La pollution de l'air intérieur : chercher la preuve…

[Pour citer ce chapitre : Sylvie Ollitrault, Jean-Pierre Le Bourhis, « La pollution de l'air intérieur : chercher la preuve… », dans Marie Gaille, (dir.), Pathologies environnementales. Identifier, comprendre, agir,, 2018, pages 45-75]

*

> « *Nous passons jusqu'à 90 % de notre temps dans des espaces clos et respirons un air qui peut être pollué par les appareils de chauffage et de cuisson, le tabagisme, les produits d'entretien, les peintures, l'ameublement…* »[1].

Ce texte de présentation, trouvé sur le site de l'Agence de l'Environnement et de la Maîtrise de l'Énergie (ADEME)' introduit une page de recommandations visant à améliorer l'habitat et réduire le risque d'y respirer des substances nocives. Les pollutions citées concernent plus spécifiquement les espaces clos et privés de la domesticité dans la mesure où, si elles existent par ailleurs, elles s'y concentrent et atteignent des niveaux potentiellement dangereux. Signe de cette menace, des plaintes sont parfois apparues en lien avec ces espaces fermés, comme dans le cas du syndrome dit du « bâtiment malsain », lorsque des maux sans cause apparente touchent des individus fréquentant un bureau ou une école[2]. Le plus souvent, ces réactions restent cependant individualisées et sont ramenées à la situation de la seule personne atteinte, ou à une forme de psychose collective, à soigner comme telles.

L'étude des mobilisations autour de problèmes sanitaires montre que, pour qu'il y ait reconnaissance publique d'un danger collectif, il faut à la fois que plusieurs individus partagent des pathologies proches dans un même lieu (ici de travail ou domestique) et que la base environnementale de cette pathologie soit prouvée. Or, si les maladies liées aux pollutions intérieures sont connues, allant de l'asthme au cancer, il est difficile d'établir ce lien de causalité, au point que le message dominant dans l'espace public en France reste centré sur la prévention, sans désigner de responsables[3]. Les recours judiciaires sont absents sauf si on y inclut la pollution par les ondes électromagnétiques. Une enquête sur la couverture médiatique française des pollutions intérieures[4] montre que le seul cas d'alerte

[1] Voir le site : http://www.ademe.fr/particuliers-eco-citoyens/habitation/bien-gerer-habitat/lair-interieur-logement [page consultée le 22 février 2016]

[2] Murphy M., *Sick Building Syndrome and the Problem of Uncertainty*, Durham: Duke University Press, 2006

[3] Il faut cependant signaler les exceptions que constituent les publications des mouvements consuméristes (notamment celles de l'UFC-Que Choisir) et des coalitions d'associations (tels le « Réseau Environnement Santé») qui usent régulièrement du registre de l'alerte et incriminent certains produits intérieurs nocifs.

[4] Voir les principaux résultats de cette enquête dans Renaud Crespin, Benjamin Ferron, « Un scandale à la recherche de son public. La construction médiatique du problème de la « pollution de l'air intérieur » en France (1995-2015), *Politiques de communication*, 2016 , 2(7), p.151-181

observé reste celui d'un individu singulier, devenu le témoin type porteur de la cause[5]. Bref, parmi les conflits environnementaux réels ou potentiels, la pollution de l'air intérieur offre un vrai paradoxe : reconnue comme un problème de santé publique, elle ne fait l'objet que d'une action publique très limitée et n'atteint pas le degré de visibilité qui permet la reconnaissance des pathologies associées devant les tribunaux ou dans l'espace public *lato sensu.*

Pour éclairer ce paradoxe, il peut être utile d'étudier comment un individu qui se pose des questions sur son état de santé et le relie à son habitat ou à la fréquentation d'un lieu trouve, ou non, de l'aide dans ses efforts pour comprendre et faire reconnaître ces liens. Afin d'explorer les freins existant à l'établissement d'une preuve publiquement reconnue, nous nous sommes appuyés sur un travail de recherche pluridisciplinaire (droit, science politique, sociologie)[6] dont une des composantes visait à comparer les régions Bretagne et Picardie (2012-1015) en matière de lutte contre les pollutions de l'air intérieur. Notre enquête révèle que les personnes concernées se trouvent en fait fréquemment renvoyées à leurs pratiques, à leurs environnements domestiques, ce qui limite la construction d'un problème mobilisateur dans l'espace public et sa politisation (par exemple via une interpellation des élus et la demande d'une législation contraignante sur les seuils ou les produits nocifs).

Dans le cadre de ce chapitre, nous mobiliserons les premiers résultats de cette enquête pour montrer, tout d'abord, qu'une cause fondée sur des nuisances avérées peut rester sans effets sociaux y compris lorsque des pathologies reconnues sont concernées (asthme, effets sur le système cardio-vasculaires, etc.). Dans un second temps, nous décrirons les dispositifs qui organisent la certification des constats et savoirs applicables à ces nuisances ainsi que les cadrages[7] individualisants et sectoriels qui sont appliqués. Ces derniers expliquent en grande partie cette difficulté à faire preuve à partir des pathologies de l'air intérieur.

Quelque chose flotte dans l'air… la pollution de l'air intérieur comme cause évanescente

La pollution de l'air intérieur, problématique ancienne renvoyant aux premières préoccupations hygiénistes est devenue une cause qui peu à peu s'est inscrite, depuis la fin des années 80, comme une composante de la santé environnementale.

---

[5] Son témoignage se trouve condensé dans un ouvrage : Georges Méar, *Nos maisons nous empoisonnent*, éd. Terre Vivante, 2003.

[6] Projet de recherche AIRIN, programme PRIMEQUAL financé par l'ADEME et le Ministère de l'Ecologie. Deux équipes du CNRS ont été impliquées dans cette recherche : celle du CURAPP dirigée par Jean Pierre Le Bourhis et celle du CRAPE par Sylvie Ollitrault. Voir notamment http://www.airin.fr. Notre démarche a croisé divers types de sources : institutionnelles (site internet-archives), militante (association) la presse et les médias (dont télévision, radio), des études ethnographiques et des entretiens. Dans le cadre de cet article, nous avons privilégié les entretiens, les observations, les sources institutionnelles et militantes.

[7] Erving Goffman, *Les cadres de l'expérience,* Paris, Editions de Minuit, Paris, 1991. Nous empruntons aux travaux d'Erving Goffman, la notion de *cadre d'interprétation* (ou cadrage), c'est-à-dire les manières de percevoir la réalité, d'en donner une signification selon le contexte et les schèmes mentaux de l'individu. Dans notre cas, le nettoyage au chlore peut être perçu par certains un moyen de rendre propre, par d'autres comme l'usage d'un polluant aux effets à long terme hautement pathogènes.

Cette pollution présente cependant la particularité de ne pas être mono-causale : il est difficile de pointer ici une seule substance nocive et encore moins un seul produit ou bien marchand fautif. La première complexité de cette pollution consiste donc à la qualifier. Cette difficulté ne concerne d'ailleurs pas seulement le problème observé mais aussi les contours et le périmètre de la présente recherche. Si l'on veut comprendre, en spécialistes de science politique, la construction des problèmes publics et leur accès aux agendas politique et gouvernemental, la pollution de l'air intérieur pose une difficulté spécifique : elle existe comme problème public sur le plan institutionnel mais reste peu présente dans les controverses publiques et médiatiques. La question de la qualification - *« qu'est-ce qui fait pollution ?* » - a pris une place importante, par conséquent, dans notre questionnement. Fallait-il étendre la problématique de la pollution de l'air intérieur à la question du tabagisme qui a eu un effet indéniable dans la construction de la cause ? Devait-on la penser comme cause liée aux seuls usages et pratiques des individus occupant un local d'habitation ? Devait-on l'envisager en lien étroit avec la pollution atmosphérique qui a pour caractéristique aussi de polluer les habitats et lieux de vie ? Devions-nous nous limiter aux lieux d'habitation privés ou inclure les lieux à fréquentation publique (crèches, écoles, piscines, etc.) ? Ces difficultés rencontrées dans la construction de l'objet de recherche sont aussi démultipliées par le foisonnement des intervenants et gestionnaires potentiellement concernés, qui relèvent de secteurs professionnels diversifiés et d'une multitude de services institutionnels[8].

Cette complexité est manifeste dans les présentations officielles mais elle est souvent réduite par un effort de simplification à des fins de communication et de prévention. Ainsi, lorsque les pathologies sont citées, elles le sont sous la forme de l'inventaire et de la qualification large, alors que les recommandations sont plus simplement formulées. Le message principalement véhiculé reste d'aérer les pièces et de privilégier l'achat de produits ménagers, peintures ou de décorations limitant les émanations nocives. Voici un de ces inventaires que le public peut consulter :

> **« *Connaître les dangers des polluants présents dans l'air intérieur de votre maison***
>
> *[Extrait issu du site internet : www.qualite-air-interieur.fr [9]]*
>
> *Cette classification de **polluants** a été réalisée par l'Observatoire de la qualité de l'**air intérieur**. Ils sont présentés selon leur degré de toxicité, qui varie selon l'humidité, la température, et le débit de l'**air**.*
>
> ***Classification de polluants par l'Observatoire de la qualité de l'air intérieur***
>
> ***Substances « hautement prioritaires » : formaldéhyde**, **benzène**, acétaldéhyde, particules, **radon**, di-éthylhexyl-phtalate (DEHP) et dichlorvos.*

[8] Une tentative de cartographie de ces intervenants a été réalisée dans le rapport final du projet, disponible sur le site du projet AIRIN : Le Bourhis, Jean-pierre (dir.), *Air intérieur : actions publiques et jeux d'acteurs*, rapport final pour l'ADEME et le Ministère de l'écologie, contrat 12 10 C 0036, mai 2016, page 238.

[9] Site : http://www.qualite-air-interieur.fr/alerte-danger-polluant-air-interieur-maison/ page consultée le 29 février 2016.

Les substances les plus rencontrées à la maison

*LE **FORMALDÉHYDE** (COV) : Également appelé "formol", le **formaldéhyde** est un gaz sans couleur, inflammable, et sentant très fort. Pourtant classé **cancérigène**, il est produit à grande échelle dans le monde pour la fabrication de désinfectant, d'agent de conservation, de **textile** et de résine. On le trouve dans la laine de verre, certains plastiques et revêtements, la peinture, les vernis, ... **Polluant** très actif dans l'**air** de nos **maisons**, le **formaldéhyde** est aussi dégagé par certaines activités humaines, telles que le **tabagisme**, le **chauffage** au **bois**, la **combustion** de l'essence, ...*

*On note comme **symptômes** une toux, une irritation des yeux (démangeaisons, larmoiement) et de la peau (rougeurs, démangeaisons, eczéma), une sensation brûlante des voies respiratoires (nez, gorge, poumons). Ce **polluant** peut également provoquer des défaillances neurologiques : fatigue accrue, angoisses, migraines, nausées, tête qui tourne.*

*Le **formaldéhyde** est aussi appelé : CH2O - Formaline - Aldéhyde formique - Formol - HCHO - Méthanal - Aldéhyde méthylique - Oxyméthylène - Oxométhane - Oxyméthylène - Paraforme.*

*LE **RADON** : Gaz radioactif, incolore et inodore, le **radon** est produit naturellement par la désintégration de l'uranium dans les pores du sol et les roches sur lesquels reposent les **maisons**. Présent également dans certains **matériaux** de **construction**, il s'infiltre et **pollue** l'**air intérieur** via les fissures dans les murs et les planchers en béton, les joints, les drains de sous-sols. Le **radon** se déplace aussi dans l'eau, il est donc acheminé à l'ouverture des robinets.*

*En dehors de ces sources, on note d'autres facteurs déterminants tels que la localisation de la **maison** et son exposition par rapport au vent dominant. En France, certaines régions sont plus riches que d'autres en **radon** : la Bretagne, la Corse, le Limousin, le Massif central et les Vosges.*

*Le risque majeur lié à l'inhalation prolongée du **radon** est le **cancer** des poumons. Ce **polluant** est en effet responsable d'autant de décès que le tabagisme passif. (...)*

*LE **BENZENE** (COV) : Substance liquide, incolore et odorante, le **benzène** est un **polluant cancérigène** utilisé dans la fabrication de l'essence, de solvants, et de plastiques. L'automobile, juste devant la cigarette, représente la principale **source** de **pollution**. Dans un garage attenant à la **maison**, lors du démarrage de la voiture, les gaz d'échappement se propagent dans les pièces de vie via les portes et les interstices. Par ailleurs, les **produits** de bricolage et d'entretien, certains revêtements ou des objets de décoration sont également des sources potentielles de **benzène**.*

*Absorbé par **inhalation**, par voie orale ou par voie cutanée, les effets de ce **polluant** sont particulièrement nocifs. Quel qu'en soit le degré d'exposition, il endommage les cellules sanguines et peut provoquer des leucémies ainsi que des atteintes de la moelle osseuse. Les **symptômes** qui peuvent être ressentis sont les vertiges, les maux de tête, les nausées, un amaigrissement, des pâleurs, des troubles de la vue, des insomnies.*

*Le **benzène** est aussi appelé : benzol - huile de carbone - naphte de charbon - cyclohexatriène - phène - hydrure de phényle »*

Notre enquête a montré qu'il y avait bien connaissance d'un lien entre exposition à certains toxiques et pathologies, mais que la diffusion de celle-ci dans le public, voire la capacité d'établir un lien causal avait échoué ou du moins était restée limitée à des cercles d'acteurs de la prévention ou militants.

La publicisation de la pollution de l'air intérieur comme enjeu de politique publique est freinée par le manque de plaintes venant d'individus[10]. Ainsi, de nombreux acteurs comme les responsables de ce dossier à l'ADEME ou à l'Agence Régionale de Santé (ARS) rappellent la nécessité permanente d'informer le public pour qu'il prenne conscience de la menace, invisible au quotidien, et que celle-ci peut être mesurée. À l'ADEME, on souligne que le principal obstacle est ici d'entrer au domicile des personnes pour leur parler de leurs pratiques à l'origine de pollutions de l'air intérieur. Ce qui est vécu comme une intrusion peut remettre parfois en cause des modes de vie anecdotiques mais très ancrés : usage de bougies pour améliorer l'ambiance olfactive de l'habitation, emploi de produits ménagers qui « sentent le frais », etc. La seule prise possible est, dans le secteur locatif, de convaincre les bailleurs publics de type HLM d'approcher les habitants. Mais quelle que soit la situation, tous les acteurs (ADEME, professionnels de la santé, élus) rappellent combien mener une telle investigation peut rapidement basculer en discours moralisateur voire de « classe » : les techniciens se transformant en « donneurs de leçons » auprès de populations qui peuvent être pour certaines en situation de vulnérabilité économique.

On a également identifié à plusieurs reprises la difficulté à étendre le dispositif d'enquête ou de traitement des pollutions de l'air intérieur au logement social ou aux situations d'habitat insalubre. Outre les mécanismes de tri du public pris en charge par le secteur sanitaire, il semble que le secteur de l'habitat social et les bailleurs concernés hésitent à se lancer dans des enquêtes de ce type, qui mettraient en lumière des situations exigeant une action spécifique (transfert du locataire, ou travaux). La tentative de mettre en œuvre une investigation dans plusieurs centaines de logement n'a ainsi pas pu aboutir en Picardie (données recueillies à mi-2014). En cela, les bailleurs sociaux sont dans une situation proche de celle des communes qui doivent prendre en charge à la fois les coûts des mesures, mais aussi des actions de remédiation éventuelles. Ceci peut les dissuader de s'engager dans une démarche même de production de connaissance.

À l'ARS Bretagne, les responsables de la question de l'air intérieur relevant du pôle Santé-Environnement, soulignent que, dans le Finistère, le radon est connu pour provoquer des cancers du fait de sa forte présence dans le sous-sol et sa pénétration dans les bâtiments et maisons. Cette causalité a alerté le préfet dès la fin des années 1990 au point d'initier une politique proactive, données épidémiologiques à l'appui. Mais elle n'a pas provoqué pour

[10] A contrario du cas de l'amiante : voir le rôle des victimes étudié par Emmanuel Henry, *Un scandale improbable. L'amiante : d'une crise professionnelle à une crise de santé publique*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2007.

l'instant de mobilisation des victimes qui sont suivies pour leur cancer. Les professionnels de la politique de la santé insistent sur le fait que la causalité n'est pas parfaitement identifiée. Les individus sont-ils malades du fait du tabac, de prédispositions génétiques ou encore de l'exposition au radon ? La question de l'exposition, des doses apparaissent rapidement dans les discours des acteurs qui, tout en portant la cause de la pollution, restent prudents sur la qualification d'une seule pathologie, son lien avec l'effet d'une particule donnée, ou avec des toxiques multiples. En revanche, la connaissance par les acteurs du secteur de ce « probable » problème sanitaire contribue à la mise en réseau d'acteurs et à la mise en lumière du « problème » mais dans un cadre local.

En Bretagne, une action collective a ainsi été élaborée à Concarneau, visant à sensibiliser « la population, les médecins, les professionnels du bâtiment… [à la pollution par le radon] sur un petit territoire ». Lancée suite à un appel à projet de l'INC (Institution national du cancer) en 2010, l'opération est montée par le CLCV (une association de consommateurs) du Finistère et soutenue par la Direction générale de la Santé du Ministère, qui finance les dosimètres de mesure du radon, puis l'ensemble de l'opération à partir de 2013 via l'ARS Bretagne. 5000 dosimètres (20 % des résidences principales de l'aire urbaine de Concarneau) sont distribués gratuitement et 3 campagnes de mesures sont lancées entre 2011 et 2013. Au total, l'opération produit 3716 mesures, dont 680 montrent un dosage supérieur à la norme OMS et 134 très supérieur, conduisant à 80 appels pour information et suivi. Cette action mobilise les collectivités (information par bulletin municipal), la presse locale et des organismes financeurs et techniques pour les analyses. Elle permet de nouer des contacts avec les structures professionnelles du bâtiment (éco-habitat, CAPEB, FRB) pour améliorer la formation des acteurs de « remédiation », sensibiliser les professionnels de la santé, incluant les pharmaciens. Sa généralisation est envisagée au département du Finistère.[11]

Dans un autre secteur, et contrairement à toute attente, le milieu des parents d'élèves et d'enfants en crèche n'apparaît pas non plus mobilisable en réponse aux discours de la pollution de l'air intérieur. Alors même que, dans les actions collectives liées à la santé environnementale, les enfants sont souvent au cœur du dispositif émotionnel pour alerter et s'indigner de l'exposition à un environnement malsain[12], le milieu des parents d'élèves, comme celui des parents d'enfants en crèche, n'apparaît pas non plus facilement mobilisable aux discours de la qualité et de la pollution de l'air intérieur.

De même, on note le peu de succès des tentatives d'atteindre et de convaincre les milieux professionnels les plus concernés, pour en faire des relais des messages de prévention et introduire des changements de pratiques. L'action à destination des femmes de ménages**[13]** menée par la MCE (Maison de la Consommation et de l'Environnement)[14] de Rennes a produit des résultats nuancés. Les personnels d'entretien ne considèrent pas d'emblée que par exemple, leurs activités peuvent à être à risque comme pourraient l'être d'autres activités. La propreté et l'hygiène possèdent leurs codes (odeurs, aspects physiques) et envisager ainsi ces activités implique une difficile modification des normes professionnelles.

[11] Entretien, Rennes, mai 2013 auprès des responsables de « santé environnementale ».

[12] Marcel Calvez, Sylvie Ollitrault, Véronique Van Tilbeurgh, « Les plaintes en santé environnementale et l'expertise épidémiologique », *Sciences sociales et santé*, décembre 2015, vol 33, n°4, décembre 2015, p. 5-29.

[13] Enquête de 2008 de la Maison de la Consommation et de l'environnement auprès des personnels de ménage à domicile sur la question de l'usage des produits ménagers et l'influence sur la santé.

[14] Ce lieu regroupe la plupart des associations environnementales et de consommation de Renne, fonctionnant comme un centre de ressources et de documentation.

Dans les deux régions étudiées, les autorités sanitaires et publiques rencontrent des obstacles conséquents lorsqu'il s'agit de sensibiliser davantage les personnels soignants et au premier chef les médecins généralistes, notamment dans le cadre des dispositifs de type CEI (Conseiller en environnement intérieur, parfois changé en « conseiller médical » ou CMEI). Les généralistes sont les grands absents de nombre de forums, tels ceux que nous avons pu observer en octobre 2013 lors d'une conférence sur la Santé et l'Environnement à Redon, durant laquelle les organisateurs ont regretté leur absence alors que des mutuelles étaient à l'initiative de ce projet. En Picardie, les essais de mobilisation via des plaquettes échouent à accroître la part des généralistes prescripteurs dans les visites de CEI (à peine un ou deux cas sur une vingtaine, où se signale davantage le rôle de spécialistes mobilisés, tels les pneumologues).

Cette situation répète de façon intéressante les diagnostics produits pour le radon, pour lequel, de l'avis des autorités sanitaires « *les risques sont plus importants que pour les antennes relais, mais ça ne prend pas* » ; « *on s'est beaucoup posé la question de comment sensibiliser la population. Parce qu'on n'y arrive pas* ». La solution, suggérée par une « *étude sociologique* » commanditée par l'ARS Bretagne serait alors « *d'intégrer le radon dans l'air intérieur. On arriverait mieux à sensibiliser en parlant d'air intérieur qu'en parlant de radon* ». Mais les chances de cette stratégie semblent également incertaines au regard des publics touchés.

Les premiers résultats qualitatifs que nous avons recueillis montrent que les publics concernés par le dispositif des CEI par exemple présentent des profils très variés et n'ont pas les mêmes capacités d'accès à ces prestations. Une caractérisation rapide du public pointe une série de cas entre deux extrêmes : selon l'un de ces conseillers, on a à la fois le « *bourgeois qui tousse une fois et qui se pose la question »* et les situations de *« précarité où tous les malheurs du monde sont présents : logement social, pas entretenu, pas de revenus, le chômage… ».*

Dans le premier cas, l'accès au dispositif public s'opère de façon autonome : *« : ce sont des gens qui ont pris conscience de leur environnement, l'impact dans l'environnement et ils se posent des questions sur l'impact de cet environnement sur leur santé et ils veulent aller plus loin* ». À l'inverse, dans le second cas, force est de constater que la prescription passe uniquement par le médecin, qui constitue, comme on l'a vu, un goulot d'étranglement du fait de la faible mobilisation des généralistes. Par ailleurs, les raisons sociales et sanitaires se mêlent dans ces demandes, qui font que les situations concernées sont parfois difficiles à retenir :

« [Pour les cas d'insalubrité] Ce n'est pas eux qui demandent. C'est le médecin qui demande. Ou alors ce sont eux qui demandent dans le cadre d'une démarche de relogement. [L'air intérieur est] un argument supplémentaire pour inciter au relogement (…) Et là, on est un petit peu gêné parce que ça sort du cadre de notre action. L'ARS s'est fait avoir plusieurs fois comme ça. Les personnes trouvent un médecin conciliant qui va lui faire une ordonnance. Certes, il y a quand même l'aspect santé derrière parce que les gens sont quand même en difficulté, mais ça ne correspond pas vraiment à l'objet de notre activité. » (Conseiller en environnement intérieur, 2013)

Cette difficulté à atteindre certains groupes de population est aussi exprimée par un élu local, sensible au discours publics sur les pratiques de consommation et les modes de vies des milieux à faible revenus, qui peuvent s'avérer « violents » au plan symbolique :

« J'étais en train de leur signifier qu'ils [les occupants d'un pavillon en bord d'autoroute] avaient acheté une maison mal placée et qu'ils suaient sang et eau pour la rembourser en

travaillant à Citroën. C'est très violent. Donc ce management n'est pas facile et c'est pareil pour la qualité de l'air intérieur. La personne qui utilise les bougies parfumées, qui a tous les comportements qu'il ne faut pas, comme mettre son chauffage à 26° c'est quelqu'un de milieu modeste, donc elle cumule les difficultés d'approche et c'est quelqu'un à qui on va dire : "Vous avez déjà peu de marge de consommation et bien maintenant, il va falloir en plus consommer autrement" (Bretagne, élu local, 2013)

Des solutions sont recherchées par les administrations sanitaires pour corriger ce type d'inégalités, mais la démarche demeure encore balbutiante : « *on est au démarrage de la réflexion [sur les inégalités]* » (Bretagne, ARS). Parmi les tentatives allant dans ce sens, le projet évoqué d'un carnet de santé de maternité vise précisément à atteindre un public large, et notamment ses composantes les moins favorisées et soumises à différents types d'inégalités (niveau d'éducation, de revenus, et effets liés en termes de non-recours aux droits, à l'information et aux services publics). À l'inverse, on peut penser qu'un autre type de démarche le « carnet de santé habitat », quoique proche, semble cibler le seul public propriétaire disposant d'une maison individuelle, ou bénéficiant d'un rapport éduqué à l'habitat, portant attention aux documents décrivant son histoire antérieure, etc.

L'impression générale qui domine est d'être en présence d'un réseau déjà en alerte sur la question de la pollution d'air intérieur, constitué comme on l'a vu de composantes variées issues de plusieurs secteurs d'activités professionnelles. Néanmoins, l'éparpillement des populations potentiellement victimes, la variété des substances incriminées, des différences de dispositifs entre espace professionnel, habitat ou encore établissement accueillant du public ont pour effet une dispersion des mobilisations et leur non-synchronisation. Il apparaît ainsi difficile de trouver un intérêt commun sur ce thème, sinon sous la forme – première et essentielle - d'un encouragement à travailler sur les pratiques et les représentations des acteurs.

Faut-il renoncer à identifier les plaintes ? Les canaux que nous avons identifiés passent essentiellement par la voie médicale. Les relais identifiés sont les Conseillers (médicaux) en environnement intérieur, ou les infirmières responsables du secteur santé/environnement. Mais nous avons observé que ces relais participent de manière ambiguë à une diffusion de la préoccupation mais en la médicalisant, en la « technicisant », ce qui a pour effet de la dépolitiser, c'est-à-dire l'éloigner de l'agenda politique.

Savoirs légitimes, voies de certification et cadrages dépolitisants

La mise en place des outils de prévention en matière d'air intérieur se fait dans des configurations associant acteurs déjà en alerte, connaisseurs des dangers de cette pollution et des intervenants qui doivent encore intégrer les nouvelles normes dans leurs pratiques professionnelles. On a pu également distinguer dans cet ensemble des *profanes* (non spécialistes du domaine technique) *co-constructeurs* qui sont capables d'accroître la pression en développant des demandes sociales et des *profanes guidés*, plus dépendants du réseau de politiques publiques mis en place par l'État dans le cadre d'une activité de veille et de surveillance (environnementale sociale, ou sanitaire).

En écho avec d'autres analyses des mobilisations, l'importance des actions de *certification* apparaît ici aussi. Elles expliquent la présence de plaintes qui ne deviennent pas un enjeu de controverse ou la base d'une action collective, visant des cibles sur lesquelles faire pression.

On sait que les acteurs individuels ou les groupes restreints doivent « monter en généralité », c'est-à-dire sortir de l'ornière de leur état individuel ou de *NIMBY*[15] à base locale pour exister dans l'espace public global. Toutefois, l'opération ne dépend pas uniquement d'un travail rhétorique ou cognitif pour extraire la cause de son contexte local. Il est en effet indispensable que des réseaux d'acteurs portent une certification de ce type de plainte, comme cela a pu être démontré sur la question des ondes. Ce sont ce type d'agents certificateurs qui désignent telle ou telle action collective comme porteuse d'une plainte avérée et crédible. Ce mécanisme rend compte pour partie des circulations (possibles ou non) entre l'échelon local, national voire global, décrites par des auteurs comme Christopher Rootes[16]. Ainsi, les causes locales qui n'arrivent pas à s'appuyer sur des réseaux qui amplifient leurs imputations de causalité restent à un niveau confidentiel, pire sont totalement absentes, réduites à une pathologie qui se vit en face à face avec son médecin traitant.

Au moment de notre enquête (2012-2015), du fait de la prédominance des cadrages institutionnels, les mobilisations médiatiques ont encore un profil de mobilisation de consensus. Celles-ci correspondent à une opinion publique orientée vers l'acceptation d'un enjeu comme forme de cause sans adversaire, qui ne supposent pas de transformation radicale de pratiques ou la promotion de politiques publiques. La mobilisation médiatique ne repose pas sur le scandale visant des responsables précis, ou encore sur la remise en question des régulations existantes. L'information des usagers respecte ce cadre et donne des codes de conduites individuels à l'égard des dangers. Ce faisant, elle contribue aussi à individualiser les plaintes en bloquant leur montée en généralité[17].

La comparaison entre les cas picard et breton offre, enfin, la possibilité de replacer ces constats dans le contexte des agendas locaux. En Bretagne, c'est la question du radon qui structure la prise en compte de l'air intérieur, en se plaçant au cœur du dispositif de veille sanitaire, complété par une action, relayée au niveau communal, de mise en conformité des établissements recevant du public. Il reste que l'agenda environnemental régional reste centré sur la pollution de l'eau ou encore la prolifération des algues vertes, qui mettent au second plan la question de la pollution de l'air intérieur, dans une région perçue, parfois à tort, comme celle du « bon air ». De façon différente, la Picardie est caractérisée par un engagement volontariste de la collectivité régionale, qui assure un rôle moteur dans la promotion de la thématique de l'air intérieur, à partir d'une mise sur l'agenda des pollutions chimiques comme problème (pesticides, perturbateurs endocriniens, etc.). Au-delà des différences de contexte local, nous observons des traits communs qui expliquent les freins à l'émergence de la preuve, preuve qui soutient, motive la mobilisation des acteurs, la publicise.

Des plaintes aux destinées différentes : frein aux contestations collectives

[15] Nimby : *Not in my backyard* (traduction : pas dans mon jardin) : terme péjoratif censé délégitimer les causes environnementales se fondant sur le vécu des individus. Voir à ce sujet Danny Trom, « De la réfutation de l'effet *NIMBY* considérée comme une pratique militante. Notes pour une approche pragmatique de l'activité revendicative », *Revue française de science politique*, 1999, vol. 49, n°1, p. 31-50 ou Sylvie Ollitrault, « Nimby », *in* Cole A., Guigner S., Pasquier R., *Dictionnaire des politiques territoriales*, Paris, Presses de Sciences Po, 2011.

[16] Christopher Rootes, « "Acting Locally: the character, contexts and significance of local environmental mobilisations »," in Rootes, C. (dir..), *Acting Locally: Environmental Campaigns and Mobilizations at the Local Level*. Londres, Routledge, 2008, p. 2-21.

[17] Jean-Baptiste Comby, « Faire du bruit sans faire de vagues. Une analyse sociologique de la communication de l'état sur les questions climatiques », *Communications*, vol.31 (2), 2013, mis en ligne le 18 septembre 2013, consulté le 29 février 2016. URL : http://communication.revues.org/4439 ; DOI : 10.4000/communication.4439

Quand on recense les travaux en sciences humaines qui ont porté sur la question des plaintes liées à une pollution en espace clos, on trouve rapidement une large gamme de situations analysées, incluant celles liées à l'amiante, au plomb, aux émanations de perchloroéthylène dans les pressings ou aux ondes, qui sont souvent intégrées dans les « contaminants » à domicile ou sur le lieu de travail. Si la contamination au travail fait l'objet de controverse et d'avancées dans la reconnaissance des nuisances occasionnées, le cadre du domicile et ses problèmes spécifiques n'ont pas encore trouvé les relais efficaces pour construire l'alerte, la prise en charge voire la mise en cause par le biais d'un lien de causalité. Lien de causalité qui relève autant du langage de l'ordre judiciaire (c'est-à-dire la mise en responsabilité) que de l'ordre sanitaire (enquête pour comprendre l'origine d'une pathologie ou d'une détérioration de l'état de santé de manière plus générale). Nous pouvons émettre l'hypothèse que le cheminement de la cause ne passe pas dans ce cas par les mêmes canaux : dans le monde du travail, certains états de détérioration de la santé humaine peuvent être entendus, relayés hors de l'espace professionnel ; à l'inverse, dans les espaces qui nous préoccupent le confinement de la cause peut sembler plus facile et la mobilisation demeure « privée »[18].

Il faut également garder à l'esprit que le cadrage institutionnel de l'air intérieur renvoie à de multiples lieux d'exposition et encore davantage à une variété d'éléments toxiques qui ne facilitent pas la mise en ordre de la réalité. Or cette mise en ordre est un processus obligatoire pour mener une lutte collective et une reconnaissance de sa plainte[19].

Dans le cas de la santé au travail, le recours à la réglementation est habituel et constitue un outil pour des collectifs préexistant et des relais d'alerte que forment les syndicats, les médecins du travail, voire celui des régimes d'assurance. Emmanuel Henry l'a observé sur les questions de l'amiante ou encore de nombreux auteurs sur la question des risques au travail. Ceci ne présage pas que des populations entières ne sont pas exclues de ces « filets de sécurité », comme peuvent l'être, nous y reviendrons, les personnels d'entretien[20], souvent précaires, les personnels intérimaires qui échappent au suivi médical et sont peu syndicalisés. Néanmoins, peu ou prou, une forme d'institutionnalisation de l'alerte et un régime de règles permettent notamment à des profanes co-constructeurs du fait de leur relation au monde du travail (syndicats, médecins…) ou de leur pathologie de « sortir » les cas de l'espace privé vers l'espace public.

En revanche, les domiciles sont difficilement envisagés comme lieux de régulation ou de réglementation : espaces privés par excellence, ils renvoient à l'intimité, voire à la liberté constitutionnellement garantie (le « droit sacré » à la propriété ; l'inviolabilité du domicile). Si des collectifs se forment dans le cadre des syndics de copropriété (contre les ondes électromagnétiques), ils rassemblent souvent les propriétaires sur le mode d'un intérêt commun à préserver. Dans le cas de l'air au domicile, la montée en généralité est entravée par les difficultés à penser des restrictions sur l'usage du chez-soi ; le terme « recommandation » semble être le seul acceptable dans ce cadre. Les CMEI, ou les agents de l'ADEME en charge de mesures ou de diagnostics sont, dès ce stade préalable de la connaissance, déjà soumis à la contrainte du volontariat des personnes visitées.

[18] Emmanuel Henry, *op.cit.*

[19] Madeleine Akrich, Yannick Barthe, Catherine Rémy (dir.), *Sur la piste environnementale. Menaces sanitaires et mobilisations profanes*, Paris, Presses des mines, 2010.

[20] François-Xavier Devetter, Sandrine Rousseau, *Du Balai, Essai sur le ménage à domicile et le retour de la domesticité*, Paris, *Raisons d'agir*, 2011, 140 p.

« Sur du logement on est dans le domaine privé. Il faut rentrer dans le logement, bien expliquer la démarche : "Ça vous coûte rien, c'est pas pour vous embêter, c'est pour vous, mais aussi pour nous pour connaître ce qu'il en est. " (ADEME Bretagne mai 2013)

Pour ces raisons, la co-construction entre profanes et réseaux d'alerte ou « certificateurs » reste encore largement à faire : l'entreprise de conversion est encore à ses prémices. La volonté de rupture de cadrage en matière d'hygiène demande un temps d'apprentissage qui peut se révéler long. Les acteurs des réseaux sur l'air intérieur s'accordent sur ce point.

La situation des établissements d'accueil du public (dits « ERP ») est hybride de ce point de vue : d'un côté la plupart des discours portés sur ces établissements insistent davantage sur la présence du public et en particulier des enfants qui y passent un temps souvent aussi long qu'à leur domicile. Ces lieux deviennent peu à peu sinon privés, du moins privatisés, formant un continuum avec le domicile. Ne parle-t-on pas de « sanctuariser » les écoles ? De l'autre, force est de constater que les alertes restent majoritairement d'origine institutionnelle, dans le cadre d'activités de surveillance (sauf cas de crise sanitaire, type bâtiment malsain où les occupants interviennent en premier). Les acteurs les plus mobilisés sont ainsi les élus et techniciens municipaux. Ils savent que leur responsabilité peut être remise en cause et anticipent la formation d'action de groupe sur la base des associations de parents d'élèves ou des collectifs de parents[21].

Ce terrain sensible fait donc l'objet d'une attention particulière et d'une prise en charge prédominante par le réseau public de l'air intérieur. Signe de la réussite relative de cette stratégie, les profanes restent pour l'instant peu investis sur cette problématique, comme le soulignait paradoxalement la crainte déçue d'un élu, déjà évoquée. Les ERP sont donc les plus soumis à des veilles voire à une possible co-construction en cas d'alerte provenant de l'intérieur des établissements, mais sous le contrôle des responsables institutionnels, agissant comme porte-parole, plutôt que des acteurs sociaux concernés.

Ces éléments montrent que les relais d'expression publique de la plainte varient selon les espaces, et sont diversifiés. Dans les cas qui nous préoccupent, les « carrières » des plaintes restent néanmoins globalement encadrées, c'est-à-dire soumises à un régime de visibilité qui s'impose aux personnes exposées elles-mêmes. L'individu confronté à une pathologie est comme un enquêteur qui va rechercher des liens de causalité. Dans ce processus, la certification permet de transformer la pathologie en une preuve tangible de l'exposition à un ou des polluants.

Les profanes et l'enjeu de la certification

Pour comprendre la catégorie des profanes co-constructeurs, nous empruntons aux travaux de Laure Pitti[22], qui a analysé comment, dans le domaine de la santé au travail, les médecins ont joué un rôle important après 1968 pour légitimer la parole profane ouvrière en matière de maladie professionnelle. Doug McAdam et Hilary Boudet parlent dans ce cas de *certification*,

[21] Voir Marcel Calvez, Sylvie Ollitrault, Véronique Van Tilbeurgh, Projet financé dans le cadre du PNR EST Programme national de recherche Environnement-Santé Travail, « *La cristallisation des plaintes en sante environnementale* » (période concernée : du 14 décembre 2009 au 14 décembre 2013-ANSES). Rapport final, 122 pages : la partie concernant les plaintes contre les antennes de téléphonie mobile (Sylvie Ollitrault).

[22] Laure Pitti, « Experts 'bruts' et médecins critiques. Ou comment la mise en débats des savoirs médicaux a modifié la définition du saturnisme en France durant les années 1970», *Politix* 3/2010 (n° 91), p. 103-132

c'est-à-dire l'attribution d'une légitimité (scientifique, technique, rationnelle, etc.) à une lutte ou encore à une plainte[23].

Certains réseaux d'acteurs correspondent dans notre cas à cette qualification : ils se constituent à la croisée du monde militant et du monde des « experts » tout en constituant une niche d'entrepreneurs au sens large, non purement économique du terme. On peut citer les professionnels de « l'éco-habitat », certains secteurs de la presse écologique centrée sur l'habitat (« la maison écologique »), le domaine des formations sanitaire et écologique (Haus), les professions de santé émergentes entre médecine et logement (infirmières, CMEI). Ils n'ont pas les compétences en épidémiologie et ne recherchent pas forcément à créer des preuves à finalité de controverse publique. En revanche, si des cas se présentent à eux, ils sont capables de donner du sens aux malaises et maux observés et d'offrir un diagnostic médical et technique. En entrant dans les domiciles, ils initient ce qui peut s'apparenter à une enquête et une recherche d'indices, collectant les preuves de la pathologie constatée par le médecin. Ce sont donc bien des entrepreneurs de cause, construisant potentiellement un argumentaire de type *story-telling*[24] de la plainte, mais qui se limitent strictement au cadre individuel, sans (encore) de mise en série ou de généralisation.

Ces profanes co-constructeurs, aux positions périphériques dans l'univers médical, contribuent à faire exister symboliquement (par des discours, des écrits, la reprise de formules et de diagnostics etc.) le monde de « l'air intérieur » (via leur présence aux conférences, salons, forums consacrés, etc.). Ils participent aussi à l'alerte et tentent de « réformer » le monde social pour en faciliter les conditions d'émergence (sensibilisation, prévention etc.). En soi, ils ont donc bien un rôle de co-constructeurs**,** à l'image des syndicats ouvriers qui peu à peu instruisent les dossiers auprès des médecins pour faire émerger le problème de la santé à l'usine. Dans notre cas, la collecte de données et la diffusion de l'information alimentent une problématique invisible sans ces relais. Convaincus de l'importance du changement de pratiques, ces acteurs participent par capillarité à faire naître l'intérêt, voire à imposer une rupture de cadrage[25] en matière de représentations de ce qui est « bon pour notre air intérieur ». Ce sont aussi des individus qui, peu à peu, prennent conscience de l'importance du problème et s'engagent dans un processus de réforme de leurs pratiques (souvent par des achats limitant les effets de pollution).

Peu nombreux, ces CMEI partagent un réseau d'interconnaissance professionnel qui compense leur isolement dans les lieux d'exercice de leur métier (telle cette infirmière en milieu hospitalier travaillant hors d'un service préexistant). Or, leur partage d'informations (liste e-mail : professionnel), leurs stages, leur formation (à Strasbourg) commencent à construire un univers de références qui leur permettent d'appréhender la problématique de l'air intérieur sous l'angle de la pollution, mais également sous celui de l'insalubrité.

Ces profanes co-constructeurs diffusent leurs savoirs sur les pollutions de l'habitat auprès des habitants, des bailleurs sociaux comme dans le milieu médical qu'ils fréquentent. Ils soutiennent ainsi la « cause » en la vulgarisant au-delà de l'espace professionnel : une CMEI participe à un reportage sur la question de l'habitat sain dans une revue écologique (*La*

[23] Doug McAdam, Hilary Boudet, *Putting Social Movements in Their Place: Explaining Opposition to Energy Projects in the United States, 2000-2005*. New York, Cambridge University Press, 2012.

[24] Une notion qui utilisée en analyse de la construction des problèmes publics signifie les manières de présenter une « affaire », une « cause », ou un problème au sens large. Erik Neveu, *Sociologie politique des problèmes publics*, Paris, Armand Colin, coll. U, 2015.

[25] En l'occurrence, les personnes prennent conscience qu'une pratique jugée « bonne » met en péril la santé (usage du chlore, des bougies parfumées par exemple).

Maison écologique) ; une autre participe à de nombreuses conférences publiques (*Salon Ille bio* 2014).

Ces professionnels donnent aussi une cohérence aux plaintes liées à des pollutions de l'habitat en les triant et en livrant un diagnostic, tout en reconnaissant la difficulté d'avoir une prise réelle sur les conduites domestiques ou d'obtenir des remises en état coûteuses pour le propriétaire, individuel ou bailleur social. Ces limites intégrées, ces personnels donnent néanmoins une voix « médicale » à la santé environnementale en liant une pathologie à une cause externe liée aux conditions de vie.

Les CMEI relèvent en particulier de la catégorie « profanes co-constructeurs » au sens où ils labellisent des faits, bien qu'elles n'aient pas les compétences scientifiques leur permettant d'identifier les polluants et leur nocivité. Ils contribuent dans le cadre de leur pratique à développer des activités de mesure de l'air intérieur et sont les pivots de la caractérisation des situations comme problématiques. Ceci n'est pas sans évoquer la veille sanitaire que déploie la médecine du travail sur les questions de santé des salariés. Pour ce faire, ils s'appuient sur l'autorité scientifique de la médecine, qui déclenche leurs interventions par la prescription, fondée dans certains cas sur un bilan clinique. Un des effets majeurs de ce passage obligé par la médecine est, comme l'indique l'entretien ci-dessous, que seules les situations de nuisances médicalement constatées sont éligibles, excluant les autres formes de maux ou de souffrances :

« C'est vraiment un choix de l'association [des CMEI] de par notre formation et c'était une demande de notre formateur [à Strasbourg] qui est le professeur De Blay. Il a demandé à ce qu'on intervienne sur prescription médicale. (…) Ce qui semble logique parce que sinon on a aussi des demandes parfois extravagantes ou de gens qui sont en conflit avec leur propriétaire, des choses comme ça. Et comme on ne veut pas du tout entrer là-dedans, on a fait le choix de la prescription médicale sachant que le médecin qui nous fait la demande doit la justifier avec un bilan allergologie et la motiver parce qu'on sait aussi que certains médecins peuvent éventuellement avoir envie de faire plaisir à leurs patients » (Bretagne, CMEI, mars 2014)

La seconde catégorie de profanes, que l'on appelle « guidés » englobe les populations dont le niveau d'information, culturel, voire la capacité mobilisatrice (ou civique), restent faibles. Ce sont principalement les « malades », les « patients », qui se trouvent dirigés/guidés généralement par le personnel médical, à qui revient la mise en cause de telle ou telle source. Or, dans ce cas, *c'est la pensée médicale qui donne sens à la situation et conduit à prendre conscience de la transformation nécessaire des pratiques, voire des représentations que l'on peut avoir de son habitat.* Ce guidage est contraint : par une forme d'auto-contrôle des intervenants sanitaires qui savent que les budgets serrés, la différence culturelle ou de niveau d'éducation empêchent un discours trop intrusif, trop prescriptif. Les entretiens de certains CMEI le montrent. Parfois, l'habitat est avant tout insalubre et malsain et les contraintes économiques sont majeures : la réforme des pratiques apparaît compliquée sauf à reloger les personnes.

En revanche, ce type de situation peut faire l'objet d'autres guidages qui redirigent la mobilisation vers d'autres enjeux, notamment la lutte contre l'insalubrité ou la précarité sociale. Le profane qui dit ses maux peut alors devenir victime et être pris en charge par d'autres individus qui, par un jeu de mobilisation altruiste, parlent pour lui car il est dans l'incapacité de donner une cohérence à sa cause et ne peut parler de sa pathologie sans

construire un lien de causalité[26]. Ainsi, la question de l'insalubrité porteuse aussi de pollution est réorientée du fait que la parole des populations concernées est portée par des associations comme la Fondation Abbé Pierre. Les discours mettent ici l'accent sur la précarité énergétique et l'exposition des populations pauvres aux particules, du fait du chauffage utilisé (pétrole ou bois, non-respect des normes etc.). Cette catégorie d'habitants souffrant d'insalubrité est représentée par ces associations et prise en charge plus qu'acteur de l'alerte. Il n'est pas anodin que la Fondation abbé Pierre ait lancé récemment une campagne (2014) sur ce terrain, complétant ainsi le « paysage » des différentes manières de souffrir de la pollution de l'air intérieur.

La situation d'autres catégories de profanes, également guidés mais plus autonome, doit être aussi évoquée. On pense ici aux publics consultants des CEI qui semblent prêts à se saisir de cette problématique pour améliorer leur habitat, voire jouer un jeu de distinction de classes moyennes éduquées. Dans ce cas, la préoccupation traitée par le monde médical débouche davantage sur des pratiques renouvelées de consommation, favorisant la diffusion de la problématique dans certains univers sociaux, plutôt que sur une revendication.

Ces situations renvoient toutes cependant à des circulations des plaintes sous contrôle des autorités administratives et politiques et donc à l'audience limitée. Cette absence de basculement dans l'espace public ouvert résulte des distances sociales qui existent entre les « profanes » relevant de mondes sociaux différenciés, comme on l'a vu. Les entrepreneurs de cause quant à eux sont confrontés autant à la difficulté de travailler la rupture de cadrage du normal à l'anormal qu'à celle de devoir prendre en charge des « cas » inscrits dans des carrières individualisées plutôt que dans un processus d'alerte collective.

Faut-il conclure à l'absence d'une telle alerte ? L'espace le plus propice à la formalisation de l'action collective est celui des établissements accueillant du public, puisque les usagers et le personnel peuvent faire masse, s'organiser et réagir en communauté. Mais ces deux dynamiques de mobilisations semblent difficiles à mettre en œuvre de concert : les causes en santé au travail[27] suivent d'autres trajectoires que celles de la santé à domicile ou des usagers.

C : l'accès au marché de l'éco-habitat : un délit d'initié ?

Parallèlement, dans le secteur du bâtiment écologique, la question de l'« air intérieur » est prise en considération du point de vue professionnel et militant. On observe ainsi une mise en réseau des différents corps de métiers participant à la construction de maisons autour de cette problématique. Ce faisant, le secteur répond à une demande sociale provenant d'individus intéressés par la réalisation de travaux ou d'un habitat conforme à des normes écologiques. Les professionnels formulent alors propositions de solutions pour des personnes confrontées à des questions de santé environnementale (asthme, hypersensibilité). À titre d'illustration, en Bretagne, l'association « Empreinte » gère un centre de ressources à la MCE de Rennes et participe à des actions de promotion de l'habitat prenant en considération les questions environnementales (diminuer l'empreinte écologique) tout en diffusant l'information sur la dangerosité de certains produits (peintures, solvants etc.).

[26] Sandrine Lefranc, Lilian Mathieu (dir.), *Mobilisations des victimes*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, coll. « Res Publica », 2009, Sur les dynamiques de mobilisations y compris altruistes comme les cas mentionnés ci-dessus.

[27] Stéphane Buzzi, Jean-Claude Devink, Paul-André Rosental, *La santé au travail 1880-2006*, Paris, La Découverte, 2006.

Leur répertoire d'action[28] s'inscrit moins dans les registres revendicatifs que dans ceux de la mobilisation d'opinion. Ainsi, les stages auprès des adhérents, la mise à disposition de documentation, les visites de sites témoins, les conférences prouvent leur volonté de diffuser au-delà d'un cercle restreint de militants des informations relatives à l'effet du bâti sur le bien-être, la question de la qualité de l'air intérieur étant ici incluse. Pour preuve, au centre de documentation de la même MCE, la plupart des ouvrages répertoriés sur la question des pollutions d'air intérieur appartiennent à l'association. Ce monde en alerte n'est évidemment pas mobilisé sur des scandales avérés ou encore autour d'une cause spécifique ; il soutient la diffusion de l'information parmi un cercle d'individus déjà sensibilisés à la question de l'habitat sain. Il ne s'agit pas de conclure hâtivement que ce réseau a une prise sur un nombre important d'individus ou encore porte exclusivement la question de l'air intérieur, qui est mêlée à d'autres problématiques écologiques. Toutefois, il porte cette dynamique de connaissances et relaie les préoccupations liées, y compris parmi les militants écologistes. Ceci engendre une forme de spécialisation qui leur donne compétence lors des manifestations écologiques de type forum, salon ou conférences publiques, auxquelles ils participent régulièrement.

Ce réseau professionnel reste toutefois quantitativement minoritaire en dépit de sa forte intégration. En effet, les professionnels, de l'architecte aux maçons, sont surtout au service du projet de leur client. Or, nous pouvons imaginer que le public intéressé par ce type d'habitat a déjà été sensibilisé par les idées écologistes, voire développe une réflexion concernant son bien-être, sa santé.

Un mur peint qui doit « respirer » et faire respirer : un exemple de recommandations écologiques dans la construction

[Extrait du site Internet : Bio-construction Breizh : consulté le 1er août 2015 ; souligné par nous]

Bioconstruction Breizh fédère le secteur en Bretagne de la construction écologique. La problématique AI apparaît principalement avec la fiche métier « peintre »

« Présentation du métier : Le peintre finit la maison, la décore et améliore ainsi le cadre de vie. Il applique des peintures pour protéger les murs et les plafonds et pose également des papiers peints et certains types de revêtements de sol, liège, linoléum. Rôle en bio-construction : Son rôle est de rendre la maison harmonieuse en choisissant des produits qui respectent la santé de l'individu (une étude nationale a révélé que 80 % des habitations françaises avaient un air malsain à l'intérieur des maisons). (…)

Il est chargé d'enlever les vieux papiers, de lessiver, de poncer les vieilles peintures et de restaurer les supports délabrés. Ces différentes actions permettent d'assainir les lieux (supprimer les moisissures et les insectes). Elles sont essentielles pour peindre ou poser papiers et revêtements sur des supports propres, sains et secs. Le peintre sait encore utiliser certaines techniques anciennes pour protéger les bois, comme la colle de peau et la caséine qui révèlent les nuances et mettent en valeur les couleurs. Le maître mot de ses produits : respirer. Un mur, une menuiserie ont besoin de respirer pour bien vivre et bien vieillir, c'est la vie.

[28] Charles Tilly, *La France conteste de 1600 à nos jours*, Paris, Fayard, 1986. Par répertoire, il faut entendre les modes d'action collective choisis par un groupe pour mener ses objectifs de mobilisation, la défense de ses intérêts.

(…)

En conclusion : Le peintre dans la bio-construction est un professionnel accompli qui a développé sa sensibilité et sa créativité avec les peintures et matériaux naturels. IL devient alors complice de ses clients dans la création et l'aménagement de leur cadre de vie. Il garde toujours à l'esprit leur santé et leur bien-être. Après son passage il se dégage une ambiance agréable dans une maison où il fait bon vivre. Pour concrétiser votre projet, nous vous proposons une sélection de professionnels choisis pour leurs savoir-faire, leurs expériences et leur désir de promouvoir la relation habitat-santé-environnement.

Ainsi, le réseau institutionnel et le réseau professionnel/militant de l'écologie portent la question air intérieur incorporée dans d'autres thématiques celle de la santé environnementale *lato sensu* ou encore de l'habitat respectueux de l'environnement ou de l'habitat sain. Mais le public intéressé qui réclame des informations est déjà fortement sensibilisé à ces questions comme en témoigne le caractère volontariste de la démarche d'achat. Les personnes qui s'adressent aux professionnels ont le plus souvent déjà leur projet de maison et les orientations (environnementales, respect de la santé) qu'ils privilégient.

Néanmoins, la problématique « air intérieur » est incorporée dans celle plus large de la santé/ bien-être à domicile et s'inscrit davantage dans un mode de consommation que dans le registre de la plainte.

Conclusion

Ces développements montrent combien il est difficile de faire preuve pour des individus ordinaires, y compris lorsqu'ils semblent informés par des messages de prévention institutionnels ou militants. L'inquiétude vis-à-vis de l'air intérieur vient ici d'abord des acteurs institutionnels, qui anticipent sur un éventuel scandale sanitaire - l'exemple de l'amiante est dans toutes les mémoires - et privilégient le registre de la communication auprès d'un public dont le profil cible reste celui des classes moyennes, du point de vue des problèmes visés (liés à l'aménagement intérieur, aux peintures, à la décoration, etc.) et de sa capacité à s'informer et à changer ses pratiques. La question de l'insalubrité, comme autre source de pollutions intérieures, reste de fait peu abordée, d'autant plus qu'elle entraîne, pour sa résolution, des coûts économiques importants, via le relogement ou des travaux, et concerne des populations économiquement vulnérables. Ce versant social de la problématique de l'air intérieur est ainsi traité, quand il l'est, de manière exclusivement médicale, via le diagnostic et la prescription d'un conseil en air intérieur. Si le traitement médical peut être la première pierre de la construction d'un problème public, il ne suffit pas en l'absence de relais vers l'espace public. Si ces relais individualisent et dépolitisent la question, il est d'autant plus difficile de publiciser le lien de causalité et de faire preuve. Il n'est pas très étonnant qu'il n'y ait donc pas d'articulation systématique entre pathologie et santé environnementale, dans un contexte où les nuisances observées ne sont pas, selon le modèle des scandales sanitaires, saisies par des regroupements de victimes et d'experts certificateurs légitimant leurs plaintes.

Le cas de l'air intérieur illustre ainsi à quel point la preuve en santé environnementale peut, dans certaines configurations, avoir du mal à être documentée par les non-spécialistes « profanes ». Les freins qui contraignent l'expression d'un discours sur le lien de causalité y sont multiples. Des contraintes objectives limitent certes en amont cette capacité: l'air, par son invisibilité, est difficilement perçu comme problématique, sauf dans le cas, rare, d'odeurs jugées suspectes. Les pathologies concernées sont très variées et lentes à se déclarer. La

complexité des assemblages de substances joue aussi, comme la multitude des doses limites et la nécessité d'une expertise savante pour qualifier le danger.

Mais un des éléments déterminants apparu dans notre enquête est qu'il faut aussi un public pour construire une action d'ensemble, publiciser le lien de causalité et faire preuve collectivement. Or la grammaire des mobilisations environnementales exige un schéma simple, qui désigne un ennemi identifié et un lien juridiquement démontrable : à un toxique doit correspondre une pathologie, si possible majeure. Avec « l'air intérieur » tel que défini institutionnellement, ces éléments font défaut et compliquent le *story telling*[29] de la mobilisation. Il est difficile de « faire une affaire » face à un discours public qui prétend traiter la présence de nombreux toxiques et pathologies dans une variété de lieux (domicile, public, voire bureaux). Cette présentation prédominante impose aux profanes des coûts d'entrée élevés (formation technique, savoirs biologiques et parfois juridiques) et dissuasifs s'il s'agit de construire une cause. En regard, la préconisation officielle maintes fois répétée (aérer les pièces) a tous les dehors de la simplicité et semble faite pour rendre d'autant plus vaine la recherche de causalités[30].

[29] Erik Neveu, *op.cit.*.

[30] Certains retours en arrière de la politique de l'air intérieur peuvent s'expliquer par la séduction opérée par cette référence répétée au geste simple de « l'aération des pièces », amplifiée par l'attrait d'une solution traditionnelle déjà promue par les hygiénistes au 19e siècle. C'est le cas du report de la surveillance obligatoire des crèches décidée en 2014, dans la lignée d'un rapport préconisant la simplification des normes.