

Incertitudes et enquêtes profanes. Le cas du syndrome du bâtiment malsain.

N°2009-1-27

Synthèse

Projet financé dans le cadre du PNR EST
Programme national de recherche Environnement-Santé
Travail

Période concernée: du 28/12/2009 au 28/02/2012

Yannick BARTHE et Catherine RÉMY
Centre de sociologie de l'innovation (CNRS-Mines ParisTech)

1. RESUME

Synthèse publiable du rapport final

Depuis quelques années, les autorités sanitaires françaises sont régulièrement confrontées à des « épidémies de symptômes inexplicables » qui surviennent sur des lieux de travail ou à l'intérieur de bâtiments publics tels que des écoles ou des hôpitaux. Ces symptômes sont variés, allant de démangeaisons et d'éruptions cutanées à des nausées ou des céphalées ; ils ne sont pas spécifiques à un agent pathogène mais semblent en revanche étroitement liés à la présence dans le bâtiment. C'est la raison pour laquelle ces événements sanitaires ont été regroupés dans la littérature sous le vocable de « syndrome du bâtiment malsain » (SBM)– traduction française de « sick building syndrome » –, parfois aussi appelé « syndrome des tours à bureaux » ou encore « syndrome des bâtiments hermétiques ». Bien que ces crises ne soient pas considérées comme étant d'une grande importance en termes de santé publique, elles ont pour effet de plonger les autorités sanitaires dans le désarroi. Les professionnels de la santé environnementale appelés à intervenir dans ces situations avouent en effet, dans un premier temps en tout cas, être désarmés face à des symptômes dont l'étiologie demeure pour une grande part mystérieuse.

Si l'histoire de cette notion de SBM est aujourd'hui bien documentée et si l'on dispose de nombreux rapports d'experts ou de travaux de médecins et psychologues sur des cas d'épidémies de symptômes inexplicables, rares sont les études sociologiques empiriques qui ont été réalisées sur la mobilisation concrète, parfois conflictuelle, de ce type de diagnostic. Or l'une des particularités de ces situations est qu'experts et « profanes » s'affrontent régulièrement sur l'origine de ces malaises inexplicables.

L'objectif général de cette recherche était donc d'analyser les caractéristiques des controverses publiques qui se déploient autour de ces cas de SBM, en comparant les enquêtes "profanes" et "savantes" mises en œuvre dans ces situations. Avec l'aide d'étudiants de l'Institut supérieur

d'ingénierie et de gestion de l'environnement de Mines-paristech, trois cas ont été investigués : celui de la mairie de Villejuif, celui d'une unité Inserm du CHU de Nantes et celui survenu au Centre de psychothérapie de Compiègne. Sur chacun de ces terrains, des entretiens ont été menés avec les responsables des bâtiments, avec des experts ayant été sollicités, et avec les victimes. La chronologie précise des événements a également été restituée. Parallèlement, une analyse documentaire a été réalisée autour de la notion de SBS ainsi que de notions qui lui sont souvent associées dans la littérature scientifique comme celle de syndrome psychogène collectif (« mass psychogenic illness »).

L'un des premiers résultats de cette étude est d'analyser le détournement dont fait aujourd'hui l'objet le diagnostic de « syndrome du bâtiment malsain » de la part des experts appelés à intervenir dans ces situations : alors que cette notion a été à l'origine forgée afin de reconnaître des phénomènes sans pour autant trancher sur leurs causes, elle est pourtant souvent mobilisée dans le cadre d'une entreprise de « réduction étiologique » situant l'origine des manifestations collectives dans l'ordre de la psychologie, ce qui a pour effet de stopper l'exploration des causes environnementales.

Dans cette perspective, le SBM serait avant tout le résultat d'une angoisse, d'un stress lié aux conditions de travail et qui se transmettrait au sein d'un groupe par suggestion émotionnelle. En France, cette interprétation du syndrome du bâtiment malsain semble avoir clairement reçu la faveur des autorités publiques. Le syndrome du bâtiment malsain est même considéré comme l'un des problèmes émergents dans le domaine de la santé mentale et l'Institut national de veille sanitaire a opté pour une interprétation psychosociale du phénomène.

Dans les trois situations étudiées, les entretiens réalisés indiquent l'existence chez les victimes d'un fort sentiment de frustration à l'égard de cette psychologisation. Ce sentiment de frustration se traduit toutefois rarement par une mobilisation collective. L'autre constat que l'on peut dresser à l'issue de cette recherche est en effet la faiblesse des investigations profanes susceptibles de concurrencer la vision des autorités sanitaires, contrairement à ce que l'on peut observer dans d'autres cas de controverses environnementales. L'isolement, la stigmatisation dont ces victimes font l'objet sur leur lieu de travail et l'absence de suspects identifiés sont quelques-unes des raisons qui peuvent être avancées pour rendre compte de cette absence de mobilisation sur le long terme.

Bien qu'elle soit amplement mobilisée par les autorités sanitaires, l'interprétation psychologique ne parvient cependant pas à éradiquer les incertitudes qui caractérisent ces situations. Ce genre de diagnostic spontané est d'autant plus problématique qu'il s'accompagne bien souvent de prescriptions ayant pour effet de décourager la recherche et donc de freiner le processus d'acquisition des connaissances en santé environnementale. Par exemple, dans les travaux privilégiant une lecture psychologisante des cas de SBM, la mise en place de coûteuses investigations environnementales est régulièrement dénoncée comme étant non seulement inutile mais encore dangereuse au sens où elle tendrait à renforcer les inquiétudes des personnes concernées quant à la présence d'une source réelle de contamination et aurait surtout pour résultat de dramatiser la situation en attirant l'attention des médias. Dès lors, ce qui fait peut-être l'intérêt de ce type d'interprétation aux yeux des experts, c'est finalement moins sa pertinence quant à la compréhension des phénomènes que sa disponibilité préalable et son efficacité supposée en termes de gestion de crise. Au point que l'on peut se demander si l'étiologie psychologisante (ou sociologisante) n'aurait pas pour principale vertu de rassurer, non point les victimes, mais bien les experts eux-mêmes, désarmés qu'ils sont au vu des résultats non concluants des analyses toxicologiques effectuées et des questions que les instruments scientifiques laissent en suspens.

Résumés scientifiques

Le concept de syndrome du bâtiment malsain désigne des symptômes variés et bénins qui touchent des groupes d'individus sur leur lieu de travail ou à l'intérieur de bâtiments publics. En théorie, le syndrome du bâtiment malsain se caractérise par une étiologie indéterminée : il met l'accent sur une multiplicité de facteurs possibles mais incertains, environnementaux et psycho-sociaux, ayant des effets variés. En pratique, le concept est pourtant souvent confondu par les experts et les autorités sanitaires avec celui de « syndrome psychogène ». À partir d'une analyse de la littérature scientifique consacrée à ces questions et de l'étude empirique de trois situations d'« épidémies de symptômes inexplicables » survenues en France dans les années récentes, cette recherche propose une analyse

de cette « réduction étiologique » et met en lumière quelques-unes de ses conséquences problématiques, tant du point de vue de la prise en compte des victimes que du processus d'acquisition des connaissances en santé environnementale.

Mots-clés : santé environnementale ; syndrome du bâtiment malsain ; syndrome psychogène ; incertitude ; causalité

The Sick Building Syndrome refers to a variety of minor symptoms which afflict workers in the workplace or in public buildings. In theory, the Sick Building Syndrome is characterized by an unspecified etiology : it underlines a multiplicity of possible causes, environmental or psycho-social, which produce various effects. Then, this diagnosis of SBS can be and is often understood as an invitation to lead further investigations and inquiries. In France, nevertheless, the experts who intervene on the field defend a 'psychologization' which close the investigations and explain, once and for all, the origin of the symptoms. From a review of scientific literature on these issues and the empirical study of three cases of « outbreaks of unexplained symptoms » in France, the purpose of this research is to interrogate this « etiological reduction » and its impact both on the victims and on the process of knowledge acquisition in environmental health.

Keywords : environmental health ; sick building syndrome ; psychogenic syndrome ; uncertainty ; causation

2. OBJECTIFS INITIAUX DU PROJET DE RECHERCHE

Depuis quelques années, les autorités sanitaires françaises sont de plus en plus souvent confrontées à des « épidémies de symptômes inexplicables » qui surviennent sur des lieux de travail ou à l'intérieur de bâtiments publics tels que des écoles ou des hôpitaux. Ces symptômes sont variés, allant de démangeaisons et d'éruptions cutanées à des nausées ou des céphalées ; ils ne sont pas spécifiques à un agent pathogène mais semblent en revanche étroitement liés à la présence dans le bâtiment. C'est la raison pour laquelle ces événements sanitaires ont été regroupés dans la littérature sous le vocable de « syndrome du bâtiment malsain » – traduction française de « sick building syndrome » (SBS) –, parfois aussi appelé « syndrome des tours à bureaux » ou encore « syndrome des bâtiments hermétiques ». Bien que ces crises ne soient pas considérées comme étant d'une grande importance en termes de santé publique, les professionnels de la santé environnementale appelés à intervenir dans ces situations avouent, dans un premier temps en tout cas, être désarmés face à des symptômes dont l'étiologie demeure pour une grande part mystérieuse.

Si l'histoire de cette notion de SBS est aujourd'hui bien documentée et si l'on dispose de nombreux rapports d'experts ou de travaux de médecins et psychologues sur des cas de SBS, aucune étude sociologique empirique n'a été réalisée sur la mobilisation concrète, parfois conflictuelle, de ce type de diagnostic. Or l'une des particularités de ces situations est qu'experts et « profanes » s'affrontent régulièrement sur l'origine de ces malaises inexplicables. Tandis que les experts ont tendance à insister sur la dimension psychologique du syndrome, c'est-à-dire à le définir avant tout comme un phénomène psycho-sociologique, les profanes cherchent quant à eux à identifier les sources environnementales bien réelles qui sont selon eux responsables de leurs problèmes.

L'objectif général de cette recherche était d'analyser les caractéristiques des controverses publiques qui se déploient autour de ces cas de SBS. Il s'agissait notamment de s'intéresser aux enquêtes qui peuvent être menées par des « profanes » afin d'établir l'étiologie de leurs maux et d'analyser la manière dont ces enquêtes étaient appréhendées par les experts. En somme, l'objectif était de comparer les enquêtes « profanes » et « savantes » mises en œuvre dans ces situations, en cherchant à expliciter leurs spécificités mais aussi les modalités de leurs rencontres. La notion d'enquête, dans cette recherche, a d'emblée été entendue dans un sens très large : il s'agissait pour nous de tous les procédés permettant de faire surgir des questions et de recueillir des informations. Selon cette définition, une enquête peut être rudimentaire et se limiter à une recherche sur Internet ou à des discussions informelles avec des proches. Elle peut au contraire être plus élaborée et passer par un laborieux travail de recoupement d'informations, de collecte de témoignages, de cartographie et de questionnaires. L'enjeu de cette étude était précisément de restituer la pluralité des types d'enquêtes auxquels peuvent donner lieu les situations incertaines qui caractérisent souvent le champ de la santé environnementale et dont les cas de SBS sont une illustration parfaite.

En focalisant l'attention sur l'affrontement entre enquêtes « profanes » et enquêtes « savantes » dans les controverses au sujet du syndrome du bâtiment malsain, cette recherche poursuivait plus précisément trois objectifs :

- Il s'agissait d'abord de décrire les étapes et les modalités de ces investigations.
- Le deuxième objectif était d'enrichir les connaissances disponibles sur les mobilisations actuelles dans le champ de la santé environnementale en mettant l'accent sur ce qui nous semble faire leur profonde originalité, à savoir le fait que l'activisme déployé par les groupes mobilisés y prend de plus en plus la forme d'une investigation et d'une production de connaissances sur les causes des problèmes qui les affectent.
- Enfin, le troisième objectif consistait à interroger l'opposition traditionnelle entre experts et profanes non pas simplement sous l'angle de perceptions différenciées des risques, ni sous celui du déficit de connaissances qui caractériserait certains acteurs de ces controverses, mais plutôt en comparant les formes d'enquêtes qui sont déployées par chacun des acteurs en conflit. Sur ce point, il s'agissait d'analyser également les éventuelles formes de coopération ou de complémentarité à l'œuvre entre les différentes modalités d'investigation qui, même si elles demeurent implicites ou discrètes, pourraient permettre d'imaginer des dispositifs de recherche visant à les articuler plus clairement et plus explicitement.

3. TRAVAUX ET REALISATIONS DU PROJET

Description générale des travaux menés au cours du projet

Au cours de cette recherche, le travail s'est effectué dans deux directions : d'une part, nous avons réalisé un important recueil documentaire visant à mettre en perspective historique la notion de syndrome du bâtiment malsain et à analyser les modes de problématisation dont ces situations ont pu faire l'objet, notamment à l'étranger. D'autre part, des enquêtes ont été réalisées sur les trois terrains mentionnés dans le projet. Nous allons revenir sur ces deux aspects du travail réalisé, mais il nous paraît important au préalable d'évoquer la question du difficile accès au terrain. Les difficultés rencontrées à cet égard sont une dimension essentielle de cette recherche ; elles sont à l'origine d'un déplacement des objectifs initiaux et d'une reformulation progressive de notre problématique.

Le problème de l'accès au terrain

Si le recueil et l'analyse documentaire ne posent généralement pas de difficultés en termes d'accès aux données – d'autant plus qu'il s'agit dans notre cas de la littérature scientifique internationale produite sur ces questions – il n'en va pas toujours de même en ce qui concerne les enquêtes empiriques menées sur des terrains spécifiques et qui reposent pour l'essentiel, en sciences sociales, sur des observations ou sur la conduite d'entretiens. De ce point de vue, et au terme de cette recherche, force est de constater qu'enquêter sur ce genre de phénomènes est aujourd'hui en France pour des sociologues indépendants quelque chose de très difficile et qui relève même parfois d'une sorte de parcours du combattant. Bien que disposant d'une certaine expérience des terrains « sensibles », ce fut une réelle surprise pour nous de constater que le degré de fermeture des « terrains » relatifs aux cas de syndromes du bâtiment malsain dépassait celui des terrains que nous avons l'un et l'autre préalablement investis (le nucléaire pour l'un, l'expérimentation animale pour l'autre). Dans les études de cas que nous avons menées dans le cadre de cette recherche, nous avons ainsi rencontré les plus grandes difficultés pour obtenir des contacts et rencontrer les acteurs pertinents. Nous avons de ce fait perdu beaucoup de temps et d'énergie pour accéder à certaines informations. Ces difficultés ont plusieurs origines et se sont traduites de manière différente :

- tout d'abord, il a fallu beaucoup de temps pour que certaines victimes du SBS acceptent de nous rencontrer. Le climat de méfiance créé par les crises de SBS, la désillusion par rapport au comportement des institutions sanitaires et des chercheurs en général, en particulier des psychologues parfois mobilisés dans ce genre de situations, expliquent pour une grande part les réticences exprimées d'emblée par certaines victimes à notre égard. Il a donc fallu user de patience, de tact, et expliquer longuement notre démarche pour que ces dernières acceptent finalement de nous accorder un entretien. Ces rencontres se sont d'ailleurs avérées très riches d'enseignements sur la manière dont ces « crises » ont été gérées par les autorités sanitaires compétentes.

- des difficultés d'accès au terrain sont également apparues non plus au niveau des victimes mais au niveau des responsables administratifs des bâtiments concernés. Dans tous les cas, après des premiers contacts encourageants, l'attitude de ces acteurs a été marquée par une profonde ambivalence à l'égard de notre démarche : tout en se montrant plutôt intéressés et favorables à un retour d'expérience sur ces « crises » qu'ont constitué à leurs yeux les cas de SBS, ces derniers se sont montrés beaucoup plus réticents dès lors qu'il s'agissait de nous apporter une aide concrète, par exemple en nous communiquant certaines enquêtes déjà réalisées ou encore en nous facilitant l'accès aux victimes et autres acteurs principaux de ces épisodes. Là encore, cette réticence peut aisément s'expliquer : pour ces acteurs, il s'avère que le simple fait d'enquêter sur ces phénomènes sanitaires, même a posteriori, est susceptible de relancer la « crise » et de réactualiser les problèmes qui en ont été à l'origine. Selon ces acteurs, interroger les personnes se disant victimes du SBS revient à les prendre au sérieux et à accréditer l'idée qu'il y a bien eu une contamination environnementale, alors que ces responsables penchent plutôt pour une interprétation psychologique. Ainsi, pour ces responsables, mener une enquête sur ces épisodes sanitaires, c'est prendre le risque de relancer la crise en suggérant l'idée que tout n'a pas été réglé (puisque des enquêtes ont encore lieu)... Là encore, pour accéder à certaines informations ou contacter des victimes, il nous a généralement fallu contourner ces obstacles et déployer beaucoup d'énergie.

- Tout bien considéré, les réticences de certaines victimes de même que celles des responsables des bâtiments concernés peuvent se comprendre. Il n'en va pas tout à fait de même des réticences exprimées à l'égard de notre recherche par les membres de l'autorité sanitaire la plus directement concernée par ces épisodes, en l'occurrence l'INVS. Qu'il s'agisse des membres des CIRE concernées ou de l'INVS au niveau national, c'est avec la plus grande méfiance que ces derniers ont accueilli notre projet et ont parfois (pas toujours) accepté de nous rencontrer. Cette méfiance s'est transformée en net refus lorsqu'il s'est agi de nous communiquer les résultats de certaines enquêtes épidémiologiques ou la liste des cas de SBS recensés sur le territoire national. Cette attitude de fermeture est d'autant plus surprenante que l'INVS a mis sur pied en 2009 un groupe pluridisciplinaire rassemblant des spécialistes des sciences humaines afin de « capitaliser les expériences locales de ces crises », groupe auquel nous n'avons pas été conviés. Qui plus est, la liste des membres de ce groupe, malgré notre demande, ne nous pas été communiquée, ce qui nous aurait pourtant permis de partager certaines réflexions avec des collègues au moment d'aborder ces terrains sensibles. Il a fallu se contenter du rapport que ce groupe de travail a produit (INVS, 2010). Il est difficile de comprendre cette fermeture du département santé environnement de l'INVS et cette attitude est progressivement devenue pour nous une question de recherche.

Si nous insistons ici sur les difficultés que nous avons rencontrées pour accéder aux terrains, c'est qu'elles nous paraissent loin d'être anodines et sont au contraire au cœur de cette recherche. Elles en disent long, en effet, sur la manière dont ces épisodes ont été vécus et gérés, et sur les différentes manières de problématiser ces situations. Loin de pouvoir être rangées au rang de « problèmes méthodologiques », elles constituent des objets d'étude en tant que tels. Ainsi, bien qu'elles nous aient ralentis dans notre travail, ces difficultés ne nous ont nullement empêché de réaliser le travail de terrain qui était envisagé au départ. Nous les avons surtout envisagées comme une source d'information intéressante concernant la problématisation dominante de ces situations et la force avec laquelle cette problématisation s'impose dans la plupart des cas étudiés (voir plus bas). Se dessinait progressivement une nouvelle question de recherche qui nous a conduit à déplacer nos objectifs initiaux : comment expliquer le succès considérable dont bénéficie l'interprétation psychologique de ces épisodes sanitaires ? D'où vient ce type d'explications ? Quels sont les modes de raisonnement qui la caractérisent ? Et quelles sont ses conséquences au regard de la définition même du syndrome du bâtiment malsain ? En somme, là où le recours à la psychologie est traditionnellement envisagé comme un moyen d'expliquer ces phénomènes, pour nous ce recours intensif devenait le « phénomène » qu'il s'agissait d'expliquer. Dans la partie « résultats scientifiques », nous avancerons quelques pistes explicatives permettant de comprendre la domination de l'interprétation psychologisante.

Le travail documentaire

Conformément à notre stratégie de recherche, nous avons réalisé un important travail documentaire autour de la notion de « syndrome du bâtiment malsain » ainsi que de notions qui lui sont souvent associées dans la littérature scientifique comme celle de « mass psychogenic illness » (MSI). Nous avons ainsi réuni plus de 300 articles scientifiques traitant de ces phénomènes inexpliqués qui sont tantôt labellisés comme des cas de SBS, tantôt comme des cas d'« hystérie de masse » ou de « syndromes psychogènes », tantôt comme étant l'un et l'autre, les deux notions étant alors jugées équivalentes. Ce corpus permet de donner une certaine profondeur historique à ces phénomènes puisque les travaux les plus anciens que nous avons collectés datent des années 1940 tandis que les plus récents datent de 2010.

Ce détour par la littérature internationale sur ces questions correspondait à plusieurs objectifs :

- d'une part, il s'agit, à travers cette littérature, d'avoir accès à d'autres cas. Comme nous l'avons indiqué, ce n'est que dans les années récentes que le « syndrome du bâtiment malsain » a été utilisé comme label en France pour désigner certains épisodes de malaises collectifs inexpliqués. En revanche, le « sick-building syndrome » a déjà une longue histoire en Amérique du Nord (Etats-Unis et Canada). A travers les articles produits sur ces épisodes, nous avons dressé une espèce d'inventaire du type de situations qui ont pu recevoir le label de SBS.
- d'autre part, il est intéressant de mettre en perspective historique cette notion en étudiant la manière dont elle a émergé et s'est imposé comme catégorie scientifique. Ce que désigne la

notion de SBS ne renvoie pas, selon les auteurs, à la même chose. L'un des points qui nous a tout particulièrement intéressé, à cet égard, est la manière dont, selon les auteurs, le SBS recouvre plus ou moins d'autres catégories plus anciennes comme l'hystérie collective, les syndromes psychogéniques, la contagion mentale, etc. Il s'agissait de retracer l'évolution des définitions, les éléments empiriques sur lesquelles elles s'appuient et, en somme, d'établir la généalogie de catégories dont le fondement peut recevoir une analyse critique bien qu'elles semblent pourtant aujourd'hui s'imposer sur le mode de l'évidence. Au fil de cette recherche, et en lien avec la réorientation que nous venons d'évoquer, le travail documentaire s'est de plus en plus intéressé à la littérature psychologique portant sur les phénomènes d'hystérie collective et apparentés. Cela nous a permis de caractériser un certain « style de raisonnement » et d'analyser son évolution. C'est ce style de raisonnement que l'on retrouve aujourd'hui en France dans la manière dont sont abordées et traitées les situations labellisées comme « syndrome du bâtiment malsain » (voir Résultats scientifiques).

Les terrains investigués

Des enquêtes empiriques ont été menées sur les trois terrains que nous avons mentionnés dans le projet : le cas de la mairie de Villejuif, celui de l'unité INSERM U601 de Nantes, et celui du centre de psychothérapie de Compiègne. Dans chacun de ces cas, nous avons procédé :

- à un recueil documentaire afin de reconstituer le déroulement des faits. Les données sont issues de la presse locale, des divers rapports administratifs et scientifiques produits sur ces cas, des archives des réunions des comités d'hygiène (pour ce qui concerne la mairie de Villejuif) ainsi qu'un certain nombre de documents fournis par les acteurs que nous avons rencontrés (courriers, certificats, tracts, etc.)
- à des entretiens avec des « acteurs » de ces épisodes, qu'il s'agisse des scientifiques ayant été chargés de mener des enquêtes sur l'origine des malaises dont ont été victimes certains individus, avec des victimes elles-mêmes, avec certains de leurs collègues, avec les médecins du travail concernés, avec des acteurs extérieurs à la situation mais qui s'en sont saisi (syndicats, associations) ainsi qu'avec les responsables des établissements en question. Sur chacun des deux terrains ayant déjà fait l'objet d'une investigation empirique, nous avons réalisé à ce jour une quinzaine d'entretiens. Ces entretiens permettent de compléter la chronologie des événements qui peut être issue de l'analyse documentaire, mais ils permettent surtout de donner accès aux divergences d'interprétation et aux pratiques d'enquête des acteurs afin d'accréditer leur point de vue.

- La mairie de Villejuif

Le premier cas investigué est celui de la mairie de Villejuif. Lors de notre enquête, les symptômes ont globalement disparu (ils sont apparus de 2004 à 2007) mais les responsables de la mairie que nous rencontrons craignent alors une possible résurgence. Nous avons réalisé quinze entretiens (3 avec des responsables de la mairie, 2 avec des médecins, 3 avec des victimes, 2 avec des membres du personnel, 2 avec des militants associatifs de Villejuif, 3 avec des experts qui sont intervenus sur ce cas). Nous avons également eu accès aux archives que la mairie a constitué sur les événements et avons ainsi pu récupérer de nombreux documents qui ont circulé à cette période (rapports d'experts psychologues, tracts des syndicats, articles parus dans la presse locale, discours des responsables de la mairie etc.).

Cette enquête nous a permis de retracer en détail la chronologie des faits et les causes qui ont été avancées pour expliquer les symptômes. Le 4 février 2004, un épisode collectif brutal de manifestations irritatives des voies respiratoires, des yeux et de la peau survient parmi le personnel de la mairie. Soixante-trois personnes sont touchées, c'est-à-dire la quasi-totalité de l'effectif en poste dans le bâtiment concerné, la nouvelle annexe de la mairie. Les pompiers évacuent les 19 personnes les plus touchées vers les hôpitaux proches. Le personnel reprend le travail dès le lendemain, certains agents se plaignent d'une gêne persistante. Deux personnes sont en arrêt maladie. Le 12 mars 2004, un deuxième épisode irritatif collectif survient dans le même bâtiment : vingt personnes se plaignent de symptômes atténués (paresthésies de la bouche et de la langue). La Mairie décide une fermeture provisoire des locaux. Le 6 avril 2004, le lendemain du retour du personnel dans le bâtiment, le

phénomène réapparaît. On procède à une nouvelle évacuation. Le 23 avril 2004, quelques personnes dans le bâtiment ressentent de nouveaux des symptômes et sont évacuées. Depuis février 2004 : deux agents restent en arrêt maladie longue durée. Lors de cette première vague de symptômes deux voies d'explication sont évoquées : la piste environnementale – une odeur soufrée est perceptible lors du premier épisode dans les locaux ce qui conduit vers la piste d'une surchauffe d'un onduleur informatique (la direction de la mairie décide de mettre hors d'usage cet onduleur), on soupçonne également un défaut de qualité de l'air intérieur (les mesures seront jugées non significatives) – et la piste psychologique - les responsables de la mairie décident de demander l'intervention de deux psychologues du travail, c'est alors de manière implicite une explication psychologique qui est retenue. Cette intervention des psychologues est décrite de manière très négative par les victimes.

Le 10 et 11 février 2005, le phénomène se reproduit à nouveau, une soixantaine d'agents se plaignent brutalement de nouvelles manifestations dans les mêmes locaux. De nouveaux agents et des locaux contigus sont touchés. En effet, le service de l'Etat Civil, dans le bâtiment principal, est à son tour concerné. Le personnel prend l'initiative de quitter les locaux. Les experts de l'INVS vont intervenir afin de proposer un diagnostic de ces nouveaux événements. Trois suspects sont identifiés : un défaut de ventilation, un air trop sec et les conditions de travail du personnel. Les suspects sont à la fois environnementaux et « sociaux ». Ce diagnostic est donc celui d'un syndrome du bâtiment malsain: il se caractérise par des effets mineurs sur des humains qui ont en commun de passer du temps dans un bâtiment et une multiplicité de facteurs, dont aucun n'apparaît plus important qu'un autre et dont le mode d'action demeure flou. Il s'agit du discours officiel. Mais lors de nos entretiens, il apparaît clairement que les experts ont en réalité diagnostiqué un syndrome psychogène, l'étiquette syndrome du bâtiment malsain étant utilisée pour ne pas « braquer » les victimes. En février 2006, quatre agents se plaignent à nouveau des mêmes symptômes, et trois d'entre eux font l'objet d'au moins un jour d'arrêt de travail. En février 2007, 20 agents sont touchés, six font l'objet d'un jour d'arrêt de travail. Suite à ces nouveaux événements, il apparaît clairement que, pour les experts et les responsables de la mairie, la cause de ces symptômes est psychologique.

- l'unité INSERM U601 du CHU de Nantes

Le deuxième cas investigué est celui d'un laboratoire de recherche INSERM-CNRS à Nantes (CHU). Ce cas a fait l'objet d'une pré-enquête par des étudiants de l'ISIGE que nous avons encadrés, Simon Clodic, Delphine Pernot et Marion Sainte-Luce (2009). Dans le cadre de cette enquête, nous avons réalisé dix-sept entretiens (2 entretiens avec des responsables de l'unité, 5 entretiens avec des victimes, 3 entretiens avec des médecins, 3 entretiens avec des toxicologues, 2 entretiens avec des journalistes, 2 entretiens avec des experts). Grâce à l'aide d'une victime, nous avons également eu accès aux cahiers dans lesquels le personnel de l'unité a pu exprimer plaintes et mécontentements et à un ensemble de documents qui ont circulé durant les événements. A nouveau, nous avons cherché à retracer les événements et les divers suspects mis en avant pour expliquer les symptômes.

En 2005, des personnels de l'unité qui n'avaient jusque-là pas de problèmes de santé particuliers commencent à exprimer des symptômes récurrents comme des « rhinites allergiques à répétition ». Ces premiers signalements sont très localisés (dans une salle de culture cellulaire). La piste d'une contamination au formaldéhyde est envisagée. Un médecin spécialisé dans les pathologies environnementales fait le déplacement et ne constate pas de problèmes particuliers. La piste du formaldéhyde est alors abandonnée. Le 26 janvier 2007, les symptômes se multiplient. L'unité est évacuée sur un ordre du CHU qui suspecte une émanation de produits toxiques dans la partie sud de l'unité où se trouvent les pièces de culture. Des analyses de la qualité de l'air sont effectuées mais les résultats sont jugés non significatifs. Un rapport met néanmoins en évidence un système de ventilation déficient et les gaines de ventilation sont nettoyées. Malgré les mesures prises, les symptômes ne disparaissent pas. Au contraire, les personnes les plus atteintes ont des problèmes de santé de plus en plus importants et demandent des arrêts de travail.

En avril et mai 2007, un expert en toxicologie est sollicité. Il reçoit une dizaine de personnes malades et reconnaît cinq personnes comme hypersensibles aux produits chimiques avec une incapacité permanente de 5 à 10%. Dans un premier temps les signalements diminuent, mais le 18 octobre 2007, un nouveau pic de symptômes se produit. Des odeurs suspectes sont signalées. Les syndicats demandent alors la fermeture de l'unité. Le CHU met en place des assemblées générales hebdomadaires. Mais la situation devient de plus en plus tendue entre les employeurs et les employés

qui affirment ne pas être écoutés. Le 20 décembre 2007, les tutelles sollicitent la Cire des Pays de la Loire sous pression syndicale pour réaliser une étude épidémiologique. Les experts distribuent au personnel de l'unité un questionnaire. L'étude montre que 71% du personnel de l'unité a exprimé des symptômes à un moment ou un autre en 2006 ou en 2007. Ces symptômes sont chez certaines personnes continus (ce que ne permettent pas d'appréhender les signalements qui sont généralement effectués lors des pics de symptômes). Les épidémiologistes considèrent que ces symptômes sont réels car ils ont été décrits par des personnes appartenant à des équipes différentes qui ne se connaissent pas forcément. Mais dans le même temps, c'est la voie d'explication psychologique qui est de plus en plus privilégiée par les experts et progressivement par la direction de l'unité (sous l'influence du discours des experts).

En 2007 et 2008, certaines victimes se montrent de plus en plus rétives aux discours des experts et des responsables et disent ne pas se sentir écoutées, voire discriminées. Au point que l'une d'entre elles décide de porter plainte. Elle entame, dit-elle, son action après avoir appris que son CDD ne serait pas renouvelé suite à plusieurs arrêts maladie et des tentatives infructueuses de retour à son poste dans l'unité. En 2009, l'unité déménage dans un nouveau bâtiment et les plaintes diminuent (il reste cependant un noyau de quelques personnes qui disent encore souffrir de symptômes très invalidants). Lors des entretiens récents que nous avons pu faire avec la direction ou différents experts, la plupart d'entre eux sont aujourd'hui convaincus que les événements ont une cause psychologique et non pas environnementale. C'est donc l'hypothèse du syndrome psychogène qui est avancée.

- Le centre psychothérapique de Compiègne

Le troisième cas étudié concerne le centre psychothérapique Henri Theillou à Compiègne. Ce centre a été installé à la fin de l'année 2006 dans un bâtiment neuf. L'étude de ce cas repose seulement sur l'enquête réalisée par deux étudiants de l'ISIGE, Ghislain Mercier et Fabienne Michalon, que nous avons encadrés. 18 entretiens ont été réalisés (2 avec des responsables du centre psychothérapique, 4 avec des médecins, 2 avec des membres des syndicats, 5 avec des victimes ou des employés, 2 avec des toxicologues, 3 avec des experts).

Au mois d'octobre 2007, plusieurs membres du personnel d'un même service signalent par le biais de fiches d'incidents des problèmes dermatologiques et ophtalmologiques, parfois associés à des migraines et des vertiges, qui n'apparaissent que lorsqu'ils se trouvent sur leur lieu de travail. Ces signalements sont jugés mineurs jusqu'à la survenue de deux cas graves qui vont, selon les propos des acteurs, « enflammer la situation ». La direction de l'hôpital effectue une première inspection des locaux pour tenter de trouver une cause aux symptômes constatés, sans succès. Plusieurs médecins examinent les personnes touchées, et se disent alors perplexes.

Fin 2007, le nombre de signalements augmente et un CHSCT exceptionnel se réunit et déclare que « la situation actuelle présente un grave danger ». La DDASS saisit la Cire Nord qui va rendre très rapidement un diagnostic de syndrome des bâtiments malsains. Les experts – notamment dans le rapport de l'INVS qui sortira en avril 2008 – mettent principalement en avant les facteurs psychologiques puisque, selon eux, aucune cause environnementale n'apparaît crédible, si ce n'est une ventilation insuffisante de certains locaux. Comme dans le cas de Villejuif, les experts communiquent auprès des victimes en mobilisant l'étiquette de Syndrome du Bâtiment Malsain mais ils effectuent en réalité un autre diagnostic, celui de syndrome psychogène. Au terme de l'enquête, il apparaît clairement que les experts avaient d'emblée émis ce diagnostic, et cela en raison de la présence d'un indice crucial selon eux : « une forte tête qui avait monté la tête aux autres ». Les experts affirment aussi que les deux cas les plus graves doivent être dissociés des autres cas, mais aussi entre eux. Selon eux, le tableau clinique de la patiente la plus gravement touchée ne peut pas être attribué à un toxique présent dans l'air.

Au cours de l'année 2008, les symptômes semblent moins importants même si des plaintes sont encore exprimées. La direction organise le 6 mai 2008 une réunion CHSCT pour présenter les résultats du rapport de l'INVS en présence de tous les experts qui y ont contribué. Cette réunion est boycottée par deux des trois organisations syndicales. Des membres du CHSCT estiment en effet que certaines pistes environnementales n'ont pas été suffisamment explorées. Il demande alors le recours à un expert agréé, comme le code du Travail l'autorise en cas de risque constaté dans

l'établissement. Il désigne le Cabinet Technologia pour mener des études complémentaires, notamment une analyse des sols. La direction du CHI conteste la nature et la durée de l'expertise. Un recours est donc déposée en juin 2008 par le CHSCT devant le tribunal de grande instance de Beauvais, qui rend son jugement le 15 septembre : une nouvelle expertise aura bien lieu, aux frais du CHI (l'argument économique est alors avancé par la direction contre cette demande), mais son périmètre et sa durée seront réduits par rapport aux demandes du CHSCT. Ces analyses ne vont pas conduire à la mise en évidence d'une cause environnementale. Pour plusieurs acteurs, l'enquête demeure inachevée.

Résultats scientifiques

Une subversion psychologisante de la définition initiale du syndrome du bâtiment malsain

Les trois cas étudiés ont été labellisés par les autorités sanitaires comme des cas de « syndromes du bâtiment malsain ». Cependant, les données recueillies sur le terrain montrent que, derrière ce vocable, les experts font le plus souvent référence à des phénomènes psychologiques, souvent appelés dans le cadre des entretiens ou dans la littérature spécialisée des « syndromes psychogènes collectifs ». L'un des premiers résultats de cette étude est ainsi le constat que la définition initiale du SBS, celle proposée par l'OMS en 1983 – « une combinaison de symptômes atypiques incluant céphalées, fatigue, irritation des yeux et des narines, sécheresse de la peau, troubles de concentration chez les personnes travaillant dans des lieux confinés », a été largement subvertie par une interprétation psychologisante. La définition initiale du SBS était fondée sur un principe d'incertitude, il s'agissait en quelque sorte d'une définition négative prenant acte du manque d'explication causale définitive. Rien de tel dans l'interprétation qui s'impose aujourd'hui en France pour aborder ces situations, puisque les causes sont rapidement désignées comme relevant avant tout de phénomènes psychosociaux. Dans cette perspective le SBS serait avant tout le résultat d'une angoisse, d'un stress lié aux conditions de travail et qui se transmettrait au sein d'un groupe par suggestion émotionnelle. Pour les tenants de cette perspective, le SBS porterait donc bien mal son nom puisqu'il n'aurait finalement pas grand-chose à voir avec le bâtiment et pourrait facilement être assimilé à ce que quelques spécialistes appelaient autrefois l'« hystérie de masse ». Cette interprétation psychologisante du syndrome du bâtiment malsain semble avoir reçu la faveur des autorités publiques. C'est ce que montrent les entretiens réalisés avec les experts au cours de cette recherche et c'est ce qu'indique clairement un rapport récent émanant du Centre d'analyse stratégique, un organisme directement rattaché au Premier ministre, puisque le syndrome du bâtiment malsain y est considéré comme l'un des problèmes émergents dans le domaine de la santé mentale (Centre d'analyse stratégique, 2009). Dans ce même rapport, il est d'ailleurs indiqué que l'Institut national de veille sanitaire « a clairement arbitré dans le sens d'une interprétation psychosociale du phénomène ».

Un nouveau vocable pour un phénomène ancien

Comme le montre la littérature abondante qui a été produite sur ces questions, la notion de « syndrome psychogène collectif » (mass psychogenic illness) n'est qu'un avatar des nombreux concepts proposés par la psychologie sociale pour rendre compte des épidémies de malaises inexplicables qui surviennent parfois sur des lieux de travail ou dans des écoles. Alors que les notions d'« hystérie collective », d'« hystérie de masse » ou encore d'« hystérie épidémique » étaient très courantes jusqu'à la fin des années 1970, c'est la notion de « mass psychogenic illness » qui tend à s'imposer à partir du début des années 1980, notamment à la suite des travaux de Michael Colligan (Colligan et al., 1982). Outre l'évolution des concepts, l'examen de cette littérature passionnante permet de constater une autre évolution importante pour notre propos : alors que les approches psychologiques ont longtemps été considérées, y compris par leurs promoteurs, comme des approches « par défaut », justifiées seulement par l'incapacité de la science à trouver des causes organiques des phénomènes, elles tendent progressivement à revendiquer une place plus autonome, déconnectée des résultats des recherches environnementales qui peuvent être menées par ailleurs. Ainsi, alors que certains auteurs pointent çà et là le risque que l'explication psychologique puisse conduire à abandonner l'exploration des causes et à s'écarter trop tôt de certaines pistes explicatives (comme la prise en compte des effets cumulés des faibles doses ou des effets cocktails) (Faust &

Brilliant, 1981), d'autres auteurs insistent au contraire sur la nécessité d'adopter une approche psychologique, quelle que soient les causes environnementales suspectées et la réalité de la contamination (Levine, 1981). L'interprétation psychologique n'est alors plus considérée comme une approche par défaut, mais comme une approche indépendante et jugée complémentaire de la toxicologie et de l'épidémiologie. Un nouveau pas est franchi lorsque ce sont désormais les investigations environnementales elles-mêmes qui sont pointées comme porteuses de risques, en termes de santé mentale. Les investigations environnementales trop poussées sont alors dénoncées comme étant non seulement coûteuses et inutiles, mais encore dangereuses au sens où elles tendraient à renforcer les inquiétudes des personnes concernées quant à la présence d'une source réelle de contamination. Pour les autorités sanitaires, il s'agit alors autant d'éviter une mobilisation disproportionnée de moyens médicaux que d'alimenter la médiatisation et la « psychose ». Pour ce faire, il devient nécessaire, comme l'indique l'un des auteurs d'une étude, d'établir un certain nombre de critères permettant de s'orienter rapidement vers un traitement psychologique (Charlet, 1997). Bref, il s'agit, pour reprendre le titre d'un article écrit sur le sujet par des chercheurs de l'INVS, de « savoir poser le diagnostic de syndrome psychogène », c'est-à-dire « de reconnaître précocement l'existence des composantes psychiques de ces épisodes pour évoquer rapidement l'hypothèse d'un syndrome psychogène, sans attendre l'exclusion de causes objectivables » (Vandentorren et al., 2007). Dans cette perspective, il est permis de se demander si l'approche psychologisante, dans cette définition plus positive, peut encore être considérée comme une approche complémentaire de l'approche environnementale : en effet, comme on vient de le voir, non seulement elle conduit à imposer une cause aux phénomènes en question, mais elle incite par ailleurs à stopper logiquement les investigations des causes environnementales, lesquelles investigations sont suspectées d'alimenter le phénomène... C'est donc une approche psychologique de ces épisodes qui s'est imposée en France au sein des autorités appelées à intervenir, et si le diagnostic de « syndrome du bâtiment malsain » est encore souvent retenu par les experts, il s'avère que c'est surtout dans une optique de gestion de crise, c'est-à-dire afin de faciliter la communication avec les publics concernés.

La frustration des victimes

Dans les trois situations étudiées, les entretiens que nous avons réalisés indiquent l'existence chez les victimes d'un fort sentiment de frustration à l'égard de cette psychologisation des événements. Cette frustration est double : elle tient bien entendu au fait que les victimes demeurent persuadées de l'existence d'une source environnementale à l'origine de leurs maux, mais elle tient également à la manière dont furent menées les études, y compris les enquêtes menées par les psychologues mobilisés, comme ce fut le cas à Villejuif. La rapidité avec laquelle ces études ont parfois été menées est régulièrement dénoncée comme l'indice d'une approche « a prioriste » des phénomènes et comme la négation de leur souffrance. Toutefois, l'un des résultats de cette recherche est la quasi absence de mobilisation de ces victimes, au moins sur le long terme, et du même coup la faiblesse des investigations profanes susceptibles de concurrencer la vision des autorités sanitaires, contrairement à ce que l'on a pu observer dans le passé dans d'autres controverses environnementales (Akrich et al., 2010) et à ce que l'on peut constater aujourd'hui dans d'autres domaines comme l'électro-sensibilité. Parmi les nombreux facteurs explicatifs qui peuvent être avancés pour tenter de rendre compte de cette absence ou quasi-absence de mobilisation (et d'enquête), on se contentera d'en mentionner deux : le premier tient au fait qu'il s'agit de situations de travail au sein desquelles, comme nous avons pu l'observer, les victimes sont rapidement stigmatisées, y compris par certains de leurs collègues, comme des personnes cherchant avant tout à échapper aux contraintes du travail. Il s'ensuit un isolement social (qui se traduit souvent par le changement de lieu de travail, voire de profession). Par ailleurs, les syndromes du bâtiment malsain se caractérisent par une incertitude radicale quant aux causes possibles des phénomènes. Cette incertitude se traduit par le fait que les victimes ne disposent pas du moindre suspect qui permettrait de susciter un début d'enquête et de réduire le champ d'investigation. Comme on l'a montré par ailleurs (Akrich et al., 2010), l'existence de suspects préalables (et en particulier d'acteurs extérieurs à la situation mais capables de les désigner, comme dans le cas des ondes électromagnétiques) est un facteur déterminant pour la dynamique des enquêtes profanes en santé environnementale. Faute de tenir un suspect, une enquête a peu de chances d'être enclenchée.

La peur de l'incertitude ?

Compte tenu de la complexité des phénomènes et du nombre de causes possibles, l'incertitude qui caractérise les situations de syndrome du bâtiment malsain a toutes les chances de perdurer. Mais, contrairement à une idée répandue, les victimes semblent prêtes à accepter cette incertitude dès lors qu'elle donne lieu à une poursuite des recherches. Il n'est pas certain qu'il en soit de même du côté des autorités et l'on tient peut-être là l'une des explications du succès considérable de l'interprétation psychologique et de la réduction étiologique dont elle est porteuse : en fournissant rapidement une explication à ces phénomènes, elle permet de sortir d'une situation d'impuissance scientifique et de clore les controverses en apportant des réponses sur la causalité. En d'autres termes, ce qui fait peut-être l'intérêt de ce type d'interprétation aux yeux des experts, c'est finalement autant sa pertinence quant à la compréhension des phénomènes que sa disponibilité préalable et son efficacité supposée en termes de gestion de crise, quand bien même faut-il en passer, on l'a vu, par un aménagement sémantique au profit de la notion jugée plus acceptable de syndrome du bâtiment malsain. Au point que l'on peut se demander si l'étiologie psychologisante (ou sociologisante) n'aurait pas pour principale vertu de rassurer, non point les victimes, mais bien les experts eux-mêmes, désarmés qu'ils sont au vu des résultats non concluants des analyses toxicologiques effectuées et des questions que les instruments scientifiques laissent en suspens.

Références citées

Akrich, M., Barthe, Y. and Rémy, C. (eds.) (2010). Sur la piste environnementale. Menaces sanitaires et mobilisations profanes. Paris: Presses des Mines.

Centre d'analyse stratégique, *La santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de la vie*, novembre 2009.

Charlet, F. and Ferchaud, R. (1997). "Une toxi-infection alimentaire collective ou un phénomène de panique collective?" *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*(32): 147.

Clodic, S., Pernot, D., Sainte-Luce, M. (2009), Santé au travail, comment gérer les incertitudes ? Exemple du syndrome des bâtiments malsains au sein de l'unité Inserm U892 du CHU de Nantes, Mémoire pour le Mastère Spécialisé en Ingénierie et Gestion de l'Environnement, sous la direction de Yannick Barthe, Mines-ParisTech.

Colligan, M. J., Pennebaker, J. W. and Murphy, L. R. (1982). *Mass Psychogenic Illness. A Social Psychological Analysis*. London: Lawrence Erlbaum.

Faust, H. S. and Brilliant, L. B. (1981). "Is the diagnosis of "mass hysteria" an excuse for incomplete investigation of low-level environmental contamination?" *Journal of Occupational Medicine* 23(1): 22-26.

Levine, R. J. (1981). "Is the presence of low-level environmental contamination a sufficient excuse for not diagnosing mass hysteria?" *Journal of Occupational Medicine* 23(9): 597-599.

Mercier, G, Michalon, F. (2009), D'un phénomène inexpliqué à un syndrome psychogène : controverse au centre psychothérapeutique Henri Theillou de Compiègne. Mémoire pour le Mastère Spécialisé en Ingénierie et Gestion de l'Environnement, sous la direction de Catherine Rémy, Mines ParisTech.

Vandentorren, S., Gomes do Espirito Santo, E. and Kermarec, F. (2007). "Les épidémies de malaises d'étiologie non expliquée : savoir poser le diagnostic de "syndrome psychogène"." *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*(15-16): 122-124.