

## POLLUTION DE L'AIR INTERIEUR.

### APPROCHE HISTORIQUE ET DEFINITIONNELLE



#### Contribution au rapport intermédiaire de première année

**Chloé Valsopoulou , juillet 2013**

La question de la pollution de l'air intérieur constitue un enjeu qui se situe par excellence à la frontière entre qualité de l'environnement et protection de la santé humaine. La problématique de santé environnementale est consacrée en France avec la publication du premier Plan Santé-Environnement, en 2004, qui fait pour la première fois officiellement référence au problème de qualité de l'air intérieur. Cependant, il ne s'agit pas d'un problème nouveau. Sans qu'il soit qualifié comme tel, il est pris en considération par le mouvement hygiéniste qui se développe en Europe et plus particulièrement en France depuis les 18<sup>ème</sup> et 19<sup>ème</sup> siècles. Les hygiénistes ont non seulement lié la question de la santé humaine aux conditions environnementales mais ils ont aussi mis l'accent sur le fait que les populations les plus démunies étaient les plus exposées et obligées de vivre dans un environnement dégradé<sup>1</sup>. Leur approche était multidimensionnelle en ce sens qu'ils s'intéressaient à la fois aux questions d'hygiène urbaine, d'hygiène sociale, d'hygiène industrielle. Ainsi, les règles de qualité de l'air qu'ils proposaient se référaient tant au mode de construction et de fonctionnement des manufactures qu'à l'aménagement de l'espace urbain et la qualité de l'habitat.

Dans un premier temps nous essayerons de tracer le profil des médecins hygiénistes en tant que premiers experts ayant mis sur l'agenda politique la question de la qualité de l'air. Dans un deuxième temps nous tenterons de situer le problème de l'impact sanitaire de la pollution de l'air dans la temporalité. En effet, retracer son historicité permet d'apprécier l'héritage qui pèse sur l'action publique. Le terme d'héritage proposé dans le travail de R. Rose et P.L. Davies<sup>2</sup> consiste à démontrer que les routines et pratiques administratives, la pression exercée par certains groupes d'intérêts pour le maintien du *statu quo*, le temps limité d'une législature qui oblige le gouvernement à faire des choix sur les objectifs à poursuivre<sup>3</sup>, freinent la possibilité de changement et de renouveau dans la façon de gérer un problème public<sup>4</sup>. Cet héritage pèse encore aujourd'hui sur la politique publique en construction pour lutter contre la pollution de l'air intérieur. Dans un troisième temps, nous nous intéresserons à la spécificité de la qualité de l'air intérieur en tant que problème public, c'est-à-dire à son caractère transectoriel. Avec le développement de l'État providence et la spécialisation de l'appareil administratif la responsabilité en matière d'air intérieur se trouve aujourd'hui partagée entre plusieurs secteurs d'action publique, ce qui est d'ailleurs lié en grande partie à l'historicité du problème et aux différentes façons de le définir et de le traiter au cours des siècles. Cette spécificité complique sa gestion caractérisée par un manque d'unicité qui induit des incohérences dans les politiques publiques mises en place.

---

1 On retrouve là l'éclosion de ce qui se qualifiera deux siècles plus tard comme un enjeu de justice environnementale.

2 Rose Richard & Davies Phillip L., (1994), *Inheritance in public policy: Change without choice in Britain*, New Haven and London, Yale University Press.

3 *ibid.*, p.14,27,30.

4 Nous définissons un problème public comme une situation reconnue comme problématique et prise en charge pas les autorités publiques (Vlassopoulos, 1999)

## Les hygiénistes : premiers protecteurs de la qualité de l'air.

Le premier tome des Annales d'hygiène publique et de médecine légale, en 1829, définit la science de l'hygiène comme suit: « La médecine n'a pas seulement pour fonction d'examiner et de guérir les malades. La médecine a une relation intime avec l'organisation de la société, parfois le médecin aide le législateur dans l'élaboration des lois, souvent il éclaire le magistrat dans son jugement et travaille toujours avec l'administration pour le maintien de la santé publique »<sup>5</sup>.

L'hygiénisme se développe à partir du 18<sup>ème</sup> siècle autour d'une perception néo-hippocratique de la santé humaine: les conditions environnementales sont considérées comme ayant une influence majeure sur la santé humaine. Une société saine est celle qui vit dans un environnement propre. L'approche des hygiénistes consiste à étudier l'environnement (air, sol, eau) afin de lutter contre sa détérioration qui est la cause principale des maladies. Cette vision environnementale de problèmes de santé a été dominée par ce qu'on appelle l'approche 'aériste': l'air est considéré comme ayant une influence directe sur le corps et la santé, car il disperse les miasmes qui transmettent les maladies. Jusqu'au milieu du XIXe siècle, l'indicateur utilisé pour mesurer la qualité de l'air était l'odeur. Diffusées dans l'air, les mauvaises odeurs étaient considérées comme le principal facteur pathogène à combattre. Progressivement, les fumées et ensuite d'autres substances ont commencé à être prises en considération pour arriver à la période récente et la reconnaissance du plomb, des microparticules, des formaldéhydes, des COV ? et autres substances définies comme nocives et présentes dans l'air extérieur et/ou intérieur. L'approche aériste conduit les hygiénistes à fonder leur expertise sur une analyse approfondie de la composition de l'atmosphère. La ville, en tant qu'espace par excellence d'interactions entre les individus et l'environnement, devient le laboratoire privilégié pour étudier et agir sur la santé publique.

Les épidémies meurtrières du 18<sup>ème</sup> siècle et l'accumulation des personnes dans l'espace urbain au 19<sup>ème</sup> siècle ont produit une demande croissante d'expertise en matière d'hygiène. Plus l'espace urbain devient encombré et industrialisé et plus le rôle des hygiénistes devient important pour occuper progressivement des postes majeurs au sein des instances administratives et politiques et étendre leur influence politique, économique et social. Dans ce contexte, il n'est pas étonnant qu'ils soient devenus les principaux experts gouvernementaux dans la lutte contre la détérioration de l'environnement urbain au nom de la santé publique. Dès lors, depuis le début du 19<sup>ème</sup> siècle, les organes consultatifs et administratifs en charge de l'hygiène se multiplient: en 1802, est institué le Conseil supérieur d'hygiène publique dans le département de la Seine; en 1848 sont créés le Comité consultatif de l'Hygiène Publique et des Conseils consultatifs d'hygiène publique et de l'assainissement dans chaque département; en 1890, sont mis en place des bureaux d'hygiène municipaux et en 1906 le Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

La qualité de l'eau est aussi au centre de l'attention des hygiénistes mais, pendant que l'approche aériste domine, la pollution de l'air est considérée comme le principal ennemi à combattre. Les émissions des installations industrielles, la qualité de l'air intérieur respiré par les travailleurs, la qualité de l'air dans les quartiers de travailleurs et au sein de leurs logements ont fait l'objet d'investigations reliant la qualité de l'air à des considérations sanitaires et sociales. Tous les hygiénistes ne développent pas le même discours alarmiste et ne sont pas aussi préoccupés par les conditions de vie des classes laborieuses. Certains industriels en particulier, pendant la première moitié du 19e siècle, ont tendance à minimiser la gravité de la pollution et à promouvoir l'industrialisation. D'autres, plus sensibles aux demandes exprimées par le public dans les quartiers privilégiés, s'inquiètent de la détérioration de l'environnement urbain. Cependant, le discours dominant du mouvement hygiéniste exprime comme une priorité la nécessité d'améliorer les conditions environnementales dans lesquelles la classe ouvrière vit et travaille, considérée comme une condition nécessaire à la préservation de la santé publique dans son ensemble. Des philanthropes se sont d'ailleurs joint aux hygiénistes pour financer des programmes d'éducation

---

<sup>5</sup> Annales d'hygiène publique et de médecine légale, 1829 V. Le Prospectus

sanitaire et des projets de rénovation urbaine destinés aux travailleurs à faible revenu et à leurs familles.

Nous ne discuterons pas ici de l'efficacité des politiques adoptées au cours du 19<sup>ème</sup> siècle ni des mesures adoptées relatives aux nuisances industrielles qui relèvent de la lutte contre la pollution atmosphérique. Le paragraphe qui suit se concentrera sur la description de la prise en considération des problèmes sanitaires liés à la respiration d'un air vicié dans des espaces confinés (fabriques et habitations).

### **L'air vicié respiré par les travailleurs et leur famille.**

Le "air pestilentiel respiré par les travailleurs" (Bariety & Coury, 1963) est dénoncé par le mouvement hygiéniste depuis le 18<sup>ème</sup> siècle avant de reculer durant la première moitié du 19<sup>ème</sup> siècle où le progrès technologique a été perçu comme pouvant donner des solutions au problème. Le milieu du 19<sup>ème</sup> siècle a toutefois marqué le début d'observations et de recherches intensives sur les risques professionnels et la mobilisation active de la communauté des hygiénistes qui reconnaissent l'importance et la légitimité de l'hygiène industrielle. L'impact de la pollution sur la santé des travailleurs devient l'une de ses priorités et prolonge les efforts entamés pour protéger le voisinage des installations industrielles. En 1860, Maxime Vernon, membre du Conseil d'hygiène et de sécurité du département de la Seine, publie le premier traité explicitement consacré à l'hygiène industrielle et aux maladies liées au travail, suivi, en 1866, par Charles de Freycinet qui produit également un rapport sur l'hygiène industrielle. Depuis le milieu du siècle, le principal journal du monde hygiéniste : les Annales d'hygiène publique et de médecine légale, mais aussi la Revue d'hygiène et de police sanitaire, multiplie les articles scientifiques sur la santé des travailleurs.

Un parcours des articles publiés dans ces revues montre l'attention particulière portée à l'air malsain respiré par les travailleurs dans les différentes activités de production. En dehors de la mauvaise ventilation des lieux de travail, les hygiénistes commencent progressivement à établir un inventaire détaillé des diverses substances chimiques dangereuses. Par exemple, dans les filatures de lin un environnement particulièrement nocif est observé en raison de « la poussière dégagée en grande quantité dans les ateliers » (1836). En ce qui concerne les fonderies de cuivre est évoqué la présence d' « une maladie spécifique des charbonniers née des conditions dans lesquelles ils exercent leur activité, qui engendre l'incapacité la plus grave et même la mort qui serait caractérisée par le dépôt de grandes quantités de poussière de charbon dans leurs poumons » (1854). Le plomb est également signalé comme substance nocive inhalé par les travailleurs: « un nombre considérable de travailleurs de diverses professions qui utilisent le plomb sont exposés à une maladie qualifiée de 'colique' » (1836). Depuis 1841, l'inhalation des émanations d'arsenic est également accusée d'empoisonner les travailleurs en particulier dans le secteur de l'imprimerie. En ce qui concerne le phosphore utilisé dans les fabriques d'allumettes, les hygiénistes écrivent en 1855 « Si nous restons aux réponses données par les fabricants, ils ont tendance à considérer comme très exceptionnels les cas où l'activité productive est à l'origine de problèmes de santé. Mais la situation est toute à fait différente si l'on interroge les travailleurs. En fait, on ne peut pas ignorer l'environnement malsain ... Nous sommes choqués par les fumées amères et irritantes qui sont souvent assez épaisses pour troubler la transparence de l'air ». Le mercure est également signalé comme très toxiques et, en 1860, il est suggéré d'utiliser un « traitement prophylactique [qui] consiste à utiliser un respirateur, un dispositif qui couvre la bouche et tamise l'air inspiré ». Dans tous ces cas, l'accent est d'abord mis sur l'émission et la pénétration du poison dans le corps humain (inhalation de poussières et de fumées toxiques), et, d'autre part, sur l'élaboration de mesures visant à protéger la santé des travailleurs contre un air vicié. En 1886, le Dr Langlois écrivait dans la « Grande Encyclopédie », que « les installations industrielles peuvent être dangereuses pour le quartier, mais on doit aussi tenir compte de leur impact pour les travailleurs à l'intérieur de l'usine » (C. Moriceau, 2009).

Sur la base de ces recherches pluriannuelles et après dix ans de débats, les hygiénistes élus au Parlement (comme Henry Napias ou Jules Roche) ont réussi, en 1896, à faire adopter une loi sur les

règles d'hygiène et de sécurité devant être appliquées dans tous les types d'activités de production. Dans ce texte, il est demandé aux fabricants de garantir en permanence les conditions d'hygiène et de sécurité afin de protéger la santé des travailleurs. En cas de non respect, des amendes et des poursuites sont prévues contre les fabricants.

Au-delà de la santé des travailleurs, depuis le 18<sup>ème</sup> siècle, les hygiénistes étaient préoccupés, de l'impact de la qualité de l'air sur les conditions sanitaires dans les quartiers pauvres, où vivaient les gens à proximité d'activités malodorantes. Ainsi, sous leurs instructions, les décideurs ont éloigné progressivement du centre des villes les hôpitaux, cimetières, abattoirs, tanneries..., considérés comme dangereux en raison des mauvaises odeurs qu'ils émettaient. L'hygiéniste M. Géraud a fait valoir en 1786 que «les miasmes émis par les différents arts et métiers présents dans les villes, rendent l'atmosphère en permanence irrespirable et même dangereuse" (Etlin, 1977).

Depuis le début de l'industrialisation et de l'arrivée massive de travailleurs dans l'espace urbain, les hygiénistes soulignent constamment la saleté, l'insalubrité et l'atmosphère délétère dans les quartiers de la classe ouvrière qui se démarquent du confort dont commence à profiter la classe moyenne et supérieure grâce aux progrès technologiques. Les statistiques démographiques ont permis de confirmer la corrélation établie par les hygiénistes entre variabilité de la mortalité et inégalités sociales. Pendant le 19<sup>ème</sup> siècle, l'effort pour préserver la qualité de l'air urbain a pris deux directions : d'un côté une première planification spatiale à grande échelle, a été entreprise, aboutissant à la réorganisation des villes (nous ne nous étalerons pas ici sur la politique de rénovation urbaine) ; ensuite, une attention particulière a été accordée à la qualité de l'habitat des travailleurs pauvres. Monfalcon et Polinière écrivaient en 1848 que «La propreté, la tempérance et le travail, sont, après la possibilité de respirer un air pur, les principales conditions du bien-être de la classe ouvrière» (Corbin, 1982).

Toute une série d'enquêtes ont été entreprises à partir du milieu du 19<sup>ème</sup> siècle sur la qualité du logement des travailleurs. En tant que locataires, ils vivaient dans des logements vétustes que les propriétaires n'avaient aucune obligation d'entretenir. Des ateliers de toutes sortes ont été installés dans les cours et les étages des maisons en répandant des fumées des odeurs et un bruit permanent. Les espaces communs recevaient les déchets liquides des ateliers et des habitations qui stagnaient devant les portes et fenêtres et des logements de petite taille (ne dépassant pas 5 à 20 mètres carrés) hébergeaient des familles entières. En 1844, le célèbre hygiéniste, M. Lévy, faisait allusion à l' "ambiance nuisibles " dans laquelle vivaient les familles des travailleurs. La lutte contre l'air vicié piégé à l'intérieur des logements devient ainsi une priorité pour les hygiénistes qui suggèrent de ventiler quotidiennement toutes les pièces de la maison en gardant portes et fenêtres ouvertes. Ils suggèrent aussi de repenser la façon dont les bâtiments sont construits de manière à offrir plus d'ouvertures et une meilleure orientation.

Depuis l'épidémie de choléra en 1832, des comités de quartier ont été formés pour visiter tous les logements afin de déterminer les causes de l'insalubrité et obliger les propriétaires à effectuer les travaux de rénovation nécessaire dans le respect des règles d'hygiène (Corbin, 1982). Une partie des logements insalubres a été détruite et de nouvelles habitations pour les travailleurs on vu le jour. Les hygiénistes ont cependant continué leurs efforts en condamnant également « le manque de qualité de ces nouveaux logements construits par des propriétaires peu scrupuleux qui ne respectent pas les exigences en matière d'hygiène »<sup>6</sup>. Selon l'expression d'A. Corbin, les hygiénistes n'ont pas cessé de revendiquer la nécessité « d'offrir aux pauvres un air pur ».

Une série de rapports, débats et enquêtes in situ ont conduit, en 1850, à l'adoption de la première loi relative à la lutte contre l'habitat insalubre. Comme l'indique le rapporteur du projet de loi, ce texte fondateur marque la volonté de l'État de limiter les pires violations des droits de la propriété qui constitue une acquisition essentielle de la Révolution française: « Les règles les plus convaincantes de l'hygiène ont établi que la maison, afin de ne pas nuire à la santé de ceux qui y vivent, devait

---

6 Annales d'hygiène publique et de médecine légale 1851, série 1, n ° 45, p .298

satisfaire à certaines conditions. Il était du devoir des autorités publiques d'exiger que ces conditions soient remplies. Il a donc été décidé d'interdire qu'un propriétaire loue un logement s'il peut mettre en danger la vie ou la santé du locataire » (Des Cilleuls, 1869). Cette loi a rencontré de nombreuses difficultés au cours de sa mise en œuvre en raison du puissant lobby des propriétaires. Ainsi, en 1902, une nouvelle loi a été votée créant un conseil de santé dans chaque ville de plus de 20.000 habitants et opérant une meilleure organisation de la lutte contre l'habitat insalubre (Frioux, 2008).

Les paragraphes qui précèdent mettent en évidence l'importance accordée par les hygiénistes à la qualité de l'air tant extérieur que dans les fabriques et les logements. La question de la qualité de l'air intérieur est inscrite sur l'agenda politique depuis fort longtemps. Pourquoi l'approche de santé environnementale s'est évanouie avant de réémerger comme une préoccupation nouvelle des autorités publiques ces dernières années ?

### **De la théorie hygiéniste à la théorie environnementale : la construction d'un problème hybride**

Le discours alarmiste des hygiénistes, depuis le milieu du 19<sup>e</sup> siècle, coïncide avec l'affaiblissement progressif de la théorie de l'hygiène comme le paradigme dominant dans la lutte contre la détérioration de la santé. Cela est lié dans un premier temps à l'évolution de la science médicale et dans un deuxième temps à l'émergence de l'ère environnementale.

Tout d'abord, les découvertes de Pasteur dans les années 1850 ont produit un schisme dans la communauté médicale entre les partisans de la théorie de l'hygiène mettant l'accent sur la qualité de l'environnement et ceux intégrant le nouveau paradigme fondé sur la transmission des germes portés par les individus au cours de leur interaction (Morelle, 1996). Pour le pasteurisme, le corps humain est conçu comme une unité en soi, déconnectée de son environnement et objectivée par une approche positiviste rejetant son inséparabilité du milieu (Kalaora, Vlassopoulos, 2013). Cette nouvelle vision des problèmes de santé a mis l'accent plus sur la prévention de la santé individuelle que sur la santé publique. En effet, le ministère de la Santé publique, créé en 1920, qui était l'une des principales aspirations des hygiénistes, sera contrôlé par les partisans de la médecine privée et générera, selon A. Morelle, « la défaite de la santé publique ». Le nouvel objectif fixé par la communauté médicale était d'offrir à tous les citoyens une protection contre les germes et le traitement en cas de maladie. Des mesures telles que les campagnes de vaccination, la médecine scolaire et l'accès aux hôpitaux publics pour tous, ont remplacé les considérations sur la qualité de l'environnement.

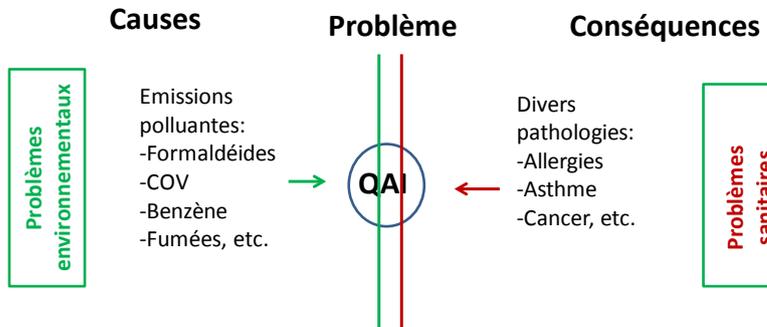
L'arrivée de l'ère de l'environnement dans les années 70 va marquer un nouvel affaiblissement de l'approche hygiéniste suite à la séparation de la protection de la santé de celle de l'environnement perçue comme valeur sociale autonome. La construction du secteur de l'environnement, depuis les années 1970, est basée sur une approche écocentrique de la réalité contre l'approche anthropocentrique dominant jusque-là (Theys, 2005). La lutte contre les pollutions ne se fait plus au nom de la protection des personnes mais au nom de l'environnement comme valeur sociale autonome devant être protégée *per se*. Le nouveau discours justifie ainsi le développement des politiques de l'environnement sur la base de la nécessité de préserver les équilibres écologiques, supposés pouvoir profiter automatiquement au bien être social. En ce sens, la protection de l'environnement écarte des questions telles que la santé humaine ou les injustices sociales, censées être traitées par d'autres secteurs publics. Cette rupture est visible lorsqu'on analyse la construction de l'administration de l'environnement. En effet, le ministère de l'Environnement en France a été créé en 1971 par transfert d'ingénieurs venant des ministères de l'industrie, de la planification et de l'agriculture, sans aucune participation du ministère de la Santé. Ce dernier a d'ailleurs activement combattu l'initiative de créer ce ministère avec lequel il a longtemps entretenu de relations distantes et souvent conflictuelles. Les positions opposées entre les deux structures ont réémergé lorsque C. Lepage, en tant que ministre de l'environnement, a essayé pour la première fois depuis l'institutionnalisation de ce ministère de (re)créer un lien entre problématiques sanitaire et environnementale lors de l'élaboration de la loi sur l'air de 1996 (Vlassopoulou, 1999).

Durant le 19<sup>ème</sup> siècle, la qualité de l'air intérieur était définie comme un problème autonome causé par différentes substances et modes de vie et générant tout une série des pathologies. Une fois le secteur de l'environnement construit, le problème réémerge sur l'agenda dans le monde des ingénieurs non plus comme un problème en soi mais comme une conséquence de la gestion du problème énergétique et des politiques d'efficacité énergétique des bâtiments qui en découle : l'évitement des déperditions énergétiques a provoqué le confinement de l'al dans les espaces de vie et de travail. Ce n'est que depuis la publication du premier Plan national santé-environnement qu'un effort voit le jour pour redéfinir sur l'agenda la qualité de l'air intérieur comme un problème à part entière. Or, cette nouvelle étape d'un processus définitionnel long de deux siècles n'a pas généré automatiquement la constitution d'un nouveau domaine d'action publique intersectorielle. En ce sens, nous préférons parler de 'transectorialité' plutôt que d' 'intersectorialité' dans la mesure où la collaboration entre les administrations concernées n'est pas exempte de concurrences et de chevauchements qui sont d'ailleurs aussi liés aux cultures et pratiques gestionnaires construites dans le temps.

Le problème de la qualité de l'air intérieur aujourd'hui se situe par excellence dans le cadre de ce dualisme et sa gestion reflète ces incohérences. Nous pouvons parler de 'problème hybride' qui n'est ni proprement sanitaire, ni proprement environnemental. Quelles sont les implications de cette spécificité sur la gestion de la qualité de l'air intérieur ?

Nous proposons de considérer les problèmes publics comme des poupées russes emboîtées l'une dans l'autre et, donc, difficilement discernables. Par exemple le problème de la dégradation de l'environnement inclut toute une série de problèmes comme la pollution de l'air, la pollution de l'eau, la dégradation des sols... Ses 'sous' problèmes peuvent aussi être déclinés en plus petits problèmes. Par exemple, la pollution de l'air peut être déclinée en problème de pollution de l'air liée aux automobiles, de pollution de l'air liée à l'industrie, etc. Quand une situation devient un problème public, elle passe par un double processus définitionnel (Vlassopoulos, 1999, 2013). Le premier détermine les causes du problème et répond à la question « quel est le problème? ». Le second détermine les conséquences du problème et répond à la question: « Pourquoi une telle situation constitue un problème ? » Les causes permettent de désigner les acteurs censés être à l'origine du problème et donc adopter les mesures nécessaires à leur égard pour résoudre le problème. Chaque référence aux conséquences du problème constitue non seulement une justification qui légitime à des degrés divers l'intervention des dirigeants politiques (« nous agissons pour protéger la santé des citoyens », « nous agissons pour protéger l'environnement », etc.), mais aussi un moyen pour partager les compétences au sein de l'État. Par exemple, un problème définit comme un risque pour la santé interpelle les autorités sanitaires qui doivent le prendre en charge. Le caractère transectoriel de la qualité de l'air intérieur perturbe son mode de gestion.

# Définition des causes et des conséquences de la QAI



Dans le cas d'un problème sectoriel il y a une cohérence dans le discours liant les causes aux conséquences et une attribution claire des responsabilités. Si l'on reprend l'exemple de la pollution de l'air extérieur, telle qu'elle est définie aujourd'hui, nous sommes face à un problème environnemental pris en charge par une administration chargée de la protection de l'environnement qui a compétence pour définir et mesurer les polluants atmosphériques, donc identifier les causes, et adopter les mesures nécessaires en direction des pollueurs pour limiter les conséquences. Dans le cas d'un problème transectoriel, comme celui de la qualité de l'air intérieur, l'administration compétente pour la qualité environnementale diffère de celle chargée de déterminer les impacts sanitaires. En ce sens, la gestion du problème manque d'unicité et de cohérence dans la mesure chaque secteur d'action publique n'est concerné que par une des dimensions constitutives du problème.

Ces deux administrations divergent considérablement en ce qui concerne leur vision du monde et des fonctions qu'elles sont invitées à remplir (référentiel différent) et, par conséquent, dans leur approche du problème, des objectifs qu'elles se fixent et les moyens qu'elles utilisent pour les atteindre (approche différente).

La vision écocentrique de l'administration de l'environnement la conduit à s'intéresser prioritairement à la qualité de l'air ambiant ce qui se reflète aujourd'hui par le développement des mesures d'étiquetage de qualité et par l'obligation de choisir des matières premières non polluantes. Cette approche vise l'environnement de l'individu. La vision anthropocentrique de l'administration de la santé vise les effets pathologiques pour l'homme générés par la présence de certaines substances polluantes. Si ces deux approches sont complémentaires, elles peuvent aussi s'annuler réciproquement tant que ce qui est défini comme 'pollution' n'est pas défini comme pathologique ou ce qui est défini comme pathologique n'est pas défini comme polluant. Les particules fines en sont un exemple dans la mesure où les spécialistes de la santé les ont définies depuis longtemps comme nuisibles pour le système pulmonaire alors que les spécialistes de l'environnement ne disposaient pas des moyens techniques pour pouvoir les mesurer. Nos premiers entretiens exploratoires nous laissent croire par ailleurs qu'au sein du réseau des acteurs de l'environnement il y a une forte croyance en la technique comme moyen de faire face au problème : la mise en place des systèmes performants d'aération devrait permettre à la fois de lutter contre la déperdition énergétique et la

pollution de l'air intérieur. Pour les spécialistes de la santé, c'est l'interdiction de certaines substances plus que leur dispersion qui doit être visée.

Les différences dans l'approche du problème mais aussi les temporalités différentes dans sa prise en charge débouchent aussi sur une fragmentation de sa gestion. Ainsi des substances définies comme nocives (comme l'amiante ou le tabac) avant la prise en charge de la qualité de l'air intérieur par l'administration de l'environnement restent sous la responsabilité du ministère de la santé et réglementées dans la cadre du code de la santé publiques alors que de nouvelles substances se voient inscrites dans le code de l'environnement. Si les premières sont clairement définies comme risque sanitaire les secondes sont définies comme risque de santé environnementale.

Enfin, alors que nous pouvons considérer ces deux administrations comme les piliers de la politique de la qualité de l'air intérieur, il ne faut pas négliger la présence d'autres acteurs concernés et mobilisés en la matière, comme les administrations du travail, des constructions du logement qui répondent à des rationalités différentes et répondent aux revendications de lobbies très différents et souvent hostiles à la lutte contre la pollution de l'air intérieur. Nos premières analyses des acteurs, nous amène à considérer que les associations sanitaires sont les plus sensibilisés sur le problème, ce qui n'est pas sans liaison avec son héritage hygiéniste. Les associations environnementales marquent un temps de retard dans l'appropriation de l'enjeu et leur soutien aux initiatives du ministère de l'environnement n'apparaît pas clairement lors de nos entretiens exploratoires. Quant aux lobbies des constructeurs, de l'ameublement et des produits d'entretien ils semblent peser considérablement sur les administrations chargées des constructions et du logement, si l'on juge par leur forte réticence et refus jusqu'à ce jour de nous rencontrer.

Notre hypothèse à ce stade de notre travail consiste à soutenir que tant que la santé environnementale n'émerge pas comme un nouveau paradigme d'action publique intégrant les considérations environnementales dans les politiques sociales et les considérations sociales dans les politiques environnementales, la qualité de l'air de l'air intérieur demeurera un problème hybride perpétuant les incohérences et contradictions dans le mode de sa gestion.

### **Références**

Bariety M. & Coury C., (1963), *Histoire de la médecine*, Fayard.

Braconnot & Simonin (1848), "Note sur les émanations des fabriques de produits chimiques", *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, n° 40.

Corbin A. (1982), *Le miasme et la jonquille*, Champs, Flammarion.

Des Cilleuls A. (1869), *Commentaire de la loi du 13 avril 1850 sur les logements insalubres*, Cosse, Marchal, Paris

Etlin R., (1977), "L'air dans l'urbanisme des lumières", *Dix-huitième Siècle*, n°9, n° spécial.

Frioux S. (2008), « Aux origines de la ville durable : améliorer l'environnement urbain en France, fin XIXe – milieu XXe siècles », *Responsabilité & Environnement*, n° 52, oct.

Kalaora B., Vlassopoulos C.A. (2012), *Environnement, Société et politique : pour une sociologie de l'environnement*, A. Colin (forthcoming)

Morelle A. (1996), *La défaite de la santé publique*, Paris, Forum-Flammarion.

Piorry P.A. (1838), "Des habitations et de l'influence de leurs dispositions sur l'homme en santé et en maladie", Paris.

Rose R. & Davies P. L., (1994), *Inheritance in public policy: Change without choice in Britain*, New Haven and London, Yale University Press

Theys (2005), « Pourquoi les préoccupations sociale et environnementale s'ignorent mutuellement. Un essai d'interprétation à partir du thème des inégalités écologiques » ; in: Cornu P. (2007) *Environnement et inégalités sociales*, Ed. Université Libre de Bruxelles.

Vlassopoulou C.A. (1999), *Lutte contre la pollution atmosphérique urbaine en France et en Grèce. Définition des problèmes publics et changement de politique*, Thèse de doctorat en science politique à l'Université Paris II-ASSAS.

Vlassopoulos C.A. (2007), « Protection de l'environnement où protection du pollueur ? L'emprise des industriels sur la politique antipollution », E. Dockès (dir), *Pratique du droit, pensée du droit et engagement social*, Dalloz.

Vlassopoulos C.A. (2012), "Competing definitions of climate change and the post-Kyoto negotiations", *International Journal of Climate Change Strategies and Management*, vol.4, n° 1.

Vlassopoulos C.A. (2013), "How policies change?. The case of clean air policy in France and Greece", in M. Hill (dir), *Exploring the public policy process through case-studies*, The Policy Press (à paraître)

