt les inquiétudes que des patients peuvent exprimer à propos d'autres sites émetteurs potentiels de toxiques. Le médecin associatif ayant tiré les leçons de l'expérience de l'incinérateur a compris que l'efficacité de l'action du médecin tient à son registre spécifique de professionnel de santé :

« procurez-vous de la part de votre médecin un certificat médical, il n'écrira pas que vous êtes malade à cause de l'usine, mais qu'il voit des pathologies récidivantes (...) et qu'il vous a vu quatre fois dans l'année au lieu d'une fois d'habitude. Ca c'est factuel (...) voilà comment on peut aider les gens en ne sortant pas de notre cadre de médecin » (Président AMIES)

Enfin, à titre individuel, chaque médecin en tire des leçons pour sa propre pratique. Les conseils sur l'alimentation, le mode de vie, l'exercice physique, la promotion de l'alimentation biologique, voire son intégration dans les cantines de crèche ou scolaires font partie de la batterie fréquemment citée par divers praticiens.

3. Les alliances

L'action entreprise par les médecins a été visible en particulier par les acteurs associatifs du déchet dont une partie de la stratégie consiste à faire de la veille et de la mise en réseau d'acteurs. Ainsi, le CNIID repère leur action et la diffuse. Les autres associations nationales militant contre l'incinération, se mettent également en relation. Et ainsi de suite, les connexions opèrent entre médecins ou associations organisées contre un incinérateur, dont le collectif de Clermont-Ferrand. De fil en aiguille et plus grandit le réseau, plus se construit l'idée d'une action collective qui trouve son aboutissement au Grenelle de l'Environnement pendant lequel est demandé un moratoire sur les décisions concernant les incinérateurs. Cette revendication est reprise peu après par la CNMSE dont un membre de l'AMIES devient le second président. De ces alliances, le champ d'intérêt de l'association et de ses membres s'élargit, d'autant que la mise en place et la diffusion des données du Réseau Environnement et Santé donne un nouvel élan : campagne contre le Bishpénol A (BPA) dans les biberons, les cosmétiques, les pesticides, etc.

Les deux présidents d'honneur qui figurent sur le site Internet de l'AMIES sont deux experts dont l'un est chimiste et toxicologue et l'autre parasitologue, spécialisé en éco-épidémiologie. Le recours aux experts appartenant à des institutions publiques de recherche est une stratégie systématiquement suivie par ces associations.

4. Les difficultés

Elles tiennent principalement au faible nombre de médecins réellement investis et au manque de temps que chacun connaît du fait d'un métier très prenant et de longues journées de travail. En tant qu'association ayant un but précis quant à l'avenir de l'incinérateur, la désillusion est importante relativement au comportement des services de l'Etat, des collectivités et des gestionnaires qui multiplient les « mesures dilatoires ». En l'absence de phénomènes précis et démontrés, l'incertitude profite à la poursuite de l'activité.

Clermont-Ferrand

Le syndicat départemental dédié à la collecte et au traitement des déchets, le Valtom, est créé en 1997. Dès son origine il porte un projet d'incinérateur qui avait déjà été envisagé puis abandonné à la fin des années 1980 ; mais qui est inscrit dans le plan départemental d'élimination des déchets ménagers et assimilés révisé au début des années 2000. Une association s'était alors créée et guidée par un médecin membre de la LCR. De 1997 à 2003, le projet est essentiellement porté par les acteurs institutionnels (élus, services de l'Etat et adjudicataire de l'appel d'offre). Entre temps, une intercommunalité regroupant 18 communes limitrophes de Clermont-Ferrand est créée en 2000 : Clermont-Communauté. Certains élus participent aux deux intercommunalités. Des désaccords se font jour mais restent confinés aux cercles des élus et gestionnaires des déchets. Pour autant, deux groupes antagonistes se constituent.

1. L'origine de la mobilisation des médecins

En 2003 le site pour l'incinérateur est choisi à Beaulieu à la périphérie immédiate de la ville et à côté du centre d'enfouissement technique de Puy Long anciennement implanté. L'association qui s'était créée lors du premier projet et qui poursuivait une existence théorique est réactivée par son président, riverain du site choisi. D'autres collectifs ou associations se mobilisent. En 2006, des habitants de la commune limitrophe du site prévu pour l'usine contactent un de leurs conseillers municipaux, médecin généraliste. Ce dernier deviendra le fer de lance de la mobilisation médicale qui a été médiatisée nationalement.

2. Les actions menées

Sa première démarche consiste à rechercher les connaissances existantes :

Je me suis dit, je veux avoir des informations neutres, pures, vraies. Je fais une bibliographie. Je vais sur les sites médicaux francophones, fiables. Je regarde les publications sur le sujet, les revues, les articles, les revues de cancérologie, les publications de vulgarisation. Je vois tous les travaux du professeur Viel à Besançon. Ensuite je suis allé traîner dans ce qui avait déjà été fait. Les sites militants comme ceux de Greenpeace. Je me demande, que disent les gens qui sont déjà opposés à l'incinération, quelles sont leurs références. Je ne suis pas allé dire je suis contre, point » (médecin Clermont-Ferrand)

Il fait un parallèle avec l'amiante (dont un site célèbre était installé à Clermont-Ferrand) et accepte de participer à une conférence organisée par une association de sa commune sur les effets de l'incinération sur la santé.

« De très nombreuses études comme pour l'amiante avaient montré que chez les travailleurs et auprès des populations autour lorsqu'il n'y avait pas de filtre ni de récupération des mâchefers, on avait vu une augmentation significative de maladies. Ca a attiré mon attention : tiens c'est un procédé qui joue sur l'environnement et la santé (...) J'avais été interne en pneumo et j'ai vu les dégâts qu'a fait l'amiante » (médecin Clermont-Ferrand)

Suite à la réunion dans la commune, le médecin de la LCR le contacte. Bien que le premier refuse de participer à son association, les deux praticiens s'engagent dans une collaboration bien

comprise, assise sur la complémentarité de leurs caractères, de leurs ressources et de leur positionnement.

Le basculement se produit lors d'une réunion organisée par le promoteur du projet en 2006 :

« le directeur du Valtom nous dit : on m'a dit de vous dire que c'était moins dangereux que le tabac. Je me suis levé en disant : vous ne pouvez pas dire ceci. Comment puis-je dire à une famille qui vient de perdre quelqu'un d'un cancer des bronches à cause d'un tabagisme passif que l'incinérateur ce n'est pas grave parce que c'est moins dangereux que le tabac. Cette phrase-là m'a fait me lever m'a conforté dans mes recherches pour cette association. Là je dois foncer » (médecin Clermont-Ferrand)

« Le conseil scientifique du Valtom n'était pas connu. Parmi ceux-ci je découvre qu'il y a le Pr Caillaud chef de service de pneumologie de Clermont-Ferrand. A notre grand étonnement il avait déjà fait une intervention publique en disant cela : c'est moins dangereux que le tabac » (médecin de Clermont-Ferrand)

Les deux médecins lancent une pétition à l'automne 2006 qui récoltent en quelques mois plus de 500 signatures de médecins libéraux du département, soit plus de 40 % des médecins installés dans le Puy-de-Dôme. Cette pétition sera remise au Préfet en septembre 2007.

Le premier semestre de cette année est une période d'implication intense du médecin auprès de ses confrères et de la Préfecture. D'autant que le CODERST donne un avis favorable à l'incinérateur en mai et qu'il semble que le Préfet soit prêt à signer l'autorisation.

Si les médecins signent massivement le texte, un seul d'entre eux s'implique personnellement avec le leader du mouvement et le militant de la LCR. Accoucheur, il est très implanté dans la ville et auprès des médecins. Les trois médecins se font les porte-parole de la mobilisation et adressent personnellement la pétition aux praticiens du Puy-de-Dôme.

Le médecin leader mobilise ses ressources personnelles et fort du soutien de ses confrères et de la médiatisation qui leur est donnée, il adresse fin mai 2007 une lettre officielle au Président de la République avec copie adressée au Préfet. Le Grenelle de l'Environnement est annoncé pour l'automne, un groupe de travail est prévu sur les déchets et les associations demandent un moratoire. Le Préfet y répond par une lettre officielle datée du 1^{er} juin 2007 dans laquelle il confirme avoir « *personnellement décidé (...) de ne (se) prononcer qu'après les concertations nationales qui auront lieu à l'automne prochain* ».

3. Les alliances

La décision étant reportée aux débats qui doivent avoir lieu sur la scène nationale, le médecin clermontois décide de poursuivre son action d'influence à Paris. Il se renseigne sur les modalités d'organisation du Grenelle et s'aperçoit qu'aucun médecin n'est prévu y siéger en cette qualité. Début juillet il prévoit de réagir et mobilise ses relations au sein du Conseil de l'Ordre qui bénéficient d'une oreille favorable auprès du Président de la République. Les contacts sont également noués avec l'ARTAC qui s'est positionnée contre l'incinération. Différents médecins et militants contre l'incinération se retrouvent et décident ce même mois de juillet de créer la Coordination Nationale Médicale en Santé Environnement CNMSE, qui verra officiellement le jour en janvier 2008.

« je demande qui compose le groupe trois (prévu sur la santé et l'environnement) pour voir la pertinence des avis. J'ai observé que le président et le vice-président étaient médecins. Sinon aucun médecin dans le groupe santé environnement parmi les 40 personnes qui constituent le groupe. Là mon sang n'a fait qu'un tour. J'ai écrit à Sarko.

J'ai appris qu'un courrier isolé ne sert à rien J'ai fait une copie au Président du Conseil de l'ordre des médecins. C'était début juillet. J'ai eu une réponse du CNOM. Je demande à ce qu'il y ait un collège de médecins dans le groupe n° 3. La présidente me répond en soutenant ma demande.

Avant, en étant persuadé que les médecins allaient être représentés dans le groupe santé environnement et en qualité de porte parole du collectif des médecins clermontois j'ai créé la Coordination nationale médicale santé environnement. Parce que comme collectif à Clermont on n'est entendu qu'à Clermont. Un collectif de médecins qui crie ça n'existait pas et il fallait que ça existe. Il fallait fédérer les énergies ; je suis entré en contact avec les Corses les gens du Nord. Cette coordination nationale est montée début juillet à Paris.

Un rendez-vous est organisé en Août au ministère de l'Ecologie.

« Nous avons fait part de notre étonnement qu'il n'y ait pas de médecins au Grenelle. On a eu cet entretien. Il nous a été affirmé qu'on ne pouvait pas entrer dans le Grenelle parce que les travaux étaient trop avancés. (...). Il a été convenu qu'il y aurait un groupe miroir. Le groupe a été décidé pour calmer notre colère. Le groupe était constitué de médecins qui avaient élaboré des propositions médicales que nous avons commencées à préparer pour la santé et l'environnement. On a rencontré le groupe 3 le 3 septembre. On leur amené nos propositions. Il y avait le Président, le vice-Président et un représentant de chaque collège. De notre côté, étaient présents, la représentante du CNOM, D.B²⁴, un représentant des professeurs hospitaliers de France, les syndicats médicaux (CSMF et FMF) et deux portes paroles de la coordination. (L'autre est dans le midi). » (médecin Clermont-Ferrand)

L'intergroupe sur les déchets ne prend pas de position unitaire. A Clermont-Ferrand, la dichotomie entre élus s'est précisée pendant toute cette période, bien que celle-ci n'ait pas été médiatisée de la même façon. Ainsi un projet alternatif local conduit par une députée de la circonscription est élaboré en prenant en compte de façon plus large et plus intégrée les filières de déchets. Les élections se passent. Le Préfet ne prend pas de nouvelle décision. Le médecin généraliste de Clermont-Ferrand avait comme but principal l'abandon du projet d'incinérateur et n'a pas étendu son action à d'autres sujets de santé environnement. Rapidement, il sait qu'il ne poursuivra pas cette action. Il reprend ses activités et le collectif se délite.

Le Préfet du Puy-de-Dôme signe l'arrêté d'autorisation fin mai 2009, juste avant son départ pour un autre poste. La décision n'est pas médiatisée lorsque ces lignes sont écrites fin juin 2009.

Des associations ou collectifs montées contre les incinérateurs, l'on peut retenir plusieurs facteurs communs :

²⁴ Un des experts déjà cité, sur lequel nous aurons l'occasion de revenir.

- l'engagement dans l'action à partir d'un enjeu précis, souvent accompagné par des riverains, d'autres associations, une histoire, des capacités militantes ou techniques qui s'organisent de toute façon. Les médecins peuvent s'investir dans un rôle spécifique : celui des effets pour la santé, de façon plus (Clermont) ou moins (AMIES) générale.
- L'importance de la disponibilité grâce à Internet des travaux existants, allant dans un sens ou un autre, travaux essentiellement d'origine scientifique et non médicale, souvent facilement accessibles voire vulgarisés par l'existence d'un grand nombre de rapports, de synthèses, d'états de l'art, de documents produits par des non scientifiques ou de scientifiques militants. Autrement dit, la connaissance disponible n'exige pas forcément de connaissances disciplinaires pointues contrairement à des écrits spécialisés ou médicaux. En revanche, elle nécessite un très gros investissement en temps et d'ordre cognitif pour s'approprier des connaissances complètement nouvelles.
- Les partenariats locaux sont déterminants pour assurer le succès de l'intervention locale même si celle-ci est éphémère si l'on en juge par la signature des deux incinérateurs de Clermont et Flamoval dans le Nord en juin 2009 : puissants à Clermont (les trois médecins chacun avec leur spécialité médicale et militante, touchent la très grande majorité des praticiens et des registres d'action), ils le sont moins à Lunel-Viel. Mais l'AMIES par son antériorité et son organisation bénéficie d'une structuration plus forte qui devient décisive lors de la mise en réseau des différents mouvements.
- La mobilisation de ressources facilitant l'amplification des revendications est également centrale : les médias, l'accès aux décideurs centraux, le lien avec des experts.
- La mise en réseau facilitée par les associations qui exercent une vigilance sur ce thème, et qui aboutit à une mise en réseau des médecins et des experts. Leur association fait masse et la présence sur tout le territoire de professionnels de santé s'élevant contre l'incinération ne passe pas inaperçue et conforte l'action des opposants un peu partout. La mise en réseau aboutit à la création de la CNMSE qui témoigne d'une volonté d'exister sur la scène nationale.
- L'actualité constitue une opportunité : le Grenelle de l'Environnement en est évidemment une illustration ainsi que ses déclinaisons au niveau régional (il y en a eu une en Auvergne par exemple).

Les associations généralistes

De création très récente, elles ne sont pas l'émanation des mouvements décrits précédemment, mais en revanche la connexion entre les individus et partant, les organisations, s'opère.

Pour autant, si à plusieurs reprises ces deux associations se rencontrent, coopèrent, interviennent sur les mêmes sujets ou se soutiennent, elles constituent deux configurations différentes qui se distinguent peu après la création officielle de la CNMSE.

Santé Environnement Rhône-Alpes : SERA

L'association se crée en mars 07, sur la base du constat partagé par plusieurs fondateurs, du lien entre environnement et santé, le retard pris par la France dans ce domaine, le cloisonnement qui caractérise les acteurs et partant ne favorise pas la prise en compte des liens existants. Comme les autres, ils font le constat de la difficulté d'accès aux connaissances concernant les risques.

La SERA regroupe des personnes, une quinzaine d'associations, des collectifs associatifs. Ils correspondent collectivement à divers horizons : des médecins qui se sont déjà mobilisés, (par exemple, figure parmi les membres la pédiatre qui s'est impliquée à Gilly-sur-Isère), plusieurs collectifs anti-antennes (le département de la Drôme où est élue la fondatrice du CRIIREM appartient à la région), des réseaux de santé publique associatifs qui ont œuvré avec des associations de malades, des élus (une adjointe à la mairie de Valence) ou ex-élus (une ex-conseillère régionale). L'association paraît également liée à des associations de défense de l'environnement comme les Amis de la Terre et d'autres.

L'association revendique de réunir et mettre en réseau des médecins, des scientifiques, des professionnels, des associatifs, des élus et citoyens éclairés intéressés par le sujet, le débat entre tous étant jugé comme important.

L'expérience associative des fondateurs est déterminante : habitués à être écartés, ils savent qu'il faut construire une légitimité des actions, nouer des alliances, énoncer des objectifs communs s'appuyer sur les dispositions légales et notamment juridiques.

L'association se dote d'un comité scientifique composé des experts en vue sur ces sujets : G.S., A.C., A.S., P. L R., etc.

1. Les actions

L'association décide en priorité de travailler sur quelques sujets et identifie rapidement que les connaissances manquent et que la formation des médecins en première ligne est importante.

Les priorités concernent la santé de l'enfant, la pollution air qui a une actualité dans la région. Mais l'association est formée, outre les collectifs qui peuvent être à l'origine par exemple de conférences, réunions ou projections de films, par des personnes non seulement d'origine différente et qui ont une vision distincte de la santé environnementale mais également éclatées géographiquement dans la région, à Lyon, à Grenoble et dans bien d'autres sites. Il est partant, très difficile d'organiser des actions, tous les membres étant très occupés. L'association vise en fait principalement la mise en réseau et la diffusion d'information, ce dont témoigne son site.

Elle ne s'est pas constituée autour d'un enjeu précis, les adhérents sont d'origine et de pratique militante diverses, leurs objectifs ne sont pas forcément communs même s'ils se retrouvent sur l'idée du lien entre la santé et l'environnement et une critique adressée aux institutions qui s'en occupent.

« c'est quoi être militant ? Moi je me pose beaucoup de questions, ce n'est pas pour ça que je me dis qu'il ne fait pas l'être. Mais on peut l'être de plusieurs façons, ce n'est pas la peine de braquer les gens » (médecin, membre SERA)

La posture critique ne favorise pas les rapprochements avec les acteurs institutionnels : le Conseil Régional dont le vice-Président en charge de la santé est un oncologue, ne partage pas leur point de vue critique et s'intéresse plus aux méfaits du tabac qu'à l'environnement. L'URML ne répond pas à leurs sollicitations. L'ORS qui a pourtant établi un des premiers tableaux de bord sur les données de santé environnementale est critiqué pour sa posture conventionnelle et ses chiffres généraux. Les conférences ou réunions auxquels l'ORS se rend ou les experts invités qu'ils font venir sont choisis parmi les experts officiels et reconnus. Tandis que l'association a tissé des liens avec les scientifiques critiques et dont les publications, les travaux ou les discours dénoncent souvent ceux des experts institutionnels.

La région a pourtant des sources multiples de pollution ou de risques : couloir de la chimie, montagne, centrales nucléaires, industries, etc mais celles-ci ne se traduisent pas dans les données de santé. Au contraire du Nord-Pas-de-Calais par exemple ou de l'Ile-de-France pour d'autres pathologies, la région est plutôt caractérisée par des chiffres neutres à l'exception de quelques pathologies comme les mésothéliomes. Il n'y a donc pas d'enjeu de nature à être porté par des politiques visibles, par des administrations ou des collectivités qui devraient ou pourraient se positionner.

En outre, l'association n'a pas choisi de réaliser des actions concrètes qui nécessitent partenariats et dont sont friands les médias : ce rôle est joué par l'ASEP. Ainsi la pollution du Rhône par les PCB est prise en charge par l'ASEP que la SERA soutient, mais c'est la première qui en tire tout le bénéfice.

Les adhérents sont finalement mieux insérés individuellement dans leur territoire où ils jouent leur rôle mais sans que la visibilité ou la capitalisation se fasse pour l'association. A Grenoble, les membres sont investis dans les débats sur les nanotechnologies, soutiennent la demande de charte de téléphonie mobile. A Valence, une charte est en négociation, un médecin, membre de l'équipe municipale, contribue à la formation des personnels et des élus et insère peu à peu l'alimentation biologique dans les cantines. A Lyon les réseaux de santé publique poursuivent leurs actions.

Enfin et ce point n'est pas négligeable, la santé environnementale est faiblement institutionnalisée : au-delà de l'AFSSET et de l'InVS qui exerce sa vigilance et réalise des investigations, il n'existe pas encore de lieu, d'instances ou de textes qui dans ce champ régissent ou organisent la participation des acteurs. Elle est éclatée entre des activités cloisonnées (par exemple au titre des ICPE, d'un site, d'un incinérateur), une question sanitaire mais qui doit être objectivée par une exposition avérée (Gilly-sur-Isère, PCB), un incident démontré (Tricastin), des données sanitaires (morbidité, mortalité) visibles. Elle n'a pas le bénéfice de textes de loi comme ils peuvent exister à l'hôpital pour reconnaître une existence aux associations de malades, ou au sein du CODERST ou pour les associations de consommateurs.

Avec pour modèle les réseaux de santé publique qui ont la chance de bénéficier d'un soutien juridique et d'une demande des autorités sanitaires, même si la démocratie sanitaire reste encore limitée au regard de ses promoteurs, rien de tel ne structure la santé et l'environnement. Dans ces conditions limiter en grande partie son objet à la mise en réseau ralentit sa capacité d'existence et d'action, d'autant que la critique seule a peu de reconnaissance :

« en France on a été incapable de faire une place au monde associatif un peu rebelle »
(membre SERA)

2. Les alliances

L'objectif prioritaire étant la mise en réseau, l'association est caractérisée par les alliances qu'elle tisse : avec les experts qui figurent notamment à son conseil scientifique, avec les associations de défense de l'environnement ou écologistes, avec les organisations qui se veulent indépendantes, comme le CRIIRAD et le CRIIREM tous les deux fondés par une élue dans la région.

Les collectifs créés contre les antennes sont nombreux. Un des médecins de l'association se déclare hypersensible aux ondes électromagnétiques et l'un des axes a été de nouer une alliance avec les personnes hypersensibles aux odeurs et produits chimiques, au cours d'une réunion commune.

Enfin, les liens se sont faits notamment au travers des experts et la SERA a rejoint la CNMSE ainsi que le tout récent Réseau Environnement Santé.

3. Les difficultés

Les difficultés de cette association sont nombreuses. Composée de bénévoles répartis dans la région et très occupés, le temps, l'implication et la capacité de réaliser des choses sont faibles. Ils sont confrontés à la réticence des médecins à s'investir dans une association militante. Les adhérents sont plutôt des individus qui ont eu une expérience personnelle passée qui les pousse à les rejoindre.

Ainsi ce médecin qui a été le témoin dans les années 1990 de l'instruction d'une porcherie industrielle qui a fait prévaloir les considérations économiques sur celles de l'environnement, malgré les connaissances réunies sur les lisiers de porc.

En l'absence d'un enjeu fédérateur, de données sanitaires catastrophiques et d'individus sur la même ligne, la cohérence est difficile à élaborer. Pourtant leur création n'est pas passée inaperçue, elle répond même à des attentes. Mais la difficulté à agir ralentit considérablement les choses et ne sert pas leur efficacité. En l'absence de présence opérationnelle il ne reste que la posture critique, laquelle ne fédère pas l'engagement dans le milieu médical.

L'Association Santé Environnement Provence ASEP (étendue par la suite à la France, ASEF)

Créée il y a peu par deux médecins : l'un, cardiologue, sensibilisé par la pollution régnant dans le périmètre de l'étang de Berre et en forte empathie avec ses malades, le second, pédiatre, interpellé par des questions auxquelles ils ne savaient pas répondre.

« des gens nous posent des questions et j'en avais marre de ne pas savoir répondre. Le médecin c'est le type à qui vous demandez des conseils (...). Les mamans tous les jours elles posent des questions, elles ont eu un rôle de déclencheur » (médecin fondateur ASEP)

Leurs compétences sont complémentaires, à la quarantaine ils sont plein d'énergie, capables de faire des consultations complètes, de participer à des conférences, de lire des articles, en écrire, de faire des déplacements, des émissions de radio ou de TV et de répondre à la presse, etc. Ils sont rejoints par un oncologue, animé d'une forte empathie pour ses patients et qui a déjà une expérience associative avec des malades atteints de cancers (Ressources²⁵). Cette association organise les échanges, les informations et les actions en faveur des malades et propose des thérapies alternatives en complément des soins traditionnels.

Ils font également le constat politique d'un déficit démocratique, sur la « négociation du prix à payer » pour la société du risque.

L'association compte environ 1500 membres²⁶. Elle peut compter sur le soutien actif d'une quinzaine de membres qui se spécialise dans un domaine ou un autre.

1. Les actions

En juin 2007 les fondateurs organisent une réunion à destination des médecins sur le thème de « l'homme malade de son environnement ». Le succès est important, plus de 500 médecins y participent. S'ils le faisaient pour sensibiliser leurs confrères, devant le succès, ils contactent le Conseil Régional pour organiser un colloque « d'envergure nationale » auquel plus de 800 personnes participent.

Une fois la sensibilité des collègues vérifiées, l'ASEP entreprend une série d'actions. La première comme les autres mouvements consiste à réunir une bibliographie, mais sélective, au regard des sujets choisis car la littérature est vaste et le champ énorme. Chaque auteur choisit un sujet et ne publie sur le site que des textes reposant sur une bibliographie complète et qui sont relus par les autres membres. Les premiers articles concernent la pollution de l'air, notamment automobile, l'air intérieur, les pesticides, les polluants chimiques.

« on ne proposait pas d'aller manifester, mais de lire des articles, de les pondérer, de faire une synthèse pour qu'un médecin puisse la lire » (médecin fondateur ASEP)

Le second type d'actions est volontairement spectaculaire mais dans le champ médical :

- des dosages dans le sang de riverains du Rhône qui montre de fortes teneurs en PCB chez les personnes proches et les pêcheurs, réalisée avec l'appui du WWF.
- L'ASEP est présente avec d'autres médecins autour de l'incinérateur de Fos-sur-Mer et dénonce les dangers de l'incinération lors de réunions.
- Elle réalise des études sur la qualité de l'air dans les crèches dont les résultats ont été très largement diffusés et médiatisés.
- Des positions sont également prises sur les ondes électromagnétiques et la notoriété qu'a rapidement obtenue l'association lui permet d'être auditionné publiquement par le député de l'OPECST chargé d'un second rapport sur le sujet et de siéger au Grenelle des Ondes.

²⁵ <http://www.association-ressource.org/>.

²⁶ Une recherche actuellement en cours à Marseille, sur un thème proche étudie en détail le recrutement de l'ASEP en accord avec ses membres fondateurs.

Un objectif de l'association est d'obtenir la création de registres du cancer afin de suivre les pathologies dont ils soupçonnent des excès par exemple, autour de l'étang de Berre.

Mais pour chaque action ou prise de position le choix est outre de donner leur point de vue sur les conséquences sanitaires de l'assortir de conseils concrets.

Enfin, et ce n'est pas la moindre de leur action, les fondateurs ont décidé d'être médiatiques et ils y arrivent : présents dans les médias locaux mais également nationaux, les émissions de tout type et les articles reprennent leurs actions, leurs résultats et leurs points de vue. Communication qui s'avère être très présente sur leur site Internet où figurent les émissions, interviews et articles de la presse reprenant leurs actions, ce qui facilite les recherches les concernant.

Leur objectif est d'attirer l'attention notamment des pouvoirs publics et de les faire bouger sur ces sujets mais également les collectivités territoriales, puisque la dernière initiative consiste à proposer un pacte écologique pour la ville d'Aix, où le pédiatre fondateur exerce sa pratique médicale.

2. Les alliances

L'association s'est constituée un conseil scientifique qui regroupe les experts connus qui sont à peu près les mêmes que ceux de la SERA.

Les médias sont sans conteste un allié majeur dans la stratégie d'action et de diffusion de leur position. Celle-ci leur permet non seulement d'affermir leur notoriété vis-à-vis des institutions, ou des médecins, mais également de leurs patients et ainsi de gagner en efficacité.

« l'ado que j'ai vu dans mon cabinet quand il m'entend à la radio, il se dit : il me le dit dans son cabinet et à la radio, il n'a pas peur, il est légitime (...) quand je dis à un ado de ne pas laisser son téléphone portable près de son lit, je suis plus légitime » (médecin fondateur ASEP)

Avec leur collègue oncologue les deux fondateurs montent un congrès de cancérologie à Aix pendant deux jours, la première étant consacrée au lien entre environnement et cancers et le second aux patients. La salle de 1300 places est remplie.

La mise en réseau fonctionne également. S'ils ont participé au départ à l'émergence de la CNMSE, ils s'en éloignent ensuite. Le principal point de divergence porte sur les modalités d'action. Les premiers revendiquent une fonction de lanceur d'alerte, quand les seconds occupent ce rôle par des actions précises et à partir de leurs métiers, de leurs réseaux et de leur légitimité. La limite de l'action est celle que mettent les médecins non engagés. Leur site met en place systématiquement un sondage d'évaluation des actions destiné aux adhérents .

« on souhaite que les médecins se reconnaissent toujours en nous » (médecin fondateur ASEP)

« les médecins n'ont pas envie de faire partie d'une association environnementale, (...) ils veulent être fiers » (médecin fondateur ASEP)

Un second réseau se crée qui réunit outre l'ASEP et les autres associations présentes au sein de l'ASEF, l'URML de Haute-Normandie dont le colloque est annoncé sur le site, la SFTG qui

rentre dans l'association. En bref, les médecins qui positionnent leur action sur des actions concrètes et visibles et qui veulent incarner « un rôle sociétal, être un acteur de la santé ».

L'association ne semble pas rencontrer de difficultés au-delà du temps et de l'énergie impressionnantes qui sont investis par les membres les plus actifs, dont elle est sans doute fortement dépendante.

Les deux associations font des constats analogues, et d'ailleurs elles se croisent sur des sujets comme les PCB, la pollution de l'air, les ondes électromagnétiques, les pesticides, les polluants chimiques, etc.

Elles sont en relation avec les mêmes experts, qu'ils figurent ou non dans leur conseil scientifique et font partie du même Réseau Environnement Santé.

Ce qui les distinguent tient à trois principaux facteurs qui font le succès de l'une et la relative difficulté de l'autre à exister dans ce champ :

- le choix des adhérents : l'une se destine exclusivement aux médecins et en tire une forte légitimité autant qu'un positionnement individuel et collectif, quand l'autre fait le pari de la mise en relation des acteurs intéressés par la santé environnementale ;
- le fait de réaliser des actions et le choix de celles-ci : l'une dénonce en les objectivant la réalité de l'exposition humaine à des polluants au travers d'études et réalise un travail de synthèse bibliographique, alors que l'autre ne fait rien (encore) au nom de l'association en tout cas qui la distingue des mouvements associatifs habituels et ne produit pas non plus de savoirs, bien que la mise au point de formations à destination des médecins soit une priorité déclarée ;
- une stratégie médiatique systématique facilitée pour l'une et non pour l'autre et découlant probablement des deux précédents facteurs qui renforce notoriété, capacité d'action et sensibilisation des médecins comme des patients.

La constitution de deux configurations principales

L'ensemble de ces acteurs prend connaissance de l'engagement des autres en 2007. Plusieurs facteurs y concourent : certaines actions médiatisées attirent l'attention sur l'engagement de médecins en particulier autour de l'incinération :

- L'histoire de Clermont-Ferrand constitue un moment pivot qui met en relation l'AMIES avec eux, les médecins du Nord-Pas-de-Calais engagés contre des incinérateurs, et la SERA.
- Le Grenelle de l'Environnement au sein duquel les débats sur les déchets et l'incinération sont vifs entre les différentes parties et notamment de la part des associations spécialisées ou généralistes consacrées à l'environnement, constitue un moment d'impulsion pour ces médecins et de là naît la CNMSE.
- Le Grenelle des Ondes.

Mais au bout du compte deux groupes se distinguent, celui de la CNMSE et celui qui réunit l'ASEP-F, la STFG et des élus d'URML essentiellement distingués par le choix et la limite volontaires qu'ils se donnent d'agir pour en tant que médecins. Mais ce qui vaut pour le mouvement associatif ne vaut pas pour les experts, qui sont les mêmes et les réunissent dans un réseau informel commun.

Chapitre 3 : la constitution politique des organisations de médecins dans le champ de la santé environnementale

L'existence des médecins dans le champ de la santé et de l'environnement tient à leurs ressources individuelles et sociales. Celles-ci ont été au fondement des ressources collectives qu'ils se sont ensuite constituées et qui, dans un mouvement vertueux, rejaillissent et renforcent, lorsque l'influence collective a fonctionné, leurs atouts individuels. Cette situation peut paraître paradoxale dans la mesure où, les connaissances dominantes en santé environnementale sont d'ordre scientifique et non médical. Mais l'importance de l'expertise a favorisé la vulgarisation des données et partant, leur appropriation ainsi que leur interprétation par des acteurs qui n'appartiennent pas au champ disciplinaire initial. Celle-ci est favorisée par le fait que l'attente qui s'exprime à leur égard, aussi bien que leur action les positionnent comme gardiens de la santé.

L'émergence du médecin dans le champ de la santé environnementale tient, au-delà de son propre intérêt et de ses motivations, également à un certain nombre de ressources qui lui ont permis de constituer un capital social qui le rend audible et légitime.

Ces ressources sont complétées par une observation concrète de pathologies en croissance et inexplicables, qui tombent dans son champ de compétence, elles se construisent également par des alliances qui contribuent à renforcer sa légitimité et partant, le recours au praticien, à son accès facile à la scène médiatique et enfin, à ses différents modes d'action.

Des ressources individuelles

Le médecin est légitime pour soigner. Il possède en France un monopole sur le soin, grâce à son diplôme et au système de prise en charge par un tiers payant. Le système français²⁷ s'appuie sur un modèle du médecin libéral et de la liberté de choix du patient. Enfin, le médecin a obtenu un niveau de rémunération plutôt satisfaisant. Ces trois facteurs (monopole, autonomie, niveau de revenus, analysés par P. Hassenteufel²⁸) constituent la base de leur pouvoir, bien que chacun de ces facteurs soient grignotés et transformés au fur et à mesure des réformes successives du système de santé.

Le médecin est un notable et son autorité sociale, bien qu'en forte diminution, si l'on en croit les propos tenus par les médecins et les interactions quelque fois mouvementées avec les patients, se maintient encore à des niveaux élevés. Le médecin est celui qui est chargé de s'occuper de la santé des personnes. Or, la « médicalisation » va croissant autant du fait de l'extension du

²⁷ N'étant pas spécialiste du système de santé nous reprenons à notre fait des idées et des résultats démontrés par d'autres travaux. Le présent travail n'a aucune autre prétention que de traiter de la rencontre des médecins et de la santé environnementale, sujet très marginal au regard des enjeux et des débats qui agitent le système de santé français et les acteurs parties prenantes, et dont il n'est pas question ici.

²⁸ *Les médecins face à l'Etat. Une comparaison européenne*, Paris, Presses de Science Po, 1997.

domaine du médical et de ses champs de compétences, que du fait de la requalification de problèmes ou de ruptures en des questions médicales²⁹. La santé intéresse tout le monde et l'accroissement de l'espérance de vie et de la revendication pour une qualité de vie augmentent le recours que nous en faisons tous.

De plus en plus pour exercer leur métier, les médecins s'insèrent dans différents réseaux qui renforcent leurs ressources sociales : de nombreux médecins sont investis dans la vie politique et sont élus municipaux ou territoriaux ; ce qui peut colorer les actions menées dans ces équipes. Ils sont élus syndicaux et représentent la profession dans les URML et partant, dans les négociations avec l'Etat autour des conventions. Ils sont également, pour améliorer leurs compétences, leur recrutement et la fidélité de leurs patients dans des réseaux territoriaux entre confrères. Les réseaux de santé publique, les maisons médicales, l'organisation des gardes, la participation à des réseaux de veille ou d'alerte se sont développés. L'obligation de formation continue les insère dans des réseaux locaux avec d'autres médecins, etc. De ces coopérations et ces échanges, ils tirent des sources de connaissances qui les renforcent dans leurs convictions ou leurs compétences.

Des ressources professionnelles diffuses

C'est dans la construction française du système que le médecin de notre pays tire une forte légitimité sociale, par comparaison avec les modèles anglais ou allemands ou grecs par exemple, où le salariat ou la prise en charge publique sont plus développés. Bien que les connaissances soient très comparables³⁰, leur image sociale est largement produite par le système qui les légitimise. Le médecin a le monopole du soin³¹ et à ce titre il est investi, comme professionnel, d'un rôle social et d'une attente collective à l'égard de la santé, qui se vérifient dans les questions des patients dans les consultations mais également dans l'accès très ouvert que leur ménagent les médias ou les acteurs institutionnels.

Il s'avère que les données de santé publique circulent très largement font état de pathologies graves, invalidantes, chroniques ou quotidiennes en forte augmentation : le doublement des cancers, les asthmes et allergies respiratoires ou dermatologiques, les malformations et la baisse de la fertilité, les symptômes généraux de fatigue, de stress très répandus en population générale, les symptômes individuels ou collectifs inexplicables ou non reconnus, etc. La liste est trop longue pour prétendre à l'exhaustivité. Des maladies nouvelles, des zoonoses, des crises sanitaires, des accidents, viennent renforcer l'idée d'une plus grande fragilité ainsi que d'une perte de contrôle relative sur la santé, en particulier due à la carence des autorités, à la partialité de certains acteurs économiques, ou encore aux intérêts économiques qui priment sur la sécurité ou la santé des individus.

²⁹ Aiach, P., Delanoë, D., (1998), *L'ère de la médicalisation*. Paris : Economica ; Fassin, D., (1996), *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, PUF, Paris.

³⁰ Hassenteufel, op. cit.

³¹ Monopole dont il défend le principe. Voir par exemple la position récente prise par la FMF à l'égard des ostéopathes non médecins http://www.fmfpro.com/article.php3?id_article=487.

De surcroît, l'idée du lien entre l'environnement et la santé devient un bien commun : véhiculée régulièrement par les médias, à l'occasion de mobilisations (incinérateurs, Champlan), de « scandales » sanitaires (amiante), ou d'accidents particuliers (Tchernobyl, Bhopal, AZF), de débats et controverses rendus publics (cancers et environnement, pollution de l'air et décès prématuré ou pathologies respiratoires, pesticides et malformations ou maladies neuro-dégénératives, etc), d'informations, d'études ou de prise de position politique (qualité de l'air intérieur, etc), de plans publics (alimentation et cancers), de l'actualité (Grenelle de l'Environnement et atelier sur la santé environnementale, Grenelle des Ondes, ...).

Dans ces crises sanitaires étudiées (par ex Borraz, Devigne et Salomon, 2003 ; IRSN 2008, Salomon 2009) les mobilisations en santé environnementale expriment une défiance au regard des institutions, des experts, des scientifiques, etc.

Or, le médecin (comme image générale) paraît indépendant de ces acteurs et des systèmes : libéral, autonome, individu affirmé, il s'oppose régulièrement à l'Etat, il n'appartient à aucun service déconcentré, à aucune industrie, il n'est pas mobilisé comme expert, il clame régulièrement comme acteur collectif, que la santé n'a pas de prix, il assume souvent la souffrance dans le secret des consultations, plusieurs d'entre eux témoignent de leur constat devant l'augmentation de maladies, etc. En bref, il a tout pour incarner la défense des intérêts des patients pour leur santé. Il n'a pas besoin de déployer vis-à-vis du public ou des médias de moyens de conviction énormes pour établir le lien entre environnement et pathologies lourdes. Il bénéficie d'une croyance collective déjà répandue pour motiver son action. La parole publique d'un de ces médecins profite à l'ensemble de la profession, créditée de cette fonction sociale. De plus quelques personnalités se sont affichées publiquement sur ce thème et leur intervention a été très audible (les oncologues et le téléphone portable, le Pr D.B et les produits chimiques, etc).

Cette connaissance circulante investit potentiellement les médecins de cette fonction. La réalité territoriale de contaminations, pollutions, expositions, pathologies observées concrétise la demande des riverains ainsi que la conscience des médecins qui peuvent alors trouver un ancrage direct pour lancer leur action.

Les actions collectives

Les associations de médecins ont été créées par des individus, sur la base des ressources et des compétences de ces derniers, mais l'analyse des différentes organisations décrites précédemment montre qu'elles doivent élaborer des initiatives distinctives afin de construire leur présence sur la scène publique et satisfaire leurs objectifs d'influence.

Les enjeux et les objectifs des organisations

Les organisations dont il est question sont fortement dépendantes des membres qui l'ont créée, qui l'animent et les dotent d'une « personnalité ». En effet, si le nombre d'adhérents mis en avant peut être conséquent (d'une quarantaine pour l'AMIES, à environ mille cinq cents pour l'ASEP en passant par plus de cinq cents pour la pétition de Clermont-Ferrand), ceux qui portent réellement l'action du collectif institué ou non est en général réduit à quelques

personnes (rarement plus de 5) : une pour l'URML de Haute-Normandie et l'URMEL (une fois terminée l'étude d'imprégnation), 2 pour Clermont-Ferrand, 3 ou 4 pour l'AMIES, 3 à 10 pour l'ASEP, quelque fois plus, 5 ou 6 pour la SERA. En soi, le nombre importe peu et varie selon les moments, les sujets ou les sous-sujets abordés, ce qui est important est de souligner ici le faible nombre de personnes directement actives, leur très forte implication, mais également leur lien avec un groupe d'autres personnes moins visibles, peu dénombrables mais soutenant silencieusement l'action ou au moins une présence médicale sur le sujet que sont les adhérents.

Cela signifie entre autre que les enjeux et les objectifs dont se dotent ces mouvements sont directement liés à ceux des animateurs d'où l'importance de comprendre l'origine de leur mobilisation et de leur engagement. Réciproquement ceux-ci peuvent agir et être efficaces parce qu'ils peuvent se prévaloir du nombre de médecins individuels qui se reconnaissent dans leur action.

L'objet sur lequel les mouvements ou associations se sont fondés initialement est évidemment important pour comprendre une partie des objectifs suivis. Ainsi, les collectifs ou associations réunis autour de la lutte contre un site, ont un objectif direct lié soit au non aboutissement du projet (Clermont-Ferrand), soit à sa fermeture ou au moins sa mise aux normes (Lunel-Viel, Halluin). D'ailleurs il est à noter qu'à Clermont-Ferrand le Préfet ayant pris la décision de repousser le projet initial d'incinérateur³², le collectif de médecins s'est dissous, tandis que dans les autres lieux, l'association ou le collectif dure et s'est en général lié (AMIES) ou a essaimé auprès d'autres situations identiques (Saint-Omer dans le Nord).

Les autres associations ou organisations se positionnent d'emblée autour d'objectifs multiples.

- Le premier est à visée endogène : il cherche la sensibilisation des collègues afin de grossir les rangs de médecins ou professionnels intéressés par le sujet et prêts à soutenir ou adhérer aux mouvements ou à incorporer ces préoccupations dans leurs pratiques quotidiennes.
- Le second est institutionnel et s'adresse aux partenaires du territoire, et les actions concrètes répondant à des enjeux de santé publique du territoire sont une façon de constituer des partenariats grâce à des financements, respectivement avec les collectivités territoriales (Conseils généraux ou régionaux), les Groupements Régionaux de Santé Publique, la DRASS, etc. La tenue des colloques se fait souvent aussi avec les collectivités ou en association avec les URML lorsqu'elles celles-ci ne sont pas à l'origine du projet. Une exception en Rhône-Alpes, puisque l'URML refuse de s'associer aux actions de la SERA, tandis que celle de la Région PACA le fait du bout des lèvres. Ces objectifs sont plutôt institutionnels et peu visibles de la part des confrères, du grand public ou des médias.
- Le troisième est à vocation grand public. Il sert à faire évoluer la prise en compte de la santé et du lien entre santé et environnement. Comme il s'agit de l'enjeu de fond, il

³² La décision du Préfet date de juin 2008. Elle a fait l'objet d'un recours et le Tribunal administratif a pris un arrêté mi-mai 2009 cassant la décision du Préfet et lui donnant deux mois pour signer l'arrêté, ce qu'il a fait le 26 mai 2009, juste avant son départ pour un autre poste. Voir Le Progrès de Lyon du 26 mai 09. <http://www.leprogres.fr/fr/permalien/article/1511712/Incinerateur-de-Clermont-Ferrand-le-prefet-a-signé.html>

s'accompagne d'une large diffusion des actions ou des sujets choisis auprès du grand public et des médias. Cet objectif se traduit, et on le comprend dans la mesure où les associations ont émergé dans des situations précises, par des enjeux liés au contexte direct : PCB pour l'ASEP et la SERA, pollution de l'air pour l'ASEP et la SERA, pollution ou OGM pour la Haute-Normandie, dosages de l'air dans les crèches (ASEP), registres du cancer (ASEP), ondes électromagnétiques pour tous, car l'actualité amène les acteurs à prendre position sur ce thème, etc.

- Le quatrième tient au caractère professionnel et est directement lié à la légitimité reconnue et revendiquée de la profession médicale comme étant issue du monde scientifique. L'ensemble des acteurs -et cela mérite d'être souligné dans la mesure où ce point fait l'objet de polémiques entre différents groupes- revendique et se réclame d'une rigueur scientifique qui, selon eux est à la fois incontournable, le fondement de la légitimation de leur action et doit les rendre inattaquables.
- Ces objectifs en recouvrent plusieurs autres liés à l'amélioration de l'efficacité et la légitimité de l'association en général : attirer l'attention des politiques et des autorités sanitaires tout en les poussant dans leur retranchement, se positionner vis-à-vis des patients, des experts, de la presse sans s'attirer l'inimitié d'alliés importants ; plus généralement, renforcer la légitimité de l'association ou de ses actions auprès des patients, des médias, des alliés potentiels, des réseaux en train de se constituer.

Les enjeux et objectifs trouvent donc des déclinaisons dans des modalités d'action qui vont refléter les postures particulières des mouvements étudiés.

Les modalités d'action

L'on a déjà décrit une partie de ces modalités qui entrent en congruence avec leurs objectifs mais confèrent également une coloration particulière voire une identité qui distingue les mouvements et associations et permet de comprendre pourquoi et autour de quoi deux principales constellations se sont formées.

- Les colloques ou réunions publiques générales, liées à un enjeu (pollution de l'air, incinération) ou démultipliées (le médecin gastro-entérologue dans le Nord-Pas-de-Calais organise plusieurs réunions), plus ou moins ouvertes (quelques médecins locaux ou la profession d'un territoire) répondent à l'objectif de sensibilisation et de dénombrement des collègues. Ces colloques et réunions sont l'occasion non seulement de tester l'intérêt et le soutien des professionnels de santé et le faire savoir, mais également, sur le fond, de sensibiliser, informer, former et diffuser certaines connaissances établissant le lien délétère entre environnement et santé. Tous les pratiquent, sans que cela soit forcément uniquement destiné aux médecins (à l'exception de l'ASEP).
- Les actions concrètes citées plus haut ont surtout une vocation partenariale et institutionnelle : la collecte des déchets de soin dans l'Eure ; l'étude des effluents du CHU de Rouen ; l'étude d'imprégnation à la dioxine de l'URMEL ; les dosages en dioxine de l'AMIES ; le suivi de la consommation médicamenteuse (antibiotiques et antiasthmatiques) autour de l'incinérateur de Lunel-Viel, par l'AMIES avec la CPAM de

Montpellier ; les dosages en PCB de riverains du fleuve de l'ASEP ; l'analyse de l'air dans les crèches de l'ASEP ; la participation au projet alternatif de traitement des déchets à Clermont-Ferrand. Seule la SERA qui est une émanation et a une vocation de mise en réseau, ne porte pas (pour le moment) d'actions de ce type en son nom. L'on aura l'occasion de revenir sur ce point, mais ces actions qui connaîtront encore d'autres déclinaisons avec les actions de formation ou de mises à disposition d'outils concrets sont probablement les moins visibles pour le grand public (sauf celles de l'ASEP), mais les plus importantes pour la notoriété institutionnelle et donc la légitimité des organisations. Il est à noter que ces actions constituent un critère distinctif des organisations purement médicales (URML) des autres.

- Tous les mouvements ou associations adoptent une posture critique. Celle-ci porte sur des sujets généraux comme le PNSE 1 et sa seconde version, le déficit ou le retard d'actions par les autorités sanitaires françaises devant les pollutions avérées (PCB), les rapports institutionnels (et notamment celui de l'Académie de Médecine sur cancers et environnement, pour laquelle il est rappelé sa prise de position à l'époque pour minimiser les effets de l'amiante). Les critiques sont portées au travers des colloques, réunions ou conférences, des communiqués de presse qui accompagnent les actions concrètes et leurs résultats, des auditions auxquelles ils peuvent être invités (Assemblée Nationale par exemple), les groupes d'experts qui les invitent ou les intègrent (AFSSET), les interviews auxquels tous se rendent tant auprès des médias locaux que nationaux. Les mouvements qui ont eu accès la scène médiatique nationale ont été les médecins de Clermont-Ferrand, la CNMSE au moment du Grenelle de l'Environnement ainsi que l'ASEP-F à plusieurs reprises.
- Tous les mouvements soutiennent tous plus ou moins les mêmes sujets, au-delà de ceux qui font leur spécialité et ne se distinguent pas par ces positionnements : qualité de l'air, dangers de l'incinération même aux nouvelles normes, OGM, alimentation biologique, prévention des ondes électromagnétiques (portables et seuils revendiqués par les associations pour les antennes), etc.
- Tous enfin pratiquent, mais organisée de façon différente la mise en ligne sur leur site, d'informations diverses, de données, rapports, d'études, d'articles, de synthèses ou dossiers sur un thème. Sont également diffusées des informations locales sur les conférences tenues, les projections de films prévues (le film « Nos enfants nous accuseront » est souvent cité), les réunions locales (souvent liées à la téléphonie mobile), les reprises par la presse, etc.

Si en apparence, les mouvements et associations se ressemblent ce qui les distingue radicalement des autres mouvements associatifs tient au fait d'être médecins (sauf la SERA qui revendique au contraire la mise en réseau des acteurs intéressés, professionnels de santé, citoyens éclairés, militants associatifs et scientifiques) et la relation établie à partir de là avec cette profession. Cette différence, qui reste difficile à identifier par les détails de l'expression, s'incarne en revanche dans les actions concrètes, qui deviennent le paramètre distinctif des regroupements qui se sont opérés :

- au sein de la CNMSE qui réunit plutôt les mouvements militants (contre un incinérateur, SERA)
- et l'ASEP devenue ASEF qui revendique de n'avoir pour membres que des médecins,
- tandis que les URML, en tant qu'organisation, ont tendance à rester autonomes et ne pas plus se lier entre elles sur ces sujets que sur d'autres ; ce sont les individus intéressés qui vont tisser ou entretenir des réseaux entre eux.

Ainsi, la première constellation se caractérise plus par un registre militant et critique quand la seconde, cherche à fidéliser les médecins en élaborant des tenir compte des contraintes et se donne comme limite la demande et l'adhésion des médecins eux-mêmes.

« on souhaite que les médecins se reconnaissent toujours en nous » (médecin fondateur ASEP)

Or, la profession des médecins en tant que telle est peu portée par une action militante mais plutôt, pour ceux qui se reconnaissent dans ce sujet, par des actions concrètes directement liées à la santé. Ces initiatives donnent de l'épaisseur, voire revalorisent le métier de professionnel de santé en particulier vers des actions de prévention ou de conseils et de pratiques concrètes qui peuvent être déclinées lors de la consultation avec les patients.

En outre, ils souhaitent des éléments de réponse concrets soient apportés à leurs propres interrogations.

« il y en a un qui m'a dit, près de mon cabinet il y a un lotissement sous des lignes à haute tension, j'ai trois leucémies, il va falloir lui répondre. Vous aurez beau dire ce que vous voulez, il les voit » (médecin fondateur ASEP)

Un autre phénomène remarquable est l'absence de coopération avec les services déconcentrés de l'Etat qui ont pourtant des missions de santé environnementale ou même avec les CIRE, la notable exception près du Nord-Pas-de-Calais. Ni actions communes, ni élaboration de documents ou de formations qui pourraient intéresser plus largement les acteurs du territoire.

Les seuls contacts ont lieu au niveau national, lorsque ces associations disposent, même si c'est de pur affichage, d'une structure ou d'un nom national qui les propulse dans l'arène publique. A ce niveau l'écho est plus favorable : les médecins sont reçus dans les ministères, auprès des directions générales des Agences, en audition publique, ils participent à des dispositifs généraux (Grenelle) et surtout trouvent un écho médiatique fort.

Chapitre 4 : De la santé environnementale à la santé au cœur de l'environnement

Les organisations de médecins existent par la volonté et l'implication de quelques individus et par le fait qu'ils soient soutenus par d'autres confrères moins apparents, moins impliqués mais favorables à la démarche.

Il paraît donc important de synthétiser les facteurs qui amènent les professionnels de santé à s'intéresser à la santé environnementale et pour certains à basculer dans une implication qui apparaît très exigeante.

L'origine et les engagements des praticiens

L'engagement des médecins sur les sujets de santé et d'environnement peut tenir à plusieurs facteurs et est rarement unique, bien qu'une seule motivation soit possible :

- le premier facteur peut être lié à leur présence à proximité d'un site, comme un incinérateur, pour lequel ils se sentent concernés, ou une activité mise en cause, comme les OGM ou les ondes électromagnétiques. Ici, l'AMIES, le médecin ayant amené l'URMEL à réaliser l'étude d'imprégnation et le collectif de Clermont-Ferrand en sont les illustrations. L'engagement de certains experts spécialisés peut également entrer dans cette catégorie ;
- le second, peut être lié au constat de la détérioration ou d'un état dégradé de la santé des patients, en général alors expliqué en lien avec l'environnement. Certains médecins de l'URML d'Ile-de-France, ceux de l'ASEP peuvent être rangés dans cette catégorie. Ils cherchent alors plutôt à comprendre les phénomènes, éventuellement lutter contre et pouvoir apporter des réponses ou des solutions à leurs patients ;
- le troisième facteur est plus directement lié à une prise de conscience de la précarité de l'environnement, des liens existant entre activité humaine et détérioration de l'état de la planète et éventuellement celui de la santé humaine. L'URML de Haute-Normandie, la SERA en seraient les représentants les plus directs avec quelques experts ;
- un quatrième, qui peut regrouper plusieurs autres facteurs, concerne des personnes militantes ou élues, impliquées précédemment sur l'environnement ou la santé et s'investissant sur les sujets liant les deux. L'on y trouve principalement des membres initiaux de la SERA, des médecins de Clermont-Ferrand ou dont l'engagement initial par rapport à un site ou une activité (de la première catégorie) s'est étendu et est devenu plus systématique. Ce paramètre est à relier aux postures d'action retenues par les organisations ;
- enfin, plus rare, le dernier facteur est lié au constat politique que certains membres peuvent faire du déficit démocratique qui entoure le débat sur les risques ou la santé, on y retrouve des membres de l'ASEP et de la SERA ;

Ces motivations aboutissent à trois figures différentes des professionnels s'engageant dans la santé et l'environnement que l'on pourrait schématiser ainsi :

- l'ancien militant des réseaux de santé publique, rejoint par des médecins ou professionnels qui, s'étant engagés autour d'un site d'incinération en général, pratiquent à leur tour plutôt un registre militant, encore plus marqué lorsqu'il s'agit de professionnels ou de scientifiques, et non de médecins ;
- Le médecin qui veut apporter pour lui-même et pour ses patients des réponses concrètes aux désordres causés par l'activité humaine ou le déficit des institutions menées par les hommes ;
- Le médecin qui souhaite enrichir sa pratique et ses compétences d'éléments de compréhension et de réponse appropriés à ses questions, à sa patientèle ou sa pratique médicale, sans que cela constitue le cœur de son activité ni de son positionnement professionnel ou personne.

La première figure s'apparente à celle des écologistes à dominante politique, étudiés par Sylvie Ollitrault³³, il n'est d'ailleurs pas rare, que les actions soient liées aux associations écologistes (Amis de la Terre, etc) qui se sont associées aux préoccupations de santé lors du Grenelle de l'Environnement ou à l'occasion d'actions ponctuelles contre des polluants (WWF et étude imprégnation aux PCB faite par l'ASEP). La dominante critique sociale rapproche encore ces mouvements « *la régulation sociale et économique et les rapports inter-individuels doivent se transformer* »³⁴ et en particulier la façon dont l'activité anthropique est conçue, puisqu'elle laisse des traces dans l'environnement, dont l'être humain « est le bout de la chaîne trophique », constat affirmé³⁵ par tous les médecins intéressés par ce sujet et bien au-delà.

Dans cette catégorie figureraient aussi les médecins ou associatifs venus à s'impliquer du fait d'un événement particulier (la présence d'un incinérateur, d'une porcherie industrielle acceptée malgré ses conséquences pour l'environnement, etc) qu'Ollitrault recense sous les trajectoires à dominante réactive. Le mouvement contestataire, maintes fois étudié par ailleurs³⁶, amène ces derniers à faire l'expérience non seulement d'une perte de qualité de vie, mais dans le processus de réaction, à l'injustice, à l'incompréhension voire au déni. Facteurs qui les amènent à utiliser les ressources sociales (légitimité du médecin) et militantes acquises lors de la contestation dans la poursuite d'une cause dédiée à la santé et l'environnement et liée à une méfiance du politique ou des institutions.

³³ Les écologistes Français, des experts en action, *RFSP*, Vol 51, n° 1-2 février-avril 2001, p 105-130.

³⁴ Ollitrault, op. cit., p 113.

³⁵ Cet argument a été cité dans ces mêmes termes à l'occasion de plusieurs entretiens, y compris avec des responsables d'URML dont l'engagement ne se manifestait pas sur la santé environnement, mais qui, à titre individuel avaient modifié leurs pratiques de consommation alimentaire par exemple.

³⁶ Par exemple, D. Salomon., *A l'opposé du principe de précaution : l'incinérateur de Gilly-sur-Isère*, Février 2003, Rapport R & I pour la CIRE de Rhône-alpes et l'InVS ; Buclet N., Salomon D., *Influence de la démocratie participative sur la représentation sociale des risques liés à la gestion des déchets*, Rapport R & I – UTT, Convention ADEME, Juin 2008..

L'on s'est demandé si les médecins engagés avaient un profil qui pouvait s'apparenter à celui des médecins humanitaires des années 1970. Leur caractère militant, la vocation forte affirmée par certains experts notamment, ainsi que le sentiment d'urgence lié à la détérioration de la planète, voire pour certains, la possible destruction de l'humanité par l'homme, méritaient de s'interroger. Mais la lecture de Johanna Siméant sur ce thème³⁷ montre que l'analogie se borne principalement à l'événement ou au moment fondateur de la prise de conscience. Pour le reste, les médecins qui s'engagent dans l'humanitaire sont souvent motivés par un sentiment romantique qui leur donne envie de donner un sens plus dynamique à leur pratique de la médecine : soulagement de la souffrance aiguë des personnes, allié à une référence aux droits de l'homme et un « *mouvement plus général de valorisation d'une découverte des autres civilisations* »³⁸. Quelques experts peuvent répondre à ce modèle, mais il s'agit en général de scientifiques et non de médecins, qui ont été confrontés à une situation de rupture à la suite d'une expérience personnelle de déni de leurs travaux par leur institution.

La seconde figure s'apparenterait beaucoup plus à celle des écologistes scientifiques qui partagent une même volonté « *d'apprendre, de comprendre et de découvrir* »³⁹ mais au lieu de s'appliquer à la nature, cette curiosité associée à une « *vocation* » voire à une « *conversion* »⁴⁰, s'adresse à la santé des personnes mise en cause par leur environnement, leur alimentation ou leur activité. Pour autant, la plupart craint de tomber dans le registre militant, non pas tant dans les modes d'action que du fait de la critique de leurs pairs qu'elle pourrait véhiculer.

« moi j'ai un peu peur de ce que vont penser les médecins, oui je suis vraiment pour l'écologie (...), j'ai rencontré des gens qui ont des images, néfastes, parce qu'ils sont écolo, c'est bête (...) je me disais ce que fait A.C. c'est super intéressant mais est-ce qu'il n'a pas cette image-là (...) j'ai peur que cela ne passe pas à cause de l'image » (médecin généraliste, chargée d'enseignement en santé environnementale à la Faculté de médecine de Paris VI, membre de la SFTG)

Critique qu'ils ont constaté à leurs dépendants ou à ceux de collègues qui ont fait des choix professionnels déviants au regard du modèle de l'approche allopathique traditionnelle. Autrement dit, l'aspect professionnel du médecin est déterminant et avec lui la légitimité qui lui est associée : il n'est pas question de la dégrader, de la jouer ou de lui nuire en choisissant un registre trop différent ou radical.

La qualité de médecin constitue pour ce deuxième groupe, à la fois une ressource déterminante qui leur permet d'entrer dans le jeu, d'être écoutés, sollicités et de se doter d'une capacité d'action mais est également une limite. En effet, l'attente sociale collective du rôle du médecin impose à ceux qui en tirent leur légitimité de respecter une approche sérieuse, rigoureuse et scientifique, dont TOUS les médecins et professionnels rencontrés, à un titre ou à un autre, se réclament.

³⁷ Entrer, rester en humanitaire : des fondateurs de MSF aux membres actuels des ONG médicales françaises, *RFSP*, vol 51, n° 1-2, février-avril 2001, p 47-72.

³⁸ J. Siméant, op. cit., p 49.

³⁹ Ollitrault, op. cit., p 114.

⁴⁰ Id, p 115.

« il faut faire passer des savoirs et adopter une approche rigoureuse pour que cela passe » (médecin généraliste, ... SFTG)

Celle-ci se double d'un phénomène proche de l'auto-censure, à l'opposé de ceux de la première catégorie, afin d'éviter certains registres trop radicaux au profit d'actions concrètes compréhensibles, adoptables par d'autres, et qui dès lors peuvent faire consensus dans la communauté médicale parce qu'elles peuvent s'incarner dans une approche « moderne » du médecin acteur de santé publique.

Pour ces deux groupes, la route vers la santé et l'environnement présente des dangers, aboutit à un isolement, à des conflits et une radicalisation pour certains, quand d'autres, peuvent connaître la même traversée du désert qu'ont pu vivre les premiers écologistes, sauf lorsque leur profession et leur choix peuvent coïncider avec des actions. Mais elle représente aussi la possibilité d'un accomplissement d'un idéal du médecin qui remplit des fonctions de santé publique, d'éducation et de prévention.

Le troisième groupe est plus flou et ses contours mouvants. Il recense le gros des médecins qui souhaitent incorporer ces préoccupations et des connaissances dans leurs pratiques quotidiennes parce que le sujet émerge sous différentes formes, qu'une forme de pression s'exerce et les amène à réfléchir à la façon de se positionner, de le prendre en compte ou pas, de répondre ou d'améliorer leurs pratiques.

- La pression médiatique est devenue en peu de temps un facteur réel de l'existence de la problématique au travers des questions amenées par les patients. Elles s'adressent autant aux généralistes qu'aux spécialistes mais cette sélection peut varier selon les sujets. Les patients se représentent eux-mêmes ce que les médecins peuvent en savoir. Les médecins se trouvent alors pris en défaut quant à leur compétence (totale) supposée s'agissant de la santé. Ils peuvent être tentés de pouvoir répondre ou de renvoyer les patients à des sources de connaissance.
- Le territoire dans lequel le médecin exerce est un facteur objectif qui amène soit le professionnel à constater certaines pathologies lourdes ou chroniques attribuable sans difficulté à l'environnement (Nord-Pas-de-Calais et passé minier et industriel, PACA et l'Étang de Berre, Rhône-Alpes et couloir de la chimie, certaines banlieues parisiennes et cités défavorisées, etc), soit les patients à l'interroger sur la cause ou le lien entre le territoire et leurs affections. Le médecin peut être tenté de réduire son impuissance et se doter d'une capacité de soin appropriée ou de prévention au regard des déterminants locaux (éviter l'auto-consommation dans les zones dont les sols sont pollués, aération des logements, etc)
- Les lois récentes sur la santé publique et la réforme de la médecine et de l'hôpital prévoient que les médecins aient des missions de santé publiques en nombre croissant à remplir : information et éducation des patients, prévention, alertes, amélioration des pratiques, etc. Si dans les discours la plupart des médecins sont massivement favorables à

ces orientations, dans les actes, elles sont plus difficiles à mettre en œuvre. Or la santé et l'environnement se prêtent parfaitement à ces fonctions⁴¹.

- Un nombre important de médecins exercent au cours de leurs consultations des pratiques complémentaires à l'exercice allopathique traditionnel (homéopathie, acupuncture, naturopathie, etc). Or, celles-ci revendiquent une approche globale de la personne, qui, dans leur esprit inclut l'ensemble de leur environnement. La convergence entre les deux approches est toujours citée par les médecins à double formation.

Ces différents paramètres peuvent se combiner et renforcer la volonté et l'engagement du médecin. Ainsi les praticiens les plus impliqués dans les organisations étudiées cumulent en général plusieurs de ces facteurs qui ont contribué au basculement vers un engagement choisi.

Enfin, ils partagent tous l'intériorisation forte de leur légitimité sociale de médecins et comprennent assez rapidement que celle-ci leur confère une ressource fondamentale. La plupart des acteurs, qu'ils soient scientifiques, administratifs, politiques, associatifs sont démunis face à la compréhension des mécanismes d'interaction avec l'environnement et pesant sur la santé, et aux revendications socialement légitimes des populations pour la protection de leur santé ou de leur qualité de vie. Revendications qui se sont placées au cœur de bon nombre de crises sanitaires et qui ont contribué grandement à en faire des sujets politiquement risqués. Ce n'est pas tant la médicalisation ici qui leur donne cette force que le placement sur le registre de la santé des conséquences de l'activité humaine. Revendication qui leur vaut d'être interpellés par les patients, les riverains, les groupes de population, comme source de confirmation, de soutien ou de prise en charge de leurs plaintes.

Pour autant, les scientifiques produisent de la science et les médecins soignent mais le lien entre les deux, prévenir, comprendre les mécanismes pour les anticiper et prendre en charge sans nuire les pathologies et ce qui leur est lié reste entièrement à entreprendre. Les associations alertent, mais un dosage élevé en PCB ou en dioxine ne dit rien sur l'évolution de la santé de la personne testée ni sur ce qui est à mettre en place pour surveiller et éventuellement prévenir.

C'est là où l'imbrication entre médecins et experts entre en jeu et se noue en particulier autour de l'enjeu de l'enseignement et de la formation.

Les experts

Les experts ont ceci de particulier qu'ils parlent en leur nom propre, contrairement aux médecins associatifs qui portent avec eux, l'expression de leur organisation. Ils tirent néanmoins leur légitimité ou la revendiquent, de leur formation, de leurs travaux ainsi que de leur titres et de leurs postes dans des organisations. Comme la santé environnementale relève d'abord du champ scientifique, les personnalités visibles viennent de ce monde, rejoints depuis par quelques médecins, mais d'origine hospitalo-universitaire.

⁴¹ S. Poiré, Le médecin, maillon du système de « gouvernement de la santé », in F. Bellivier, C. Noiville (sous la direction de), *Nouvelles frontières de la santé, nouveaux rôles et responsabilités du médecin*, Paris, Dalloz, 2006, p 13-28 et A. Laude, Du médecin soignant au médecin éducateur de santé, in Bellivier, Noiville *op. cit.*, p 81-87.

Trois types d'experts peuvent être répertoriés : ceux qui ont fait une alliance exprès avec ces mouvements de médecins et leur fournissent le fondement de leurs discours scientifiques. Ils sont peu nombreux, une dizaine ou une douzaine de personnes, identifiés par les uns et par les autres, se connaissent tous et participent directement aux comités scientifiques des associations ou aux réunions, conférences, séminaires ou colloques qu'ils organisent. Ils revendiquent en général une position de lanceur d'alerte, comme un de leurs collègues, décédé il y a peu, a joué ce rôle pour l'amiante. Quelques uns d'entre eux ont connu des conflits avec leurs organisations de recherche et pour certains en ont été exclus alors même que leurs travaux ont ensuite été reconnus.

« J'avais réussi à faire valoir (...) quelques années auparavant que la recherche sur les pesticides devait être un sujet prioritaire et ils m'avaient suivi. En 2005 je venais de publier un article sur le Round up. Le jour ou le lendemain de sa publication dans *Environnemental Health Perspective* il y a eu une demi page dans *Le Monde*. Puis France 3 Région m'a sollicité et le jour où j'ai donné l'interview le correspondant régional de (l'organisation de recherche) m'a fait savoir (qu'elle) ne voulait pas être associée à cette recherche et qu'elle arrêta de soutenir mon labo. Les doctorants et chercheurs des autres labos ont commencé à me regarder de travers sous entendu j'avais fait une erreur ou j'étais un mauvais chercheur » (expert scientifique, membre de différents comités scientifiques notamment d'associations médicales)

Un deuxième groupe d'experts s'est également constitué sur ces sujets. Mais à la différence du précédent il ne s'agit pas d'un groupe structuré ou organisé. Bien que la récente création de la Société Française en Santé Environnement en constitue une tentative⁴². Il s'agit d'individualités appartenant à des organisations institutionnelles qui ont participé à construire le risque sanitaire, seuls ou à plusieurs, sur différents sujets : par exemple la pollution atmosphérique qui a été reconnue dans les années 1950 après les épisodes de Londres et de quelques autres agglomérations comme à l'origine d'un grand nombre de morts, a dû attendre le cumul de nombreux travaux dans les années 1990 pour en montrer les effets délétères à plus faibles doses⁴³. Ils ont en général fait partie de ceux qui ont dénoncé les méfaits polluants des incinérateurs d'anciennes générations. Aujourd'hui ces résultats ne sont plus contestés bien que la pollution reste difficilement prise en compte dans les actions publiques. Ils donnent lieu à des déclinaisons cliniciennes sur la mise en évidence de facteurs inflammatoires, sur les mécanismes pathogènes, etc. Leurs travaux se sont développés à l'abri d'un consensus, grâce à des techniques d'observation diagnostiques existantes et parce que le corps en l'espèce l'appareil pulmonaire réagit immédiatement à des modifications contrôlées de l'environnement. Il s'agit d'expérimentations et d'observations qui s'inscrivent dans le cadre de travaux où la science et l'épidémiologie ont pavé le terrain.

« on expose de façon contrôlée des sujets sains et des patients asthmatiques au BPCO (...) à une concentration connue de gaz ou de particules et avant et après on mesure les paramètres respiratoires de façon non invasive pour mesurer les inflammations

⁴² <http://www.sfse.org> . Voir notamment les membres du Conseil d'Administration.

⁴³ L'on renvoie à tous les travaux d'alerte de Denis Zmirou, par exemple, *Quels risques pour notre santé ? Pollution, air eau, aliments, bruit, nucléaire*, Société et Santé, Syros, Paris, 2000 ; W. Dab, I. Roussel, *L'air et la ville*, Hachette littérature, Paris, 2001, et d'autres, ainsi qu'aux travaux et rapports qui ne cessent de se succéder entre autre en France et publiés par l'AFSSET, l'INVS et plusieurs autres programmes de recherche (ERPURS, PRIMEQUAL, etc).

respiratoires. (...) pour les asthmatiques les travaux sont relativement clairs, les pics de pollution provoquent des crises, notamment chez ceux qui ne sont pas traités, toutes les études vont dans le même sens. Là où c'est un peu plus discuté, (...) sur le plan cellulaire, notamment les particules diesel et moléculaires et comment cela peut aggraver les réactions allergiques (...) et à long terme, c'est plus compliqué (...) et le poids de la cigarette est tellement important qu'on a du mal à faire ressortir d'autres facteurs » (Chef de service de pneumologie AP-HP)

Il peut s'agir de scientifiques, d'épidémiologistes, de médecins hospitalo-universitaires qui occupent des fonctions institutionnelles : directeur scientifique, membre de groupes d'experts, membre de l'Académie de Médecine, professeur d'université, etc. Le fait qu'ils aient participé à soulever des problèmes de santé a contribué à les faire reconnaître dans le champ de la santé environnementale et à les inclure dans les groupes officiels, mais leur position en retrait ou prudente sur d'autres sujets comme les ondes électromagnétiques, les émissions de dioxine des incinérateurs aux nouvelles normes, les radiations ionisantes à faibles doses, etc, les a fait basculer, du point de vue des défenseurs, dans le camp institutionnel.

Et puis, quelques chercheurs, scientifiques, épidémiologistes isolés peuvent avoir contribué à lancer des alertes, sans vouloir se positionner de façon permanente dans ce champ ni nourrir les controverses. Leurs travaux sont utilisés isolément selon la nature des résultats.

Une coopération experts – médecins positive pour tous

Les experts alliés et soutiens des mouvements de médecins sont caractérisés par leurs points de vue différents des experts institutionnellement reconnus convoqués par les instances ou les autorités sanitaires pour l'évaluation de risques. Leurs résultats et leurs positions consistent à rappeler, mettre en évidence, souligner, démontrer ou amplifier les risques minimisés, écartés ou niés par les experts et les autorités. Dénier ou minimisation qui revient à autoriser ou maintenir ou ne pas prendre de dispositions particulières au regard d'activités anthropiques. Plus que les médecins, les experts sont les figures de lance d'une contestation de la légitimité de l'ordre scientifique dominant. Néanmoins, quelques uns maintiennent une position à la fois institutionnelle et critique. La présence dans les commissions ou groupes d'experts internationaux favorisent souvent la reconnaissance institutionnelle française.

Le rôle des experts prend une place particulière parce que la santé environnementale a jusqu'à présent été le lot des scientifiques et de la production de différentes disciplines et de leur croisement. Les experts qui produisent une connaissance différente, fondée souvent sur une approche autre de la science ou de la façon de considérer les travaux et les résultats produits ou encore de faire le lien avec des pathologies (on y reviendra plus bas dans le chapitre concernant les paradigmes mobilisés), constituent des sources de légitimation des médecins sensibilisés. Ces derniers revendiquent en effet d'y avoir leur place et montrer ou anticiper les effets délétères sur la santé d'un produit, d'une activité, de combinaisons d'agents divers trouvent un écho dans la façon qu'ont les médecins d'aborder le risque de passer à côté d'une pathologie : il est plus raisonnable de jouer la maladie que son absence.

Clairement les médecins qui s'engagent sur ces thèmes ont acquis la conviction, même si la pleine démonstration reste à faire, que suffisamment de faits sont concordants pour penser sérieusement que l'environnement mal maîtrisé est la cause d'excès de pathologies dont une

partie est déjà lisible. Et que l'environnement est effectivement globalement mal maîtrisé par manque d'anticipation, par manque de contrôle, par un système institutionnalisé, par minimisation, par insuffisance des autorités, par cécité ou déni, du fait d'intérêts industriels ou économiques, etc.

« On s'est demandé sur quoi on se base quand on autorise un OGM. On découvre vite que les seules choses vraiment tangibles que l'ont ait ce sont des analyses de sang des animaux qui en mangent. Les considérations théoriques restent théoriques. La seule chose concrète que l'ont ait ce sont des analyses de sang. Là on se rend compte que les premiers OGM sont autorisés avec 2 semaines d'analyse sur 4 vaches. Quand on demande... on nous dit qu'on ne doit pas nous donner des dossiers qui sont confidentiels. On trouve ça scandaleux. On va voir la ministre (...). elle était d'accord avec nous. Puis elle part et on fonde une association ensemble. » (expert scientifique, membre de différents comités scientifiques notamment d'associations médicales)

L'on retrouve cette motivation dans l'Appel de Paris émis en 2004.

« §7. Considérant que la plupart de ces substances ou produits sont actuellement mis sur le marché sans avoir fait l'objet au préalable et de façon suffisante de tests toxicologiques et d'estimation des risques pour l'homme ; ».

Les experts constituent une ressource que les médecins mobilisent d'une part, on l'a vu, au sein de leur comité scientifique ce qui leur confère une crédibilité scientifique qu'ils n'ont pas en tant que telle, et d'autre part, en les invitant aux conférences, réunions, colloques où sont présents les confrères et quelque fois le grand public. Les experts font figure de caution et d'autant plus lorsqu'ils ont gagné en notoriété. En outre, ils fournissent des arguments et des raisonnements qui sont réutilisables et particulièrement audibles par les publics qui se mobilisent sur les sujets de santé environnementale.

Mais réciproquement, les experts trouvent dans la collaboration avec les médecins plusieurs ressources en contrepartie : des échantillons de sang, de tissus, des malades, pour des expériences qui permettent d'étendre les résultats des recherches appliquées.

(J'accepte de participer à des colloques avec des médecins), « pour trouver des collaborations avec des médecins sur nos problématiques pour avoir des échantillons (...). On travaille sur les effets des pesticides et des OGM sur les cellules humaines et sur la santé donc il arrive qu'on ait besoin de tant de cellules humaines ainsi que de sang et quelque fois on n'a plus d'échantillon donc je ne vais pas boudier les demandes des médecins sans quoi je ne pourrai plus faire appel à eux » (expert scientifique, membre de différents comités scientifiques notamment d'associations médicales)

La présence de médecins confirme la préoccupation que ces scientifiques avaient des effets toxiques des produits sur les quels ils travaillent et annoncent un rapprochement potentiel entre des travaux théoriques et une démonstration physiologique .

Enfin, par leurs rôles ils contribuent au développement de connaissances utilisables par la santé environnementale.

« les militants (écologistes) ne savent pas ce que sont les maladies, même les écologistes scientifiques, ce sont des géographes, même dans le GIEC il y a peu de médecins ou aucun, leur appréciation a exclu la santé et la médecine des

conséquences des modifications de l'environnement, comme pour le Grenelle, la santé c'est trop dangereux et le politique a peur (...) nous avons déclenché un nouveau paradigme médico-scientifique, nous avons rejoint le message scientifique des écologistes antérieurs, les Cousteau, Théodore Monod, nous avons introduit la santé dans l'environnement et prédit que c'était grave (...) on a conforté les scientifiques, le message intuitif des écologistes et les messages scientifiques des non médecins parce qu'on a introduit la santé (...) les médecins généralistes n'ont pas la capacité de répondre à des questions scientifiques, ils soignent des malades, ils ont vu des choses changer, ils cherchent à mobiliser l'opinion, c'est bénéfique » (cancérologue hospitalo-universitaire)

Des experts ayant bâtis des convictions à partir de leurs travaux

De questionnements en travaux, en rencontres, ces experts se bâtissent des convictions.

« Quand je suis revenu des USA j'étais quelqu'un d'enthousiaste sur les applications des OGM. J'ai enseigné le bénéfice recherche des OGM pendant 7 ans. Et quand les nouveaux OGM ont été commercialisés la pub disait « pour réduire le pesticides » ça m'a intéressé à triple titre. Déjà pour la biologie moléculaire vivante. Je faisais moi-même des OGM de labo pour étudier des gènes ; notamment des bactéries. On ne peut pas étudier un gène sans OGM. La deuxième raison : ils revendiquaient de réduire les pesticides ; la troisième raison : je travaillais sur les effets sur la santé des pesticides et donc je voulais savoir comment ils le faisaient pour pouvoir l'enseigner. Un enseignant universitaire essaie de mettre ses cours à jours ; pour moi en tant qu'objet OGM et en tant que pesticide et contrôle sur la santé je m'y suis intéressé » (expert scientifique, membre de différents comités scientifiques notamment d'associations médicales)

Le fait d'inscrire leur démarche dans des travaux entamés de bonne foi renforce la légitimité, d'autant que la conviction acquise à partir d'un travail ne rebute pas un médecin, spécialiste du savoir pratique.

« vers 1999-2000, j'ai vu progressivement à ma consultation des malades différents de ceux que j'examinais il y a 25 ans (...) le chercheur que je suis s'est dit il se passe quelque chose (...) le nombre de malades qui explose et un rajeunissement de certains cancers et le fait que les critères habituels explicatifs causaux ne fonctionnaient pas (...) cela demandait une explication » (cancérologue hospitalo-universitaire)

Comme tout mouvement d'influence ils cherchent des alliés. L'Appel de Paris⁴⁴ lancé en 2004 lors d'un colloque à l'UNESCO à Paris s'inscrit dans le contexte des grandes conventions internationales et sur la santé, la santé environnementale et le droit au bien-être et énonce la forte présomption entre divers produits chimiques et une grande partie des pathologies constatées et inexpliquées. Le texte est signé par une plus grande partie des sommités scientifiques et médicales parmi lesquelles plusieurs Prix Nobel en constitue un exemple lumineux. Dans un contexte de préparation du programme européen Reach, après divers travaux ayant montré la toxicité de produits chimiques une bonne partie de la communauté scientifique paraît convaincue que la chimie est à l'origine de contaminations et d'effets délétères. Plus de 300 000 signataires dans le monde unissent leur nom sur ce texte.

⁴⁴ Le texte de l'Appel est en ligne sur le site de l'ARTAC : <http://artac.info/static.php?op=AppelFrancais.txt&nps=1>

« S'il n'y avait pas la gravité sous-jacente je ne l'aurais pas fait (...) le sentiment d'urgence, d'extrême urgence m'est venue (...), avec cette notion d'irréversibilité des dégâts, physico-chimiques, l'effet de serre (...) là il y a en plus un combat politique parce qu'il y a la notion d'urgence » (cancérologue hospitalo-universitaire)

Fort de ce succès, il s'agit de concrétiser ces actions en travaillant sur des pathologies.

Un expert du Sud de la France travaille depuis de nombreuses années, à partir de sa formation initiale d'endocrinologue pédiatrique et de sa responsabilité de chef de service sur les malformations congénitales. Sans chercher au départ de causes dans l'environnement, ses travaux sont cliniques et partent des pathologies et de la souffrance des parents confrontés à leurs nouveaux-nés anormaux, situation particulièrement chargée émotionnellement. Or ses travaux mettant en évidence les liens entre pesticides et ces malformations, se trouvent confirmés par d'autres montrent la présence de pesticides et différents produits chimiques dans le cordon ombilical de l'enfant, les liens entre présence de vignobles et prévalence accrue d'enfants malformés. Il appelle à la vigilance sur la base de la convergence de différents travaux et notamment sur des rats montrant la persistance d'effets de pesticides pendant quatre générations⁴⁵.

Très visible du fait de ses travaux engagés depuis plus de vingt ans et ses enseignements à la faculté de médecine de Montpellier, il s'est rapproché des autres experts ainsi que d'un chef de service de pneumologie allergologie au CHU de Marseille, épidémiologiste en santé publique et président de l'ancienne Maison de l'allergie et de l'environnement et du président de la CNMSE avec qui un projet de diplôme inter-universitaire est en gestation mais n'a pas encore été validé.

Les travaux sur les phénomènes épigénétiques circulent parmi la communauté scientifique et commencent à essaimer au-delà. Or ces derniers montrent qu'une exposition à un moment donné de la vie, même courte, peut avoir des conséquences à très long terme, même être différés d'une génération. La voie est ouverte pour considérer autrement les phénomènes d'exposition et la mesure de leurs conséquences.

« les troubles dus aux champs électromagnétiques ne viennent pas d'un problème d'énergie mais d'un trouble de l'information. Il suffit qu'un gène ne s'exprime pas pour provoquer une mutation » (cancérologue hospitalo-universitaire)

Enfin les malades qui se plaignent de divers symptômes non différenciés ou caractérisables du fait de leur forte prévalence en population générale (céphalées, insomnies, troubles de l'attention, fatigue, acouphènes, etc) constituent une source pour un médecin qui se réclame de la médecine expérimentale. C'est le défi que s'est lancé le cancérologue avec les personnes qui se déclarent électro-hypersensibles (EHS). La démarche consiste à décrire les symptômes en les classant, puis à mettre en évidence les effets physiologiques auxquels ils peuvent être reliés : variation d'hormone de stress, images cérébrales, vérifier si elles sont persistantes ou non, etc. L'enjeu est de :

« prouver de façon certaine qu'il y a un lien de causalité (...) et pour cela il faut des tests objectifs avec une base médicale » (cancérologue hospitalo-universitaire)

⁴⁵ Voir une audition de l'expert au Sénat : <http://cubitus.senat.fr/rap/r07-176-2/r07-176-270.html> .

Les experts jouent donc plusieurs rôles : en premier plan, celui de légitimation des médecins et de relais complémentaires auprès des médecins ou des publics intéressés. En second plan, de soutien en matière d'arguments, de raisonnements et de fondement de paradigme qui permet d'envisager autrement les connaissances et leurs productions. Et en troisième ligne, mais la démarche est plus longue, en produisant des résultats qui peuvent être utilisables en contre-point des expertises institutionnelles par exemple en travaillant la qualification clinique de maladies non considérées comme telles à ce jour (l'EHS, ou l'hypersensibilité chimique, la myalgie en sont des exemples). Cet objectif et l'empathie avec les malades qui le sous-tend, en s'investissant de leurs pathologies que personne ne reconnaît, permet en outre, de nouer des alliances formidables avec ces groupes de malades. Il s'agit également de mettre au point des savoirs que pourront utiliser au quotidien dans les cabinets.

La formation : un enjeu central

Les travaux sociologiques sur les médecins⁴⁶ ont démontré que le praticien était en situation de redéfinir la demande apportée par le patient. Ce dernier exerce un contrôle profane sur le thérapeute. « *le médecin généraliste est le dernier des consultants à être choisi par des conceptions profanes, les premiers étant le réseau familial et amical* »⁴⁷.

Si les sociologues étudient à partir de là la dépendance qui en résulte pour le médecin, nous nous pencherons plutôt sur la convergence qu'elle crée entre référentiels profanes et médical. Les patients happent les médecins dans le monde vécu et c'est ce fort tropisme qui contribue à la légitimité du médecin dans le registre de la santé et de l'environnement tout en lui conférant une nouvelle ressource, s'il devient compétent en ce domaine, pour rééquilibrer à son profit l'interaction avec le patient. La santé et l'environnement deviennent des domaines de revalorisation de la compétence et du pouvoir du médecin qui peut s'exercer non seulement vis-à-vis du malade, mais s'il occupe un rôle collectif, vis-à-vis de l'Etat, des scientifiques, des administrations et des médias, ce qui renforce, en retour son pouvoir au regard du patient. Le cercle est vertueux s'il peut s'exercer tant dans des actions collectives que dans l'interaction singulière avec le patient, et d'autant plus qu'il trouve un écho par les médias grand public.

La grande difficulté vient du fait que les médecins n'ont aucune connaissance en ces matières. Différentes études ont mis en évidence que sur des sujets pourtant les plus banalisés comme la pollution de l'air, leur méconnaissance complète. Une autre enquête a montré que les praticiens ne disposaient non plus de savoirs concernant les rayonnements ionisants. Mis à part les médecins leaders très impliqués, ils n'ont ni le temps ni les compétences pour s'en doter. Le champ est vaste et cet ensemble de difficultés est suffisant pour éviter la question.

Les associations aussi bien que les individus investis sur ces sujets ont unanimement conclu que la formation des médecins était cruciale. Selon leur origine, leur positionnement dans ce champ et leurs compétences, deux grandes directions ont été prises qui seront détaillées plus loin.

⁴⁶ Freidson, E, (1984), *La profession médicale*, Paris : Payot, 369 p.

⁴⁷ Cité dans I. Bourgeois, 2007.

La mise en place de diplômes inter-universitaires de santé environnementale. Il en existe un tout nouveau à l'AP-HP qui a reçu sa première promotion a cours de la présente année universitaire 2008-2009. Mais les trois co-responsables sont des figures appartenant aux experts considérés comme institutionnels. Deux projets sont en gestation guidés par des experts alliés aux associations de médecins, l'un dans le Sud de la France, l'autre à Paris. Mais les décisions sont lourdes à prendre et les projets n'ont pas encore abouti.

La mise en place d'enseignements à destination des étudiants en médecin qui souhaitent faire une thèse sur ces sujets ainsi que des formations pratiques à destination des médecins praticiens. Cette démarche a été initiée par la SFTG et par ses membres à la faculté de médecine. Huit étudiants vont entreprendre une thèse sur un thème de santé environnementale.

Chapitre 5 : Des paradigmes en concurrence, un référentiel commun

Il serait temps qu'une recherche complète fasse l'exégèse de la construction de la notion de santé environnementale dans les Traités internationaux, en France et dans différents pays ainsi que parmi les différents groupes sociaux qui s'en emparent, comme cela a pu être fait pour l'environnement⁴⁸. Il s'agirait en particulier de distinguer la construction produite par les communautés de politiques publiques qui ont été à l'origine du dispositif dans les Traités internationaux puis en France, dans le dispositif de sécurité sanitaire⁴⁹, de celle des groupes sociaux, acteurs, associations, professionnels de santé, services déconcentrés, industriels, syndicats professionnels mais également de comprendre les usages qui en sont faits, ce qu'elle ouvre ou autorise comme jeux nouveaux, ou comme positionnement.

Nous avons montré ailleurs⁵⁰ par exemple, que la catégorisation d'une situation comme problématique de santé environnementale permettait de l'extraire de son contexte territorial et administratif et ainsi, lui ouvrir une prise en charge politique. En effet, et cela est un trait distinctif de la plupart des autres contextes de conflits, de santé publique ou de traitement politique, les situations de santé environnementale caractérisées par des incertitudes sont déléguées au dispositif de sécurité sanitaire (AFSSET pour son évaluation, InVS en cas de suspicion d'exposition et d'investigation sanitaire). Il est rare que ce dernier apporte des réponses simples, binaires, causales, définitives, sauf dans les cas infectieux comme les contaminations par des légionelloses, et encore, chacune présente de nombreuses difficultés⁵¹.

En d'autres termes, lorsqu'il n'y a pas de malades ou de morts, situation qui est caractérisable et qui présente des « doutes sérieux de dommages irréversibles », ce sont les instances, les experts, les scientifiques qui par leurs travaux évaluent et influencent fortement l'estimation et ce faisant, les décisions qui sont prises. Or, beaucoup de ces décisions sont contestées et beaucoup d'autres travaux ont montré que dans ces contextes particuliers non seulement la confiance dans les institutions, les experts et les scientifiques étaient fortement dégradée, mais surtout, les opposants revendiquaient une autre forme d'approche fondée sur des évaluations faisant appel à d'autres principes. Les ondes électromagnétiques émises par les antennes en sont un exemple persistant.

La présente recherche confirme ce phénomène déjà observé :

⁴⁸ B. Kalaora, *Au-delà de la nature l'environnement. L'observation sociale de l'environnement*, Collection « Environnement », L'Harmattan, Paris, 1998 ; F. Charvolin, *L'invention de l'environnement en France. Chroniques anthropologiques d'une institutionnalisation*, Editions la découverte, Paris, 2003.

⁴⁹ Voir par exemple les différents écrits et entretiens donnés par C. Huriet et A. Aschiéri, promoteurs actifs de la création de l'AFSSET.

⁵⁰ D. Salomon., Comment qualifier les inquiétudes sanitaires des habitants de Champlan, *ERS*, N° spécial : *Champlan : Un programme d'études scientifiques. Une démarche participative avec les Champlanais*, volume 8 – n° 3, mai-juin 2009, p 245-251.

⁵¹ Voir les rapports de l'InVS sur le sujet disponibles en ligne.

- dans les coalitions en train d'opérer entre médecins, associations, experts et patients, relayés par les médias, se trouvent ébranlés plusieurs paradigmes dominants ;
- la mise en réseau, la constitution progressive de référents alternatifs se diffusent et contribuent à faire grossir l'influence de ces autres façons de penser, d'autant qu'existent des alliés importants, notamment à l'étranger. Nous y reviendrons plus bas.

Le paradoxe et la découverte la plus remarquable du présent travail tient aux facteurs suivant :

- le premier, dont l'observation est immédiate est qu'il y a une *contestation du paradigme scientifique dominant* comme nous allons le montrer, au profit d'autres principes, phénomène qui s'observe dans d'autres pays et peut avoir une coloration de « modernité » dans un débat de gouvernance des incertitudes et de la science « publique » ;
- Pour autant, cette contestation qui est le fait en particulier des experts et des associations de médecins, se fait *sans remettre en cause en revanche le référentiel médico-scientifique*, ce qui est en soi intéressant et permet de contraster les deux concepts ;
- Le principal nœud de la contestation se noue autour de la place qui peut être faite au doute, à l'hypothèse, à « l'énigme » non résolue par le paradigme dominant ;
- Enfin, le dernier, moins visible, est que ce mouvement de surface est renforcé par une contestation qui opère à deux autres niveaux : au premier niveau, celle de la science par la médecine clinique et au second, la médecine scientifique ou evidence-based-medicine (EBM) par les médecines traditionnelles et holistiques, qui elles, renvoient à des paradigmes beaucoup plus anciens et reposent sur des concepts radicalement distincts de la santé physico-chimique.

Ces courants se croisent sans se substituer complètement l'un à l'autre comme nous allons le montrer. Pour autant, ils sont alliés et se combinent dans les mouvements qui militent pour la prise en compte de la santé environnementale et ont pour effet de contester le modèle dominant de la science et avec lui, la construction bureaucratique et institutionnelle de l'évaluation des risques et des processus de décision dont il s'accompagne.

Des référentiels et paradigmes concurrents

Les approches scientifiques sont fondées sur des principes hypothético-déductifs. L'essentiel du corpus scientifique est fondé sur des mécanismes physico-chimiques. Elles se posent la question des conséquences (causalité unilatérale et déterministe) pour la santé (quelles pathologies, selon quels mécanismes) de facteurs dans l'environnement et en particulier de la présence de toxiques, de facteurs microbiologiques ou d'agents physiques dans les différents compartiments (air, sol, eau). Autrement dit, ce sont les connaissances scientifiques (toxicologie, écotoxicologie, biologie, physique, etc), aidées de l'épidémiologie et de l'évaluation des risques calculée à partir de modélisations qui ont pu mettre en évidence des liens, des expositions et des effets délétères possibles ou démontrés et l'ensemble a fait avancer considérablement le champ des connaissances. Les problématiques continuent d'être posées essentiellement en ces termes.

Un modèle dominant omniprésent

L'on peut expliquer de différentes façons l'omniprésence de ce modèle dominant.

- Le dispositif de sécurité sanitaire est construit pour organiser des demandes d'évaluation des risques ;
- Les dispositifs politico-administratifs de protection de l'environnement prévoient également l'évaluation des risques (volet sanitaire des études d'impact élaboré, polluant par polluant, à partir de modélisations et des connaissances scientifiques existantes) en s'étant enrichi récemment d'une recherche de la protection des milieux par une veille sur l'exposition qui va dans le sens du développement de « l'expologie », dont il sera question plus loin, mais sans que soient encore connus les mécanismes ou les effets entre une exposition mesurée et la santé des populations touchées ;
- Le développement de l'épidémiologie qui travaille sur la base des connaissances scientifiques existantes ou qui produit des données rétrospectives fondées sur des approches statistiques. Celles-ci ne prennent pas en compte la diversité humaine, ni la diversité des comportements et dont l'efficacité est fortement dépendante de l'existence d'effets causaux ou de convergences de fortes présomptions et surtout de résultats sensibles, significatifs, dont les excès sont remarquables, dont les effets lisibles ou attribuables (pollution aiguë, amiante et mésothéliome, etc).
- Les incertitudes qui caractérisent un nombre croissant de domaines sont mises en évidence par ces dispositifs d'évaluation et aboutissent dans le meilleur des cas à des financements de recherches fondamentales qui multiplient la reconnaissance de nouvelles incertitudes et entraînent plutôt une spirale inflationniste. Les ondes électromagnétiques en constituent là aussi un bel exemple, sans qu'à ce jour les éventuels mécanismes et conséquences physiologiques aient pu être stabilisés ; les travaux de laboratoires toujours plus pointus se trouvent renforcés, confirmés sans que les questionnements se soient eux transformés ;
- Une partie des problèmes de santé publique comme la pollution de l'air, l'air intérieur, la pollution de l'eau ont été portés par des chercheurs, des scientifiques, des épidémiologistes, des hospitalo-universitaires et des experts dans leurs instituts, ce qui a démontré leur apport bénéfique et confirme la nécessité du recours à la science ;
- Le développement des travaux sur l'infectieux : les nouveaux virus, les nouveaux mécanismes de diffusion ou de contamination lesquels la science même expérimentale a quelque chose à dire, même sans en comprendre toutes les étapes : les effets délétères mis en évidence ont plus d'écho que lorsque les résultats sont non conclusifs, c'est-à-dire ne mettent rien mis en évidence sans garantir l'absence d'effets délétères.

Le scientifique, selon Freudenthal⁵², est défini comme un « *chercheur spécialiste en une science donnée* ». Laquelle est une activité sociale se conformant à des valeurs et des normes spécifiques,

⁵² Dans son introduction à : J. Ben-David, textes réunis par Gad Freudenthal, *Éléments d'une sociologie historique des sciences*, PUF, collection sociologies, Paris, 1997

conforme à un éthos scientifique qui définit son rôle. Or, « *la société moderne est une société scientifique (...) la plupart des gens (pensent) : que la science est aujourd'hui la source de vérité la plus effective* »⁵³. Ainsi, « *lorsque ceux qui assument un rôle scientifique se voient autorisés à pratiquer la science pour elle-même, que celle-ci peut atteindre les plus hauts niveaux d'abstraction et de généralisation* » pouvant s'apparenter dans certains cas à du scientisme.

Si la production scientifique explose partout dans des laboratoires de plus en plus pointus, ce qui empêche les scientifiques d'avoir une vision globale non seulement des évolutions mais même de leur propre discipline ou sous-discipline, il n'en reste pas moins, que la science elle-même démontre des « anomalies ».

D'une part, elle constate l'explosion de maladies délétères (cancers) et chroniques (pathologies respiratoires notamment) ou de détérioration de l'espèce humaine (diminution de la fertilité, croissance des malformations congénitales, etc), sans les expliquer véritablement. D'autre part, elle apporte également de nouvelles incertitudes et l'image d'un champ colossal à explorer, en montrant par exemple la possibilité d'effets épigénétiques, c'est-à-dire des effets sur l'expression ou la non expression de gènes, à partir de l'exposition des patients ou de leur ascendance, à des agents, voire soumis à des comportements ou des interactions humaines déficitaires⁵⁴.

En outre, certains travaux souvent cités comme l'uniformisation du taux de cancer du sein des japonaises ayant émigré aux Etats-Unis par opposition à la prévalence chez les femmes restées dans leur île, ont tendance à confirmer la présomption de l'incidence directe de facteurs environnementaux sur la santé. Enfin, des travaux (éventuellement contestés) ont mis en évidence que l'exposition courte à des toxiques, pendant une période de la vie, provoquait des troubles mentaux (exposition aux pesticides et autisme) ou des maladies neuro-dégénératives (exposition aux pesticides et Parkinson) à l'encontre des croyances dans des phénomènes d'accumulation ou d'expositions aiguës pour expliquer des excès de pathologies.

Les mouvements sociaux constatés autour de sujets de santé et environnement surviennent en général dans les contextes de fortes incertitudes. Lorsque la science ou la médecine confirme, comme cela a été le cas pour le SIDA par exemple, les effets délétères, bien que tous les mécanismes ne puissent être expliqués ou éclaircis, les controverses sont rares ou restent confinées au monde scientifique. Lorsqu'en revanche la science n'observe ou ne démontre pas d'effet ou ne peut s'appuyer sur aucune hypothèse, dans son paradigme, pour appuyer un doute alors que des personnes présentent des plaintes ou des maladies, là la controverse s'engage sur les termes mêmes de la construction de l'expertise scientifique.

Science stricte et science socialisée

Latour note dans la préface récente d'un de ses ouvrages devenu classique, que pour les Français, « *la rationalité (...) consiste à s'extraire des déterminations de la société, des passions politiques,*

⁵³ J. Ben-David, *op. cit.*, p 21.

⁵⁴ Par exemple, communication de Massimo Pandolfo, Brussels Free University au Colloque *Système nerveux et environnement* du Club de Neurologie de l'Environnement, Sarreguemines, 19-21 juin 2009, qui en présentait une synthèse. Il a exposé des travaux mettant en évidence un lien entre déficit de nursing pendant la petite enfance et tendances suicidaires.

des préjugés culturels, des sentiments personnels. (...). Pour eux, la rationalité ne peut se définir que comme un combat, toujours à recommencer, contre la mentalité préscientifique (...) contre l'évidence trompeuse des sens »⁵⁵.

Il n'est pas le lieu de faire ici une histoire de la science ni une sociologie de cette histoire. Il n'en reste pas moins que la science est souvent devenue « scientisante » dans ses productions et dans son mode d'organisation qui doit répondre à la course à la publication, à la reconnaissance, à l'obtention de crédit. De plus, l'image du scientifique qui se dégage de ses croyances et de la religion en produisant de la science reste assez largement partagée.

« le cursus scientifique c'est un truc qui ne doit pas être sensible à la croyance de l'observateur, on fait tout pour s'en abstraire » (médecin hospitalo-universitaire, membre de l'Académie de Médecine)

Mais il est à noter que les avancées scientifiques majeures de ces deux derniers siècles ont été le fait d'innovateurs entrant souvent en opposition avec le modèle dominant précédent (Pasteur) et souvent à cheval sur deux univers⁵⁶. Il est également à souligner que pour autant, l'on peut y voir une progression dans la même logique, les principes déterministes n'étant pas fondamentalement remis en cause. La controverse actuelle s'inscrit incontestablement dans la même lignée.

Place au doute

Les experts qui se situent en marge de l'expertise institutionnelle ou en tout cas soutiennent les mouvements en santé et environnement apportent de ce point de vue un éclairage de cette progression, non pas pour la remettre en cause dans ses résultats, mais dans son adéquation aux problématiques nouvelles issues notamment de la forte progression de la chimie et des nouvelles technologies depuis la seconde moitié du vingtième siècle. Autant ne pas paraphraser un raisonnement limpide :

« Je me suis fait l'opinion que la médecine du 20^{ème} siècle était une médecine pasteurienne. Elle voyait essentiellement les causes virales et microbiennes des maladies.

L'épidémiologie a été inventée pour étudier les épidémies et très souvent les germes se multiplient vite. C'est tout le contraire des effets chimiques. J'aime travailler sur ce sujet parce qu'il me paraît important pour la santé humaine. Il me paraît avoir été négligé notamment à cause de la vision médicale tournée vers les bactéries et les virus. Il me paraît important de travailler sur ces domaines là. La recrudescence des cancers n'est pas explicable ni par la génétique ni par les virus ou les bactéries. On ne peut pas ne pas faire l'hypothèse qu'il y a des causes chimiques ; rien ne va infirmer cette hypothèse. On va avoir les preuves.

(Après Pasteur) On arrive au milieu du 20^{ème} siècle et on va synthétiser de produits chimiques conçus pour être ou stables ou toxiques : pourquoi ? Si vous faites un isolant électrique vous n'allez pas le faire soluble dans l'eau ou biodégradable. Vous n'imaginez pas les millions de tonnes déversées dans l'environnement qui ont été conçues pour être stables, pas solubles : les dérivés du pétrole c'est la nature qui les a conçus, les colles, les cires, les encres d'imprimerie on les conçoit pour que

⁵⁵ B. Latour, *La science en action. Introduction à la sociologie des sciences*, La Découverte/poche, Paris, 2005, Préface, p 12.

⁵⁶ J. Ben-David, *op .cit.*

cela ne soit pas soluble. Quand ces molécules vont partir dans l'environnement elles vont coller à nos gènes. Elles collent au journal. Les pesticides c'est fait pour être toxiques. Les médicaments, c'est fait pour être actifs sur la santé. On en urine des quantités incroyables. Les conservateurs et autres traitement sont faits pour être biocides pour tuer les bactéries qui se développeraient donc ce n'est pas étonnant qu'il y ait des effets sur les cellules.

A cause de ce qu'on a vécu avant, à cause des microbes on a mis l'épidémiologie au cœur des preuves scientifiques mais l'épidémiologie tient sur des concepts qui sont surtout basés sur les microbes : on peut doser facilement l'agent pathogène. On peut voir des symptômes précis dans des temps courts parce que l'agent pathogène se multiplie vite. Dans les 15 jours il y a une diarrhée. L'épidémiologie va relier les deux facteurs très vite.

Maintenant il y a des maladies chroniques : cancers, nerveuses, génétiques, endocriniennes, immunitaires avec des allergies. Elles ne font pas mourir d'un jour à l'autre mais elles empoisonnent une société. Il faut bien qu'on travaille dessus. Ces maladies deviennent une cause prépondérante de mortalité. Donc nous nous sommes dit avec tous les collègues on doit travailler sur ces problématiques.

Pourquoi il y a des débats : très souvent c'est la preuve épidémiologique qui manque. Mais quand vous regardez comment travaille l'épidémiologie : un agent et des symptômes.

C'est tout le contraire dans les maladies environnementales : l'agent chimique va s'accumuler lentement. Il va trouver des collègues polluants. Il va avoir des effets combinés à long terme, bio accumulatifs. Donc on ne peut ni mesurer l'agent, ni avoir des symptômes précis parce que ce sont des empoisonneurs : par exemple le cancer c'est l'anarchie des cellules qui ne peuvent plus communiquer entre elles ; les maladies nerveuses c'est un problème de communication entre cellules nerveuses, on perd la mémoire. Les maladies hormonales c'est un problème de transmission des messages chimiques. Les polluants jouent leur job mais on ne peut pas appliquer l'épidémiologie. Dans une population ce sont des symptômes très variés ; ça dépend de l'âge, du sexe, du moment du développement.

Je me suis dit l'épidémiologie n'est pas la plus adaptée pour trancher, pourtant le gouvernement attend. Les directeurs de la santé sont des épidémiologistes. Ils attendent la preuve pour trancher et prendre une décision politique ; l'épidémiologie c'est une science décisionnaire alors que c'est peu adapté » (expert scientifique, membre de différents comités scientifiques notamment d'associations médicales)

De ce point de vue ressort en particulier, l'idée de la présomption du lien entre des toxiques mis au point pour avoir un effet et les pathologies constatées, parce qu'une grande partie des travaux scientifiques actuels montrent que les causalités simples établies auparavant sont à mixer avec des mécanismes beaucoup plus complexes et ce faisant, très difficiles à mettre en évidence du fait du caractère multifactoriel et surtout très décalés dans le temps des éventuels effets.

Ce type de raisonnement comporte sa cohérence propre et peut constituer le début d'un modèle explicatif de ces pathologies inexpliquées qui constituent des « anomalies », comme les baptise T. Kuhn, au regard des modèles précédents. Il est suffisamment convaincant pour essaimer parmi des groupes de plus en plus nombreux, souvent des « profanes » intéressés (élus, médecins, associatifs, citoyens, professionnels, autres scientifiques confrontés à des « énigmes » -toujours pour reprendre le vocabulaire de T. Kuhn- équivalentes, etc).

« la médecine est tout le temps confrontée à l'incertitude. Des certitudes et des dogmes tombent (...) l'ulcère de l'estomac (...) quelqu'un un jour a trouvé des bactéries et a eu le Prix Nobel. (...) dans une période où les dogmes tombent ou sont appelés à tomber et que le rôle de l'environnement dans les maladies cliniques augmente, on va découvrir de plus en plus de choses sur les faibles doses, le rôle des expositions précoces dans les maladies de l'adulte (...) il va falloir regarder les maladies autrement (...) reconceptualiser nos approches de la maladie. (...)

La dioxine comme perturbateur endocrinien ça se tient sur le plan de la plausibilité biologique, mais maintenant il faut passer à la démonstration (...) tout n'est pas extrapolable mais il y a des observations troublantes chez l'animal » (médecin inspecteur, pathologies environnementales, InVS)

Autrement dit, la première incidence de ces affirmations est d'ordre cognitif mais elle est de nature à engager l'action : elles commencent à donner les fondements d'une rationalité à des doutes diffus partagés par un grand nombre d'acteurs, sans forcément qu'aient été éclaircies ni les bases de ces doutes, ni leur nature. Confusion qui favorise l'agrégation, l'alliance entre le plus grand nombre des personnes qui ont un doute ou une interrogation.

Cet autre expert exprime autrement la même idée : ce n'est pas parce que quelque chose n'est pas démontré qu'il ne s'agit pas d'anticiper, dans la mesure où différents travaux montrent que certains principes qui paraissent immuables dans une discipline (par exemple la dose fait le poison en toxicologie) ne se vérifient pas toujours. La science doit prendre en compte l'état de la demande sociale :

«Il y a un modèle ancien, mais un modèle moderne se met en place. Ce n'est jamais que la traduction des principes.(...)»

Dans le modèle ancien, nous sommes dans une logique de certitude scientifique, nous agissons lorsque cette dernière est effective. La précaution nous oblige à agir à partir d'éléments de certitude. Ensuite, la question consiste à les déterminer. Le principe de précaution précise bien que c'est en cas de dommage grave ou/et irréversible. Nous voyons bien que cela implique un changement des disciplines à mettre en œuvre. Dans le modèle ancien, nous sommes sur une approche monodisciplinaire. Nous sommes sur la recherche des preuves chez l'Homme, nous attendons donc les résultats des enquêtes épidémiologiques. L'épidémiologie étant considérée comme la science du risque. Dans le modèle moderne basé sur la précaution, je crois que nous sommes dans un modèle multidisciplinaire. L'épidémiologie a sa place, mais par principe, elle vise à évaluer les impacts sur les populations, donc par principe, attend que les dégâts soient constatés. Or, dans la mesure où ces dégâts sont présents, il faut se donner les moyens pour les caractériser.

La demande sociale est d'anticiper l'impact sur la société (...). Nous ne pouvons pas attendre 20 ans, 30 ans ou 40 pour savoir s'il y a un impact chez l'homme.

La démarche moderne suppose de mettre en jeu plusieurs disciplines scientifiques. (...) il y a un enjeu considérable autour de la reconnaissance de l'expologie comme une nouvelle discipline scientifique, c'est-à-dire la science des expositions. Une étude parue il y a quelques mois mettait en évidence le lien entre autisme et exposition à des pesticides. On mettait en évidence que l'exposition se faisait pendant une fenêtre de deux semaines. Nous sommes dans le bouleversement de la vision classique qui est que la dose fait le poison. Or, nous pouvons continuer à le penser en ajoutant que la période fait le poison. Il est de plus en plus évident qu'une exposition pendant la gestation n'a pas le même impact qu'à l'âge adulte (...). Dans les années 1970 de grandes études ont été faites sur un modèle expérimental qui reposait sur l'exposition des animaux à l'âge adulte (...).

L'autre aspect dans le modèle ancien est le rapport à la société en matière d'expertise par rapport à la demande sociale. Le modèle ancien est l'expert en blouse blanche, parce que ça donne le statut qui

communiqué avec certitude. La communication ne peut pas laisser la place à l'incertitude. Or, le modèle moderne doit revendiquer cette notion d'incertitude. (...) Les scientifiques ont une fonction, celle d'éclairer le choix citoyen et de donner effectivement les conditions d'incertitude. Dans l'examen des données scientifiques, cette dernière doit conduire à construire les expertises en conséquence.

La première conséquence du point de vue des règles est le principe de l'expertise contradictoire. Cette idée qu'il y aurait une seule façon de poser les problèmes est totalement contraire à l'esprit scientifique même. Nous sommes là dans une conception scientifique, c'est-à-dire de la religion de la science. Nous ne sommes pas dans la conception de la science. Lorsque nous regardons l'histoire des sciences, c'est une histoire des polémiques scientifiques. Nous avons tous les grands ancêtres, notamment Pasteur.

La science est enseignée comme étant une voie royale, linéaire, alors que dans la réalité, c'est beaucoup plus tâtonnant. Lorsque nous regardons les polémiques contre Pasteur, nous pouvons nous interroger sur les contestations qu'il a connues, il était par ailleurs minoritaire. On lui a fait payer le fait qu'il ne soit pas médecin. C'était un élément intéressant du point de vue de la place et des positions scientifiques. Il faut revenir effectivement à la valeur fondamentale de la science, c'est-à-dire que c'est la controverse scientifique qui permet sa construction. Cela doit être construit du point de vue de l'expertise qui doit être contradictoire. Tous les points de vue, dans la mesure où ils s'expriment au niveau de la science, doivent être réunis dans une expertise. Cette dernière aura un résultat et un objectif qui n'est pas d'arriver forcément à une unanimité. Nous avons l'impression de ne pas être affranchis d'une vision presque médiévale de la religion à laquelle rappelle l'idée de communauté scientifique. La conséquence est que si on ne se situe pas dans l'orthodoxie, on est un hérétique et la place de ce dernier est le bûcher.

L'autre conséquence est la prise en compte des conflits d'intérêts. (...) La conséquence de cette divergence de point de vue est que nous ne pouvons pas décider. Nous voyons bien la stratégie des intérêts industriels qui consiste à continuer à alimenter cette idée que les scientifiques ne sont pas d'accord entre eux et qu'il n'est pas possible de décider. Nous avons l'expérience de la viande qui nous éclaire également sur le fait que nous ne pouvons pas laisser perdurer une absence de décision à partir du moment où nous avons des éléments scientifiques suffisamment forts, parce que le jeu naturel des intérêts économiques est de faire durer l'incertitude. Une déclaration faite suite aux publications sur les échanges de courriers et de mémos par un industriel du tabac précisait « doubt is our product », nous sommes là pour produire du doute de façon à pouvoir le continuer.

L'autre aspect dans les conséquences à en tirer du point de vue de l'expertise est la question des méthodologies. Nous ne pouvons plus avoir comme règle que l'expert est l'expert intuitu personae. L'expert doit préciser que la bonne façon de faire est d'utiliser telle méthode et de soumettre ce point de vue au jugement des pairs. Il y a besoin de construire des lignes directrices. (...)

Le choix méthodologique doit être imposé et clairement exprimé. (...)

Le principe de précaution veut dire plus de science. Nous avons besoin de plus de science pour anticiper » (expert, lors d'un colloque organisé par le Conseil Régional d'Ile-de-France et Fondaterra à Paris le 6 octobre 2008, Changements environnementaux : impacts sur la santé de la population francilienne).

La science fournit aussi des précédents qui amènent à penser autrement le lien entre agents et santé humaine. La pollution atmosphérique fournit ainsi le canevas d'une histoire où la toxicité d'abord reconnue par l'effet massif a pu gagner en existence grâce à la modélisation et à l'épidémiologie y compris dans les épisodes banals .

« Les événements marquants, fondateurs qui ont contribué à la prise de conscience de l'existence de l'effet sanitaire de la pollution atmosphérique sont de grands épisodes de pollution atmosphérique comme celui de Londres en 1952, communément appelé Smog. (...). Vous voyez que pendant cet épisode de l'hiver 1952-1953, sur les dernières semaines du mois de novembre et au début du mois de décembre, nous avons eu une augmentation des niveaux de dioxyde de soufre extrêmement marquée, et d'une façon absolument concomitante, une augmentation très

importante du nombre de décès. Ces épisodes ainsi que d'autres qui ont eu lieu en Pennsylvanie dans la vallée de Donara, en Belgique dans la vallée de Meuse, etc. ont vraiment contribué, au milieu du XXe siècle à la prise de conscience d'effets aigus de la pollution atmosphérique sur la santé. À partir de cette date, nous avons eu un ensemble de réglementations qui visaient principalement les grandes sources fixes de pollution atmosphérique et qui ont contribué durant les vingt années qui ont suivi à réduire l'occurrence de ses épisodes exceptionnels de pollution atmosphérique. À la fin des années 1970, cela a pu amener certaines personnes à dire que la pollution atmosphérique n'était vraiment plus un problème de santé publique. Nous avons une citation de Walter Holland dans International Journal of Epidemiology qui considérait que dans la mesure où nous n'avions plus ces épisodes exceptionnels qui s'accompagnaient d'une très forte surmortalité observable quasiment à l'œil nu, nous n'avions plus d'effets de la pollution sur la santé.

Au début des années 1990, par l'application à ce problème épidémiologique de méthodes statistiques développées par ailleurs, et notamment dans le cadre de l'économétrie, nous avons eu des études qui permettaient de mettre en évidence des effets de la pollution atmosphérique sur la santé, même à des concentrations très basses, c'est-à-dire des concentrations rencontrées au jour le jour en dehors même d'épisodes exceptionnels de pollution atmosphérique. » (expert de l'InVS lors du colloque Fondaterra du 6 juin 2008)

Paradigme et référentiel scientifiques

Les différents experts développent ainsi, chacun à partir de leurs disciplines, de leur expérience, de leurs résultats ces éléments. Il est à noter que s'ils réclament l'insertion de nouveaux résultats et de nouveaux principes, aucun ne met en cause le corpus de règles scientifiques : tous se réclament de la science, toute la science, rien que la science. Tous veulent plus de science. Autrement dit c'est bien d'un changement de paradigme dont il s'agit et non de référentiel.

Où l'on entend par paradigme, dans la définition de Kuhn, « *les découvertes scientifiques universellement reconnues qui pour un temps, fournissent à une communauté de chercheurs des problèmes types et des solutions* »⁵⁷. Autrement dit, le champ de la science qu'il appelle « *normale* » écarte les nouveautés ou les anomalies qui ébranlent ses « *convictions de base* ». En effet, selon ses définitions la « *science normale désigne la recherche solidement fondée sur un ou plusieurs accomplissements scientifiques passés, accomplissements que tel groupe scientifique considère comme suffisants pour fournir le point de départ d'autres travaux* »⁵⁸ et a pour double caractéristique que « *ses accomplissements sont suffisamment remarquables pour soustraire un groupe cohérent d'adeptes, à d'autres formes d'activités scientifiques concurrentes* » et qu'ils « *ouvrent des perspectives suffisamment vastes pour fournir à ce nouveau groupe de chercheurs toutes sortes de problèmes à résoudre* », ensemble caractéristique qu'il désigne comme *paradigme*⁵⁹. Les nouveaux résultats sont dérangeants pour le groupe, dans la mesure où leur

⁵⁷ *La structure des révolutions scientifiques*, Champs Sciences Flammarion, Paris, 2008, p 11.

⁵⁸ Kuhn, *op. cit.* p 26.

⁵⁹ *Id.*, p 30.

« assimilation exige la reconstruction de la théorie antérieure et la réévaluation de faits antérieurs ».

Cependant il note plus loin que « les hommes dont les recherches sont fondées sur le même paradigme adhèrent aux mêmes règles et aux mêmes normes dans la pratique scientifique ». Or, dans le cas qui nous préoccupe, les experts des différents camps se revendiquent des mêmes règles, des mêmes normes, des mêmes valeurs et des mêmes outils (rigueur, démonstration, publication, etc), c'est-à-dire du même référentiel⁶⁰ scientifique mais les experts dissidents revendiquent de revenir aux principes d'ouverture et du doute placés au cœur de l'interrogation scientifique et d'en tirer les conséquences potentiellement néfastes, avant et non après avoir obtenu une confirmation.

Ce que revendiquait déjà Claude Bernard dans son *Introduction à l'Étude de la Médecine Expérimentale* : « La théorie est l'hypothèse vérifiée après qu'elle a été soumise au contrôle du raisonnement et de la critique. Une théorie, pour rester bonne, doit toujours se modifier avec le progrès de la science et demeurer constamment soumise à la vérification et la critique des faits nouveaux qui apparaissent. Si l'on considérait une théorie comme parfaite, et si on cessait de la vérifier par l'expérience scientifique, elle deviendrait une doctrine. », ou encore : « Quand le fait que l'on rencontre ne s'accorde pas avec une théorie régnante, il faut accepter le fait et abandonner la théorie. » dans ses Carnets de Notes.

Les uns comme les autres se renvoient l'idée d'une croyance qui prime l'approche purement scientifique. Les scientifiques critiques voient dans la posture des experts institutionnels une défense religieuse du dogme, quand ces derniers dénoncent :

« je suis très impressionné par la montée d'une part de pensée de nature magique (...) relativiste, la parole de X et de Y, ça vaut tout autant (...) la confusion qui s'établit entre ce qui relève d'hypothèses et ce qui est solidement établi » (médecin hospitalo-universitaire, membre de l'Académie de Médecine)

Hypothèse ou déviance ?

Ce qui les distinguent radicalement est le statut donné à l'hypothèse, au résultat isolé, au doute, aux études expérimentales. La principale discussion tient à la règle méthodologique du traitement de « l'anomalie », de « l'énigme », du doute ce qui a des conséquences majeures sur le contenu des résultats scientifiques et la place faite à ce corpus en constitution de résultats d'une autre nature.

Ce phénomène est particulièrement visible dans les controverses virulentes qui se sont instaurées, d'une part sur les évaluations des risques liés aux ondes électromagnétiques provenant des antennes-relais et d'autre part, dans les différents rapports récents qui explorent le lien entre cancers et environnement.

Cette distinction significative peut éventuellement être expliquée par un principe de raisonnement qui propose une façon de considérer le modèle explicatif entre stabilité et doute systématique :

⁶⁰ Au sens où le définissent B. Jobert et P. Muller, *L'Etat en action*, PUF, Paris, 1987, bien que leur définition s'applique aux référentiels mis en œuvre et mobilisés dans le cadre des politiques publiques et non d'un corpus professionnel.

« un penseur au 13^{ème} siècle a établi un mode de raisonnement, ce n'est pas la peine de développer une hypothèse peu vraisemblable si vous avez une cause établie qui rend compte des phénomènes » (médecin hospitalo-universitaire, membre de l'Académie de Médecine)

Le reproche est systématiquement le même et tient à la méthodologie employée : l'expertise institutionnelle s'appuie exclusivement sur ce qui est démontré, reproduit, stabilisé, convergent, quand l'évaluation sociale revendique d'inclure aussi les travaux isolés, les hypothèses, les études menées sur des bases différentes, les présomptions pour engager des débats.

Dans le premier cas il s'agit d'une science pure et endogène, dans le second cas d'une science mixte (contradictoire) et qui ce faisant, peut avoir une prétention à devenir publique⁶¹.

Ainsi s'exprime un des experts qui a participé au rapport de l'Académie de Médecine sur cancers et environnement. Il confirme que la posture cognitive consistait à :

« faire bien la différence entre les choses raisonnablement prouvées, concordantes, irréprochables sur le plan méthodologique et ce qui reste une hypothèse, surinterprétée, surmédiatisée et des vérités qui ne reposent sur rien » (médecin hospitalo-universitaire, membre de l'Académie de Médecine)

Pourtant, tous les experts se réclament des mêmes règles :

« Il faut se tenir au courant, il n'y a pas de connaissances utiles toute la vie. L'important c'est d'exercer sa pensée pour progresser et de savoir la faire évoluer » (médecin hospitalo-universitaire, membre de l'Académie de Médecine)

Le doute est revendiqué par les experts critiques comme une heuristique nécessaire et qui redonne au scientifique sa place sociale : tant par l'inscription de ses interrogations dans un contexte dont il faut lui-même partie, que par la gouvernance qui peut en découler en insérant du contradictoire et du débat dans la production.

Alors qu'à l'opposé, dans la vision stricte de la science, le doute doit être mis en cause tant qu'il n'a pas été stabilisé ou démontré. « *Je pense donc je suis* », est le principe fondateur de la philosophie et de la méthode cartésiennes qui met au cœur du raisonnement scientifique la nécessité de la validation préalable. En application de ce principe, cette célèbre affirmation constitue la vérité initiale acceptable : « *Et remarquant que cette vérité : je pense, donc je suis était si ferme et si assurée que toutes les plus extravagantes suppositions des sceptiques n'étaient pas capables de l'ébranler, je jugeai que je pouvais la recevoir, sans scrupule, pour le premier principe de la philosophie que je cherchais* » (Discours de la Méthode, IV^{ème} partie)

Science et médecine

D'une autre façon, le médecin, bien qu'issu du monde scientifique ne serait-ce que par l'origine de son savoir, occupe une double fonction qui l'amène à relativiser le résultat universel parce que confronté à la maladie d'un humain, d'autres facteurs doivent intervenir.

Les médecins se situent au carrefour de ces deux univers : la science d'un côté, dont ils tirent leurs savoirs, la personne de l'autre qui énonce une plainte ou une crainte ou présente des

⁶¹ J. Wildson, B. Wynne, J. Stilgoe, *De la nécessité d'instiller de nouvelles expériences sociales dans la culture et les pratiques scientifiques*, Demos, Londres, 2005.

symptômes, dont ils tirent leur légitimité et leur rôle social. La santé et l'environnement ravive ou se situe au cœur de la dichotomie qui a fait l'objet de nombreux travaux abordés sous des angles différents.

Différents travaux portant sur les médecins qu'ils soient abordés comme professionnels ou dans le champ de la science ont montré la double appartenance ou le caractère hybride de cette profession. Les travaux de Ben-David⁶² hérités de la théorie fonctionnaliste de T. Parsons, en particulier, sont précieux à retenir pour la problématique qui nous préoccupe. Intéressé par les rôles sociaux du scientifique et du médecin ainsi que par leur évolution et l'émergence des innovations, l'auteur met le doigt sur le rôle hybride du médecin, pris entre deux normes contradictoires : celles des exigences de la science et de l'aide à apporter à ceux qui souffrent. De plus, ayant étudié diverses innovations il montre que celle-ci est produite par l'émergence de nouveaux rôles et par des individus, extérieurs, « outsiders » mais trouvant la capacité à intégrer les normes des deux groupes sociaux de référence impliqués, plus par différenciation et bifurcation que par opposition. Principe qui le distingue de l'approche de T. Kuhn sur le changement de paradigme.

Les médecins même lorsqu'ils sont hospitalo-universitaires adaptent les savoirs mis au point par des approches scientifiques et statistiques à leur expérience.

« les domaines ne sont pas les mêmes. Le domaine de la médecine praticienne et la façon dont je guide l'entretien prend en compte l'angoisse, le problème, les conditions de vie, tout médecin doit faire ça. Une personne ce n'est pas un nodule de la thyroïde » (médecin hospitalo-universitaire, membre de l'Académie de Médecine)

Divers travaux confirment cette double allégeance. « *Although there are understandable reasons for the claim that medicine is a science and for the assumption that physicians reason like positivists scientists, I argue instead for an examination of medicine's rationality in practice and for the importance of clinical judgment as its characteristic intellectual virtue, a rational capacity that human beings necessarily employ in uncertain circumstances. Like history or evolutionary biology, clinical medicine is fated to be a retrospective, narrative investigation and not a Newtonian and Galilean science. Aristotle's pronouncement that there can be no science of individuals suggests the difficult counterbalancing, often paradoxical nature of the work physicians are called to do. In undertaking the care of a patient, physicians – however scientific they may be - are not engaged in a quantifiable science, but in a rational interpretive practice* »⁶³.

Ainsi, une recherche sur l'application ou plutôt les déviations dans l'application par des médecins des recommandations mises au point par les laboratoires et l'ANAES concernant les traitements de l'asthme et le dépistage du cancer du sein⁶⁴ montrent l'importance ce qui se produit dans une interaction entre généraliste et patient : « *la prise en charge du patient doit être appréhendée*

⁶² *Op. cit.*

⁶³ Kathryn Montgomery, *How doctors think*, Oxford, Oxford University Press, 2006, Introduction, p. 6.

⁶⁴ P. Urfalino et alii, *Les recommandations à l'aune de la pratique. Le cas de l'asthme et du dépistage du cancer du sein*, Rapport CSO – URML Poitou-Charente, Paris, 2002.

comme un jeu d'action et de réaction », au cours duquel il applique des savoirs faire qui peuvent être obsolètes, condamnés et il est guidé par « *des expériences marquantes* ». En outre, « *l'implication du médecin est fortement circonscrite à la sphère de sa relation immédiate avec le patient* ». Relation qui est interactive, c'est-à-dire où chacun des partenaires exerce une influence et un contrôle sur l'autre⁶⁵.

Le médecin est donc le traducteur d'un savoir technique en un savoir social réinterprété à l'aune de chaque interaction avec les patients. Le praticien a à la fois besoin de connaissances stables à partir desquelles travailler, mais qui soient également pratiques, directement applicables ainsi que suffisamment souples pour être adaptées à la diversité des situations rencontrées.

Le médecin est donc consubstantiellement à l'exercice de sa profession, critique, -bien que souvent silencieux- des connaissances scientifiques. De plus, les vingt dernières années ont fourni à profusion des exemples de rupture dans certaines certitudes, de médicaments longuement utilisés retirés du marché, des effets de mode ou encore de la pression médiatique. L'évolution des pratiques médicales a en outre donné plus de place à l'avis du patient qui pour certaines décisions, doit être éclairé par le praticien qui en expose les bénéfices et les risques.

La contrepartie de l'existence des incertitudes croissantes qui pour les experts revient à réclamer une place au doute (le bénéfice du doute en application du principe de précaution) a sa contrepartie chez les médecins dans l'exercice continu d'un esprit critique. Celui-ci signifie à la fois de prendre une distance au regard des résultats annoncés à un moment donné et d'informer le patient sur les différentes hypothèses ou possibilités.

Pour autant, deux formes de médecines contrastées peuvent être identifiées : à un extrême, l'evidence-based medicine (EBM) qui fonde les approches hospitalo-universitaires et permet de raccorder la médecine à la science et de l'autre, les médecines dites traditionnelles qui se détachent des principes scientifiques pour prôner des approches radicalement différentes de la médecine.

Evidence-based-medicine et médecine praticienne

Le concept d'EBM a été développé par des épidémiologistes canadiens dans les années 1980. « *Les systèmes d'information actuels conjugués à l'explosion des données de la recherche constituent à la fois une charge et une chance pour le praticien. Une charge, car l'obligation de moyens lui imposera de se tenir au courant des résultats de la recherche ; une chance, car avec un minimum de préparation, il peut considérablement améliorer sa pratique pour la plus grande satisfaction de ses patients.*

La préparation à la gestion de cette explosion de l'information médicale citée plus haut, s'inscrit dans une démarche appelée Evidence-Based Medicine (EBM), que l'on traduit en français par Médecine Factuelle. Cette approche que nous définirons plus loin se fonde sur un nouveau paradigme qu'on peut résumer en trois points :

- *Il faut "se méfier" de l'expérience clinique, de l'intuition et de l'avis de l'expert unique ;*

⁶⁵ Urfalino et alii, *op. cit.*, p 44 à 46.

- *La connaissance physiopathologique n'est pas suffisante et peut même conduire à des prédictions incorrectes à propos du diagnostic et de l'efficacité du traitement ;*
- *La connaissance de certaines règles d'évaluation est nécessaire pour interpréter correctement la littérature, les études pronostiques, les tests diagnostiques et les stratégies thérapeutiques. »⁶⁶ .*

« On peut définir l'EBM comme une approche qui s'efforce de fonder, autant que possible, les décisions cliniques sur les données actuelles les plus probantes (preuves) issue de la recherche médicale. Par preuves, on entend les études cliniques systématiques et, en particulier, les essais contrôlés randomisés et les méta-analyses. Il peut s'agir éventuellement d'étude transversales ou de suivie bien construites lorsqu'il s'agit d'évaluer un teste diagnostique ou de pronostiquer l'évolution d'une maladie (...). En aucun cas, ces « preuves » ne peuvent remplacer le jugement ou l'expérience du médecin, ce qui explique que l'EBM complète la pratique médicale traditionnelle mais ne la remplace pas . Dans le cadre de cette démarche, les décisions cliniques peuvent être définies comme un modèle à trois composantes : l'expérience clinique du praticien, les meilleures données actuelles (preuves) de la recherche clinique et les préférences du malade en matière de soins. Cette approche n'a pas d'autre finalité que celle d'améliorer les soins donnés aux patients.

En pratique, la démarche EBM se décompose en quatre étapes : 1. transformer les besoins concernant un patient donné en une question claire et précise (comment formuler correctement une question ?) ; 2 rechercher de manière aussi efficace que possible les articles les plus pertinents (quel article lire ?) ; 3. évaluer de manière critique la validité (faisabilité) et l'intérêt (applicabilité) des résultats et extraire les preuves qui sont à la base des décisions cliniques (quel article croire) ; 4. en déduire la conduite à tenir pour le malade considéré.

La mise en œuvre d'une médecine fondée sur des faits prouvés nécessite donc la compréhension d'un certain nombre de règles de recherche et d'évaluation de l'information »⁶⁷.

« Les données de la recherche apportent des preuves scientifiques (donc datées) en considérant les résultats statistiques des essais cliniques. L'outil de production de cette connaissance qui a la faveur des chercheurs est l'essai clinique randomisé (ECR). » (Wikipédia)

L'on voit que la promotion de cette médecine, particulièrement répandue dans les services hospitalo-universitaires, est le produit logique de l'intégration des données de la science dans l'exercice de la médecine en y réintégrant quelques facteurs tenant à l'individu et à l'interaction du patient et du médecin.

Mais cette approche soulève de nombreuses critiques tenant justement au caractère statistique et non individuel du patient. Les plaintes ou les pathologies qu'il présente sont toujours

⁶⁶ Dr Oussama Zékri, Laboratoire de Pharmacologie expérimentale et Clinique, Rennes. En ligne : <http://www.med.univ-rennes1.fr/etud/pharmaco/EBM.htm> .

⁶⁷ C. Delvenne, F. Pasleau, Comment résoudre en pratique un problème diagnostique ou thérapeutique en suivant une démarche EBM ?, Rev Med Liège 2000 ; 55 : 4 : 226-232.

multidimensionnelles et imbriquées dans une série de dimensions sociales, cognitives, familiales, générationnelles, etc. Il y aura toujours des zones d'ombre auxquelles les données scientifiques ne pourront répondre. Les connaissances évoluent avec elles le niveau ou le type de preuve à réunir. L'application de l'EBM risque d'avoir une application instrumentale qui enlève au praticien son libre arbitre et pourrait être utilisée à des fins économiques de réduction des coûts de la santé⁶⁸.

L'on voit de tous ces apports les facteurs qui nous intéressent ici : le statut de la preuve, et l'importance prise par les études randomisées, l'importance de la compréhension et du partage des règles qui président à son usage, l'importance donc de l'information, enfin le caractère universel de la preuve et non singulier.

« quand on fait une recherche en physio-pathologie (...) il faut faire des études en double aveugle, si on mettait au point des médicaments avec une seule personne on ne ferait pas de progrès (...). L'evidence-based-medicine est fondée sur des preuves verrouillées avec des preuves solides mais sont utilisées dans la globalité du patient, sinon on n'est pas médecin » (médecin hospitalo-universitaire, membre de l'Académie de Médecine)

L'on comprend ainsi pourquoi les tenants de l'EBM peuvent être critiques des études en particulier épidémiologiques qui n'apportent pas de résultats stables et à l'opposé l'existence d'une telle demande pour des études randomisées de long terme.

« il y a une véritable crise de l'épidémiologie environnementale, il n'est pas normal qu'à longueur d'années il y ait des études qui se contredisent, (...) cela pose un problème. Pourquoi en est-il ainsi, cela interroge la discipline. Il y a des publications d'études surinterprétées (...) parce qu'ils ne veulent pas attendre les résultats dans dix ans (...) il n'y a aucun moyen objectif de recueillir les estimations d'exposition (...) il ne prennent pas en compte l'incertitude sur les réponses induisent sur le facteur qui les intéresse vraiment (...) ce ne sont que des réponses pas une réalité (il y a des biais de mémorisation, c'est plus pernicieux, c'est impossible à corriger) et vous faites un lien (...) et si vous n'avez pas étudié l'incertitude vous allez sous-estimer l'intervalle de confiance. Quand un indicateur est très incertain, il y a peu d'information fournie par la science normale parce que les intervalles sont très grands. Mais ils font comme si c'était la vérité (...) La plupart des études n'apportent aucune information, il y a du bruit de fond, un coup c'est positif, un coup c'est négatif, c'est normal. » (médecin hospitalo-universitaire, membre de l'Académie de Médecine)

Les médecines alternatives

A l'opposé figurent les médecines dites traditionnelles, holistiques, alternatives, douces, ou en langage plus bureaucratique, les médecins complémentaires ou « médecines à exercice particulier » ou MEP, qui incluent dans ces catégories institutionnelles aussi bien l'angiologie que l'homéopathie.

⁶⁸ Sur une introduction aux aspects critiques de l'EBM, voir par exemple les pages internet de Wikipedia http://fr.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9decine_fond%C3%A9e_sur_les_faits et du CHU de Rouen <http://www.chu-rouen.fr/ssf/profes/medecinefondeesurlapreuve.html>

Un déficit de (re-)connaissances malgré un recours très répandu

En France, la situation de ces pratiques médicales est très ambivalente, elle est à peine reconnue malgré l'existence de diplômes universitaires en homéopathie et acupuncture délivrés par exemple par Paris XIII. De la même façon, les médicaments homéopathiques ont une place importante dans toutes les pharmacies et sont visibles de tous. Certains produits sont remboursés par la sécurité sociale.

Ces médecines sont considérées par beaucoup comme du charlatanisme et aux pays des Lumières, il existe des sociétés de libres penseurs ou de penseurs critiques qui en dénoncent toutes les ficelles⁶⁹. D'une façon générale, si le phénomène est toléré du bout des lèvres, le silence, le déni caractérisent la pensée dominante à l'égard de ces pratiques. La conséquence la plus dommageable de cet état de fait est l'ignorance qui prévaut : il n'existe pas de travaux portant sur ces exercices, à quelques exceptions près. Il faut traverser les frontières pour trouver, au Canada par exemple, des publications qui s'y intéressent.

Pourtant les médecins existent parce que ou avec des patients qui recourent à leurs services. Un sondage⁷⁰ récent montre que plus d'une personne interrogée sur trois y a eu recours dans l'année qui a précédé l'enquête. Toujours selon cette étude, l'homéopathie et l'acupuncture sont les spécialités les plus utilisées « *avant tout pour prendre moins de médicaments* ». « *55% des personnes interrogées les jugent efficaces en accompagnement du traitement de maladies lourdes* »⁷¹.

Ces résultats corroborent des résultats montrés en Amérique du Nord, où la proportion de recours à ces médecins est équivalente (1/3) mais inférieure au Canada (15%)⁷². Les études françaises et américaines mettent également en lumière le même tropisme des femmes (1/2), des personnes aux meilleurs revenus et des plus éduqués parmi ceux qui y ont recours. Partout des disparités géographiques sont mises en lumière, en France, le recours est plus fréquent dans le Sud et à l'Ouest, qu'en région parisienne.

Le recours en complément de pathologies lourdes et notamment des cancers est également marqué dans ces pays, ce qui va dans le sens des recommandations de l'OMS. Une étude française récente fournit des détails sur ce phénomène⁷³ mais portant sur les Etats-Unis où l'auteur trouve l'essentiel de ses sources.

⁶⁹ Voir par exemple <http://charlatans.info> ou encore, le mouvement sceptique contemporain, les différentes institutions de zététique : <http://www.zetetique.info/archives/00000078.html>

⁷⁰ Sondage réalisé par l'IFOP pour le Congrès des Médecines douces et de la Mutuelle Familiale de l'Ile-de-France les 8 et 9 novembre 2007 auprès d'un échantillon de 958 personnes représentatif de la population française de 18 ans et plus.

⁷¹ Id.

⁷² W.J. Millar, *Use of Alternative Health Care Practicioners by Canadians*, *Revue Canadienne de Santé Publique*, volume 88, n° 3, Mai-Juin 1997, p 154-158; R. Blais, A. Maigae, A. Aboubacar, *How Different Are Users and Non-Users of Alternative Medicine ?*; *Revue Canadienne de Santé Publique*, Vol 88, n°3, mai-juin 1997, p 159-162.

⁷³ J.M. Dihuydy, *L'attrait pour les médecines complémentaires et alternatives en cancérologie : une réalité que les médecins ne peuvent ni ignorer, ni réfuter*, *Bulletin du Cancer*, Volume 90, Numéro 7, 623-8, Juillet 2003, SYNTH7SE,

Or, plusieurs des médecins praticiens rencontrés se réclamaient d'une réflexion philosophique particulière comme celle du vitalisme ou d'un exercice particulier d'homéopathie, d'acupuncture, de naturopathie et d'autres encore. Parmi les membres de la CNMSE figure Eco-médecine qui réunit des médecins exerçant des pratiques complémentaires.

Une étude réalisée en Suisse sur les consultations pour des symptômes attribués aux champs électromagnétiques parmi des médecins généralistes⁷⁴, montre que le fait d'exercer une pratique particulière augmente l'idée d'un lien entre OEM et symptômes.

Des paradigmes conflictuels ou concurrents ?

Des médecins déçus ou insatisfaits de la discipline apprise à la Faculté se forment à ces pratiques.

« Lorsque j'étais étudiant en médecine, je me suis aperçu que ce que l'on m'avait appris en faculté ne collait pas toujours avec ce que je voyais dans mes consultations classiques. Je me suis donc dit qu'il y avait quand même quelque chose de différent : fallait-il à ce moment-là que j'oublie ce que l'on m'a appris pour essayer d'aller vers une autre voie ? Je sentais déjà qu'il y avait dans toutes les pathologies une notion de terrain, notion que j'avais rencontrée au départ avec les enfants brûlés. J'avais pendant quatre ans la responsabilité d'un service hospitalier d'enfants brûlés, je me suis aperçu que les différentes pathologies évoluaient différemment selon les individus et qu'il n'y avait pas une maladie mais des malades sur lesquels la maladie faisait un chemin plus ou moins différent.

Ceci m'a amené à dire que les thérapeutiques que l'on nous proposait n'étaient peut-être pas toujours les meilleures, et que finalement devant des pathologies lourdes le fait d'affirmer « à telle pathologie correspond telle thérapeutique » ne m'a pas du tout satisfait. Il pouvait y avoir d'autres thérapeutiques que ce que l'on appelle les thérapeutiques classiques – en particulier dans les pathologies lourdes – et je me suis intéressé, déjà dès le début, avec l'homéopathie, aux oligoéléments, à l'acupuncture et à toutes ces thérapeutiques associées. (...) En effet, nous avons parlé de différentes thérapeutiques complémentaires mais je crois qu'il y a un mot qu'il faut mettre en exergue, c'est celui d'énergie car toutes les thérapeutiques dont on vous parle aujourd'hui sont basées sur des systèmes énergétiques. Alors que dans la médecine dite classique, il y a plutôt l'homme comme étant une simili mécanique et le médecin comme étant un bon mécanicien.» (chef de service de cancérologie, médecin homéopathe lors d'un colloque organisé par Eco-Médecine en 2005 à Paris⁷⁵).

D'autres médecins notent effectivement que de plus en plus de « praticiens et de nombreux patients se tournent alors vers des acteurs de santé prônant tous peu ou prou une approche holistique ». Ils s'interrogent sur la concurrence que ces exercices font à la médecine

⁷⁴ A. Huss, M. Roosli, Consultations un primary care for symptoms attributed to electromagnetic fields – a survey among général praticioners, BMC Public Health 2006, 6 :267

⁷⁵ <http://www.ecomedecine.com/images/table1.pdf>

traditionnelle⁷⁶ pour considérer qu'elles constituent des compléments intéressants qui en outre, peuvent « *ouvrir un espace fécond d'interpellation et générer des méthodologies nouvelles en exerçant une pression d'une part à la périphérie des modèles universitaires et hospitaliers de pensée et (...), d'autre part à la périphérie des déterminants de la définition des maladies et des preuves d'efficacité largement induits par les catégories de médicaments existants* »⁷⁷.

Un phénomène social

Il est difficile de trouver des informations permettant de dénombrer les professionnels de santé à double formation, le nombre de consultations, de différencier les pratiques entre elles, qui sont très nombreuses, etc. Mais la prévalence du recours en population générale est suffisamment important (un tiers à 40 % selon les sources, chiffres qui mériteraient d'ailleurs beaucoup de précisions complémentaires) pour considérer que le phénomène social existe.

Phénomène qui se retrouve dans les situations de crispation en santé environnementale où les questions de crainte pour la santé, d'effets à long terme de faibles doses, de mécanismes inconnus, de cocktail de molécules ou d'agents entre eux, de qualité de vie se posent de façon aiguë. Il est difficile de ne pas faire l'hypothèse que la grande quantité de patients qui ont une connaissance et une demande intimes vis-à-vis des ces pratiques n'en soient pas des alliés objectifs. Les médias étant aujourd'hui particulièrement sensibles et prêts à se faire l'écho de ces phénomènes sociaux émergents, apparaissant en filigrane, en sont également des vecteurs tout trouvés.

Les médecines « autres » soulèvent plusieurs types de conflits potentiels avec la médecine allopathique : la dernière jette un regard « *désapprobateur* »⁷⁸ sur ces pratiques assimilées à des croyances éventuellement jugées d'un autre temps ; elles peuvent également apparaître comme des « *alliées dans la création d'un monde différent* »⁷⁹ et donc s'inscrire « *dans un courant idéologique qui remet en question l'ordre établi* »⁸⁰.

La croyance est considérée du point de vue des scientifiques qui ont construit leurs théorie et leur groupe social en partie contre la religion, comme une « *erreur* » et un « *phénomène psychologique faisant fi de la raison* » nous rappelle Pierre Lagrange dans son travail sur les soucoupes volantes. Dans ce domaine qui présente quelques similitudes avec les médecines

⁷⁶ A. Lazarus, G. Delahaye, Médecines complémentaires et alternatives : une concurrence à l'assaut de la médecine de preuves ?, Presses de Science Po, Sève, 2007/2, n° 15, p 79-94. Les auteurs participant (le premier, Professeur de médecine en santé publique et médecine sociale est le responsable des enseignements, il est également membre de l'Institut National du Cancer) du Département universitaire des Médecins complémentaires de Paris 13.

⁷⁷ Id, p 82.

⁷⁸ J. Benoist, Les médecines douces, in C. Bromberger sous la dir, *Passion ordinaires. Du match de football au concours de dictée*, Paris, Ed Bayard, 1998, p 523-542.

⁷⁹ Id.

⁸⁰ Ibid.

holistiques, une partie de la stratégie des uffologues se joue dans la dispute et la construction de ce qui constitue une preuve⁸¹.

En matière de pratiques particulières, la demande sociale va croissant, ce que notent aussi les esprits critiques : « *les remèdes alternatifs font appel à tout ce que les remèdes conventionnels échouent à soulager. En effet, les domaines où les thérapies alternatives semblent avoir le plus de succès sont ceux où les thérapies conventionnelles ne sont pas en mesure de satisfaire les attentes des patients, par exemple, les migraines, et maux de dos chroniques, la fatigue, les nausées, l'arthrite, les douleurs gastro-intestinales, les allergies, tout ce qui est causé par un excès de stress ou désordre émotionnel. Le thérapeute alternatif, tout en validant la plainte du client (et souvent sa vision non conventionnelle) apporte de l'espoir pour surmonter les plaintes, plus d'attention, de soutien personnel, ce qui peut indirectement servir certains besoins émotionnels sous-jacents que les médecins ont laissé de côté. Ils apportent aussi l'espoir dans le cas de conditions que le médecin ne peut guérir* »⁸².

Ces médecines s'appuient donc sur une demande sociale qui en légitime le développement, à l'extérieur du système de soins traditionnels, de son approche thérapeutique par le médicament, de son industrie pharmaceutique qui en est un acteur dominant et des problèmes de coûts et de financement collectif.

Vitalisme pas mort ?

Le vitalisme renvoie à une controverse ancienne entre l'Ecole de Médecine de Montpellier et celle de Paris⁸³. Les premiers qui en étaient les défenseurs, considéraient par exemple avec « *Barthez et ses disciples, que le principe vital est partout et agit en tous les endroits du corps. C'est une force diffuse qui garantit l'unité indivisible du corps humain* »⁸⁴. Le vitalisme s'appuie donc sur une vision holistique de la santé qui s'oppose à une vision réductionniste où le « *corps n'est pas une totalité indivisible, mais la somme d'organes et de fonctions* »⁸⁵. Mais ce que nous démontre l'auteur de l'analyse de cette controverse est que l'un des enjeux concernait « *les méthodes qui pouvaient être appliquées à l'étude de la médecine. La différence qui se fit jour entre les deux écoles peut être stigmatisée par l'opposition entre la méthode expérimentale et la méthode spéculative (...) l'observation et l'expérimentation parce quelles étaient incompatibles avec une approche globale du corps humain* »⁸⁶.

⁸¹ P. Lagrange, Enquêtes sur les soucoupes volantes. La construction d'un fait aux Etats-Unis (1947) et en France (1951-54), *Terrain*, n° 14 mars 1990.

⁸² J. Alcock, Les thérapies alternatives et la psychologie de la croyance, *Scientific Review of Alternative Medicine*, 1999, cité sur le site de charlatans.info.

⁸³ D. Raynaud, La controverse entre organicisme et vitalisme : étude de sociologie des sciences, *RFS*, XXXIX-4, 1998, 721-750. Canguilhem a consacré également une partie

⁸⁴ Id, p 735.

⁸⁵ Ibid, p. 734.

⁸⁶ Ibid, p 734.

Bien que pratiquant à Paris, Claude Bernard lui-même n'était pas un opposant du vitalisme comme en témoigne cette note dans ses Carnets : « *Il n'est pas scientifique de s'occuper de la force vitale, mais il ne l'est pas davantage de la nier, parce qu'en la niant, on affirme autre chose. La recherche des causes premières n'est pas scientifique.* ».

Le vitalisme est fondateur d'exercices médicaux comme la naturopathie qui se réclame d'une médecine hippocratique. Plusieurs définitions s'y réfèrent explicitement :

1. « *LA NATUROPATHIE est la science fondamentale englobant l'étude, la connaissance, l'enseignement et l'application des Lois de la vie afin de maintenir, retrouver et optimiser la santé par des moyens naturels. (FENAHMAN, Fédération Française de Naturopathie, Charte, art. 1)*
2. *LA NATUROPATHIE est un système de traitement reconnaissant l'existence au sein de l'organisme d'une force curative et autorégulatrice vitale. (British Naturopathic and Osteopathic Association)*
3. *LA NATUROPATHIE, hygiène et médecine naturelles, se base sur la philosophie du vitalisme, s'explique scientifiquement par l'humorisme et s'applique par le naturisme. Elle est une méthode optimiste et non violente de l'homme total qui se distingue des autres méthodes de santé par la recherche systématique des causes de la maladie et la rectification des erreurs ayant entraîné la rupture des équilibres. »⁸⁷. Ses objectifs principaux sont : prévenir pour ne pas avoir à guérir, c'est à dire promouvoir une hygiène de vie conforme aux besoins, cultiver les immunités naturelles polyvalentes, éviter les surcharges humorales; faciliter l'auto-guérison en drainant les surcharges constituées à la suite de nos erreurs de vie, c'est à dire en stimulant les émonctoires, suscitant l'auto-guérison de tous les troubles de santé dans les limites des usures tissulaires; assurer le perfectionnement de l'homme sur les bases de l'humanisme et du sociologisme biologiques (rééducation générale psychophysiologique : repenser l'humain en fonction de naturel et le social selon cet humain retrouvé). (Alfred BRID, in *Allopathie, homéopathie, naturopathie*, ed. Groupe d'études des Problèmes Humains, Strasbourg 1974).*
4. *LA NATUROPATHIE est un système médical qui se concentre sur la prévention des maladies et qui utilise des thérapies naturelles et non toxiques. Elle est basée sur 7 principes : " D'abord ne pas nuire " (primum non nocere), la nature est guérisseuse (" vis medicatrix naturae "), identifier et traiter la cause (" tolle causam "), traiter la personne globale, le thérapeute est un éducateur, la prévention est la meilleure des cures, établir la santé et le bien-être. (in *Encyclopedia of Natural Medicine*, Michael Murray & Joseph Pizzorno, Prima Publishing and Communication, 1997.)”.*

⁸⁷ Ces définitions ont été trouvées et sélectionnées sur des sites Internet.

Le vitalisme qui renvoie à un paradigme ancien n'est donc pas mort. Au point qu'un colloque⁸⁸ consacre trois jours non seulement à étudier ses aspects historiques mais également actuels par les interrogations que lui adressent la biologie et la médecine contemporaines. Canguilhem notait la vitalité du vitalisme et « *qu'il n'est pas sans intérêt et qu'il n'est pas entièrement faux de présenter les retours offensifs du vitalisme comme liés à des crises de confiance de la société bourgeoise dans l'efficacité des institutions capitalistes (...). Les renaissances du vitalisme traduisent peut-être de façon discontinue la méfiance permanente de la vie devant la mécanisation de la vie. C'est la vie cherchant à remettre le mécanismes à sa place dans la vie* »⁸⁹.

Médecine traditionnelle et principes scientifiques

Un médecin homéopathe a fait l'effort de conceptualiser les principes de l'homéopathie afin de les rendre intelligibles. Plutôt que les paraphraser, fidèle au principe du présent travail, nous préférons en citer l'essentiel du texte. Il est à noter que l'homéopathie est reconnue en France, or ses principes mêmes nient la règle toxicologique classique : la dose fait le poison, puisqu'il est revendiqué d'utiliser des doses infinitésimales, et ce selon des mécanismes et le processus dans lequel s'insère cet usage qui lui confère son sens et son efficacité.

L'homéopathie

« Par le Dr. Madeleine Bastide⁹⁰, Laboratoire d'Immunologie et Parasitologie, Faculté de Pharmacie Université Montpellier I, France, Proposition de modèles pour la compréhension de l'homéopathie

Similitude, infinitésimalité et totalité sont les trois principes qui caractérisent l'Homéopathie. La structure de la pensée scientifique contemporaine héritée du positivisme dit que " tout est matière, selon la définition très restrictive proposée par le paradigme mécaniste. Par conséquent, on peut penser que chaque problème (ou chaque objet) est réductible en ses éléments. La matière gouverne chaque chose " (Lagache, 1996,a). Cette approche, déjà insuffisante pour concevoir bien des aspects de la thérapeutique allopathique pourtant très influencée par le paradigme mécaniste, se révèle vite inadaptée à la conception de la similitude et de la totalité. La constatation de l'effet thérapeutique ou pharmacologique de hautes dilutions dépourvues de molécules renforce encore l'inadéquation de la pensée mécaniste, avant tout moléculaireiste, à la compréhension de ces effets : le fait que de nombreux travaux démontrent l'effet biologique de hautes dilutions dynamisées dépourvues de molécules a fait parfois considérer ces résultats comme des erreurs scientifiques par le monde de la Science.

⁸⁸ **Vie, vivant, vital : vitalisme. Histoire et philosophie du vitalisme.** Colloque international - Montpellier - 24-27 juin 2009 Faculté de médecine (Université Montpellier 1) - LIRDEF (Université Montpellier II) - Département de philosophie (Université Montpellier III-Paul Valéry). L'argumentaire et le programme figurent sur le site suivant : <http://vitalisme.net> .

⁸⁹ G. Canguilhem, La connaissance de la vie, Paris, Hachette, 1952.

⁹⁰ Madeleine Bastide bénéficiait d'une grande notoriété parmi les homéopathes. Elle a été à l'origine d'une expérimentation qui a, ce faisant, fait beaucoup de bruit et qui concernait les champs électromagnétiques : des œufs ont été exposés aux champs provenant d'un téléphone portable et une grande partie a arrêté son évolution. Cette expérience a été très contestée mais a fait l'objet d'une réplification.

Dans toute science, la structure de pensée (ou le paradigme utilisé) permet de concevoir des modèles expérimentaux nécessaires à la compréhension des phénomènes : une organisation calculée des divers paramètres à étudier est toujours indispensable à la mise en évidence d'un effet. Actuellement, il est très difficile de concevoir des modèles abordant la similitude ou la totalité à l'exception des modèles faisant appel à la thérapeutique homéopathique. La seule approche expérimentale éventuellement possible concernerait la loi d'infinitésimalité en se basant sur l'utilisation des dilutions dites "immatérielles". Cependant, lorsqu'on les approfondit, ces modèles d'infinitésimalité apparaissent très vite liés au concept de totalité et de similitude, comme si les trois lois énoncées plus haut étaient dépendantes dans un même paradigme.

1. Le corps n'est pas un objet

Un objet est homogène et séparable en ses divers éléments. Il ne change pas, sauf par usure du temps ou par une modification de sa position. Il répond aux lois de la thermodynamique et n'est pas vraiment lié à son environnement. C'est une matière dont la nature est physico-chimique.

Le corps vivant est au contraire hétérogène, fonctionne comme un tout et ne peut être séparé en ses éléments sans perdre son identité. Il change au cours du temps et est sans arrêt modifié par les événements successifs : il a une mémoire psychologique et une mémoire physique comme la mémoire immunitaire ou la mémoire des agressions qui lui permet de s'adapter. Le corps vivant est dans un processus d'apprentissage continu aux niveaux physique et psychique. Il n'est jamais indépendant de son environnement et est en relations continues avec le monde extérieur : il est capable de recevoir et de traiter des informations. Le corps biologique n'est donc pas un objet inerte régi par les lois de la mécanique; " certes, il fallait bien que la science moderne se guérisse de la "médecine des signatures " de Paracelse et qu'elle rompe totalement avec un finalisme affectif que rien ne fonde. Mais la grande solitude moderne du corps malade, isolé, découpé du monde, gardant close sur lui-même cette maladie venue de lui seul et dont il souffre seul, est une position scientifiquement et logiquement fausse " (Lagache, 1988). Le corps n'est donc pas une "substance" selon la définition d'Aristote. Le corps vivant est donc l'ensemble (corps et psyché) qui se définit dans sa communication avec le monde.

2. Le symptôme est une tentative de guérison

Le corps communique donc continuellement avec le monde extérieur et intérieur. Il est le lieu d'échange d'informations qui le font évoluer en permanence, s'adapter, réguler ses fonctions, les modifier pour accéder à un nouvel état. Il arrive cependant que l'adaptation soit difficile, voire impossible : le corps va alors manifester son blocage et tenter de passer outre tout en essayant de s'adapter au mal en exprimant des symptômes. Ceux-ci peuvent être assimilés à une adaptation paradoxale du corps, ce qui crée des phénomènes de distorsion. Le corps manifeste ainsi sa difficulté à réaliser les phénomènes de régulation qui devraient lui permettre de retrouver son état normal. Il s'exprime comme une tentative de guérison très imparfaite, paradoxale, parfois absurde. Le symptôme devient donc à son tour procédé de communication de la pathologie qui se manifeste par divers signes. Ces symptômes peuvent être simplement interprétés au plan diagnostique, ce qui a été depuis toujours utilisé par la médecine. Ces symptômes peuvent être aussi interprétés comme un moyen de communication global, traduisant dans leur diversité et dans leur ensemble l'originalité réactionnelle d'un individu. " Cette dernière possibilité va

permettre d'utiliser le symptôme comme un indicateur d'information "coincée" : une médecine soucieuse de la logique du corps prendrait le symptôme comme absolu et premier (modifiant complètement la notion de diagnostic) parce que ce symptôme est la réalité actuelle du corps dans son être communicant, et que c'est par là aussi que l'on peut communiquer avec lui " (Lagache, 1988).

3. La pathogénésie

L'administration au sujet sain de remèdes soit à dose pondérale, soit à dose infinitésimale permet la collecte de divers symptômes s'exprimant dans des modalités caractéristiques. Les signes de toxicité consécutifs à l'administration sont faciles à interpréter. Il est plus difficile d'analyser les phénomènes observés par actions répétées de dilutions infinitésimales. (...) les dilutions "homéopathiques" sont en fait constituées de molécules et de l'information de ces molécules. Lorsque la dilution dépasse le nombre d'Avogadro, seule l' "information" du remède demeure. En tant que telle, cette information est perçue par l'organisme sain, avec plus ou moins de sensibilité (d'où la notion de "type sensible"), provoquant des perturbations dans la régulation des échanges, donc des symptômes.

4. L'infinitésimalité

Les dilutions et dynamisations des remèdes homéopathiques ont toujours provoqué une interrogation, et même une irritation chez les scientifiques. (...) Le résultat de la préparation des remèdes homéopathiques va leur donner un statut différent et une qualité fondamentale permettant ensuite de les appliquer dans une relation de similitude. En effet, un remède dilué et dynamisé a acquis des propriétés différentes : il représente la pathologie déclenchant des symptômes identiques par une analogie de structure, et non par une identité d'objet (ce qui est le cas dans la théorie des signatures). Le remède devient informant, capable d'agir à un niveau différent : il va être perçu par l'organisme comme une maladie artificielle, allégée, théâtralisée. Nous verrons que les modèles faisant appel à l'utilisation de doses infinitésimales dans un cadre n'appartenant pas à la similitude devront être analysés dans un processus d'information de type différent : hormesis (ou mithridatisation), information par des molécules endogènes, etc... Toutes ces dilutions "informantes" par leur statut de préparation homéopathique (dilution et dynamisation) peuvent alors être désignées par le terme d'objets sémantiques (ou d'informations corporelles) donnant directement à l'organisme receveur le moyen de changer son comportement par traitement de cette information. Une information n'existe pas en soi : elle n'a de réalité que reçue et traitée par le receveur. Elle joue le rôle d'une médiation, c'est à dire un lien qui réunit deux éléments tout en maintenant leur différence et en ayant une fonction d'opérateur. Une médiation différencie et réunit en même temps deux phénomènes, en créant une modification active. Une médiation est une différence créatrice qui lie deux états avec changement de niveau : par exemple, la psychanalyse révèle la somatisation d'états psychiques ; de même, les remèdes dilués et dynamisés provoquent un changement de l'état pathologique à l'état de guérison.

(...)

6. Intégration de la totalité, de la similitude et des doses infinitésimales dans le paradigme des signifiants; une approche rationnelle de la thérapeutique homéopathique.

Il devient alors évident que les trois principes fondateurs de l'Homéopathie sont interdépendants. En effet, les dilutions infinitésimales apportent à l'organisme une information du remède correspondant à la maladie artificielle qui est lue dans un rapport de similitude par l'organisme entier. Il est alors impossible de séparer ces trois principes qui s'expliquent mutuellement. C'est seulement à la lumière de cette relation que les modèles expérimentaux peuvent être interprétés. C'est pour cette raison que le raisonnement expérimental ne peut être initié qu'à partir des principes de l'Homéopathie et non l'inverse. Une étude de l'infinitésimalité sortie de son contexte informatif n'a plus de sens, et on arrive très vite aux confusions qui se sont produites depuis une dizaine d'années où l'on confond effets de faibles doses, régulation cybernétique et effet rebond avec la véritable pharmacologie homéopathique qui se place au niveau de la régulation par la similitude.

(...)

IV. CONCLUSION

Cette longue réflexion sur la validation de l'Homéopathie par un nouveau modèle logique nous permet à la fois d'analyser et de corréliser les trois principes de l'Homéopathie : similitude, globalité, infinitésimalité. Par cette démonstration, l'Homéopathie acquiert un statut de thérapeutique scientifique, avec une possibilité de vérification expérimentale. La nouvelle méthode thérapeutique découverte par Hahnemann il y a deux siècles n'a pu être acceptée dans la pensée positiviste puisqu'elle repose sur une logique de communication analogique, et non sur une logique d'objets. Cette approche épistémologique déborde le cadre de l'Homéopathie, qui devient alors un exemple dans le cadre de ce nouveau paradigme, de la même façon que l'alopathie est un exemple de la logique des objets. Ce nouveau paradigme constitue une médiation entre le corps pris dans son ensemble et son environnement, entre le corps et la psyché, entre le paradigme mécaniste et le paradigme symbolique.

Lagache A. Echos du sensible, Alpha Bleue Publisher, Paris. 1988.

Lagache A; 'Notes on the conceptual basis of Science". Signal and Images, M.Bastide Ed, Kluwer Academic Publisher, Dordrecht, in press, 1996a. ”⁹¹

L'acupuncture

L'on pourrait encore poursuivre avec l'acupuncture qui avec le concept d'énergie se rattache au vitalisme bien que vieux de plusieurs millénaires.

« LES PRINCIPES DE BASE DE L'ACUPUNCTURE

Toute la médecine chinoise, comme les arts martiaux, aikido, taijiquan, qigong etc ..., et comme la phytothérapie ou la diététique chinoises, sont fondés sur la notion de qi, que l'on prononce tchi, et qui s'écrit 氣, en caractères chinois. Cette notion peut se traduire par « souffle », ou par « énergie ». Ce souffle constitue l'ensemble de l'univers, et c'est la condensation de ces souffles qui forment la vie.

⁹¹ Ce texte est disponible sur le site suivant : http://www.homeopatiaveterinaria.com.br/Proposition_de_modeles_pour_la_comprehension_de_hom%C5%93opathi.htm

Le grand taoïste ZHUANGZI écrit : « la vie est due à l'accumulation de souffle ; si le souffle s'accumule il y a vie, s'il se disperse, il y a mort. Cette énergie, le qi, se caractérise en yin et yang. L'un ne peut pas exister sans l'autre. Ils sont indissociables, comme le jour et la nuit, le chaud et le froid, etc... C'est le même qi qui circule dans l'univers fait l'alternance du jour et de la nuit ou l'alternance des saisons, qui va circuler dans le corps humain, normalement de façon harmonieuse, sans blocage, sans contresens.

La médecine chinoise voit donc le corps humain comme un ensemble dynamique, où tout est mouvement, harmonieux et équilibré si l'on est en bonne santé. Mais à partir du moment où cette circulation est confrontée à un ou des obstacles, alors apparaissent les maladies. Ces obstacles peuvent être un déséquilibre nutritionnel, un traumatisme, ou un trouble climatique (le froid, l'humidité par exemple), ou surtout essentiellement un trouble des émotions (comme la colère, l'anxiété, la tristesse, etc...).

L'acupuncture, à l'aide de fines aiguilles, permet alors de rétablir une circulation harmonieuse. Il suffit de placer une ou plusieurs aiguilles aux endroits appropriés pour lever les obstacles et refaire circuler l'énergie (et donc soulager une douleur ou un autre symptôme gênant), mais cela nécessite d'avoir fait auparavant un diagnostic très complet, où interviennent un interrogatoire très détaillé, l'examen clinique, la prise des pouls chinois, etc.

LA RECHERCHE MÉDICALE

Actuellement, il y a 3139 ECR (Essais Contrôlés Randomisés) concernant l'acupuncture. Ces essais, pour la plupart réalisés à l'étranger (malheureusement en France, il y a peu de crédits pour financer ce genre d'études), concernent des domaines très différents : anesthésie par acupuncture, rhumatologie, cardiologie, gastro-entérologie, gynéco-obstétrique etc... De nombreuses études de très grande qualité démontrent l'efficacité de l'acupuncture.»

L'acupuncture considère donc sur d'autres bases les aspects causaux, puisque les liens établis sont globaux.

« en France on est obligé de classer. En Chine non, c'est complètement inverse à l'idée du chinois lettré. Tout est en relation. Le noir dans le blanc et sous forme circulaire. En mettant dans des boîtes on oublie les liens. C'est ce qui a amené nos découvertes à l'extrémité dans laquelle on est puisqu'on ne fait pas de lien entre les choses » (médecin URML Haute-Normandie)

« on pourrait éviter grand nombre de pathologies si on faisait attention à notre mode de vie et à notre milieu. Pour l'alimentation c'est clair. Hippocrate disait : l'aliment c'est ton premier médicament » (médecin URML Haute-Normandie)

Les idées forgent l'action

Ce chapitre un peu long et qui fait la part belle aux citations des experts ou des tenants de médecines particulières, paraît cependant essentiel pour comprendre les enjeux qui se nouent autour de la santé environnementale. Ceux-ci ont une composante cognitive majeure, d'où la nécessité de citer pour comprendre les raisonnements, les objectifs, les dynamiques contenues dans les différents paradigmes. Mais ici, les idées ont une traduction en actions, en disciplines, en choix, en thérapeutiques en alliances. Elles figurent au cœur d'une dynamique sociale complexe.

En premier lieu se jouent des concurrences ou des conflits entre paradigmes au cœur desquels les aspects méthodologiques et principiels jouent un rôle déterminant. Ils concernent autant les types de science pratiquées que les types de médecine, la preuve définitive : l'evidence-based-medicine figurant au cœur de l'articulation entre les deux modèles dominants. Tandis qu'à l'opposé, le

doute, l'hypothèse, la singularité et la globalité de la personne sont revendiquées pour poser les bases d'une approche plus ouverte, plurielle s'inscrivant dans l'expérience et le social, dans le « monde vécu » et profitant de la forte demande sociale qui se fait jour.

En second lieu, les batailles d'experts sont plus visibles que celles des médecines allopathiques et alternatives, en partie parce que le sujet reste tabou en France, alors même que la pratique sociale en fait un phénomène social doté d'existence. Voire, la première ignore la seconde, les scientifiques même alternatifs, revendiquant la rigueur de la science et pouvant craindre d'être accusés et discrédités du fait d'approches que certains qualifient encore de pratiques d'un autre âge. La catégorie moderne de « lanceur d'alerte » constitue une autre façon de poser l'alternative.

En troisième, il est important de noter que tous ceux qui sont engagés dans ces démarches revendiquent le même objectif d'amélioration la situation, de prévenir, de soigner, de prendre en compte les angoisses et les souffrances des patients. Mais la qualification de la maladie, l'approche thérapeutique répondent à des conceptions du corps et de son fonctionnement qui s'opposent quand de plus en plus les acceptent et les pratiquent comme complémentaires.

Devant cette diversité voire ces oppositions qui aboutissent sur certains sujets à des positions antagonistes, comment concevoir les enseignements ?

Chapitre 6 : contexte et difficultés de mise en place de la formation des médecins

Tous les mouvements de médecins qui s'investissent dans la santé environnementale font le mêmes constats : les médecins n'y connaissent rien (plusieurs études ont été réalisées par exemple sur la pollution de l'air, en Ile-de-France, dans le Midi et en Isère et le constat est identique)⁹² ; en soi les connaissances sur les mécanismes physiologiques lisibles et explicables sont denrées rares ; une grande diversité de connaissances existent, circulent mais hors de la portée des praticiens qui ignorent complètement les sites où elles sont disponibles ; elles sont contradictoires, le médecin est alors confronté à la sélection et à la validation des données ; les praticiens sont débordés et sauf basculement individuel prégnant, l'effort à fournir pour se doter de compétences est hors de portée voire disproportionné au regard du bénéfice qu'il apporte ; enfin, les connaissances portent sur des résultats scientifiques, mais les savoirs techniques directement utilisables et le savoir-faire permettant de les intégrer à une consultation sont inexistantes.

« si les médecins notent des effets de la pollution sur les bronches, des asthmes, une augmentation de ces pathologies, ils me disaient oui il y a des bronchiolites, des allergies des asthmes qui augmentent et quand je demandais, à quoi vous pensez que c'est dû, ils ne savaient pas, ce n'est pas prouvé » (médecin généraliste, chargée d'enseignement en santé environnementale à la Faculté de médecine de Paris VI, membre de la SFTG)

Ce faisant, les organisations de médecins se déterminent une spécialité en fonction de leurs compétences ou des enjeux locaux (Bisphénol A dans le réseau Environnement Santé, PCB ou air dans les crèches à l'ASEP par exemple), mais partagent des points de vue communs sur plusieurs sujets : l'alimentation biologique, les OGM, les champs électromagnétiques, qui reproduisent dans ces cas d'espèce plutôt le point de vue des associations d'opposants et non celui des chercheurs institutionnels.

La question de l'enseignement et de la formation est très complexe.

- Elle s'inscrit en fait dans plusieurs enjeux et plusieurs objectifs qui s'imbriquent qu'il s'agit de détailler : il y a plusieurs niveaux de connaissances ;
- L'hétérogénéité de la profession, de ses intérêts, de ses spécialités, de ses clientèles et partant des demandes ou de postures adoptées par le médecin rajoute à la complexité ;
- Il existe néanmoins quelques tentatives et expériences qui permettent de concrétiser les conflits qui entourent cette problématique aussi bien que les difficultés opérationnelles ;
- L'opérationnalité de l'enseignement et des formations est confrontée à de nombreuses contraintes ;

⁹² J. Lévy, *Evaluation des connaissances et attitudes du médecin généraliste au sein d'une problématique environnementale : la pollution atmosphérique*, Thèse de médecine générale, Université Pierre et Marie Curie, 2004 ; Rapport ORS Rhône-Alpes, *Enquête sur les connaissances, perceptions et attentes des élus, médecins généralistes et établissements scolaires sur la pollution de l'air en Isère*, Mai 2006

- En bref, le champ à couvrir est abyssal et peu d'acteurs sont prêts à y consacrer ou investir le temps, les compétences et l'argent nécessaires ;

Au point que l'on peut s'interroger sur le champ à couvrir : s'agirait-il d'une médecine environnementale ou de connaissances spécifiques et selon quelles modalités les dispenser ? La question étant loin d'être simple elle mériterait sans doute une réflexion collective sous une ou des formes à concevoir.

Des enjeux et des objectifs qui portent sur plusieurs niveaux

Les connaissances dont il s'agit sont multiples et portent sur plusieurs niveaux : elles concernent autant les données scientifiques, leur compréhension, leur sélection que leur validation : or, sur ce point, deux paradigmes s'opposent et chaque camp est porteur de contenus distincts et de règles en débat, notamment quant au statut du doute et celui de la preuve.

De plus, les champs sont vastes et complexes et on l'a vu précédemment, sans un basculement dans une forte motivation, le sujet laisse plutôt en retrait :

« l'environnement n'est pas un sujet qui me branche tellement, parce que je suis un peu intimidé par la complexité du sujet. Je dis souvent sur le réchauffement climatique il y a 200 personnes capables d'en parler en France et pas moi. C'est vraiment compliqué. J'ai fait un peu d'épidémiologie, mais en braconnier, mais suffisamment pour savoir qu'il y a plein de pièges scientifiques » (médecin généraliste, Président d'une amicale de médecins)

Elles portent ensuite, et le sujet est également ample, sur ce qui peut être échangé au cœur des interactions praticiens – thérapeutes.

La réalité du médecin passe par cette interface, il faut donc que cela ait une réalité et s'incorpore dans cette interaction :

« un médecin praticien se dit, la question de santé environnementale peut concerner aussi mon patient et qu'il le prenne en compte parce que cela peut s'incorporer dans la pratique professionnelle de face-à-face (...) c'est aussi préparé par la demande du public, c'est convergent, la demande du patient rejoint la préoccupation du médecin » (médecin généraliste, Président d'une amicale de médecins)

Le champ étant encore peu exploré cette interaction comprend plusieurs dimensions que l'on va tenter de distinguer, à des fins principalement heuristiques, en moments de la consultation :

- En amont : la plainte apportée par le patient et la façon de l'approfondir, ou de la qualifier comme relevant ou comprenant des éléments de santé environnementale, l'interrogatoire général en l'absence de déclarations particulières du patient, l'interrogatoire spécifique à partir de symptômes ou de pathologies suscitant la consultation, la réaction ou la réponse à une question ou une affirmation causale faite par le patient entre une effet et une cause à laquelle il attribue une responsabilité de son état.

Tout élément qui nécessite à la fois des approfondissements qui vont dépendre du choix opéré par le thérapeute et de ses compétences particulières.

- Dans la décision curative : il s'agira autant de ne pas nuire ni amplifier le phénomène en prescrivant un traitement (par exemple un vasodilatateur à une personne asthmatique mais exposée à des poussières), que d'élaborer une réponse thérapeutique adaptée à une situation éventuellement incertaine sur la cause, les mécanismes, les effets à court terme, à long terme, etc
- Pendant l'interaction globale, la santé environnementale se prête particulièrement à des informations, une éducation sanitaire, à des mesures de prévention et d'évitement, donc des conseils concrets et applicables par le patient dans ses conditions de vie, de travail, de transport, d'alimentation, etc
 - « ma préoccupation de médecin praticien c'est de modifier les pratiques (...). (Si c'est le cas), le médecin adhère tout de suite parce qu'il y a des recettes, du passage à l'acte, de l'efficacité et nous ne nuisez pas, vous ne risquez pas de nuire (...) il leur faut des kits et ce sont de bons propagandistes de kits qui soient très efficaces et simples à mettre en œuvre. L'environnement n'y échappera pas » (médecin généraliste, Président d'une amicale de médecins)
- En cas d'exposition sans effet observé, la question du suivi, de la vigilance exercée autant par le médecin que par le patient ainsi que de l'alerte peuvent se poser ; mais les moyens sont encore très déficients et les systèmes opérés par les autorités sanitaires et les réflexes et moyens des médecins de ville peu compatibles
- D'une façon générale, les connaissances, les données étant riches et évolutives, ces compétences sont à enrichir et faire évoluer en permanence, alors même que les médecins ont déjà du mal à satisfaire à leurs obligations ou leurs souhaits de formations continues relatifs à leurs pratiques habituelles

L'ensemble de ces composants renvoient de plus à des visions différentes selon leur spécialité ou leurs formations initiales ou complémentaires ainsi qu'à des degrés d'implication ou de détail distincts selon les demandes ou leur clientèle.

L'hétérogénéité de la profession

La profession des médecins libéraux est extrêmement hétérogène : dans les lieux, les formes de pratiques, dans les spécialités ou sous-spécialités, dans leur recrutement, dans leur choix politiques, philosophiques, dans leur conception de la santé, autant que de l'environnement, dans leur posture et le curseur qu'ils choisissent de mettre (en outre, variable à chaque interaction) entre proximité à la personne ou distance thérapeutique, entre l'expertise et la sollicitude clinique, entre mobilisations de savoirs scientifiques ou mises au point de savoirs pratiques très personnalisés, en compétences et degré de connaissances.

De tout cela vont varier leur demande, leur croyances, leur choix et la formation ou l'enseignement doivent pouvoir s'adapter à tous ces publics.

Ils doivent donc être conçus d'emblée pour prendre en compte cette diversité tout en offrant des connaissances digérées et simples à mettre en œuvre puisque c'est la demande massive des praticiens. Incertitudes, variations riment mal avec simplification et savoirs pratico-pratiques et réponses binaires. La demande des médecins porte en effet souvent sur une connaissance

simplifiée parce qu'ils considèrent que le patient attend cela, à moins qu'ils se le représentent ainsi.

La posture dans l'interaction, si l'on se réfère aux travaux avec les médecins élus de l'URML Ile de France, varie et dépend de la façon dont les médecins se représentent leurs rôles. Ceux-ci sont variables d'une personne surtout dans l'amplitude ou le cumul qui peut être évoqué :

- rassurer le patient, ce qui peut aussi signifier de ne pas inquiéter (par exemple alors même que le diagnostic global sur la nocivité d'un environnement peut être inquiétant), ce qui peut aller jusqu'à affirmer des choses sans certitude complète, transformer (« mieux vaut un petit mensonge qu'une grande vérité qui tue », ou utiliser des mots permettant de qualifier une maladie considérée comme inexistante. Rassurer n'a pas été revendiqué comme un rôle nécessaire par tous les médecins mais par une grande majorité des participants ;
- soulager le patient, soigner ses symptômes, apporter une réponse immédiate : ce qui suppose que les symptômes soient précis pour porter un diagnostic connu ;
- établir la confiance, pour que les propositions soient suivies d'effet ;
- donner des conseils de bon sens relatifs à son hygiène de vie : ne pas se laver tous les jours quand on a des problèmes de peau, enlever la moquette quand on a des rhinites allergiques, alimentation, sport ;
- éducation à la santé (ex transmission de gastroentérites) ;
- prévenir, avec la difficulté de la temporalité de celle-ci souvent en décalage avec la posture du médecin (soigner) et avec les connaissances (qu'aurait-il fallu faire pour prévenir l'apparition de mésothéliomes ?).

On a vu à plusieurs reprises, la motivation de praticiens installés dans un territoire de contribuer à améliorer les données de santé publique de la zone, mais celle-ci est particulièrement difficile à opérer compte tenu des faibles moyens individuels et collectifs dont ils disposent.

Un champ abyssal à couvrir et en évolution constante

Les enjeux, les objectifs, l'hétérogénéité de la profession et l'énormité du champ de la santé et de l'environnement découvrent un champ abyssal presque intégralement à constituer.

- Comprendre et discriminer les études scientifiques (méthodologies, biais, bibliographie, bases de données, sites, ...), apprendre à apprendre, etc ;
- Les connaissances disciplinaires (toxicologie, biologie, épidémiologie, ..), des milieux (air, eau, sols), des mécanismes pathogènes, des pathologies constitue déjà un ensemble énorme qu'aucun scientifique ne possède dans son intégralité ;
- Apprendre à interroger ses patients : questionnaire/s, mener un interrogatoire nécessité une approche encore différente ;

- Soigner, prendre en charge de façon appropriée ;
- Conseils à donner (il y a des sujets plus simples et positifs que d'autres) ;
- La réalisation des alertes impose encore d'autres circuits et d'autres compétences ;
- La définition même de l'environnement peu ajouter encore à la complexité : où commence-t-il, ou s'arrête-t-il ? considérant que les médecins se référant à Hippocrate en ont une vision particulièrement large, qui peut être encore compliqué par la notion d'endogénéité et d'exogénéité de l'organisme, voire de la cellule, ...

En outre, les connaissances, les résultats, les recherches ne cessent de se multiplier, sans qu'il y ait forcément de cohérence ou de synthèse qui soit effectuée. L'état des connaissances produit par les agences par exemple, n'est ni connu ni utilisable tel quel par les praticiens. Les acteurs, les agences, les bases de données, les sites de référence ne sont pas les mêmes selon chacune de ces entrées, si tant est qu'ils existent.

Pour autant, un point remarquable bien que très peu répandu encore dans la communauté des médecins, est que l'approche médicale de la santé environnementale peut constituer un bel outil de revalorisation du métier et de traduction des missions de santé publique visant à la prévention, à l'éducation et l'information. Il permet d'approcher autrement la santé.

« je remplace plein de médecins qui me disent mais on n'a que vingt minutes, moi je leur dis, on ne les reverra plus, c'est vrai que cela dure plus longtemps mais une fois qu'on a mis la main dessus, on n'y revient pas (...) c'est une médecine très satisfaisante (...) et plus on a l'habitude plus on va vite. Un problème respiratoire ou une migraine liée à une exposition chronique à un toxique, on évite de nouvelles migraines ou un médicament qui va ouvrir encore plus les bronches, c'est hyper satisfaisant » (médecin généraliste, chargée d'enseignement en santé environnementale à la Faculté de médecine de Paris VI, membre de la SFTG)

De nombreuses difficultés opérationnelles

La problématique de l'enseignement et de la formation est semée d'embûches opérationnelles qui viennent se surajouter à celles qui résultent déjà des spécificités du champ et de la pratique médicale en ville.

- Les médecins sont des personnes très occupées. Dégager du temps est en soi une gageure. L'objet n'est pas central dans la préoccupation de la masse d'entre eux, le choix ne se portera pas spontanément vers ces sujets, sauf curiosité ou enjeu qui prend sa place dans la pratique concrète.
- Le champ étant énorme, le temps d'apprentissage sera également long : du fait de la difficulté et de la nouveauté des sujets, de leur diversité mais aussi de leur évolution permanente.
- Un interrogatoire est long, la consultation d'un généraliste de 15-20 minutes ne s'y prêtent pas, sauf démonstration particulière.
- Les consultations de pathologies professionnelles existantes, dont les problématiques sont proches, confirment cette particularité.

- Pour certains médecins les plaintes de patients relatives par exemple à une hypersensibilité sont considérées comme dérisoires face à des patients qui souffrent de pathologies graves.
- De plus, l'incertitude prévaut, surtout pour des expositions à faibles doses, le diagnostic et le traitement sont alors difficiles à élaborer.
 - « la pollution de l'air intérieur, regardez les niveaux par rapport aux niveaux professionnels, avec déjà une association et une relation causale difficile à établir à forts niveaux d'exposition, donc à faible dose pour un individu il y a toujours un doute » (chef de service de pathologies professionnelles, co-responsable du DIU de SE de l'AP-HP)

Aujourd'hui les enseignements existants dépendent de l'initiative de ceux qui les ont montés. La vision des autorités sanitaires consiste à promouvoir des pôles de santé publique, souvent constitués autour des centres anti-poison, qui bénéficient d'une double compétence : de toxicologie et de consultations hospitalières. Bien que le PNSE 1 puis le 2 prévoient des formations des professionnels à ces questions, aucun budget n'est par exemple prévu en 2009 à la DRASSIF à destination des médecins. S'agissant des actions concernant la pollution atmosphérique par exemple, les financements sont adressés à des informations du grand public ou ceux qui en sont le relais, les médecins n'y figurent pas.

La SFTG a présenté pour la troisième année consécutive un projet de formation à l'organisme paritaire qui valide les formations finançables, il a été refusé trois fois au motif semble-t-il qu'elle comporte trop d'incertitudes ! Que serait un enseignement de santé environnementale qui ne parlerait pas des incertitudes, constitutives du champ.

Ce sont donc les associations de médecins, les médecins investis personnellement dans ce domaine qui ont aujourd'hui la tâche et le champ libre pour diffuser les savoirs en fonction de leurs enjeux.

A l'exception du DIU de l'AP-HP qui a élaboré un certificat à destination des médecins, professionnels et journalistes et qui délivre les connaissances ainsi que les méthodologies correspondant à la posture des trois responsables, trois médecins hospitalo-universitaires dont deux cumulent des fonctions de recherche à celles d'enseignement et de consultations.

Aujourd'hui les enseignements initiaux de la Faculté de Médecine délivrent des éléments factuels et méthodologiques de recherche sur Internet et dans les bases de données. Outre, les sites et les références des bases, ces modules comprennent des règles méthodologiques de sélection et de validation des études.

Mais, un expert de la formation médicale montre que celle-ci essaime par un ensemble de canaux complémentaires, ce sont donc tous ceux-ci qui sont à inventer, à cumuler, à coordonner.

« un DU touche 30 personnes par an. Mon expérience de formateur, quand vous voulez former ou informer il faut avoir 1%, puis 10 % puis 30 % de la profession. Le 1% fait le DIU, les 10% de la population professionnelle sont ceux capables d'une curiosité et qui va consacrer une semaine par an pour s'impliquer soit sous forme associative soit par des lectures et les 30% c'est la masse critique minimum. Pour eux il faut 5 – 6 concepts simples mais déterminants. Quand vous avez 30 % des médecins qui s'approprient quelque chose, là vous faites changer (...) c'est le

changement de toute l'attitude du corps professionnel (...) mais il y en a encore 2/3 capables de faire des conneries » (médecin généraliste, Président d'une amicale de médecins)

Des formations sont en cours d'élaboration à la SFTG. Le médecin généraliste le plus impliqué a fait sa thèse sur les médecins et la pollution de l'air, a suivi les enseignements du DU de l'Université de Versailles- Saint-Quentin en Yvelines sur les risques de l'environnement, termine le premier cursus du DIU de l'AP-HP et va poursuivre avec les risques infectieux délivrés au CNAM.

Elle a démarré un DU auprès des généralistes en spécialité à Paris VI et intègre ces sujets dans ses consultations depuis déjà quelques années.

La mise au point de son savoir est tirée de son expérience, très pratique et destiné à des médecins en activité.

L'entrée dans la démarche est triple :

- sensibiliser au travers de cas pratiques les médecins aux liens possibles avec la santé environnementale
- une fois l'intérêt éveillé élaborer un questionnaire concret lié à une question précise : par exemple pour approfondir un asthme, un projet est en cours en collaboration avec l'URML –Ile de France pour un questionnaire visant à préparer la prise en charge de l'asthme de l'enfant
- l'imagination dans ses consultations avec des instruments permettant de visualiser de concrétiser des questions que peuvent se poser les patients, par exemple sur les champs électromagnétiques, le généraliste a acquis deux appareils mesurant grossièrement les niveaux d'intensité. Mis à disposition de ses patients, ces derniers peuvent mesurer chez eux, tout ce qu'ils veulent et ainsi comparer les sources d'ondes. L'expérience est concluante

« Il y a une phobie sociale qui apparaît. Je me suis équipée d'appareils détecteurs, un pour les hyperfréquences, l'autre pour les basses fréquences. Je les ai testés sous les lignes à haute tension, dans les trains, près des téléphones. Je me suis rendue compte que les téléphones fixes avec une base émettaient beaucoup d'hyperfréquence à longue distance. En faisant une revue des sites à l'étranger j'ai vu qu'on disait ne mettez pas à côté de votre lit les radioréveils. Les vieux écrans d'ordinateurs et les vieilles télé, beaucoup sont en basse ou moyenne fréquence à une certaine distance. Un jour une secrétaire m'a demandé quelle était la part majorée du cancer du sein puisque c'est multifactoriel (...) les lignes à haute tension ce n'est pas tant que ça, il faut qu'elles soient vraiment très basses. Les transformateurs, ce que j'avais entendu c'est que ça dépendait de leur isolement. J'essaye de tout tester par rapport à ce que j'ai entendu. Si j'ai un patient qui se pose la question, je lui passe l'appareil pour qu'il fasse ses mesures. Un portable en veille émet très peu par rapport à un téléphone fixe. Pour les antennes-relais un petit signal en passant à côté, on entend très peu sonner (...) le fait de leur passer l'appareil peut les rassurer (...) si ça sonne vraiment, il faut faire des mesures précises. Les mairies ont un accord avec les opérateurs. (...) cela permet de ne pas devenir paranoïaque et c'est très pratique pour se faire son opinion soi-

même » (médecin généraliste, chargée d'enseignement en santé environnementale à la Faculté de médecine de Paris VI, membre de la SFTG)

Médecine environnementale ou connaissances en santé et environnement ?

A ce stade, la problématique de l'enseignement et de la formation soulève plus de questions qu'elle n'en apporte. Il est positif de constater que les acteurs impliqués ont démarré des initiatives avec les avantages, les inconvénients, les plâtres que toutes les tentatives nouvelles rencontrent. Elles ont l'avantage d'être issues de l'expérience, de la pratique, des situations concrètes que chacun connaît.

Cependant, les autorités brillent par leur absence. Si ne s'opérait pas une mise en réseau entre tous les acteurs, du fait de la coloration associative et de la place prise par Internet autant dans la recherche de données que dans les liens entre personnes et organisations, l'ensemble de ces initiatives se méconnaîtraient. Il y a plus de chance, sans structuration du champ de laisser l'aléatoire s'installer, dépendant des bonnes volontés locales, de la posture choisie et que le coût du manque de capitalisation du travail fait, du partage et du retour d'expériences collectifs soit plus élevé pour la collectivité. La déconnexion entre la DGS et les services de l'Etat déconcentrés, DRASS et DDASS avec les médecins est très forte : aucune interaction ne se met en place sur ces sujets. La plaquette de la DGS concernant les ondes électromagnétiques n'a jamais été diffusée dans les cabinets des médecins, contrairement par exemple au plan nutrition – cancer.

Il ne s'agit pas de méconnaître les difficultés et une réflexion, dans la durée consacrée à ce thème paraît cruciale à entreprendre. Compte tenu de la spécificité de la formation des médecins, des possibilités offertes par les supports des nouvelles technologies, ce sont en outre, les médias techniques qui sont à imaginer en même temps que les contenus.

Conclusion

Les médecins praticiens sont pour la majorité, libéraux, et très attachés à leur autonomie. L'investissement dans une activité relève de leur seule décision. Le temps qui doit y être consacré est pris sur un agenda déjà très chargé : ils peuvent donc opérer les choix qu'ils décident dans l'attribution de cet investissement.

Le médecin occupe une fonction spéciale dans un groupe social : chargé de la santé des individus, il est investi d'une légitimité forte, mais qui dépend de la construction du système de santé national.

En France, bien qu'amoindrie, la force de ce rôle surtout en tant qu'acteur social persiste encore. La publicité qui est faite aux propos publics d'un médecin par les médias nationaux même sur un sujet qu'il ne connaît pas directement en témoigne.

Fort de ces ressources des médecins se sont intéressés à la santé environnementale. La présente recherche montre que la seule curiosité ne suffit pas à expliquer cet intérêt. En effet, le croisement de la santé et de l'environnement n'a aucun caractère d'évidence pour un praticien : l'essentiel des connaissances produits est d'ordre scientifique et ne fait pas encore l'objet de savoirs médicaux et de recherches en nombre encore limités, sur quelques sujets.

Une forte « dépendance au sentier »⁹³

La santé environnementale est en pleine élaboration. Il reste à en faire la genèse dans les Traités et les organisations internationales et expliquer les différentes configurations qu'elle peut connaître. L'irruption des médecins dans ce champ, fait partie des tentatives d'influence sur les processus de structuration du champ, relevant pour le moment des disciplines scientifiques.

Autrement dit, s'intéresser à cette activité va de pair avec un investissement et un coût très élevés : correspondant à aux apprentissages qui sont à faire, à l'influence qui est à constituer, aux alliés à gagner, aux actions à mener, aux connaissances à acquérir. De plus, à la marge de la revendication critique, le médecin qui s'y investit court des risques dans sa profession : de marginalisation, voire d'ostracisme lorsque le ton ou l'action deviennent trop radicaux.

L'investissement dans le champ procède donc d'un basculement, un événement, un intérêt philosophique, une logique par rapport à un investissement professionnel, une indignation liée à une expérience, en bref un mécanisme pratiquement identitaire qui force l'individu dans cette voie. Cela ne concerne donc pas la majorité des praticiens mais une minorité. Pour autant, cette minorité a besoin de se constituer un soutien important parmi les médecins qui ne choisirons pas pour autant l'implication mais l'appui.

Ces différents facteurs marquent les frontières et les contraintes qui encadrent le choix fait par ceux qui créent des collectifs ou des organisations : la spécificité du médecin est à affirmer et conserver ; certains registres rhétoriques ou d'action ne sont pas compatibles avec l'image de la

⁹³ Path dependency.

profession ; il s'agit de se faire des alliés et de chercher un soutien parmi les confrères pour asseoir une légitimité collective qui renforce dès lors l'ensemble des individus qui la composent ou la soutiennent.

La dépendance est forte au sentier, non pas tracé par le passé, mais tracé par un système, des trajectoires, des règles sociales fortes, anciennes, diverses et peu explicites. Le sentier est en train de se faire mais il est contraint par ce qui confère les ressources aux médecins en tant qu'individu, en tant qu'acteur social et en tant que collectif, lorsqu'une organisation spécifiquement de médecins se crée. Ce sont à ces trois niveaux, en interaction entre eux, que se jouent leur existence, leur influence, et qu'ils façonnent leur présence dans le champ de la santé et de l'environnement. Dit encore d'une autre façon, les organisations de médecins devenues visibles récemment dépendent fortement des individus qui les ont créées et les font vivre et ces derniers en accédant à l'action collective ne peuvent pas compromettre ce qui fait leur légitimité individuelle et professionnelle.

L'analyse comparée des différentes formes d'organisation aboutit à plusieurs résultats :

- un enjeu est constitutif de « l'entrée » en santé environnement (caractéristiques d'un territoire, événement lié à une exposition, pression qui se fait plus forte, enjeu philosophique et professionnel lié à l'inscription du médecin dans un rôle collectif, etc)
- les organisations les plus efficaces sont celles qui d'un côté, développent des actions concrètes qui associent des partenaires institutionnels locaux et d'un autre côté, s'inspirent ou donnent une coloration médicale à l'intervention choisie.
- L'investissement suppose systématiquement de consacrer un gros effort à la constitution d'un stock accessible (compréhension et disponibilité) de connaissances et de données dont l'organisation se fait le traducteur.
- L'on observe parmi l'ensemble des collectifs étudiés :
 - une autonomie des URML pour lesquelles la santé environnementale est et restera une question marginale et risquée au regard des enjeux et des transformations actuelles de la profession (devrions-nous dire des professions) médicale ;
 - deux constellations qui regroupent l'ensemble des acteurs sous les deux bannières. Configurations qui offrent des traits distinctifs sans être en opposition et qui restent liées, inter-reliées par les sujets traités et les experts mobilisés.
 - L'une, dont le positionnement est plus radical et qui affirme sa fonction de lanceur d'alerte, réunit derrière la Coordination Nationale Médicale Santé Environnement les mouvements constitués autour d'un incinérateur ou une association qui cherche à mettre en réseau l'ensemble des acteurs intéressés par la santé environnementale sans se limiter aux médecins.
 - L'autre réunit exclusivement des médecins qui approchent la santé par la globalité des personnes et qui souhaitent donner un contenu au « médecin acteur de son territoire, acteur de la santé », considérant que les frontières

entre l'individuel et le collectif s'effacent au profit d'une plus grande co-production associant le patient notamment par l'éducation et la prévention.

- Pour autant, ils sont à titre individuel ou collectif associés à des experts qui figurent à leur comité scientifique et membres du Réseau Environnement et Santé nouvellement créé

Même si les patients ont tendance à assimiler les médecins à la sphère scientifique, leurs savoirs en étant issus, les praticiens élaborent des savoirs pratiques mis au point au cours de leur expérience et qui traduisent en intégrant un grand nombre de dimensions, les principes mis au point par des médecins spécialistes hospitalo-universitaires pointus, qui constituent le modèle dominant de l'image du médecin.

Sciences et médecines

Les experts scientifiques ont commencé à occuper et structurer le champ de la santé environnementale mais chaque acteur social a besoin de l'autre : certes les experts même alternatifs ont noué des alliances avec les individus, les citoyens, les profanes que nous sommes tous, et investis dans un mouvement de contestation territoriale, mais ces derniers à un moment donné ont besoin d'un praticien pour s'approcher des personnes (et disposer d'échantillons humains) et pour la compréhension des mécanismes physiologiques.

Les médecins à leur tour ont besoin des scientifiques pour cautionner leur approche, leur fournir des raisonnements qui tiennent compte de leurs constats et de leur expérience et leur donnent la promesse d'un sens.

Ces deux groupes sont grandement aidés par deux facteurs complémentaires :

- des maladies gênantes individuellement et collectivement, en croissance, mais largement inexplicables et probablement générées par des mécanismes plus complexes que ce que les disciplines scientifiques classiques ont développé jusqu'à présent qui peuvent être la justification pour des approches alternatives ;
- une arène médiatique dont les nouvelles règles entrent en congruence avec les problématiques soulevées autant qu'avec les modalités d'action mise en œuvre.

Cette alliance repose donc en plus, sur une stratégie cognitive qui agit à plusieurs niveaux, qui se combine sans être forcément visible sur la scène publique :

- La dispute sur les paradigmes scientifiques menées par des experts travaillant au départ sur les produits chimiques ou les technologies végétales à l'encontre de la science devenue stricte et institutionnelle par l'hyper-spécialisation et le grand confinement qui la caractérise. L'essentiel de la polémique tourne autour du statut du doute et de la preuve et de ce qu'il convient d'en faire : à écarter pour les uns (tenants de la science dominante), intégrer pour les autres, chaque camp se prévalant de principes scientifiques différents revenant à invalider ou valider des résultats, des présomptions, des doutes voire des craintes qui s'opposent dans leurs conséquences.

- La discussion consubstantielle à la fonction médicale de la science qui énonce des résultats, des règles, des médicaments et des recommandations, par la médecine qui soigne une personne dans sa singularité et son contexte familial, social, professionnel, psychologique, environnemental, etc.
- Enfin de façon moins visible, la dispute pour certains, la complémentarité pour d'autres, entre médecine allopathique et médecines traditionnelles et holistiques qui trouvent un regain tant auprès des patients que des médecins. Médecines qui reposent sur des règles et des principes du fonctionnement humain radicalement distincts de ceux de l'approche physico-chimique du corps qui procède d'une certaine vision de la science dominante. Le vitalisme et les débats qu'il a suscités depuis plus d'un siècle, en est un exemple illustratif.

La constitution de la santé au cœur de l'environnement reste fragile

Si ces mouvements ont gagné en notoriété et en visibilité et même en soutien auprès du public et de confrères, ils restent caractérisés par la marginalité et la dépendance. En revanche, la diversité des sujets de santé environnement, la place qu'ils prennent dans l'actualité ravivent la saillance du phénomène chez les citoyens aussi bien que chez les décideurs en lui conférant un écho latent.

La connaissance, en termes de contenus aussi bien que de modalités constitue une enjeu majeur mais revêt une redoutable complexité compte tenu de la pluralité des dimensions qu'il rencontre.

- La connaissance porte sur ces contenus et des méthodologies, sur les différentes disciplines scientifiques qui y contribuent aussi bien que les connaissances physiologiques et médicales.
- Le champ en est énorme et sans limite puisque, inspiré par Hippocrate, les médecins considèrent que l'environnement est constitué par l'ensemble du contexte d'une personne et certains scientifiques vont jusqu'à distinguer ce qui est dans ou hors du corps ou tout ce qui influence le fonctionnement d'une cellule ou des organes.
- En outre, il est évolutif puisque les résultats et les champs scientifiques eux-mêmes évoluent ; les frontières entre disciplines ont tendance à s'estomper, les nouvelles technologies amènent aussi leur lot d'inconnues à explorer.
- Ensuite, dans une consultation il ne suffit pas de savoir, encore faut-il analyser, comprendre et proposer. Ces axes mobilisent encore d'autres connaissances à maîtriser pour mener un interrogatoire, prévenir, conseiller, soigner, suivre, surveiller des effets inconnus sur une période non maîtrisée.
- Enfin, il faut encore respecter la diversité des spécialités, des clientèles, des postures, des demandes, des attentes, des fonctions qu'occupent les médecins qui complexifient encore les savoirs qui sont à constituer

Le champ des difficultés est énorme. Il est encore amplifié par le manque de temps consubstantiel à l'activité d'un médecin, tant global qu'au cours d'une consultation ainsi que par le manque d'enjeu, d'intérêt ou de concrétisation du sujet dans sa consultation.

Les difficultés ne font pas reculer les éclairés : au contraire, chacun défriche, innove, imagine, met au point des morceaux de cette connaissance, de la sensibilisation, d'outils. Autrement dit, le champ est en train de se constituer, avec le risque de l'aléatoire : dépendant des enjeux locaux et des volontés individuelles, dépendant des visions ou des compréhensions et donc également de l'hétérogénéité.

A noter que ne se fait aucune connexion sur ce thème entre les autorités déconcentrées pourtant détentrices de moyens et d'accès à la connaissance et les médecins de ville. L'absence d'institutionnalisation par des lieux, des obligations, des représentants civils de la santé environnementale ne favorise pas les échanges et les coopérations. Voire même à l'opposé, dans ce contexte, pour sortir d'une ornière locale ou bureaucratique il faut pouvoir catégoriser une situation sanitaire de santé environnementale pour avoir une chance de la faire prendre en charge, mais au passage en l'ayant politisée fortement pour la rendre visible et audible dans l'arène publique par le relais de la scène médiatique.

Ce travail est à notre connaissance le premier du genre, bien que des travaux soient également entrepris sur des thèmes très comparables à Marseille. Il montre plusieurs pistes à explorer et approfondir :

- Le déficit de connaissances sur les médecines complémentaires contrairement à d'autres pays. Tout est à connaître.
- L'approfondissement des trajectoires de médecins militants ou impliqués pour les comprendre, les comparer entre eux et avec d'autres formes d'actions associatives
- Enfin, un travail plus précis sur les composants des référentiels et des oppositions entre corpus scientifiques, corpus scientifiques et médicaux, représentations de la santé dans les différents exercices et enfin, les façons de considérer l'interaction entre environnement et santé.

Bibliographie

Aïach, P., Delanoë, D., *L'ère de la médicalisation*. Paris : Economica, 1998.

J. Alcock, Les thérapies alternatives et la psychologie de la croyance, *Scientific Review of Alternative Medicine*, 1999, cité sur le site de charlatans.info.

Madeleine Bastide, Laboratoire d'Immunologie et Parasitologie, Faculté de Pharmacie Université Montpellier I, France, *Proposition de modèles pour la compréhension de l'homéopathie*.

Joseph Ben-David, textes réunis par Gad Freudenthal, *Eléments d'une sociologie historique des sciences*, PUF, collection Sociologies, Paris, 1997.

J. Benoist, Les médecines douces, in C. Bromberger sous la dir, *Passion ordinaires. Du match de football au concours de dictée*, Paris, Ed Bayard, 1998, p 523-542.

Y. Berland, Président de l'ONDPS, rapport 2006-2007, téléchargeable à : http://www.sante.gouv.fr/ondps/rapport_06_07/synthese.pdf

Claude Bernard, *Introduction à l'Étude de la Médecine Expérimentale*

R. Blais, A. Maïgae, A. Aboubacar, How Different Are Users and Non-Users of Alternative Medicine ?; *Revue Canadienne de Santé Publique*, Vol 88, n°3, mai-juin 1997, p 159-162.

Borraz, O., Devigne, M., Salomon, D., *Controverses et mobilisations autour des antennes relais de téléphonie mobile*, CNRS, Septembre 2004.

Bourgeois, I., (2007), « *Le médecin généraliste dans le travail médical de premier recours, entre dynamiques locales et logiques de clientèle. Les cas de quatre espaces relationnels en médecine générale* ». Thèse pour le doctorat de Sociologie de l'Institut d'Etudes Politiques de Paris.

N. Buclet, D. Salomon, *Influence de la démocratie participative sur la représentation sociale des risques liés à la gestion des déchets*, Rapport R & I – UTT, Convention ADEME, Juin 2008.

P. Brown, Popular Epidemiology revisited, *Current Sociology*, Vol 45 n° 3, 1997, 137-156.

F. Charvolin, *L'invention de l'environnement en France. Chroniques anthropologiques d'une institutionnalisation*, Editions la découverte, Paris, 2003.

Conseil National de l'Ordre des Médecins, Etude n° 39, situation au 1^{er} janvier 2006 : <http://www.web.ordre.medecin.fr/demographie/etude39.pdf> .

W. Dab, I. Roussel, *L'air et la ville*, Hachette littérature, Paris, 2001.

C. Delvenne, F. Pasleau, Comment résoudre en pratique un problème diagnostique ou thérapeutique en suivant une démarche EBM ?, *Rev Med Liège* 2000 ; 55 : 4 : 226-232.

J.M. Dihuydy, L'attrait pour les médecines complémentaires et alternatives en oncologie : une réalité que les médecins ne peuvent ni ignorer, ni réfuter, *Bulletin du Cancer*, Volume 90, Numéro 7, 623-8, Juillet 2003, SYNTHÈSE,

Dodier, N., *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*. Paris : Métailié, 1993.

Fassin, D., *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, PUF, Paris, 1996.

Freidson, E. (1984), *La profession médicale*, Paris : Payot, 369 p.

P. Hassenteufel, *Les médecins face à l'Etat. Une comparaison européenne*, Paris, Presses de Science Po, 1997.

A. Huss, M. Roosli, Consultations un primary care for symptoms attributed to electromagnetic fields – a survey among general practitioners, *BMC Public Health* 2006, 6 :267

B. Jobert et P. Muller, *L'Etat en action*, PUF, Paris, 1997.

B. Kalaora, *Au-delà de la nature l'environnement. L'observation sociale de l'environnement*, Collection « Environnement », L'Harmattan, Paris, 1998.

IRSN Baromètre 2008.

Thomas Kuhn, *La structure des révolutions scientifiques*, Champs Sciences Flammarion, Paris, 2008.

P. Lagrange, Enquêtes sur les soucoupes volantes. La construction d'un fait aux Etats-Unis (1947) et en France (1951-54), *Terrain*, n° 14 mars 1990.

Bruno Latour, *La science en action. Introduction à la sociologie des sciences*, La Découverte/poche, Paris, 2005.

A. Lazarus, G. Delahaye, Médecines complémentaires et alternatives : une concurrence à l'assaut de la médecine de preuves ?, *Sève*, Presses de Science Po, 2007/2, n° 15, p 79-94.

J. Levy, *Evaluation des connaissances et attitudes du médecin généraliste au sein d'une problématique environnementale : la pollution atmosphérique*, Thèse de médecine générale, Université Pierre et Marie Curie, 2004.

W.J. Millar, Use of Alternative Health Care Practicioners by Canadians, *Revue Canadienne de Santé Publique*, volume 88, n° 3, Mai-Juin 1997, p 154-158;

Kathryn Montgomery, *How Doctors Think*, Oxford, Oxford University Press, 2006

Sylvie Ollitrault, Les écologistes Français, des experts en action, *RFSP*, Vol 51, n° 1-2 février-avril 2001, p 105-130.

Massimo Pandolfo, Brussels Free University au Colloque système nerveux et environnement du Club de Neurologie de l'Environnement, Sarreguemines, 19-21 juin 2009.

D. Raynaud, La controverse entre organicisme et vitalisme : étude de sociologie des sciences, *RFS*, XXXIX-4, 1998, 721-750.

Salomon, D., *A l'opposé du principe de précaution : l'incinérateur de Gilly-sur-Isère*, Février 2003, Rapport R & I pour la CIRE de Rhône-alpes et l'InVS.

Salomon D., Santé environnementale et territoires : les inquiétudes sanitaires des habitants de Champlan, ERS, N° spécial : *Champlan : Un programme d'études scientifiques. Une démarche participative avec les Champlanais*, volume 8 – n° 3, mai-juin 2009, p 253-258.

Johanna Siméant, Entrer, rester en humanitaire : des fondateurs de MSF aux membres actuels des ONG médicales françaises, RFSP, vol 51, n° 1-2, février-avril 2001, p 47-72.

P. Urfalino et alii, *Les recommandations à l'aune de la pratique. Le cas de l'asthme et du dépistage du cancer du sein*, Rapport CSO – URML Poitou-Charente, Paris, 2002.

J. Wildson, B. Wynne, J. Stilgoe, *De la nécessité d'instiller de nouvelles expériences sociales dans la culture et les pratiques scientifiques*, Demos, Londres, 2005.

Dr Oussama Zékri, Laboratoire de Pharmacologie expérimentale et Clinique, Rennes. En ligne : <http://www.med.univ-rennes1.fr/etud/pharmaco/EBM.htm>

D. Zmirou, , *Quels risques pour notre santé ? Pollution, air eau, aliments, bruit, nucléaire*, Société et Santé, Syros, Paris, 2000.