

Université du Sud Toulon-Var

École doctorale n° 509 Sciences de l'Homme et de la Société - Civilisations
et Sociétés euro-méditerranéennes et comparées

Dominique Antoine MAISON

**Information et prise de décision dans la gestion des risques
sanitaires environnementaux**

Les apports de l'intelligence économique et territoriale

Exemples de l'Organisation Mondiale de la santé et de la Guyane française

Thèse dirigée par le Pr. Luc QUONIAM

soutenue le 8 décembre 2010

Jury :

Jacky KISTER Directeur de recherche CNRS, Laboratoire de Chimie organique complexe,
Université Paul Cézanne Aix-Marseille III (rapporteur)

Elio FLESIA, Université de Provence, Division de la Recherche - Cellule Partenariats /
Valorisation (rapporteur)

Claude ROCHET Professeur des universités, Directeur du Master "Intelligence économique et
compétitivité territoriale", Institut de management public, Université Paul Cézanne Aix-
Marseille III

Henri DOU, Professeur des Universités (examineur)

Luc QUONIAM Professeur des Universités (examineur)

Avant-propos

La réalisation du travail présenté dans ce mémoire a suivi en grande partie les questionnements professionnels auxquels j'ai été confronté durant sa réalisation. Aussi, la matière a-t-elle été puisée successivement :

- au ministère de la santé français, dans sa direction générale de la sûreté nucléaire et de la radioprotection à Paris;
- au bureau indonésien de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur le terrain peu après le tsunami qui a balayé l'Océan Indien en décembre 2004, puis à Jakarta auprès du ministère de la santé indonésien en 2006 à propos de la prévention des risques liés à la grippe aviaire;
- à la Direction de la santé et du développement social de la Guyane à Cayenne, sur le terrain, en tant que responsable du service de santé - environnement durant 2 ans de 2007 à 2009;
- au siège de l'OMS à Genève.

C'est ainsi à un ensemble de savoirs informels (que certains désignent par « soft knowledge ») auxquels j'ai ainsi pu accéder : pratique des langues, de la négociation, appréhension de nouvelles cultures de travail.

La succession des contextes institutionnels et des situations, en exigeant des efforts rapides d'adaptation en raison de contraintes fortes (gestion de crises sanitaires notamment), a été à l'origine d'une curiosité renouvelée pour les thèmes et les acteurs de santé environnementale, tout en nourrissant abondamment la matière des écrits qui suivent.

Au-delà de ces aspects, il me semble important de rappeler ici la part décisive de personnalités œuvrant au sein de ces institutions et, qui, ayant su se rendre disponibles à mes interrogations dans le cadre de cette thèse, ont permis sa réalisation.

Remerciements

Les philosophes et savants du Moyen-Age se désignaient parfois comme des nains juchés sur les épaules de géants, illustrant ainsi la dette dont ils étaient redevables aux penseurs les ayant précédés.

A l'heure de rédiger un mémoire de thèse, cette image m'a semblé juste pour rendre hommage à tous ceux qui m'ont accompagné et guidé tout au long de ce travail.

Ainsi et en premier lieu, je souhaite remercier ici mon directeur de thèse le professeur Quoniam, pour la confiance, le soutien et la liberté qu'il m'a accordés durant les travaux exposés dans ce mémoire. C'est également à lui que je dois ma première introduction à l'intelligence territoriale lors d'une magistrale présentation sur l'implantation d'un centre de veille au Brésil. Consciemment ou non, la leçon aura servi et peut être orienté mes pas en Guyane, au voisinage du fascinant géant latino-américain.

Qu'il me soit également permis de remercier le professeur Dou, qui a également à sa manière su me guider, m'encourager et me conseiller dans les nombreux moments où il est nécessaire d'entretenir la dynamique d'un travail de longue haleine et le recul nécessaire à l'analyse. Ce travail lui doit beaucoup, à commencer par son impulsion initiale.

Tout au long de ce travail, dont une grande partie sur le terrain, de nombreux "anciens" ont également su me faire partager le fruit de leurs années de pratique et de réflexion dans le domaine de la santé publique. Je suis extrêmement reconnaissant au docteur Georg Petersen, représentant de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en Indonésie jusqu'en 2007, pour la patience qu'il a su me témoigner dans l'explication des différents aspects de l'organisation pour laquelle il travaillait. Ses qualités humaines, notamment dans l'écoute et sa lucidité quant à ses fonctions, restent pour moi un modèle à cet échelon de responsabilité.

Dans un registre plus technique, je souhaite remercier tout particulièrement François Mansotte, ancien ingénieur en poste en Guyane pour le ministère de la santé. Son enthousiasme inépuisable dans la gestion des risques sanitaires, notamment face aux imprévus de tous ordres, mais aussi son goût pour la dissémination du savoir et la vulgarisation en matière de santé environnementale continuent de constituer une source d'inspiration. Les chapitres concernant la Guyane lui sont grandement redevables.

Le docteur Jean Jannin, de l'Organisation mondiale de la santé à Genève a quant à lui su prendre le temps de m'expliquer de façon très directe les multiples enjeux et mécanismes qui régissent l'organisation, me permettant de progresser rapidement en des lieux et domaines où une discrétion feutrée -voire une pratique du non dit- toute diplomatie est plutôt de rigueur. Son ouverture d'esprit et son goût pour des approches non conventionnelles dans la présentation des problématiques m'ont également été fort utiles.

Trop nombreuses pour être citées viennent ensuite les personnes ayant fourni un soutien, volontaire ou non, tout au long de ce travail. Parmi elles bien sûr certains collègues de travail, soit en Indonésie, en Guyane ou à Genève, mais aussi l'ensemble de mes amis indonésiens, pour beaucoup poursuivant eux-mêmes leurs études en France et qui ont bien voulu partager avec moi le contenu de leurs écrits universitaires. La diversité des thèmes

abordés, mais aussi leur courage face aux difficultés rencontrées durant leur séjour « à l'étranger » ou dans la structuration de leurs écrits notamment m'ont permis de tirer certaines leçons quant à ce type d'exercices.

Enfin, il serait injuste de ne pas compléter ces remerciements par une expression de la reconnaissance que je dois à ma famille, à commencer par mes parents qui m'ont toujours encouragé et soutenu aussi bien moralement que matériellement dans l'entreprise de mes études. Grands-parents désormais disparus, frères et sœur, et plus récemment mon épouse Vany et mon fils Léon ont chacun à leur manière contribué à étayer une confiance indispensable à l'aventure que constitue la réalisation d'un travail de thèse. Qu'ils trouvent ici l'expression de ma plus chaleureuse reconnaissance.

Information et prise de décision dans la gestion des risques sanitaires environnementaux : les apports de l'intelligence économique et territoriale

Application possibles à l'Organisation Mondiale de la santé et du ministère de la santé en Guyane française

Résumé

Effets sur la santé de la téléphonie mobile, des champs magnétiques, des nanotechnologies ou depuis plus longtemps de la qualité de l'air et de l'eau : les débats liant santé et environnement humain occupent régulièrement les premières places dans l'actualité. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, les facteurs de risques environnementaux chimiques et biologiques liés à l'environnement interviennent dans plus de 80% des principales maladies et traumatismes dans le monde. Ce sont 23 % de la charge mondiale de mortalité prématurée et 24% de celle de morbidité -années de vie en bonne santé perdues- qui sont attribuables à des facteurs environnementaux. Cependant, malgré les progrès accomplis dans les nombreuses disciplines auxquelles elle recourt, la santé environnementale reste encore largement ignorée du grand public et des décideurs.

Relégué au second plan des politiques de santé publique au profit de leurs volets curatifs et de sa figure emblématique, le médecin, ce champ connaît un regain d'intérêt à la faveur des questionnements actuels sur l'environnement et des effets de sa dégradation sur la santé. La demande sociétale forte, essentiellement vis-à-vis de risques considérés comme « subis » (ondes, contaminants de l'air, des sols...), suscite la nécessité de définir, de mettre en œuvre et de rendre compte des politiques publiques.

Ce mémoire s'intéresse à ces démarches sous l'angle de l'information : sa nature, collecte, sa construction et son utilisation *in fine* dans les processus de décisions. Plus particulièrement, nous nous attachons à travers une recherche action à évaluer les apports possibles des techniques et méthodes développées par l'intelligence économique et territoriale.

Une première partie permet de rappeler les techniques de traitement et d'utilisation de l'information (veilles, intelligences). Dans un second temps, nous procédons à un cadrage du champ théorique de la santé environnemental : les domaines techniques concernés, puis l'étape fondamentale de formulation des problèmes qui sert de support aux réflexions et aux échanges. Cette étape de construction conditionne largement le traitement thématique des problèmes, déterminant ainsi l'action publique. Celle-ci repose en France sur des acteurs et instruments d'intervention dont le mode de fonctionnement est présenté à travers quelques exemples significatifs. Ceux-ci montrent que certaines limites d'ordre technique, institutionnel et finalement pratique concourent à vider le processus de décision de sa substance. Parmi celles-ci, l'absence de compréhension globale des problèmes de santé environnementale et l'incapacité à

définir car à concevoir l'ensemble des informations nécessaires à la décision. En outre, l'éclatement des acteurs publics, synonyme également de rivalité, reflète ce manque de compréhension globale. Enfin, la montée en puissance d'instances internationales pour l'élaboration des normes n'est ni envisagée ni accompagnée, en France du moins.

Tous ces facteurs concourent à restreindre le champ de la décision d'une part, à dépouiller au moins partiellement les décideurs de leur rôle, en faisant reposer une partie des décisions sur des savoirs et de décisions intermédiaires d'ordre technique et a favorisé parmi les grands corps de l'Etat l'émergence d'une élite promouvant ses intérêts politiques, collectifs et individuels, au nom d'une prétendue compétence.

Notre analyse montre toutefois un retournement très récent de la construction des décisions : les éléments d'ordre technique passent désormais au second plan voire sont instrumentalisés pour justifier des décisions d'ordre essentiellement politique ou organisationnel.

L'identification de la nature et du poids de l'information façonnant le processus de décision permet de caractériser ces phénomènes puis de spécifier ses étapes critiques quant à la gestion de l'information.

L'un des constats issus de ces réflexions est l'étroite interdépendance des territoires, politiques, techniques et par tant, administratifs donc géographiques en termes de politique de santé. Ainsi par exemple pour un territoire français, l'emboîtement des responsabilités fait que les directives émises par l'Organisation mondiale de la Santé sont ensuite reprises par l'Union Européenne, dont dépend désormais l'administration française pour nombre de ses règlements.

Pour identifier l'ensemble de ces liens, directs ou non, nous détaillons l'exemple des problématiques de santé environnementale et de leur gestion en Guyane française.

Ce territoire a été retenu car à la croisée des compétences administratives et techniques, perçues ou non, des différentes organisations citées plus haut.

Un autre constat est que l'influence classique de haut en bas (« top down ») des acteurs y est d'autant plus inadaptée que la réalité locale diffère du cadre et des règles devant théoriquement s'y appliquer. Nous proposons trois études de cas à différentes échelles de ce territoire, puis identifions plusieurs facteurs de succès ou d'échec.

Parmi ceux-ci, la nécessité d'identifier parmi les arguments de travail ceux exerçant une pression –argumentée– sur le décideur, sous peine de retarder les décisions nécessaires, voire de les voir escamotées si elles ne proposent que des aspects techniques et délaissent les perceptions et la participation des acteurs locaux.

Un préalable en ce sens doit être une implication structurée et suivie des acteurs du territoire, considérés comme parties prenantes à part entière dès l'amont et la définition des programmes, sous peine de limiter considérablement leur durabilité.

Au-delà, nous identifions la nécessité de construire une véritable vision à l'échelle du territoire en termes de santé environnementale. C'est en cela que ces travaux plaident pour la création d'une véritable intelligence sanitaire au sein des politiques publiques.

Information and decision making in environmental health management

Contributions from economic and territorial intelligence

Possible inputs for the World Health Organization and the French ministry of Health in French Guiana

Abstract

Would it be short and magnetic waves, nanotechnologies or more traditionally fields like air or drinking water quality, environmental health topics has now gained a fully-fledged part in public debates. All through the development of civilisations, intuitions or descriptions have identified the effect of the human environment on health. Nevertheless, health and environment are more prone to be considered as distinct fields than as a single corpus.

Sanitary aspects are often seen as a minor part of public health, a domain often considered mainly as the management of health care systems, with the physician as an emblematic figure. Now, the social demand has been increasing after that effect of environment on health has been heavily questioned such as for microwaves, soil or air contaminants. Necessity arises to define, implement and be accountable for public policies in that matter.

This work deals with this approach seen under the information aspects: their nature, gathering, building and final use in the decision process. Specifically, we will assess the possible inputs of techniques and methods developed by economic and territorial intelligence.

In a first part, we set the theoretical framework for environmental health: technical fields, problem formulating. This step conditions widely the handling of problems and thus public policies. Those policies in France do rely on actors and intervention tools the functions of which are presented through some significant examples. They show the limits of institutional and technical knowledge, finally set aside in many cases to make the final decision. Among the reasons are the lack of understanding for the technical features of environmental health, as well as the incapacity to work out the whole set of data needed to make a decision. Moreover, the shattering of public stakeholders falls sometimes into rivalry and bickering and reflects the lack of understanding of environmental health as a corpus, not as punctual stakes. The always heavier influence of international institutions on norms and regulations is neither anticipated nor taken into account, in France at least.

All those reasons participate in shrinking the scope of the decisions on the one hand; on the other hand they do strip the deciders from their role in benefit of bureaucratic and supranational actors. Go-between decisions and intermediate steps are in cause. Corps of civil servant emerged from this process, developing distinct interests and ambitions, that may differ from the common interest and using technical pretexts.

Recently, a u-turn has been taken in that respect, purely political and organisational decisions being made on behalf of technical inputs.

A result of this first part of our reflexion is the growingly intricate weight of territories interests, would it be global with the World Health Organization or European with the EU, besides "traditional" territories as the state and local territories that still have to affirm themselves.

In order to identify the links created by information through those different territories and set of interest, we take the example of a remote French territory in South America, French Guiana. Regulations implemented there result from WHO, EU, French national state with some consequences and lack of adaptation due to specific local settings. Classical "top down" approaches are all the more useless that local reality differs from common settings. We do propose 3 case-studies to illustrate this hypothesis.

We also use those studies to try to identify causes of failures or success.

Among them is the necessity to identify key information that is able to push the decider to take a decision. Technical aspects are not enough under that aspect.

Formalized participation of stakeholders and beneficiaries can help and should be systematically used, starting upstream any program and being able to confer some kind of sustainability.

But more, there is a need to develop an integrated sanitary intelligence at the territory scale, the only way to encompass fully the many impacts of environment on health for public policies.

Mots clés: prise de décision, santé environnementale, organisation de santé, intelligence territoriale, gestion du risque sanitaire.

Keywords: decision making, environmental health, health organization, territorial intelligence, health risk management.

Université du Sud Toulon-Var

École doctorale n° 509 Sciences de l'Homme et de la Société - Civilisations et Sociétés euro-méditerranéennes et comparées

Bureau de l'Ecole Doctorale 509 - Bâtiment R'

BP 20132 - 83957 LA GARDE Cedex

Information et prise de décision dans la gestion des risques sanitaires environnementaux : les apports de l'intelligence économique et territoriale

Application possibles à l'Organisation Mondiale de la santé et du ministère de la santé en Guyane française

Résumés par chapitres

Note : *Ce document résume séparément chacun des chapitres du mémoire de thèse correspondant. Il n'est en aucun cas destiné à se substituer au résumé général du mémoire, mais doit permettre de mieux appréhender sa construction et ses articulations logiques.*

Un schéma général est présenté en fin de ce document.

Introduction

Les préoccupations liant environnement humain et santé sont nées avec les problèmes liés à l'urbanisation et ont crû spectaculairement avec le développement de l'industrie. Dans les dernières décennies du XX^{ème} siècle, une série d'accidents industriels (Bhopal, Seveso...) et de scandales de santé publique divers (utilisation du DDT, Love Canal, canicule de 2003...) ont amené à prendre plus systématiquement en cause l'impact de l'environnement sur la santé.

Qualité de l'air, bruit, des produits chimiques, rayonnements, risques sanitaires émergents (nanotechnologies, maladies à vecteurs, ...), interfaces eau et santé ou déchets et santé, nombreux sont les exemples de risques sanitaires issus de notre environnement revenant périodiquement dans l'actualité. Ils sont regroupés sous le terme de « santé environnementale ». **Ce corpus destiné à l'évaluation et à la gestion de ces risques est cependant rarement identifié correctement au sein des politiques de santé publique.** Celles-ci sont plus volontiers tournées vers les programmes curatifs : il reste significatif que le terme de « système de santé » désigne essentiellement l'organisation des soins médicaux et non l'ensemble des facteurs concourant à la santé d'une population.

Issu d'un environnement donné, ce type de risque est par la même souvent identifiable à un territoire où il s'exerce et à la population qui y vit. L'impact économique du chikungunya à la Réunion a montré quelques uns des enjeux en termes d'attractivité et de compétitivité pour un territoire concerné. Plus quotidiennement, c'est l'impact sanitaire des installations ou des différents aménagements qui doivent être pris en compte. **Menaces pour un développement territorial, mais atouts pour qui sait mieux les saisir, ces risques doivent être anticipés, évalués puis gérés par les décideurs.**

Réciproquement, les sciences de l'information ou les stratégies de développement d'attractivité sont encore largement inconnues et donc inutilisées en santé environnementale. C'est une prospective sur leur utilisation, à travers une recherche action, qui a donné lieu aux interrogations contenues dans le travail qui suit.

Chapitre 1 : Qu'est-ce que la santé environnementale?

Ce chapitre fait le point sur les méthodes, les acteurs et instruments en œuvre en santé environnementale en France. Les préoccupations liant environnement humain et santé sont nées au cours de l'histoire avec les problèmes liés d'abord à l'urbanisation (bruits, odeurs de voisinage, élimination des déchets, fourniture d'eau potable...) et ont crû spectaculairement avec le développement de l'industrie. Dans les dernières décennies du XX^{ème} siècle, une série d'accidents industriels (Bhopal, Seveso...) et de scandales de santé publique divers (utilisation du DDT, Love Canal, canicule de 2003...) ont amené à prendre plus systématiquement en cause l'impact de l'environnement sur la santé.

L'approche américaine, formulée au cours des années 1970 à partir des risques chimiques, a conduit à identifier deux grandes étapes méthodologiques: l'évaluation puis la gestion des risques sanitaires. Largement reprise, cette démarche a été implantée en France par quelques personnes ayant étudié ou enseigné la santé publique Outre-Atlantique dans les années 1990. Deux deviendront successivement directeur général de la santé, signe de la prise de conscience par les décideurs politiques du potentiel dévastateur d'une mauvaise gestion en la matière (Tchernobyl ou les conséquences de la canicule en 2003 sont deux exemples).

Hors de ces situations de crise, la part de la gestion environnementale -comme celle de la prévention de façon générale- reste en revanche marginale au sein des politiques territoriales, en particulier au regard des budgets dédiés aux politiques curatives (structures de soin ou médecins).

Nombre de décideurs de la santé procèdent par une logique plutôt réactive que proactive : le ministère de la santé n'a pas été jusqu'à présent capable de produire une vision propre quant à l'évolution souhaitée de la santé environnementale et à son insertion au sein d'une politique générale de santé publique. Les raisons en sont diverses. Elles tiennent certes aux nombreuses incertitudes techniques entourant les risques liés à l'environnement, en particulier aux faibles doses. S'y ajoutent la mise en œuvre de dispositifs de gouvernance liés à la nécessité d'envisager les problèmes sous leur angle social, psychologique, juridique ou économique (impact du téléphone portable, qualité de l'air...) pour lesquels le ministère de la santé ne dispose pas de compétence interne. La complexité des dossiers qui en résulte influe probablement sur la réticence de nombre de décideurs (consciente ou non) à s'y exercer, ne s'intéressant aux problèmes qu'une fois acculés, la crise survenue, alors que celle-ci leur laisse moins de liberté de manœuvre.

L'organisation institutionnelle reflète ces différents freins. Les années 90 ont ainsi vu la création d'agences sur le modèle anglo-saxon, destinées à prendre en charge la phase, très technique, d'évaluation des risques (AFSSA, AFSSAPS, AFSSET, InVS...), tandis que les responsabilités de gestion et de définition de stratégie étaient laissées à l'administration. Pourtant, ces deux processus ne sont pas aussi radicalement discernables. Ils sont de surcroît à géométrie variable selon les dossiers et les agences. Enfin, l'échelon politique perd en grande partie la connaissance de l'activité des agences qui, s'étant autonomisés, développent des intérêts et des activités propres.

Négligée par le ministère de la santé sous ses aspects de santé publique, la thématique est actuellement fortement convoitée par d'autres ministères, en premier lieu celui de l'environnement et de ses élites, qui cherchent dans les arguments sanitaires une légitimation supplémentaire grâce à la visibilité qu'ils procurent dans l'opinion. Identifiée par le ministère de la santé, la compétition dans le traitement et l'exploitation de l'information qui en résulte n'a fait en revanche à ce jour l'objet d'aucune réflexion, menaçant son rôle en la matière.

Point commun à la grande majorité des institutions française, l'absence d'identification des enjeux liés au travail des institutions internationales, à l'heure où celles-ci conditionnent la majeure partie de l'appareil normatif et réglementaire national. Elles sont systématiquement et beaucoup mieux utilisées par d'autres nations, notamment à des fins de sauvegarde et d'expansion d'intérêt économiques ou stratégiques.

Nous illustrons ce propos à travers l'implication française dans la gestion des conséquences du raz-de-marée survenu en 2004 dans l'Océan indien. Apparaissent notamment l'absence d'efficacité due aux carences de collecte, de partage et de traitement de l'information nécessaire à la prise de décisions et au-delà, à une absence de conscience de l'importance du rôle de l'information dans un contexte de compétition.

Chapitre 2 : Veilles et intelligences : rappels théoriques

Ce chapitre reprend les principales définitions relatives aux champs théoriques des processus d'information. Sont successivement présentées la veille, puis l'intelligence économique et l'intelligence territoriale, ainsi que les techniques et les méthodes développées dans chacun de ces champs. Il s'agit de définir un corpus utilisable dans les parties suivantes, qui nous permettra avec le précédent d'identifier un champ de recherche-action développé dans les chapitres suivant : d'une part l'élaboration pour la gestion de crise à l'échelon international (chapitre 3) ; d'autre part, pour la gestion des problèmes chroniques à l'échelon territorial (chapitre 4).

Chapitre 3 : Santé environnementale et intelligence sanitaire en situation de crise internationale : enjeux liés à l'information

Nous présentons une situation particulière, celle du raz de marée de 2004 dans l'Océan Indien pour établir la nécessité d'une réflexion sur le positionnement de l'Organisation mondiale de la Santé ainsi que des autorités françaises, afin d'envisager les apports possibles des méthodes de veille et d'intelligence en la matière.

Chapitre 4 : Intelligences en santé environnementale : apports et voies de changements possibles à travers l'exemple de la Guyane

L'expérience développée en fin du chapitre précédent à permis d'esquisser difficultés indonésiennes en santé environnementale. L'écart constaté avec le système administratif français, considéré comme évident par beaucoup au regard des différences de développement des deux pays, a des causes complexes. Cette troisième partie prend la forme d'une **recherche-action** à travers laquelle nous avons souhaité examiner respectivement :

- l'efficacité du système français dans des conditions comparables aux PVD,
- les possibilités d'amélioration, en tirant partie d'une part de l'expérience indonésienne (transfert de savoir-faire Sud-Nord),
- les outils et méthodes développés dans le cadre de la veille et de l'intelligence économique / territoriale pour analyser certains programmes et proposer des solutions en fonction.

Trois exemples de programmes prioritaires dans le département sont développés : les maladies hydriques dans un premier temps, puis la dengue, maladie transmise par les moustiques et enfin l'expérimentation d'un programme de santé communautaire pour répondre à une exposition au mercure parmi des populations amazoniennes.

Le premier exemple souligne l'importance de la construction et du traitement et de la présentation de l'information, en vue de contribuer à une vision différenciée de la situation par les multiples décideurs d'un dossier complexe. Partant, la transparence, la rapidité – relative – et l'efficacité des décisions s'en est trouvée accrue, de même que les moyens dégagés en conséquence. Il est vrai que le consensus territorial, alternative initiée, s'était soldée par un échec, d'où ce type d'approches segmentées.

Le second exemple vise à montrer l'intérêt d'utiliser les méthodes d'information du grand public. Il montre notamment comment, outre un souci d'efficacité technique, ce type de méthode permet de renforcer le positionnement d'un thème et la notoriété d'un service par une politique de communication grand public.

Enfin le troisième exemple tente d'introduire la notion de concertation territoriale comme préalable à la mise en œuvre d'un programme de santé conçu et réalisé avec l'aide des acteurs locaux.

Toutefois, ces trois exemples montrent des limites, notamment en raison de difficultés d'ordre technique (insuffisance des corpus utilisés) et institutionnelles (rivalité entre administration d'Etat et collectivités territoriales), qu'explique notamment d'établir la légitimité de chacun à une gestion commune des problèmes sanitaires, à la difficulté de bâtir des visions partagées entre acteurs en charge de portions de ces problématiques, et partant, de construire et partager les informations nécessaires à des solutions efficaces.

Chapitre 5 : Conclusion

A travers une série d'exemples, d'analyses et d'expériences de terrain, nous avons parcouru les différents enjeux et aspects que peuvent recouvrir la décision en matière de gestion des risques sanitaires environnementaux.

Au sein des méthodes de travail, le plus souvent construites à partir de considérations techniques et scientifiques, des pans entiers sont à compléter par l'apport de domaines complémentaires, notamment parmi les sciences humaines. Les sciences de l'information et de la communication appartiennent au nombre en tout premier plan.

Au titre des champs d'application de ces dernières figurent notamment les méthodes ayant trait à la construction et au traitement de l'information, ainsi qu'à la gestion de savoir.

Enfin, de façon à orienter et à compléter les stratégies, les notions d'intelligences appliquées au territoire, mais également à un contexte de compétition sont de nature à s'avérer d'appréciables outils.

L'ensemble de cette thèse plaide ainsi pour la constitution d'un véritable corpus d'intelligence sanitaire, dont les procédés liés à la maîtrise de l'information constituent la clé.

Chapitre 1.

Qu'est-ce que la santé environnementale

- *Définitions, enjeux, notions de risque sanitaire*
- *Mise en œuvre : organisation française (acteurs, instruments et logiques)*
- *Perspectives actuelles et enjeux*

Chapitre 2.

Veilles et intelligence : rappels théoriques

- *Définitions, méthodes et outils*
- *Applications au contexte territorial*

Chapitre 4.

Organisation mondiale de la santé et santé environnementale en situation de crise internationale

- *Cas particulier de la gestion d'urgence - exemple : tsunami dans l'océan indien (2004)*
- *SWOT*

Chapitre 4.

Intelligences en santé environnementale : apports et voies de changements possibles à travers l'exemple de la Guyane

- *la république sous les tropiques: présentation du contexte guyanais*
- *situation locale de la santé environnementale : principaux dossiers et enjeux de santé publique*
- *construction, partage, traitement, de l'information : des notions inexplorées, des lacunes béantes*
- *une image à bâtir ; gestion de la communication à travers deux exemples (dengue, gestion d'urgence)*
- *axes d'amélioration: une nécessaire ouverture des hommes, des méthodes et des institutions*

Sommaire

Avant propos	2
Remerciements.....	3
Résumé.....	5
Introduction.....	20
Chapitre I. Risques sanitaires et environnement : la santé par l'environnement, ou l'environnement pour la santé ?.....	31
I.1. La santé comme dénominateur de l'environnement : définitions et sources de filiations	32
I.2. Les risques sanitaires environnementaux : constructions et enjeux de communication	39
I.2.1 Le risque, notion construite.....	39
I.2.2. Un processus complexe et minutieux : la gestion de risque sanitaire environnementale.....	42
I.2.3. Risques sanitaires environnementaux et enjeux de communication.....	65
I.3. La santé environnementale au sein de l'administration française	69
I.3.1 Le ministère de la santé, un opérateur compulsif	69
I.3.2 Quête de sens ou stratégie d'annexion : le ministère de l'environnement	82
I.3.3. Les autres institutions et ministères concernés.....	95
I.3.4.Revue générale des politiques publiques : des craintes sur la capacité du ministère à pérenniser son action	96
I.4. Conclusion	97
Chapitre II : La veille sanitaire, outil de l'intelligence territoriale	101
II.1. Principes, outils et méthodes de la veille.....	101
II.1.1.Définition de la veille	101
II.1.2. Les différents types de veille	105
II.1.3. Information : quelques définitions.....	112
II.1.4. Conclusion	119
II.2. Intelligence territoriale et santé environnementale : un dialogue à bâtir	120

II.2.1. Définitions et identité du territoire	120
II.2.2 Objectifs, méthodes et outils.....	122
II.2.3. Etapes et démarches d'implantation de l'Intelligence territoriale	123
II.3. Mise en œuvre d'un système d'information ou d'intelligence territoriale.....	127
II.4. Conclusion.....	134
Chapitre III : Un exemple de gestion en situation de catastrophe naturelle : le raz de marée de 2004 dans l'Océan indien	137
III.1. Pas une agence de terrain ? L'intervention de l'Organisation mondiale de la santé.....	139
III.1.2. Des contraintes fortes, une difficulté à conserver des flux.....	140
III.1.3. Une analyse des forces et faiblesses des opérations menées par l'OMS	143
III.2. Implication des autorités française: l'information, clé d'une action efficace et responsable	150
III.3. L'information c'est le pouvoir : un enjeu essentiel pour l'action.....	151
III.3.1. une première phase d'absence d'information chronique	151
III.3.2. L'embolie : trop d'information, trop peu d'analyse ; l'exemple de la station de potabilisation de Lambaro	156
III.4. Conclusion	160
Chapitre 4 : Un exemple de recherche action : le service de santé environnement du ministère de la santé en Guyane française.....	163
IV.1. Quelques arpents de forêt équatoriale : la république française en Amérique latine	168
IV.1.1. Territoires naturels, territoires culturels : une compartimentation prégnante, fruit d'un héritage historique.....	168
IV.1.2. Une économie sous perfusion.....	183
IV.1.3. Un système de gouvernement inadapté, ou les travers uniformisant de la république : l'exemple de l'eau potable	187
IV.2. Mise au point d'une stratégie pour le département santé environnement.....	192
IV.2.1. Identifier les priorités de santé publique et les secteurs d'intervention.....	192
IV.3. Trois exemples de recherche action faisant intervenir les sciences et techniques de l'information	201

IV.3.1. Amélioration de l'accès à l'eau potable, une gestion de l'information par type d'acteur.....	202
IV.3.2. Une stratégie d'information et de communication pour prévenir les risques liés à la dengue.....	215
IV.3.3. Une tentative d'implantation pour une démarche de santé communautaire....	224
IV.3.4. Conclusion.....	234
Chapitre V: Conclusion	238
Bibliographie	245

Any public health intervention is, in essence, information transformed into action.

Actions have an information base which is dynamic and to a certain extent specific to context, time and place.

*Organisation mondiale de la santé*¹

¹Health in South East Asia, novembre 2009, p.9.

Introduction

Grippe A, intoxications alimentaires, stockage des déchets, radioactivité, les sujets ayant trait à la santé publique reviennent régulièrement dans l'actualité. Pourtant, les débats sur la santé publique en général se restreignent souvent à l'angle médical ou curatif, régulièrement développé comme plus légitime ou plus à même d'apporter des réponses pour la santé des populations.

Certains distinguent 5 grands groupes parmi les principaux déterminants de la santé². Ils ont trait d'abord à la disponibilité alimentaire: 30% de l'humanité souffre du manque de nourriture ou de son manque de qualité. Le niveau économique et celui d'instruction, souvent étroitement liés au point précédent, constituent une autre classe de facteur.

C'est par l'instruction formelle que se transmet la sensibilisation aux effets de la prévention et notamment les règles d'hygiène. Mais il ne suffit pas de connaître les règles d'hygiène si l'eau à disposition n'est pas propre à remplir ses fonctions, notamment pour l'hygiène corporelle ou infantile. Aussi, c'est conjointement aux problématiques d'eau et d'assainissement que l'accès à une hygiène de base constitue un quatrième groupe de facteur au sein des facteurs environnementaux au sens large.

Enfin, viennent les dépenses de santé d'une part, l'offre de soin d'autre part. Il est frappant de constater que ce sont ces dernières qui ont jusqu'à présent alimenté en majorité le débat sur les politiques publiques dans notre pays.

Si la prévention et la précaution s'affirment depuis une quinzaine d'année dans les dossiers de santé, c'est plus rarement que sont interrogés et surtout traités systématiquement les facteurs environnementaux ou sociaux comme facteurs de santé à l'échelle d'un territoire. De fait, aussi bien pour le public, les décideurs qu'une partie des spécialistes, système de santé rime d'abord avec système de soin. Une illustration frappante en est le nombre de travaux effectués qui sous le vocable de « géographie sanitaire », le « système de santé » ou à la "démocratie sanitaire", traitent avant tout de

² Vaillant Z., Salem G., 2008, Atlas mondial de la santé. Quelles inégalités? Quelle mondialisation? Editions autrement, Paris, 80p.

la répartition des installations ou de la démographie médicale, ainsi que des interactions qui peuvent s'établir entre les différentes parties prenantes du soin.

Issue de constructions historiques, culturelles, sociales, cette vision prime dans nombre de pays où -consciemment ou non- les développements curatifs prennent régulièrement le pas sur les aspects préventifs. Au point que par boutade, certains prétendent qu'il serait plus judicieux de rebaptiser le ministère de la santé en « ministère de la maladie ».

Les exemples abondent pourtant, montrant combien l'adage est fondé : « mieux vaut prévenir que guérir ». Ainsi, dans les pays à revenu faible ou moyen, la moitié des 10 premières causes de mortalité est due à des maladies que l'on sait prévenir³. Dans les pays riches, pour ne prendre qu'un exemple au Canada, 1 500 décès surviendraient prématurément chaque année à Montréal uniquement en raison de la pollution atmosphérique. Pour l'ensemble du Canada, ce serait près de 5 900 décès par an. Par comparaison, en France, en Suisse et Autriche, une étude ayant évalué les effets de la pollution estime que sur le long terme, la pollution automobile est responsable de plus de décès encore que les traumatismes routiers⁴. S'y ajoute le lien suspecté mais encore difficile à établir entre de nombreux micropolluant de l'air, l'eau ou l'alimentation et les cancers, une des principales causes de mortalité dans les pays développés.

Au moins autant que les facteurs environnementaux, les facteurs sociaux et comportementaux contribuent aux effets sur la santé. Alcoolisme ou suicides – particulièrement prégnants parmi les peuples premiers-, saturnisme chez les habitants les plus démunis des métropoles n'ayant pour horizon que des conditions de logement insalubre, spécialement parmi les enfants de migrants⁵ sont depuis longtemps connus. Groupes et populations à risque du fait de leur exposition décrivent des territoires de

³ Maladies des voies respiratoires, diarrhées, malaria, tuberculose, infections néonatales. Organisation mondiale de la santé, 2004, Les principales causes de décès dans le monde, site internet de l'organisation www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310, consulté le 13 mai 2010,

⁴ Le transport urbain, une question de santé, Rapport annuel 2006 sur la santé de la population montréalaise, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2006. [en ligne] <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/rapportannuel/2006/rapportannuel2006.pdf>, dernière visite le 8 août 2009.

⁵ Bretin P., Garnier R., Chatelot J. et al. Dépistage du saturnisme chez l'enfant en France depuis 1995 : pratiques, résultats, évolutions, recommandations, Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2008 Novembre 18 ; 44 ; 421-424.

santé et partant, se dessinent les contours d'inégalités entre populations et territoires plus ou moins exposés ou placés dans des conditions plus ou moins favorables de ressources (humaines, financières, administratives...).

C'est la prise en compte de l'importance de ces facteurs environnementaux ou sociaux dans leur ensemble qui a inspiré la définition donnée par la constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : celle-ci est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité⁶. En amont des maladies ou infirmités, il y a donc lieu de s'interroger et de prévenir leurs causes si l'on souhaite préserver ce parfait bien être. Souhaitable pour l'individu, cet état de santé l'est également pour la collectivité, autant qu'il lui en est redevable.

Les désordres sanitaires perturbent en effet le corps social dans ses liens et son fonctionnement. Ce n'est pas un hasard si en France dès la Révolution des pouvoirs de police sanitaire sont très tôt dévolus au maire⁷, ou encore que l'application de la première loi sur l'hygiène publique échoie au ministère de l'intérieur⁸. Les grandes épidémies l'ont appris au pouvoir politique au long des siècles et à un échelon supérieur encore la constitution de l'OMS le rappelle : la santé est une condition fondamentale de la paix et de la sécurité (OMS, 1946, op. cit.). Les erreurs de prévention et de gestion touchant la population dans son intégrité fragilisent la confiance dans ses dirigeants politique, favorisent les réflexes de peur et de replis propices aux débordements et manipulations. C'est aujourd'hui ce type de raisonnement qui a fait développer le principe de précaution dans le droit de l'environnement en tant que ce dernier exerce une influence sur la santé humaine. Au risque sanitaire viennent ainsi s'ajouter d'autres risques, d'ordre social ou politique. C'est notamment pour cela que l'acte fondateur de l'OMS persiste en précisant : « une opinion publique éclairée et une coopération active de la part du public sont d'une importance capitale pour l'amélioration de la santé des

⁶ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948. Cette définition déjà visionnaire à l'époque, le reste encore largement et n'a pas été modifiée depuis.

⁷ Hudemann-Simon C., 2000, La conquête de la santé en Europe : 1750-1900, Séries Europe & histoire, De Boeck, Paris, p. 32.

⁸ Loi du 16 février 1902 sur l'hygiène publique.

populations. Les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples ; ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées. » (OMS, 1946, idem)

Enjeu pour le territoire, le risque sanitaire l'est également sous la forme de menace pour le champ économique. On se souvient des coups rudes portés au secteur des transports et du tourisme du sud est asiatique lors de l'épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en Chine puis à Hong Kong en 1997, ou encore dans l'île de la Réunion en 2003 lors de l'épidémie de chikungunya. Plus simplement, il peut s'agir de contamination de coquillages sur un bassin de production, tel qu'à Arcachon depuis quelques années, avec des conséquences économiques importantes. Peu de territoires sont à l'abri de ce type de risques émergents ou ré-émergents.

Sous un aspect positif, on peut en revanche noter que la pression exercée par les risques sanitaires pousse également à créer des activités, à développer des techniques. Ainsi, les épidémies de choléra puis de typhoïdes qui ont touché la France durant le XIX^{ème} ont motivé et structuré le développement d'entreprises et de techniques liées à la fourniture d'eau potable, à son assainissement ou au traitement des déchets pour ne citer que quelques exemples de réussite nationale reconnus à travers le monde⁹.

Les risques sanitaires s'inscrivent ainsi dans de multiples champs du développement territorial, souvent comme menaces mais également comme opportunités possibles puisque une meilleure anticipation et une résilience accrue aux risques signifient une meilleure compétitivité face à des territoires moins bien lotis. C'est partant de cette hypothèse que nous avons orienté nos thèmes de travail.

La complexité des liens déterminant l'état de santé d'une population ne nous permettent pas de les passer en revue dans leur totalité. Par ailleurs, les systèmes d'information liés aux soins et à leurs corollaires sont déjà l'objet d'un certain nombre de travaux et références. C'est pourquoi nous avons souhaité restreindre notre approche à un aspect des déterminants de la santé : ceux qui dans l'environnement sont susceptibles d'influer

⁹ Voir notamment les principales étapes relatées par l'excellente somme de Goubert J-P., La conquête de l'eau. L'avènement de la santé à l'ère industrielle (préface d'E. Le Roy-Ladurie), éditions Poche, collection Pluriel, Paris, 1986, 302p.

sur la santé humaine. Ils constituent le domaine –relativement vaste- désigné par le terme de santé environnementale. Ce choix a été déterminé par un certain nombre de questionnements, soulevés au cours d'expériences professionnelles successives au service d'institutions nationales et internationales depuis maintenant dix ans. A mesure du temps s'est dégagée une série de questionnements apparemment paradoxaux.

Le premier constat est né de la place relativement restreinte occupée par les thèmes de santé environnementale dans la plupart des programmes institutionnels nationaux. Comme évoqué plus haut, les enjeux recouverts sont pourtant aussi variés que menaçants tant pour les populations que pour les institutions ou leurs responsables. Bien orientés, les efforts de prévention sont susceptibles d'éviter un surcroît de prises en charge médicales, aussi dommageables pour le patient que coûteuses pour la société (amiante, saturnisme en sont quelques exemples). De la gestion des dossiers au sein du ministère de la santé ressortait l'impression d'un gouffre qui semblait séparer la compréhension qu'avaient des problématiques responsables et cadres techniques.

Les premiers étaient plus sensibles à une gestion événementielle, de court terme, visant au moins autant à défendre leur mode de gestion que le problème technique en lui-même. Parmi les conséquences, soupirs et incompréhension parmi les personnels plus techniques, pour qui les nombreuses et subites sollicitations de leurs responsables faisait délaissé des chantiers se révélant eux-mêmes porteur de crise (sanitaire, médiatique, politique...) à terme. S'estimant incompris, les professionnels de santé concernés n'avaient cependant guère d'alternatives à proposer pour faire face, tant collectives qu'individuelles.

Comment définir ces divergences d'objectifs des uns et des autres ? Comment et jusqu'à quel point pouvait-il perdurer, ou en d'autres termes était-il possible d'aboutir à une meilleure circulation d'information permettant d'aplanir les différends ? Et si oui comment y parvenir ? C'est ce premier questionnement qui a poussé à explorer les pistes offertes par le traitement et la circulation de l'information. Peut-être en effet que les informations apportées par les uns aux autres n'étaient pas suffisamment judicieuses

pour parvenir à faire former les bons choix ? Ou peut-être n'étaient-elles pas formulées de façon à orienter une prise de décision correcte ?

Ces questions nécessitaient de comprendre entre autres la façon dont se formaient les décisions au sein de l'institution, afin d'identifier qui prenait quelle décision, quelles étaient les priorités qui s'imposaient (et pourquoi) et de façon plus globale la perception des enjeux selon les différents échelons de la prise de décision.

Une autre série de questionnement ne pouvait manifestement pas trouver de réponse au sein de l'institution ministérielle elle-même. Ainsi, nombre d'avis techniques ou de réglementations qui s'imposent au ministère de la santé français comme références en santé environnementale sont élaborées à l'extérieur. Les recommandations d'agences supranationales, telles que l'OMS ou l'Union européenne, sont aujourd'hui de plus en plus prégnantes. L'échelon national, qui doit les adapter, n'est plus libre que dans une certaine mesure de réaliser des choix quant aux critères d'adaptation nécessaires, ceci sous peine de sanctions soit par l'Union européenne, soit par les groupes de pression (notamment issus de la société civile) en mesure de dénoncer un « cavalier seul » de l'administration nationale au mépris d'une position internationale – supposée plus sûre et plus avisée par *a priori*... ou par intérêt calculé !

Concrètement, les conséquences sont pourtant loin d'être anodines, notamment sur le plan économique. Ainsi, la modification d'une simple valeur de référence pour l'un des composants chimiques de l'eau potable du robinet peut signifier potentiellement la création d'un marché pour sa mesure (et par exemple la mise en compétition de laboratoires en conséquence, ou la création d'une niche pour les détenteurs de brevet de telle ou telle technique de mesure etc.), ou encore un alourdissement des factures d'eau des abonnés sur lesquels les coûts de mesure sont répercutés.

Comme pour l'échelon ministériel évoqué plus haut, une interrogation sur les intérêts en jeu et leur prise en compte pour la constitution de ces positionnements internationaux semble pertinente. Le cas récent lié à la gestion par l'OMS de l'épidémie de grippe

A(H1N1) a mis sur le devant de la scène médiatique la question. Quels mécanismes, quels experts, quels enjeux aboutissent à la formation des références appliquées ? Plus particulièrement en ce qui concerne la France, quelle sont les stratégies d'influence du ministère de la santé et plus généralement de l'Etat français (ou d'autres Etats) ? Y a-t-il moyen d'exercer une influence plus judicieuse en la matière et si oui comment ?

Intérêts possiblement divergents, enjeux politiques et économiques définissent autant de champs de compétitions et donc de critères de compétitivités. Pourtant, ces aspects sont très rarement évoqués lorsqu'il s'agit de questions de santé environnementale. S'agit-il en cela d'une aversion assumée des décideurs et des gestionnaires, plus simplement d'une relative méconnaissance ou d'un manque de transparence des tenants et des aboutissants des décisions concernant ce champ ? Ou part-on du principe que lorsqu'il s'agit de raisons de santé publique, elles doivent s'imposer aux autres et ne sont donc guère accessibles à des intérêts estimés annexes ? De fait, la dimension compétitive est rarement évoquée. Dans bien des cas pourtant, si elle ne peut être la première prise en compte dans les décisions, cette compétitivité doit être envisagée avec lucidité. A commencer par son degré de prise en compte dans la décision. Existe-t-il de moyens d'identifier les points de compétition qui nécessitent une attention particulière lors de la construction des décisions ? Et si oui, comment les prendre en compte de façon à les orienter pour un territoire de façon plus favorable ?

Si les premiers aspects touchent au domaine de l'information, les derniers aspects touchent aux notions de compétitivité et d'intelligence à l'usage d'un acteur institutionnel. C'est peu à peu qu'à travers notre expérience se dégagent une concordance entre certains points clés de la santé environnementales et des questions posées via les approches proposées par l'intelligence compétitive et l'intelligence territoriale.

L'ensemble de ce questionnement puise son origine dans plusieurs années passées d'abord à la direction générale de la santé à Paris. Ces années, passées la gestion de dossiers techniques, ont permis également d'observer la façon dont la gestion de ceux-

ci était orientée, à l'usage des services déconcentrés du ministère dans les départements et régions, mais également à l'usage des responsables du ministère.

A compter de 2007, une prise de poste à Cayenne en tant que responsable du service de santé environnementale du ministère de la santé a fourni un nouvel observatoire. Ce poste permettait d'observer sur le terrain l'adéquation des règles conçues par les services centraux avec la réalité du territoire, notamment en tenant compte de son environnement propre mais aussi des différents partenaires de travail locaux, dont la société civile et les collectivités territoriales. Mais elle permettait également, en partant des dossiers locaux, d'initier, de proposer, de décider et de mettre en œuvre des actions directement issues des réflexions ayant trait à ce travail de thèse, en lui donnant sa forme de recherche action. En retour, cette période a permis de nourrir les travaux qui suivent, en fournissant les exemples liés aux enjeux de santé à l'échelle d'un territoire. A bien des égards, les réalités propres à la Guyane, relativement extrêmes, se prêtent à une mise en lumière plus contrastée que ne l'aurait permise l'observation d'un autre territoire français.

Parallèlement à ces responsabilités, plusieurs contrats successifs au sein de l'Organisation mondiale de la santé en Indonésie ont permis d'initier la réflexion sur le positionnement de cette agence dans le système de santé mondiale. Enfin, un contrat de 2 ans (en cours) au siège de l'Organisation, a permis de comprendre de l'intérieur quelques uns des enjeux et modes de fonctionnement des institutions internationales.

Pour exposer l'ensemble, nous consacrerons les premières parties de ce mémoire à délimiter les domaines techniques abordés. Ainsi, nous commencerons par un rappel théorique sur les principes et outils de l'intelligence économique et territoriale. Un second chapitre servira à définir la santé environnementale : sa teneur, les objets manipulés, mais également les institutions, notamment française, attachées à sa gestion.

Nous articulerons ces deux premières parties dans les chapitres suivants grâce à des exemples tirés de différentes expériences de terrain. Le premier exemple est tiré de la gestion d'urgence, suite au raz de marée de décembre 2004 dans l'Océan indien en

Indonésie. Cette partie a été remaniée à la lueur des informations tirées de l'intervention suite au tremblement de terre survenu en janvier 2010 en Haïti.

Vient ensuite un chapitre traitant de deux projets de recherche action menée en Guyane de 2007 à 2009 et les leçons concrètes qu'il est possible d'en tirer.

Enfin, nous terminons en présentant un exemple propre au mode de fonctionnement de l'Organisation mondiale de la santé concernant l'élaboration des recommandations pour la qualité de l'eau de boisson.

Les éléments de ce rapport sont le fruit d'un travail personnel à des fins universitaires. Les opinions exprimées ne reflètent en aucune manière la position des institutions citées.

Chapitre I.

Risques sanitaires et
environnement : la santé par
l'environnement, ou l'environnement
pour la santé ?

(...) public-health programme[s] cannot be planned in a vacuum, but only as a vital part of a broad programme of social improvement... It is not enough then, for the health administrator to develop the soundest possible programme for his own field of social endeavor... He must also sit down with experts on agriculture, on industry, on economics, and on education and integrate his specific health programmes as part of a larger programme on social development.

C. E-A. Winslow¹⁰

¹⁰ The Cost of Sickness, the Price of Health, Yale University, 1951, p. 3.

Chapitre I. Risques sanitaires et environnement : la santé par l'environnement, ou l'environnement pour la santé ?

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, les facteurs de risques environnementaux (physiques, chimiques et biologiques notamment) sont à l'origine de plus de 80 % des maladies et traumatismes dans le monde. Plus précisément, 23 % de la mortalité prématurée et 24% de la morbidité (caractérisée par le nombre d'années de vie en bonne santé perdues) sont attribuables à des facteurs environnementaux¹¹.

En France, par exemple, parmi les pathologies directement attribuables à l'environnement on distingue annuellement entre autres 1 500 cas de légionellose dont 10 % sont mortels, 3 000 victimes de l'amiante, 600 enfants atteints de saturnisme infantile, 13 200 à 29 000 cancers dus au radon et 30 000 décès prématurés liés à la pollution de l'air, 1 400 traumatismes aigus sonores dont 800 dus à la musique amplifiée.

L'obésité concerne 16,9% de la population adulte et 14,3 % des enfants¹². A titre indicatif, les dépenses liées à l'obésité concernent 7% des dépenses d'assurance maladie et 10 milliards d'euros¹³.

De surcroît, régulièrement des interrogations ou des peurs se font jour vis-à-vis des différentes contaminations environnementales ou supposées telles : dioxines, OGM, radiofréquences, nanotechnologies, maladies à prions et effets toxiques de nombreux produits chimiques peuvent être à l'origine de dysfonctionnements du système respiratoire, du système hormonal (potentiel oestrogénique, diminution de la fertilité humaine, effets à l'âge adulte des expositions subies durant la vie intra-utérine), être la

¹¹ Organisation mondiale de la Santé, 2007, Prévenir la maladie grâce à un environnement sain : Une estimation de la charge de morbidité imputable à l'environnement, Genève, 106 p. [version anglaise en ligne] http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/preventingdisease/en/index.html

¹² Étude nationale nutrition santé (ENNS), 2006 (INVS, décembre 2007), [en ligne] http://www.invs.sante.fr/publications/2007/nutrition_enns/RAPP_INST_ENNS_Web.pdf

¹³ Ministère de la santé, avril 2009, note interne.

cause d'allergies, de cancers, de maladies neurodégénératives, de modifications de l'immunité ou de malformations congénitales (des études explorent les relations entre les expositions aux pesticides au développement de tumeurs cérébrales ou de leucémies infantile par exposition prénatale, à la maladie de Parkinson, ou au cancer de la prostate comme il est suspecté pour les conséquences sanitaires des sols pollués par le chloredécone, un pesticide de la banane, aux Antilles).

De fait, le champ à couvrir est très large car "il est peu d'aspects de la santé publique qui ne présentent un rapport quelconque avec le milieu physique" comme le rappelle l'Organisation mondiale de la Santé¹⁴.

Afin de préciser le champ technique dans lequel s'inscrivent ces travaux, il a semblé utile de fournir des définitions rappelant ce qu'est la santé environnementale ainsi que l'évaluation et la gestion du risque sanitaire. Dans cette partie, nous aborderons de façon liminaire la notion de risque, ainsi que la dimension ayant trait à la communication, qui s'est considérablement développée ces dernières années. Dans un second temps, nous présenterons les principaux acteurs du domaine, au premier rang duquel se trouve le ministère chargé de la santé. Pour chacun, nous nous efforcerons de mettre en lumière sa logique de travail, son positionnement par rapport à la santé environnementale. Ceci nous permettra d'aborder la question des interactions et stratégies en la matière.

I.1. La santé comme dénominateur de l'environnement : définitions et sources de filiations

L'OMS définit depuis 1946 la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité¹⁵. La sensibilité des fondateurs de cette administration leur a fait considérer de façon large ce concept, en raison de ses nombreux déterminants :

¹⁴ Organisation mondiale de la Santé, 1958, Les dix premières années de l'organisation mondiale de la santé, Genève, p. 297 - [en ligne] <http://whqlibdoc.who.int/publications/> consulté le 3 octobre 2009.

¹⁵ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par

- les facteurs individuels génétiques (hérédité) et biologiques (vieillessement) ;
- les facteurs environnementaux : politiques et réglementaires, socioculturels (ressources, activité professionnelle, logement, mobilité...), comportementaux liés au mode de vie (nutrition, exercice physique, tabagisme, toxicomanie etc.), géographiques, ou de qualité des milieux ;
- les déterminants ayant trait aux politiques de santé (notamment macroéconomiques, idéologiques...), ainsi que le système de soins et plus largement de santé.

Dans cet ensemble, la santé publique s'intéresse à l'analyse et à la prise en charge des problèmes de santé d'un groupe ou d'une population donnée. Elle fait appel en cela à une vision collective et concertée de la santé, donc fondée sur un groupe donné¹⁶.

Canguilhem donne lui de la santé une définition fondée sur l'environnement : "la santé, c'est la marge de tolérance aux infidélités du milieu (...), c'est le volant régulateur des possibilités de réactions"¹⁷.

Ces deux exemples n'ont été placés que pour illustrer la multitude et la diversité des définitions de la santé, reflets d'une époque, d'une culture, de croyances.

Quelle que soit la définition de la santé, la notion d'hygiène lui a été associée dès l'Antiquité en Occident. Partant du constat des nombreux phénomènes interactifs entre les milieux, les lieux, l'air, la qualité de l'eau et la santé, les anciens Romains avaient commencé d'envisager également une dimension collective à cette "hygiène des

les représentants de 61 Etats. 1946 ; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948. Cette définition, déjà visionnaire pour l'époque, le reste encore largement et n'a pas été modifiée depuis.

¹⁶ Haut comité de santé publique, 1995, Actualité et dossier en santé publique, n°13, Santé et environnement, Paris, p.l.

¹⁷ Canguilhem G, 1966, Le normal et le pathologique, Quadrige, PUF, Paris, 1991, 3^{ème} édition, p.131, cité par Lecorps P., Eduquer à la santé et à la citoyenneté : les enjeux d'une prévention prévenante Journées académiques de Rouen, 14 février 2007, [en ligne] <http://www.ac-rouen.fr/rectorat/etablisements-cesc/seminaire2007/philippe-lecorps.pdf>, consulté le 2 septembre 2009.

milieux" mettant en garde leurs concitoyens¹⁸. Par la suite, épidémies ou gênes quotidiennes (bruit, odeurs, pollutions visuelles...) étaient ainsi régulièrement l'occasion de rappels par les pouvoirs publics des règles en la matière.

C'est cette notion qu'a élargie l'OMS en développant la notion de santé environnementale et celle de déterminants de santé. En témoigne par exemple l'organisation de travail de l'Office panaméricain de santé, où un même département rassemble, à côté des entités chargées des risques liés aux milieux physiques, celles traitant des déterminants sociaux et comportementaux : habitat, alcoolisme, accidents de la route... Toutefois en la matière, toute approche est nécessairement restrictive. En effet, en ne considérant pas uniquement son intégrité physique, sociale et mentale, mais aussi un état de bien être correspondant, l'OMS ouvre la voie à un besoin individuel infini, à un idéal de la santé. Ambitieuse, cette définition est condamnée à rarement trouver sa réalisation à l'échelle d'un groupe, ou à devoir faire prendre en compte sous

¹⁸ Voir notamment les écrits de Vitruve, ingénieur militaire romain du premier siècle avant notre ère. On trouve dans ses traités d'architecture (*De architectura*) la nécessité de prêter une attention spécifique aux lieux : *"La convenance que requiert la nature des lieux, consiste à choisir les endroits où l'air et les eaux sont les plus sains pour y placer les temples, principalement ceux qu'on bâtit au dieu Esculape, à la déesse Santé et aux autres divinités, par qui l'on croit que les maladies sont guéries ; car, par le changement d'un air malsain à un air salubre, et par l'usage de meilleures eaux, les malades pourront se guérir plus aisément, ce qui augmentera beaucoup la dévotion du peuple, qui attribuera à ces divinités la guérison qu'il doit à la nature salubre du lieu."* Plus loin encore, dans son huitième livre, on trouve : *"Les tuyaux de poterie ont cet avantage qu'il est facile de les bien réparer quand ils en ont besoin, et que l'eau y est beaucoup meilleure que dans des tuyaux de plomb, dans lesquels il s'engendre de la céruse, que l'on regarde comme fort dangereuse pour le corps ; et par cela même, il y a apparence que le plomb doit être lui-même nuisible pour la santé, si ce qui s'engendre de ce métal est dangereux. Cela est du reste prouvé par les plombiers que l'on voit d'ordinaire être pâles, à cause de la vapeur qui s'élève du plomb quand on le fond, et qui, pénétrant dans le corps, brûle les parties et corrompt le sang : de sorte que, pour avoir de bonne eau, il ne faut pas l'amener dans des tuyaux de plomb. Elle est même plus agréable à boire quand elle a été conduite dans de la poterie ; aussi, voit-on ceux qui ont des tables garnies de quantité de vases d'argent trouver l'eau meilleure quand ils la boivent dans de la terre."* On a depuis (re)découvert scientifiquement les dangers du saturnisme et les propriétés bactéricides des ions argents... Dix livres d'architecture de Vitruve, 2006 ; trad. Perrault, éditions Errance, 160 p.

De telles considérations restèrent dans les considérations médicales occidentales. Ainsi, lorsqu'apparait le choléra en Occident dans le début du XIX^{ème} siècle, les premiers efforts pour comprendre la maladie notamment par l'enregistrement des cas recense pour chacun "l'âge, (...), la durée de la maladie, la température ambiante, (...) le mode d'exposition, l'altitude, l'humidité du sol, la densité de population, la classe sociale et la profession (...) ". Les facteurs d'explications purement liés au milieu y voisinaient ceux d'ordre biologique ou social (OMS, 1958, op. cit., p. 8) et de fait, les croyances ont longtemps été au long de ce siècle que "les maladies épidémiques ne se manifestaient que là où certaines conditions de climat et de sol se trouvaient réalisées" (idem, p. 10).

cet objectif l'ensemble des aspects qui organisent ce groupe (notamment modes de répartition de la nourriture, des ressources, etc.). Si bien que son application pourrait passer s'avérer soit subversive (en créant des exigences individuelles et aussi permanentes qu'inassouvies), soit totalitariste (en imposant des considérations sanitaires dans tous les aspects de la vie collective).

De son côté, la notion d'environnement peut également accepter une définition holistique, voire "totalitaire" au sens premier du mot, puisqu'embrassant la notion de milieu dans lequel nous vivons. Dans une acception extensive, la notion d'environnement est définie comme « l'ensemble des conditions extérieures susceptibles d'agir sur le fonctionnement d'un système » (Le Robert, 1997).

Ces conditions touchent bien sûr à un espace naturel. La sauvegarde de ce dernier a fondé l'écologie. Ce terme rassemble des partisans prônant les droits de la nature à des degrés divers, de ceux qui défendent les droits des animaux calqués sur les droits de l'homme, à ceux qui réclament un droit propres à la nature (y compris pour les arbres, les rochers etc.), voire en poussant cette logique, sont tenants d'une nature sans l'homme (*deep ecology*). Ces courants de pensée puisent leur renouveau à l'époque moderne chez un certain nombre de penseurs anglo-saxons.

A l'autre extrémité de l'échiquier, les tenants d'une nature domestiquée, aménagée pour les besoins exclusifs de l'homme, dont faisaient partie nombre de penseurs humanistes et utilitaristes du siècle des Lumières et du suivant. Une nature sauvage, une fois domestiquée devait pouvoir mettre sans fin sa prodigalité au service de l'homme, qui par sa science, parvenait y imprimer la marque de son génie. Le jardin à la française de l'époque classique est le reflet modèle de cette image, mais bien plus largement, cette vision a présidé à l'exploitation des ressources naturelles dans la plupart des sociétés modernes et a montré toute sa dimension lors de la colonisation du Nouveau Monde : espèces animales exterminées, forêts coupées à blanc...

Si des critiques se faisaient jour ici et là sur ces pratiques, nombre considèrent comme fondateur l'ouvrage de la biologiste Rachel Carlson publié en 1962, « le Printemps

silencieux »¹⁹. R. Carlson y évoquait une nature rendue silencieuse par l'absence des oiseaux, disparus peu de temps après que les insectes eux-mêmes aient été victimes des pesticides utilisés massivement par l'agriculture. L'ensemble présageait la disparition de l'espèce humaine désormais incapable de produire sa nourriture.

Au cours des années 60 à 80, une série d'accidents industriels et de scandales répandait dans l'opinion la suspicion sur des pratiques méprisant ouvertement l'environnement. Contamination au mercure et malformations chez les habitants de Minamata par une usine de fabrication d'électroménager, affaire de « Love canal »²⁰, incident dans la centrale nucléaire de Three Miles Island et plus récemment de Tchernobyl, explosions de Seveso puis Bhopal ont fait s'élever des voix contre ces contaminations de l'environnement à l'origine de contaminations directement ou non, de populations.

Y répondaient régulièrement des mouvements de protestation demandant le respect de ces populations, mais plus largement, celui de l'environnement. Le mouvement antinucléaire est représentatif de cette contestation pour ne citer que lui.

En 1985, la Commission de réforme des lois, fondée au Canada en 1971 en vue de moderniser la législation fédérale, publie un rapport intitulé : « Des crimes contre l'environnement »²¹. Parmi les nombreuses propositions destinées à être soumises au Parlement, l'une d'elle recommande d'ajouter au code criminel un délit spécifique concernant les actes qui « portent sérieusement atteinte à une valeur fondamentale de notre société, à savoir le droit à un environnement sain, ou encore à un niveau raisonnable de qualité de cet environnement ».

Fidèles au droit anglo-saxon, qui vise toujours la définition d'intérêts identifiables, les membres de la Commission avouent ne pouvoir considérer la nature elle-même comme un sujet de droit, « le champ d'un code criminel portant sur les délits ne doit pas

¹⁹ Carson, R., 1962, *Silent Spring*, Boston: Houghton Mifflin réédité par Mariner Books en 2002 et en français en 1963, *Le printemps silencieux*, Paris, Plon puis 1968, *Le Livre de poche*.

²⁰ Peu connue en France, cette affaire a défrayé le chronique dans les années 70 aux Etats Unis suite à la découverte, dans l'état de New York, de déchets toxiques ayant eu pour effet la contamination de riverains.

²¹ Working paper, n°44, 1985, cité par Ferry L., Ferry L., 1992, *le Nouvel ordre écologique, l'arbre, l'animal et l'homme*, éditions Grasset, *Le Livre de Poche*, Paris, p. 114.

s'étendre jusqu'à protéger ce dernier en tant que tel indépendamment de valeurs, de droits et d'intérêts humains ».

Si certains souhaitent aller plus loin encore quant à l'identification des droits – donc d'une existence et personnalité morale- pour la nature, une vaste majorité d'écologistes se reconnaît toutefois dans le besoin d'un environnement qui respecte la santé humaine. Quant aux plus extrémistes des écologistes, ils concèdent généralement également ce point. De fait, c'est cet étalon seul qui permet de réconcilier les différentes tendances en faveur de l'environnement. Pour tous, la préservation de la santé (d'abord individuelle, mais aussi collective) constitue un argument valide pour promouvoir la cause de l'environnement.

Non seulement les concepts sanitaires se rapprochaient ainsi des préoccupations environnementales, mais ils définissaient du même coup également des intérêts environnementaux (minimum selon certains), en permettant d'identifier des intérêts particuliers ou communs potentiellement lésés par les atteintes à la salubrité de l'environnement.

Les concepts environnementaux plaçaient du coup la sauvegarde de la santé en haut de leur agenda, à côté de la sauvegarde de la biodiversité notamment.

Quant au domaine sanitaire, il développait plusieurs axes de travail pour tenir compte de l'influence des facteurs environnementaux sur la santé humaine, comme le montre la figure 1.

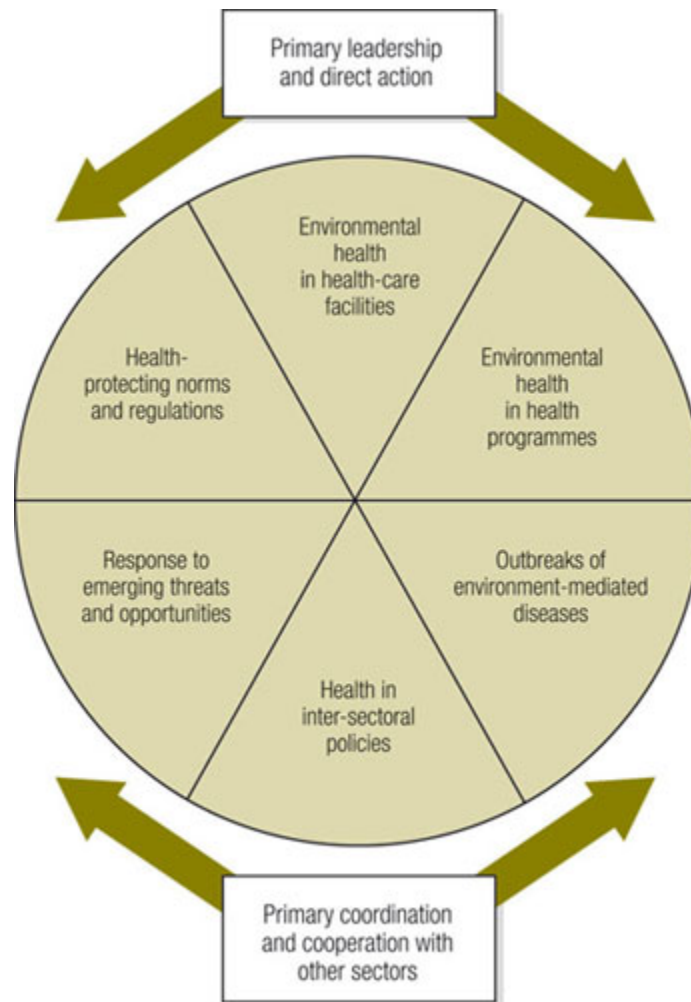


Figure 1 : fonctions du secteur sanitaire liées à la santé environnementale.

Figure 1 : Health sector functions to secure environmental health

Extrait de Rehfuss E.A., Bruce N., Bartram J.K., More health for your buck : health sector functions to secure environmental health, Bulletin of the World Health Organization 2009, n°87, novembre 2009, pp.880-882.

Aussi large et transversal que chacune de ses composantes (la santé et l'environnement), le champ de compétence ainsi né a vocation à trouver des prolongements depuis les systèmes de soin jusqu'aux politiques publiques de façon générale comme le montre ce schéma.

En cela, il fallu attendre l'émergence de différents outils conceptuels pour véritablement progresser, comme le montrent les paragraphes qui suivent.

I.2. Les risques sanitaires environnementaux : constructions et enjeux de communication

L'objet d'étude en santé environnemental est l'évaluation et la gestion des risques sanitaires. La notion de risque occupe depuis plusieurs décennies le devant de la scène. Ainsi, Inhaber et Norman (1982) rapportent que, sur la base de l'index de citation (*Citation index*), la mention du mot risque dans les titres des articles a eu une croissance exponentielle de 1966 à 1982 avec une augmentation équivalente à un facteur d'environ 12²². La notion s'est peu à peu imposée comme pertinente pour envisager des défis aussi bien d'ordre techniques, sociologiques ou culturels auxquels devaient faire face la société, au point même que certains pensent pouvoir caractériser nos sociétés comme celles du risque²³. Une abondante littérature, issue de spécialistes de ces différents domaines est désormais disponible en la matière. Sans prétendre à sa revue exhaustive, nous en tirerons les principaux éléments pour permettre la présentation de la notion de risque dans les paragraphes qui suivent. Elle nous permettra dans un second temps de la transposer dans le champ de la santé environnementale et de définir celui-ci en conséquence.

I.2.1 Le risque, notion construite

Étymologiquement, notre mot "risque" viendrait de l'italien *risco* (ou de l'espagnol *riesgo*), mots dérivés du latin *resecum* (« ce qui coupe »), pour désigner d'abord l'écueil qui menace les navires, puis plus généralement tout danger encouru par les marchandises en mer²⁴.

²² Inhaber H., Norman S. 1982. The Increase in Risk Interest. Society for Risk Analysis, Letter to the Editor, 2 :119-120, cité par Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2002, Principes directeurs d'évaluation du risque toxicologique de nature environnementale, Collection Orientations et enjeux sociaux, Québec, 73p. [en ligne] <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2002/02-227-01.pdf> consulté le 3 September 2009.

²³ Voir notamment Beck U., 2001, La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité ; traduit de l'allemand par L. Bernardi, Paris, Aubier, 521p. Selon cet auteur, les sociétés modernes produisent en même temps des richesses et des risques.

²⁴ Perretti-Watel P., 2001, La société du risque, la Découverte, Paris, p.5.

Le risque doit être distingué du danger, celui-ci étant « ce qui menace ou compromet la sûreté d'une personne ou d'une chose ». Le risque « est un danger plus ou moins prévisible » (Robert). En terme de droit, il s'agit d'une « éventualité d'un évènement ne dépendant pas exclusivement de la volonté des parties et pouvant causer la perte d'un objet ou de tout autre dommage. »²⁵

Dans son acception moderne, le risque n'est pas un aléa, mais plutôt un danger éventuel plus ou moins prévisible connoté par le jugement de valeur [négatif généralement] d'un observateur²⁶. Ce concept est donc une construction propre à un environnement social, technique, politique donné, doublé d'un contexte "naturel" quant à ses circonstances et caractéristiques physiques. La rationalité scientifique qui lui donne le jour doit s'inscrire dans un espace politique, puisqu'il ne suffit pas de caractériser un risque pour parvenir à sa prise en compte de façon publique²⁷.

Un risque peut s'avérer potentiel (la survenue possible d'accident lors de l'invention de l'automobile par exemple), ou avéré – largement depuis en ce qui concerne les accidents de la route. Ces distinctions sont essentiellement utiles dans une démarche d'anticipation.

D'un point de vue social, le risque possède une dimension d'acceptabilité. Ainsi, l'introduction du chemin de fer semblait insupportable à certains au début du XIX^{ème} siècle en raison de risques multiples au nombre desquelles des maladies nerveuses,

²⁵ Jakobiak F., 1998, L'Intelligence Economique en pratique, éd. d'Organisation, Paris, p. 32.

²⁶ Kourilsky P. et Viney G., 1999, »Le principe de précaution », Rapport au premier ministre, p. 10, [en ligne] <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/004000402/0000.pdf>, consulté le 3 septembre 2009. Il s'agit de la construction de plusieurs observateurs de sensibilité et savoirs différents de surcroît, comme nous allons le voir dans la suite :

²⁷ Nous ne discuterons pas ici de l'existence ou du degré de cette rationalité scientifique, que les réflexions de K. Popper ont contribué à mettre en doute comme étant elle-même le produit d'éléments subjectifs ayant trait à l'observateur, à la société de laquelle il ressort et aux autres contingences liées au fait scientifique. Plus proche de nous, un auteur comme B. Latour défend l'idée que toute théorie scientifique n'est dans son entier *que* le fruit d'une construction humaine ; de nature subjective par définition. Fécond d'un point de vue spéculatif, ce type de considérations n'apporte en revanche que peu de choses quant à une mise en œuvre pratique : pragmatiquement, mieux ou moins bien construit, un risque s'impose par ses conséquences qui demandent anticipation ou réponse concrète. De surcroît, travailler en amont de la construction des risques sur les perceptions – et essentiellement sur cet aspect avant de décider si des travaux sont faisables en la matière – constitue précisément une étape de l'évaluation d'un risque actuellement bien compris par les méthodes exposées plus loin.

des affections hystériques, des symptômes épileptiques, des inflammations de la rétine (dus à la rapide succession des images), des bronchites et des adhérences de la plèvre (occasionnées par la fumée et les escarbilles).

S'ajoutait la pleurésie que promettait Arago aux voyageurs empruntant un souterrain, tout au moins à ceux qui échapperaient à la catastrophe résultant de l'inévitable explosion des locomotives. Les gynécologues eux-mêmes intervenaient : pour une femme enceinte, un voyage en chemin de fer devait infailliblement provoquer une fausse couche. Quant aux enfants des employés des chemins de fer, on leur promettait des dégénérescences morbides telles qu'ils n'auraient qu'une existence très abrégée.

Si certaines de ces craintes feraient aujourd'hui sourire, elles permettent de souligner une constante : l'intrication des facteurs scientifiques et rationnels, la prévention prudente envers la nouveauté, ou encore envers les nouvelles technologies qui la permettent.

De fait, transposés à nos jours, les débats de ce type se poursuivent sur d'autres technologies : OGM, nanotechnologies ou autres, le champ est vaste où l'absence d'éléments fondés alimente largement les craintes du public. Celles-ci renvoient à la nécessité d'acceptation sociale et en creux aux garanties de sécurité qu'il est possible de proposer pour susciter cette acceptation. Les débats sont d'autant plus passionnés qu'à la différence des usagers des chemins de fer, les conséquences de ces choix concerneraient des effectifs bien plus larges que ceux concernés par le train à l'époque.

A peine différente, la tension subsiste de nos jours entre des innovations techniques toujours plus rapides d'un côté, de l'autre la part d'inconnu quant à leur maîtrise et à leurs possibles effets nocifs suscitant des craintes.

Celles-ci, attisées durant la seconde moitié du 20^{ème} siècle par une série d'accidents industriels, a mené à développer des éléments visant à formaliser nos relations aux risques. C'est ainsi que sont nés un certain nombre de méthodes et d'outils, destinés à « apprivoiser », ou plutôt à traiter de façon rationnelle et systématique notre appréhension des risques.

Servant autant à l'analyse qu'au partage des savoirs sur la question, ce processus est détaillé dans les paragraphes qui suivent.

I.2.2. Un processus complexe et minutieux : la gestion de risque sanitaire environnementale

I.2.2.1. Définition

Le processus de gestion des risques, illustré à la figure 2, est inspiré de celui adopté par la *Presidential/Congressional Commission on Risk Assessment and Risk Management* des États-Unis et par le ministère de la Santé du Canada.

Quel est l'objectif poursuivi ? Pour Grima, il est triple :

- bien sûr, le contrôle et la réduction des risques à des niveaux acceptables ;
- la réduction de l'incertitude dans les prises de décisions ; et
- l'augmentation de la confiance du public face aux décisions²⁸.

Cet objectif est fondé sur une approche structurée et systématique couvrant l'ensemble des phases suivantes : la définition du problème et de son contexte, l'évaluation des risques, l'identification et l'examen des options de gestion des risques, le choix de la stratégie de gestion, la mise en œuvre des interventions, l'évaluation du processus et des interventions, ainsi que la communication sur les risques. Les phases qui le composent sont représentées par autant de cercles dont les intersections rendent compte de leurs interrelations.

Certains emploient l'expression "gestion des risques" pour désigner uniquement le regroupement des quatre dernières phases du processus. En ce qui nous concerne, nous considérons que le processus ne débute pas seulement à la prise de décision ; il

²⁸ Grima Lino A.P. 1989 Improving Risk Information Transfer : Instrumental and Integrative Approaches. Dans *Prospects and Problems in risk Communication* par Leiss W. University of Waterloo Press. 117-134, cité par Debia M. et Zayed J., «Les enjeux relatifs à la perception et à la communication dans le cadre de la gestion des risques sur la santé publique », *Vertigo* - la revue électronique en sciences de l'environnement, Volume 4 Numéro 1 | mai 2003, [En ligne], mis en ligne le 01 mai 2003. URL : <http://vertigo.revues.org/index4700.html>, consulté le 6 janvier 2009. Certains commentateurs placent ce dernier objectif au plus haut, faisant remarquer que dans une société démocratique l'assentiment du public étant potentiellement bloquant, il convient de s'en assurer au plus tôt. Il n'est guère étonnant que ce type de théorie trouve des penseurs dans le secteur du nucléaire. Sans s'étendre sur ce courant de pensée, il convient toutefois de souligner les dérives qu'elle contient, notamment vers la manipulation des opinions. En son temps, le président Eisenhower avait mis en garde contre ce type d'influence pouvant exercer un danger pour la démocratie en l'attribuant au complexe militaro-industriel (discours de fin de mandat prononcé le 17 janvier 1961).

comprend également les phases préalables qui concernent l'évaluation des risques et la définition du problème.

Sans nous étendre sur ce point, plusieurs arguments simples suffiraient à étayer cette proposition. Tout d'abord, dès les premières étapes de l'évaluation, la formulation même du risque définit en creux la façon dont il sera appréhendé, géré. Evaluer le risque lié à un pesticide donné dans l'alimentation par exemple, c'est effectuer un choix sur ce contaminant – et pas un autre – ainsi que sur le mode d'exposition potentiel et ceci pour des raisons qui peuvent être aussi multiples qu'orientées (de façon fondée ou non d'ailleurs).

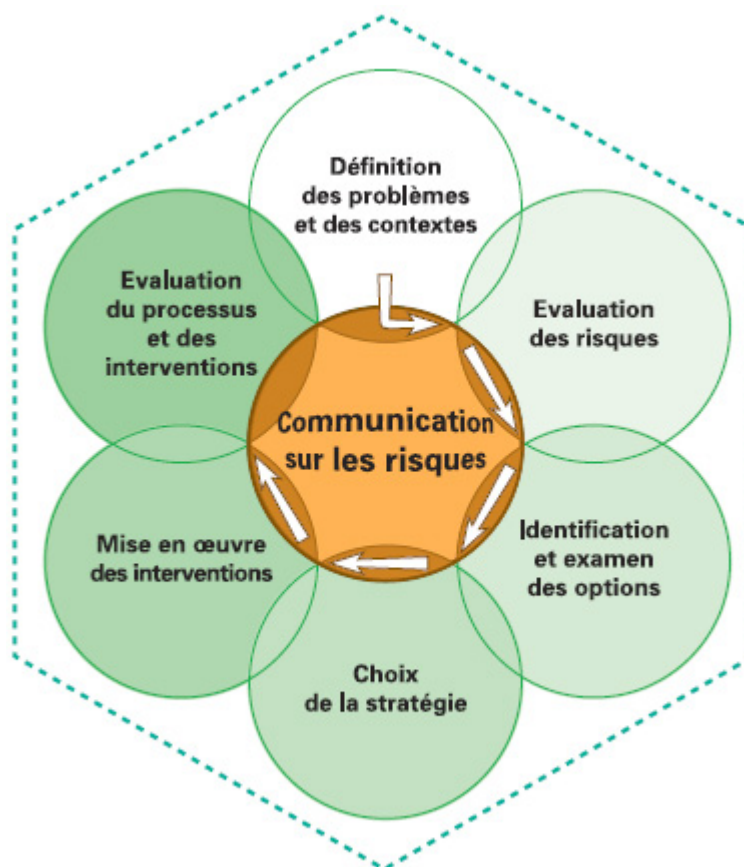


Figure 2 : processus de gestion des risques sanitaires.

Figure 2 : health risk management process.

source : *adapté de* Institut national de santé publique du Québec, 2003, Cadre de référence en gestion des risques pour la santé dans le réseau québécois de la santé publique, Québec, p.3.

La figure 2 montre clairement la place centrale que tient la communication à chaque étape du processus, soulignant son rôle pivot et indispensable. En effet, le passage de chacune des étapes demande une validation et une prise de responsabilité d'une part, d'autre part, chacune de ces prises de responsabilité doit être motivée, justifiant une décision

Nous y reviendrons, mais auparavant, parcourons les différentes étapes présentées sur cette figure, étapes qui mettent en œuvre à chaque fois différents processus de décision.

La première étape consiste en l'identification du problème et de son contexte. Son appréhension doit permettre de déterminer dès cette phase des objectifs de gestion. L'élément à l'origine de ce processus peut consister en un problème réel et caractérisé de santé ou en un problème perçu par la population ou par des experts. De la capacité à délimiter le périmètre de la question traitée, donc à l'énoncer, dépend celle à se concentrer sur une évaluation correcte. En effet, en raison du nombre d'acteurs impliqués dans l'ensemble du processus, une divergence (même tacite) quant au sujet peut s'avérer néfaste : mauvaise évaluation ou allocation des ressources nécessaires, "fausses pistes", décalages dans la communication etc. ne sont que quelques unes des conséquences possibles.

On perçoit là toute l'importance que revêt un processus de veille sanitaire, qui doit permettre d'identifier des signaux de santé ou sociaux pouvant amener à se saisir d'un questionnement.

Au cours de cette première phase, il convient de pouvoir :

- Identifier et caractériser le problème de santé ;
- Analyser le problème dans un contexte élargi approprié ;
- Évaluer l'urgence de la mise en œuvre de l'intervention ;

- Identifier les gestionnaires de risques, leurs rôles, leurs responsabilités et leur redevabilité à la gestion du problème²⁹ ;
- Déterminer les objectifs de gestion des risques ;
- Établir le plan d'évaluation des interventions.

Ces points sont discutés et illustrés plus loin, de façon à ne pas s'éloigner tout de suite du fil de cette démarche.

Cette séquence de gestion de projet n'est pas propre à la santé environnementale, mais elle y est désormais structurante et communément partagée. Les actions de communication à mettre en œuvre théoriquement consistent ensuite notamment à :

- Identifier les perceptions de la population et des experts reliées au risque ;
- Identifier les préoccupations de la population face au risque ;
- Planifier la mise en œuvre d'un processus de participation du public en général et des parties intéressées et touchées³⁰.

On reconnaît dans cette dernière série d'actions des éléments abondamment mis en œuvre depuis la fin des années 1990 en France dans le domaine des consultations à enjeux sociétaux. Ceci va du forum sur les OGM en 1997 au Grenelle de l'environnement, dernier en date d'une série de rendez-vous organisés par l'administration. Il convient toutefois de noter certaines spécificités françaises. Parmi celles-ci, la moins significative n'est pas que les autorités françaises possèdent une vingtaine d'année de retard par rapport à leurs homologues américains en la matière.

La création de la Commission nationale du débat public en 2002³¹ reprend dans son esprit les fonctions du Bureau d'audiences publiques sur l'environnement (BAPE), un

²⁹ Ce terme rend celui d'"accountability", utilisé en anglais pour désigner la capacité à rendre compte de l'exercice d'une responsabilité. Dans un contexte anglo-saxon, il renvoie à un fort contexte jurisprudentiel et contentieux. Il s'agit notamment de déterminer "qui paierait les pots cassés" en cas d'échec du dispositif.

³⁰ Canadiens et anglo-saxons utilisent volontiers le terme de "stakeholders", ou parties prenantes, sans préjuger que tel ou tel individu ou groupe de pression puisse se sentir concerné par les enjeux traités. C'est la raison pour laquelle certains francophones préfèrent utiliser également le terme de "porteurs d'enjeux".

³¹ <http://www.debatpublic.fr/> consulté le 4 septembre 2009.

organisme fondé en 1978 par le gouvernement du Québec³² et faisant une large place aux consultations de la société civile.

Usager ou administré, le citoyen ou contribuable français a été longtemps tenu hors de la fabrique de la décision même. Ceci explique notamment l'existence de nombre d'associations et de mouvements, fondés sur la contestation de décisions publiques, contestées en raison de sentiments d'incompréhension, voire de mépris.

Ces dernières années, c'est le cas notamment d'associations de riverains refusant l'implantation d'antennes relais pour les téléphones portables, comme ce fut le cas à l'époque pour les associations de refus du nucléaire etc.

En outre, les derniers débats organisés ne sont pas nécessairement dénués d'arrière-pensée de la part de l'administration, qui d'une part peut avoir son propre agenda, d'autre part devant arrêter une décision *in fine*, peut ne considérer cette participation que comme purement consultative. Certains aspects sociaux des théories qui ont sous-tendu l'éloignement du citoyen de la sphère des décisions seront de nouveau abordés dans la partie concernant la rationalisation du risques, quelques paragraphes plus bas.

Une fois la présente étape conceptuelle franchie, il convient alors de procéder à l'évaluation du risque identifié.

1.2.2.2. Démarche générale d'évaluation du risque

Depuis une vingtaine d'années, le risque constitue un des objets majeurs de la santé environnementale. Il vise à préciser les effets potentiels sur la santé à la suite d'une exposition à un agent toxique. L'évaluation des risques correspond à l'estimation de la probabilité d'apparition d'effets nuisibles. Nous proposons ici une version simplifiée.

Au début des années 80, on proposait une démarche formelle et spécifique pour

- 1) l'évaluation quantitative et qualitative de l'exposition humaine à des contaminants (produits chimiques, pathogènes...) ou des agents spécifiques (ondes, champs, radiations),
- 2) l'évaluation de leurs effets sur la santé et

³² <http://www.bape.gouv.qc.ca/> consulté le 4 septembre 2009, nous reviendrons sur cette institution.

3) l'estimation du risque qui en découle sur la population en général³³.

Aujourd'hui, l'évaluation des risques est fondée d'une part sur l'identification d'un danger, l'évaluation de l'exposition en termes de fréquence, de durée et de voie d'entrée et d'autre part sur l'évaluation de la toxicité à partir de données expérimentales et épidémiologiques (figure 3).

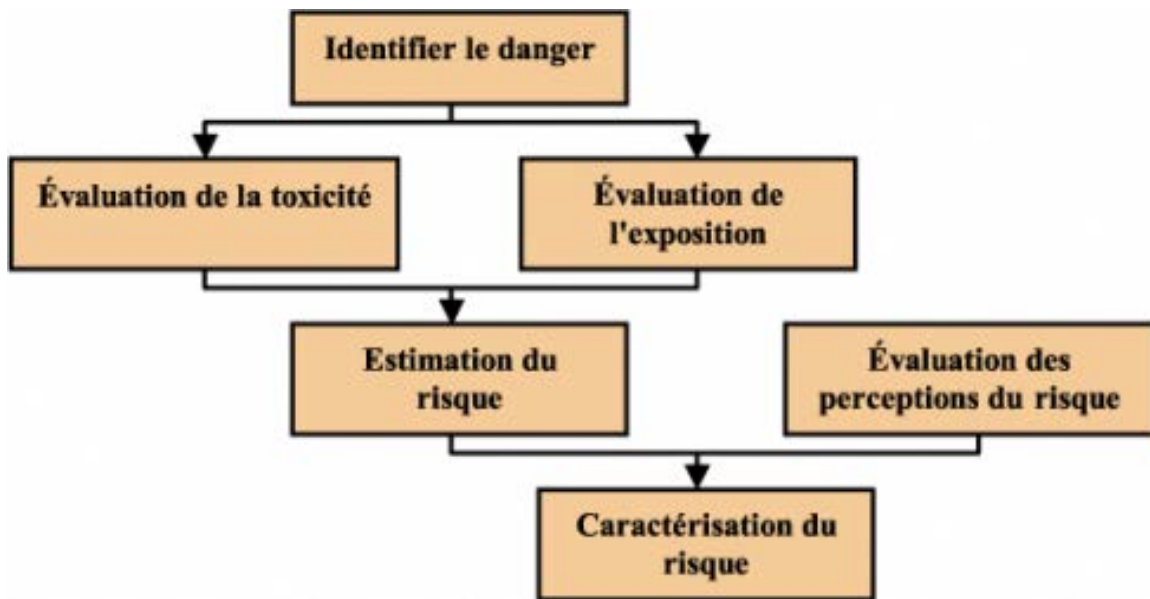


Figure 3 : étapes de l'évaluation du risque.

Figure 3 : steps for risk evaluation.

Source : Institut national de santé publique du Québec, 2003, Cadre de référence en gestion des risques pour la santé dans le réseau québécois de la santé publique, Québec, p.9.

³³ National Research Council, 1983, Risk Assessment in the Federal Government : Managing the Process. National Academy Press, Washington, D.C., p. 12.

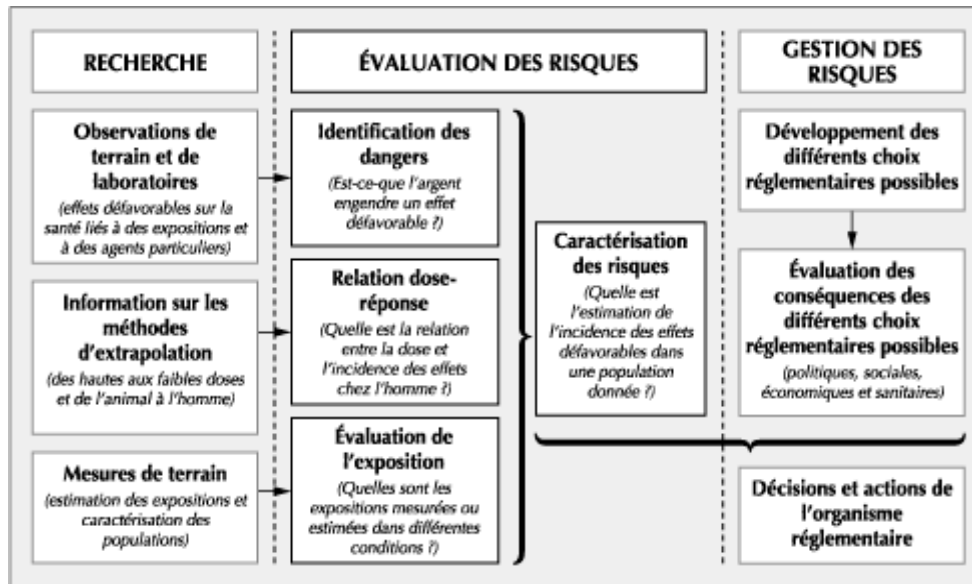


Figure 4 : Paradigme de l'évaluation du risque sanitaire.

Figure 4: Paradigm of health risk evaluation.

Source : Académie des sciences américaine, 1983, repris par Institut national de santé publique du Québec, 2003, Cadre de référence en gestion des risques pour la santé dans le réseau québécois de la santé publique, Québec, p.11.

Une fois le risque estimé, la caractérisation du risque consiste à placer l'estimation du risque dans une approche intégrée prenant en considération l'analyse des perceptions, des préoccupations et des valeurs (INSPQ, 2002, op. cit.). Il s'agit d'une étape qui, notamment, tient compte des facteurs sociaux, juridiques, politiques, économiques et technologiques. Elle vise aussi l'examen des mesures possibles pour réduire le risque ou ses incertitudes. L'acceptabilité du risque sera alors examinée à partir de l'examen de plusieurs options analysées, quant à elles, à partir de leur degré d'efficacité en termes de réduction et de prévention du risque, des ressources nécessaires pour leur mise en œuvre, de leur faisabilité tant pour l'industrie que pour la société et finalement, de leur respect des valeurs de la société. Ainsi, l'évaluation des risques introduit une certaine valeur sociale aux risques et reconnaît à chacun des acteurs une participation et un intérêt dans les décisions relatives aux risques.

Il convient de considérer l'énoncé précédent comme une base de travail. Elle permet idéalement, une fois identifiées les parties prenantes représentant les intérêts concernés (scientifiques, politiques, sociaux, économiques...), de leur proposer le débat et d'en tirer un consensus. L'application en revient ensuite à chacun selon sa prise sur le problème : changement de comportement et adoption de bonne pratique, réglementation et contrôle etc. Ceci est encore réalisable lorsque les tenants et aboutissants sont relativement limités : par exemple l'examen d'un produit (les biberons contenant du bisphénol) ou d'une installation en particulier (centrale de production d'électricité, usine de pâte à papier...), ou encore l'analyse de risque d'une filière industrielle donnée. Toutefois, lorsque des dimensions trop complexes sont en jeu et lorsque notamment subsiste une part importante de méconnaissance scientifique, les parties prenantes susceptibles d'exprimer un intérêt sont nombreuses, parfois difficilement identifiables et parviennent rarement à un consensus.

Malheureusement, ce type de situation est relativement fréquent. En effet, les études mettant en évidence des corrélations entre environnement (pollution, contaminations...) et état de santé se multiplient. Cependant, ces relations ne sont pas simples à observer, notamment en raison d'un grand nombre de facteurs de confusion et de la difficulté d'obtenir des mesures fiables, ainsi que d'étudier des populations de taille suffisante. Pour établir un lien statistique en effet, plus les effets attendus du phénomène à décrire sont faibles, plus cela nécessite un échantillon conséquent. Il a par exemple été estimé que l'étude d'au moins 22 000 enfants répartis également par groupe d'exposition serait nécessaire pour mettre en évidence un accroissement de 2% de la fréquence de maladies respiratoires chez les élèves du primaire en relation avec une pollution intérieure³⁴.

Le décideur -ou l'administrateur- doit alors trancher en l'absence d'éléments suffisants, notamment quant à l'acceptabilité sociale des risques. Cette acceptabilité elle-même peut de toute façon ne pas reposer sur les arguments rationnels à disposition des

³⁴ Cordier S., 1995, Environnement et santé, une relation difficile à étudier, in Haut comité de santé publique, Actualité et dossier en santé publique, n°13, Santé et environnement, Paris, p.VI.

décideurs. Ceci fait partie du processus de décision, et plus largement de la façon dont le risque sanitaire est géré.

Avant de revenir à la logique du processus lui-même, il nous semble intéressant à ce stade de détailler l'un de ses points, qui a trait à l'approche sociale des risques sanitaires.

1.2.2.3. Approche sociale et perception des risques sanitaires : une incommunicabilité intrinsèque ?

a. D'une modélisation rationnelle à une perception personnelle et socioculturelle

Tout est risque. On peut voir dans tout évènement complexe la réalisation d'une probabilité. L'utilisation de ce champ des mathématiques a été depuis largement généralisée. Depuis les premiers pas de la théorie des probabilités appliquées aux jeux avec Blaise Pascal, les méthodes actuelles de collecte, de compilation ou d'échange d'information permettent actuellement de tout exprimer sous cette forme, ou presque. Il suffit de définir un évènement, de rechercher son occurrences par le passé (études rétrospectives), ou si les données n'existent pas, de recourir à des modèles probabilistes³⁵.

Théorie érigée en modèle de gestion par certains, le risque peut constituer un prisme quasi universel, au point que certains auteurs de science fiction y ont vu la quintessence même du gouvernement et de la politique³⁶. Le risque serait une approche largement transposable, ou plutôt tout pourrait s'exprimer en termes de risques

³⁵ Pascal lui-même avait ouvert cette porte au caractère prédictif des probabilités, partant d'une modélisation des jeux de hasard. Son fameux « pari » sur l'existence de Dieu propose ensuite au parieur de courir le « risque » de faire un mauvais choix... Dialectique d'autant plus habile que si l'appât d'un gain par le jeu n'est pas nécessairement partagé par tous, la crainte de perdre ce qu'on possède déjà (la vie, la santé ...) semble bien plus universelle...

³⁶ Voir la série de l'auteur de science fiction Frank Herbert, « Dune », qui distingue essentiellement trois classes: des dirigeants monopolisant les fonctions de gouvernement et s'appuyant d'une part sur leurs soldats mais également sur des conseillers politiques, les mentats. L'efficacité de ces derniers repose sur leur faculté accrue à tirer des informations existantes des scénarii et de leur probabilité de survenue. L'univers créé par l'auteur bascule lorsque le héros parvient à conjuguer l'ensemble des fonctions jusque là propre séparément à chacune des 3 classes (Herbert, F. 1965, Dune, traduction française éditions Robert Laffont, 1970, réédité par Presse Pocket, Paris, 349 p.).

Pour Beauchamp par exemple³⁷, il existe des risques inhérents à la vie sociale (violence, tension, incertitude psychique, guerre et révolution), des risques engendrés par la civilisation ou le style de vie (stress, alimentation, pollution, contamination, accident industriel, technologie à risque) ainsi que des risques d'origine "naturel" (cyclone, tempête, inondation, sécheresse).

L'exemple proposé par Beauchamp nous servira d'illustration pour présenter les travaux effectués dans le cadre de l'approche sociale et de la perception des risques.

Le tableau 1 recense un certain nombre de risques liés à différentes pratiques et événements survenus au Québec.

Tableau 1 : Taux annuels de décès par 100 000 personnes exposées pour des risques volontaires et involontaires au Québec, 1996.

Table 1 : Annual death rates per 100 000 persons exposed to voluntary risks in Quebec, 1996.

Risque	Taux annuels de décès par 100 000 personnes exposées
Motocyclettes	2 000

³⁷ Beauchamp, 1996, *Gérer le risque, vaincre la peur*, Éditions Bellarmin, Montréal, 187p. Philosophe et théologien québécois spécialisé en éthique, Beauchamp fonde son livre sur les distinctions entre l'évaluation et la gestion du risque, et entre l'équité sociale et l'équité procédurale. L'équité, à distinguer de l'égalité, lui semble la question ultime à considérer pour gérer un risque. Le défi crucial consiste donc à gérer le risque équitablement et ainsi à réussir à vaincre la peur, d'où le titre de son ouvrage. Aujourd'hui banalisé par une abondante littérature, ces concepts proposaient une avancée de taille pour l'époque, car il n'existait que très peu de travaux publiés en français sur la gestion du risque à l'époque, alors que les écrits sur la gestion des catastrophes et les études d'impacts étaient déjà étoffés et nombreux dans le monde anglo-saxon. Beauchamp exprimait finalement sa conviction, que «la gestion du risque n'est qu'une des facettes d'une question plus large, plus complexe et plus troublante, qui est celle de la peur» (p. 16). La présentation de cet auteur nous permet de souligner le rôle des Canadiens en tant que "passeurs» sur les concepts de risques. Les références françaises sur ce thème se sont largement formées à leur école, notamment via l'université de Montréal où au moins 2 anciens directeurs généraux de la santé français - Lucien Abenhaïm et William Dab - ont été formés. Ils ont à leur tour largement diffusé ces notions tout à tour comme universitaires, enseignants, chercheurs et bien évidemment lors de l'exercice de leurs responsabilités au ministère de la santé au début du siècle.

Acrobaties aéronautiques	500
Habitudes de fumer (toutes maladies comprises)	300
Parachutisme sportif	200
Habitude de fumer (cancer seulement)	120
Travail de pompier	80
Travail agricole	36
Véhicule à moteur	24
Chasse	3
Feu	2,8
Consommation d'une eau gazeuse édulcorée par jour (saccharine)	1,0
4 cuillères à thé de beurre d'arachide par jour (Aflatoxine)	0,8
Inondation	0,06
Foudre	0,05
Météorites	6.10^{-7}

(Adapté d'un tableau de synthèse présenté par Beauchamp, 1996, op. cit., p. 23)

Dans plusieurs cas, les risques liés à des pratiques volontaires (transports, sport, tabagisme...) sont nettement plus élevés que les risques liés à des événements naturels et involontaires tels que les inondations ou le feu.

Beauchamp souligne toutefois que l'intérêt public se tourne plus souvent vers ces derniers parce qu'ils sont souvent jugés indésirables et inacceptables par la société québécoise.

On remarquera à titre d'exemple que de nombreuses réglementations récentes concernant le tabagisme se fondent notamment sur le risque élevé qui y est associé. Cependant, le risque associé à la pratique de la motocyclette était environ 7 fois plus élevé (tableau 1), alors qu'il ne donnait pas lieu à une politique spécifique.

Beauchamp en déduit une plus grande tolérance à l'un qu'à l'autre risque : on parlera plutôt de fatalité à l'occasion d'un accident de motocyclette, alors qu'on invoquera la conséquence évidente et attendue dans le cas d'un fumeur qui meurt d'un cancer du poumon.

Au-delà du taux représentant le risque, il convient de considérer le nombre de personnes décédées, donnant une autre dimension au risque perçu. En effet, le nombre

de fumeurs étant substantiellement plus élevé que celui des motocyclistes, un nombre nettement plus élevé de décès associés à la consommation de cigarettes est observé. Il faut aussi reconnaître l'impact potentiel des médias, puisque l'intensité de la campagne contre le tabagisme aura certainement été un fait marquant, conditionnant la perception sociale du risque. Le risque n'est donc pas nécessairement perçu à sa juste valeur scientifique. Ainsi, les jugements intuitifs, voire émotifs, que portent les gens lorsqu'ils évaluent des événements comportant des risques s'éloignent souvent de l'appréciation des experts.

Une étude menée en 2004 par l'IRSN en collaboration avec différentes autres institutions tentait de quantifier cette réflexion en France sur 2000 personnes³⁸. Un ensemble de 27 risques étaient présentés à ce panel représentatif de la population française (1000) et du domaine de l'expertise (1000 également). Parmi ces risques, certains correspondaient à des situations largement médiatisées (tabac, alcool, accidents de la route...), d'autres étaient peu connus du grand public (radon dans les habitations) et les autres n'étaient pas perçus comme des risques élevés (bruit, radiographies médicales...).

Il en ressortait que le public est plus sévère et par rapport aux experts, il juge les risques proposés plus élevés.

Premier point de notre raisonnement, il existe donc un hiatus entre experts et public quand il s'agit d'envisager un risque. Cette réflexion peut sembler évidente, mais elle a été longtemps ignorée –sciemment ou non- par les différents modèles de gestion des risques.

Les raisons en sont multiples, nous pouvons en avancer quelques unes ici. Tout d'abord un réflexe technocratique. Les « sachants », c'est-à-dire les « savants » (désormais rebaptisés en « experts ») ainsi que les décideurs qu'ils conseillent sont censés être les

³⁸ IRSN et al., 2006, rapport IRSN/DSDRE/DOS/ rapport n°10, rapport final du contrat de recherche intitulé »PERPLEX, étude comparative de la perception des risques par le public et par les experts »du programme »environnement et santé »de l'AFSSET, Fontenay-aux-Roses, p.2 ; [en ligne] http://www.irsn.fr/FR/IRSN/Publications/barometre/Documents/IRSN_Rapport_Perplex2007_synt_hese.pdf, consulté le 5 septembre 2009.

mieux informés, et partant ne pas devoir considérer l'opinion de ceux qui sont moins bien informés, ceci aussi bien au nom de l'efficacité technique, que de la rapidité de la décision voire selon certains du simple « bon sens ».

On conçoit la difficulté de tenir ce raisonnement en démocratie.

Mais il existe une forme de mise à l'écart de second ordre, plus subtile et issue des différents travaux américains sur le risque industriel dans les années 60 et surtout 70. Voyons comment s'articulent ces travaux et leur utilisation actuelle.

A la fin des années 70, Slovic, un chercheur américain, interroge de nombreux élèves de son Université pour connaître leur aversion relative par rapport à un certain nombre de risques, assimilées à des mesures subjectives de leur perception des risques ³⁹. Chacun des étudiants interrogés semblait montrer une moindre aversion pour des risques issus de conduites personnelles dont il tirait un bénéfice direct et rapide (transports, consommations de substances toxiques...), que pour des risques collectifs sur lesquels il ne pensait avoir prise (équipement industriel, nucléaire...).

Slovic en déduisait que la perception des risques par les individus n'était pas le fruit de calculs probabilistes, ou d'éléments statistiques mais plutôt corrélés à la perception concrète des coûts et des bénéfices alloués à ces risques, ainsi qu'à la capacité réelle ou supposée de les susciter / de les maîtriser.

Aussi, il proposait de structurer l'espace de la perception des risques par trois facteurs combinant plusieurs caractéristiques quantitatives :

La crainte du risque (*dread risk*), c'est-à-dire la mesure dans laquelle celui-ci est incontrôlable, inéquitable, effroyable, menaçant pour les générations futures ou difficilement réduit, croissant, involontaire, potentiellement catastrophique ou de conséquences mortelles ;

La « méconnaissance » du risque (*unknown risk*), c'est-à-dire la mesure dans laquelle celui-ci est nouveau et non observable, chronique, différé, inconnu des scientifiques ou des personnes exposées, ou globalement incertain ;

³⁹ Slovic Paul (1987). Perception of risk. Science, vol 236, p.280-285.

Dans une moindre mesure, la « magnitude » du risque (*risk exposure*) qui reflète son ampleur, le nombre de personnes qu'il affecte et le degré d'exposition personnelle qu'il induit⁴⁰.

Ces réflexions se situaient dans le prolongement de celles lancées par des mathématiciens et des économètres⁴¹. Ces derniers, rompus à la modélisation en macroéconomie, firent de la perception du risque l'une des variables entrant dans l'évaluation de l'utilité espérée (valeur accordée à un gain espérée), dont l'exact symétrique est un risque craint (de perte de profit, d'évènement négatif...). Pour être rationnel, l'individu devait maximiser l'espérance de la valeur associée au gain, produit de la probabilité (objective) de l'évènement qui l'impliquait et de l'utilité que l'individu lui associait. A l'image du gain, d'objectives les probabilités deviennent subjectives, la théorie de la décision en univers incertain permettant alors de relier le modèle de l'utilité espérée à une rationalité basée sur l'intérêt qui trouve son expression concrète dans les préférences individuelles.

Le risque ne devient dans ce raisonnement qu'une variable supplémentaire, assimilable aux postulats définissant un marché, où chacun est libre de définir ainsi sa préférence pour rapport coût-bénéfice donné maximisant son bénéfice. Pour séduisant qu'il soit, on conçoit combien la cohérence de ce raisonnement est difficile à tenir, ne serait-ce qu'en considérant la condition théorique d'information complète et parfaite des acteurs d'un marché⁴² : les différences de perception d'un individu à l'autre, d'un groupe culturel, socioprofessionnel etc. à l'autre obère lourdement ce raisonnement.

Celui-ci n'est pourtant pas abandonné pour autant. Aujourd'hui encore, nombre de décideurs poursuivent sur ces bases. En effet, se référer à cette approche technico-économique néoclassique (à l'approche coût-bénéfice pour Slovic) conduit à réduire cette problématique de l'acceptabilité à celle d'un ajustement de l'effort sécuritaire aux réactions des populations. Ces réactions sont alors imputées aux désagréments causés par le "risque subi". Voici comment le citoyen, qui n'a guère son mot à dire, disparaît au

⁴⁰ Slovic, P., Fischhoff, B. & Lichtenstein, S., 1982, Why study risk perceptions? Risk Analysis, 2, 83-93.

⁴¹ Pagès J.-P., 1999, Démocratie délibérative et perception des risques, Agoramétrie, école d'été «Gestion du risque », 6-10 septembre 1999, Albi, p. 1.

⁴² Maris B., 2003, Anti-Manuel d'Economie, Bréal, Paris, p. 109.

profit d'un « consommateur de sécurité » dont la rationalité, bien entendu, relève du modèle utilitariste présenté ci-dessus. On feint d'oublier que les risques (particulièrement les risques industriels) affirment dramatiquement leur existence depuis des lustres et que c'est seulement depuis les années 1970 que se pose avec force, sous la pression du débat public, ce problème de l'acceptabilité. La réponse des économistes plaît aux industriels car elle les conforte dans leurs pratiques et leurs habitudes, ayant le mérite, entre autres, de ne pas remettre en cause la distribution des pouvoirs dans le processus décisionnel⁴³. Admettre en effet du pouvoir au citoyen serait non seulement admettre un processus de codécision, mais également un principe de transparence dans les approches retenues pour évaluer puis gérer les risques.

Ecouter, prendre en compte des ressentis passe d'une certaine manière pour un « doigt dans l'engrenage » que les décideurs ont très longtemps hésité à avancer – et hésitent encore.

L'étude de l'IRSN (IRSN et al., 2007, op. cit.) se fait l'écho de telles méthodes. Pour 80% des 2000 personnes interrogées, « les décideurs doivent prendre en compte la peur des populations face à un risque ». Une autre question renforçait ce point de vue, car pour 28% des sondés seulement « en France, les experts scientifiques émettent leurs avis en tenant compte des préoccupations de la société », soulignant une relative déconnexion entre les sujets traités et les avis rendus en conséquence de la part des experts.

Bien que les craintes révélées puissent ainsi témoigner de l'ignorance populaire ou de mythes, c'est bien celles-ci qu'il conviendra de considérer (Perretti-Watel, 2001, op. cit.), d'où l'importance majeure des sciences sociales pour contribuer à évaluer et à gérer les risques.

Réduire l'opinion à une somme d'individus purement rationnels et donc accessibles uniquement à des arguments techniquement fondés est voué à l'échec.

⁴³ Pagès, 199, op. cit., p.2.

Les exemples abondent de jugements émis par d'éminents spécialistes, approuvés puis relayés par des responsables avertis, mais dont la présentation au grand public s'est soldée par une incompréhension majeure.

Les éléments examinés et fournis au décideur visaient à une relative objectivité. Ils étaient destinés au débat restreint, censé déboucher sur une décision. Ce type de débat s'abstrait souvent de considérations émotionnelles, jugées contreproductives dans le processus de décision. Les raisons peuvent en être multiples : manque de temps pour consulter (situations de crise), de volonté (crainte d'attirer l'attention sur des problèmes dont la gestion est en elle-même estimée sensible ou délicate), ou plus simplement de savoir-faire (jusqu'à il y a peu, incapacité de l'administration par exemple à organiser des consultations, à coupler des sujets à caractère techniques et leur gestion sociale).

Un cas typique est celui du "nuage" de Tchernobyl, l'expression même étant partie d'un amalgame entre un certain déni d'information ou des explications essentiellement techniques de la part des autorités, là où populations (et médias) se sont senties abandonnés, voire méprisés par ces propos.

Plus récemment lors de la campagne de vaccination contre la grippe H1N1, la logique administrative mise en place répondait en priorité à un souci d'efficacité, développait une dialectique simple, claire mais purement rationnelle (« la vaccination est efficace, vous devez vous faire vacciner ») tout en semblant nier le doute donc le dialogue *a priori*. Comble, les doutes pouvaient resurgir *a posteriori* chez les personnes convaincues en première approche, puisque tout vacciné devait signer une décharge s'engageant à ne pas se retourner contre l'Etat en cas d'effets indésirables du vaccin.

Ainsi, un discours élaboré sous la pression, entre experts, techniciens et décideurs peut manquer totalement sa "cible". Même s'il est objectif, ce discours ne prend en compte qu'une opinion fictive, « construite » au moins partiellement et donc déconnectée de l'opinion⁴⁴. Le postulat essentiel suppose qu'*a priori* une fois informé, le quidam moyen ferait le même choix qu'un expert, puisque rationnel et donc supposé « de bon sens ».

⁴⁴ Cette construction peut renvoyer aussi bien d'ailleurs à une catégorie donnée – les médias par exemple – qu'à une surpondération de la décision par un groupe plus velléitaire, politiquement plus influant etc., conduisant à infléchir un optimum social pour préserver d'autres intérêts que ceux découlant du risque lui-même.

Hors au contraire des résultats positifs attendus, une telle attitude nourrit par ses non-dits les aspects émotionnels devant des phénomènes méconnus et jugés *a priori* nocifs.

Une fois ce constat posé, reste à trouver des alternatives au débat à huis clos entre experts et décideurs, accouchant de solutions toutes faites et prêtes à consommer.

b. Risque consenti, risque négocié

La gestion individuelle du risque se distingue d'une gestion collective. Cette dernière comprend une composante sociétale, notamment quant aux représentations d'un groupe par rapport au risque. On peut parfaitement reconnaître que rouler à 120 km/h sur autoroute diminuerait considérablement le risque d'accident, limiterait la consommation d'énergie, les coûts humains et sanitaires pour la société etc. sans être prêt à ce que son véhicule soit mécaniquement bridé pour ne jamais pouvoir dépasser cette vitesse.

Prendre en compte les arguments non rationnels est extrêmement importante pour le processus de décision ainsi que pour la gestion de la communication. Les exigences croissantes de transparence rendent ces deux processus concomitants.

En effet, ce n'est pas tant aujourd'hui à des arguments techniques que s'accrochent les groupes citoyens contestant les décisions publiques en matière de risque, qu'à un besoin de reconnaissance de leur existence et de leurs craintes. Celles-ci peuvent d'ailleurs aller jusqu'à nier la légitimité des autres parties prenantes (industriels, administration...) à produire une décision. Dans ce type de cas, comme le constatait désabusé Carl Gertz, responsable général du projet américain « Yucca Mountain » (le site d'enfouissement pressenti pour les déchets nucléaires américains) : « perception is everything, science is nothing »⁴⁵.

Sans aller jusqu'à cet extrême, il est possible de convenir que le risque de malentendu est grand. En effet, toujours d'après l'étude de l'IRSN, le public interrogé pense à 80% qu'il « faut être certain de l'avis des experts avant d'informer les populations (IRSN, 2006, op. cit., p. 121). Le processus scientifique est essentiellement fondé sur la contestation d'hypothèses, les plus vraisemblables et avérées étant promues – avant

⁴⁵ Cité par IPSN, Guillaume B., Charron S., 1999, contributions à l'élaboration d'une gestion sociale des sites de résidus miniers d'uranium, note technique SEGR/LSEES/99 n°103, p.93.

d'être à leur tour contestées. La stabilité des éléments dont on dispose est donc toute relative. On attend dans ce cas des experts et des scientifiques qu'ils produisent « la » vérité, qu'ils possèdent des réponses à la plupart voire toutes les interrogations, ce qui est malheureusement impossible, en particulier pour les risques faibles et émergents. Paradoxalement, c'est une sorte d'excès de confiance mal placée qui du coup discrédite ces mêmes experts lorsqu'ils ne sont pas capables d'affirmer une position tranchée.

L'expert se voit ainsi mis dans la position de devoir vider la science de ses incertitudes pour la mettre à disposition du décideur politique et du citoyen.

Quant au décideur politique, il doit faire le lien entre experts et autres parties prenantes. Les experts ne sont pas nécessairement d'accord entre eux sur des conclusions simples et tranchées. C'est pourtant ce type d'argument qui reste le mieux défendable, nombre d'intérêts, socioéconomiques intervenant dans une décision n'étant pas nécessairement formulés ou présentables. D'où la multiplication des comités d'experts ad hoc et plus récemment dans le domaine de la santé environnementale, des agences comme nous le verrons plus loin.

Dernier maillon de la chaîne, la société civile revendique maintenant plus qu'un strapontin à la table de la construction des risques. Si durant longtemps le vocabulaire a consacré l'expression de « risque acceptable », il convient de plus en plus de parler de « risque consenti » ou « risque négocié », qui reflète plus un rapport de force qu'un idéal raisonné et raisonnable. En effet, une opposition ou un blocage par d'autres parties prenantes signifie pour les décideurs accepter de voir leur décision remise en question, voire rejetée. La gestion des suites de la tempête Xynthia sur la côte Atlantique a fourni une illustration récente : suite à des inondations ayant fait plusieurs dizaines de victimes, le gouvernement avait dans un premier temps et sur la foi d'éléments techniques de la direction départementale de l'équipement, défini une série de zones dont les habitants devaient être expropriés. La contestation ouverte de ces derniers a amené à faire machine arrière pour considérer de façon moins stricte la définition de ces zones⁴⁶. Il y a donc bien eu modulations d'arguments techniques par la prise en compte d'intérêts amenant à redéfinir le risque – sauf à considérer que les personnes ne souhaitant pas

⁴⁶ Xynthia : Corinne Lepage dénonce une "opération d'enfumage", 3 juin 2010, lemonde.fr, http://www.lemonde.fr/politique/article/2010/06/03/xynthia-corinne-lepage-denonce-une-operation-d-enfumage_1367380_823448.html.

être expropriées sont prêtes à courir des risques non rationnels. Cependant, ce type de rectification a posteriori possède un coût, entre autre quant à la confiance accordée aux décideurs, qui une fois entamée, sape la légitimité de futures décisions.

On le voit, les marges sont relativement étroites pour les experts et les décideurs s'ils ne souhaitent pas entamer le crédit dont ils ont chacun besoin pour travailler.

Or ce crédit est soit supposé dans les méthodologies d'évaluation de risque présentées ci-dessus, soit tout simplement affirmé sans remise en question au nom de ce que des arguments rationnels doivent aboutir nécessairement à des décisions acceptées pour leur rationalité même.

La difficulté est d'autant plus grande que cette rationalité a peu de prises sur les domaines considérés. C'est le cas en santé environnementale, où comme le résume l'actuel directeur générale de la santé D. Houssin, « l'incertitude et la controverse scientifique sont souvent au cœur du questionnement dans des situations - fréquentes en santé environnementale - de faible niveau d'exposition, liées à des technologies nouvelles et où les enjeux sont de long terme. Les limites des outils actuels permettent rarement d'apporter des réponses simples et définitives sur le risque ou l'absence de risque. Cette particularité peut-être à l'origine d'une défiance de la société civile à l'encontre des pouvoirs publics et de l'expertise officielle, défiance exacerbée lorsque des enjeux économiques sont en jeu. »⁴⁷

En guise de conclusion à cette partie, nous soulignons donc une fois de plus la nécessité de converger autant que possible vers une co-construction des risques en faisant appel aux sciences sociales et aux principales parties prenantes avant de passer à leur gestion.

Reprenons à présent le cours de cette présentation du processus de gestion des risques sanitaires.

⁴⁷ Houssin D., 2009, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, Numéro thématique - Veille et alerte en santé environnementale : s'organiser pour intervenir - numéros 35-36 du 22 septembre 2009, Institut national de la veille sanitaire, p.378 ; [en ligne] http://www.invs.sante.fr/beh/2009/35_36/beh_35_36_2009.pdf consulté le 01/10/09.

1.2.2.4. Identification et examen des options de gestion des risques

La construction du risque est, on l'a vu, un processus complexe autant par les étapes nécessaires à rassembler les parties prenantes que les savoirs utiles pour aboutir à formuler et négocier une évaluation entre ces dernières.

Il s'agit à présent d'identifier les différentes possibilités de remédier -entièrement ou partiellement- au problème soulevé initialement. Les étapes précédentes, en menant à une meilleure compréhension du risque peuvent amener à distinguer plusieurs objectifs indirects / secondaires à régler pour parvenir à une solution plus globale et apportant un bénéfice net, ceci en ne considérant pas uniquement les arguments sanitaires. Aussi, idéalement à ce stade, une évaluation économique des différentes options possibles peut s'avérer utile⁴⁸. A ce stade, il convient notamment de :

- formuler l'objectif principal de gestion des risques et les objectifs spécifiques, lorsque requis. On a vu plus haut à quel point l'étape de définition ne constitue pas un temps superflu, mais est bien fondamental pour la suite.
- Identifier un éventail d'options potentielles de gestion des risques. Souvent, pêcher quant aux options - en s'interdisant certaines par exemple, ou en ne définissant qu'un nombre trop limité - expose au risque d'être dépourvu selon l'évolution de la situation. L'étape suivante doit se charger d'affiner ces options, il arrive qu'en y passant trop rapidement par souci de rapidité on ignore certaines voies de recours.
- Effectuer une analyse coûts-bénéfices des diverses options, c'est-à-dire évaluer les conséquences positives et négatives des options en considérant des facteurs tels que :
 - l'efficacité attendue,
 - les coûts monétaires,

⁴⁸ Ce point, théorique, peut toutefois s'avérer contre productif. Tout d'abord parce que le degré d'expertise nécessaire peut faire défaut, ou encore parce que la durée nécessaire à une analyse peut être en opposition radicale avec le degré d'urgence avec lequel des mesures sont à formuler. Un autre défaut est que la logique économique - ou plutôt monétaire - peut, en formulant des résultats chiffrés, une comparaison plus abrupte mais pas nécessairement plus juste - en tout cas pas complète des choses. Nombre de décideurs préférant la simplicité ou plutôt le confort d'une décision plus facilement défendable, peuvent privilégier ainsi consciemment ou non un type d'évaluation qui ne rend compte que d'une logique gestionnaire, qui peut biaiser la recherche d'un optimum global.

- les exigences législatives,
 - la faisabilité,
 - les conséquences indésirables non intentionnelles (par exemple, l'augmentation ou création d'un nouveau risque associé à la mise en œuvre de l'intervention, ou autre effet indirect et indésirable sur la santé⁴⁹),
 - les impacts potentiels au niveau social, politique, culturel, éthique, environnemental, et
 - le risque résiduel.
- Examiner les options en prenant en considération l'urgence nécessaire de l'intervention ainsi que les ressources disponibles.
 - Tenir compte de l'acceptabilité sociale du risque, des options envisagées et du risque résiduel tant pour les personnes touchées que pour la société. En la matière, il faut rappeler que ces aspects demandent de pouvoir compter sur des spécialistes des groupes et des mentalités, là où les discussions ne rassemblent souvent que des spécialistes des dangers ou de l'administration qui n'ont pas nécessairement les approches et techniques que fournissent la sociologie, la psychologie etc.
 - Tenir compte des perceptions, des préoccupations et des valeurs des personnes touchées et de la société. La même remarque que précédemment s'applique quant aux spécialistes souhaitables en la matière.

Soulignons à chaque étape la nécessité de définir une ligne de communication et des éléments de langage qui puissent concilier à la fois une certaine transparence dans la construction de la décision, et une relative sérénité de façon à ne pas devoir se justifier de chacun des éléments apportés dans le processus.

⁴⁹ Pour prendre un exemple : il est possible de traiter une eau contenant des contaminants. Mais cela signifie qu'il est nécessaire ensuite de traiter les effluents ainsi produits. Le consommateur d'eau voit son risque diminuer, tandis que les personnes devant manipuler les effluents, ou les consommateurs des végétaux sur les parcelles desquelles un épandage aura pu avoir lieu voient leur risque respectif augmenter. Le risque dans ce cas n'est pas éliminé, il est déplacé ou autant que possible "dilué" de façon à améliorer son acceptabilité par la population générale.

Ce constat est bien évidemment plus facile à énoncer qu'à respecter en pratique. Nous y reviendrons ci-dessous.

1.2.2.5. Choix de la stratégie de gestion des risques

Au cours de cette phase, les décideurs révisent les résultats de l'évaluation des risques et l'information recueillie pendant l'examen des options afin de sélectionner les solutions jugées les plus appropriées pour atteindre les objectifs visés de prévention ou de réduction des risques. Selon les circonstances, différentes stratégies pourront être utilisées, allant d'une approche simple ne comprenant qu'une seule option de gestion des risques à une approche à facettes multiples, dans laquelle un certain nombre d'options différentes est mis en œuvre à des degrés divers. En raison des efforts que cela demande, on conçoit que cette dernière pratique est relativement peu répandue, hormis situations exceptionnelles.

1.2.2.6. Mise en œuvre des interventions

Au cours de cette phase, les interventions choisies précédemment sont appliquées. La planification de la mise en œuvre des interventions doit clairement identifier les intervenants et décrire leurs responsabilités respectives. Les gestionnaires de risques doivent s'assurer de l'exécution adéquate et efficace du plan de mise en œuvre et du déploiement coordonné des intervenants impliqués. Une attention particulière doit être portée sur la coordination intersectorielle des activités de communication.

1.2.2.7. Évaluation du processus et des interventions

Cette phase consiste à porter un jugement sur le processus de gestion de risques, sur les interventions ou sur une ou plusieurs de ses composantes.

Au cours de l'évaluation, idéalement les gestionnaires doivent revoir les actions de gestion de risques entreprises et évaluer leur niveau d'efficacité dans l'atteinte de l'objectif global et des objectifs spécifiques visés quant à la réduction des risques pour la santé. Cette évaluation implique généralement la mise en place d'un mécanisme de surveillance de l'état de santé de la population associé aux objectifs visés de gestion des risques. L'efficacité est évaluée en fonction des résultats de la surveillance pré et post-intervention associés aux objectifs spécifiques de même que des autres bénéfices

et coûts réels de l'application des interventions. Les biais possibles associés à l'évaluation doivent être pris en compte.

L'évaluation conduit à la formulation de constats et de recommandations, au besoin, en fonction de divers critères qui peuvent concerner le processus de gestion des risques dans son ensemble, de même que la pertinence, le bien-fondé, la qualité, les effets, les modalités de production des effets et les coûts des interventions.

Il convient de noter que cette phase est entrée à la fin des années 1990 dans les pratiques administratives, inspirée notamment de la gestion des risques industriels et technologiques⁵⁰. Pourtant, cette étape reste trop souvent ignorée pour plusieurs raisons et notamment les suivantes :

- Il s'agit d'un travail qui peut exiger du temps, là où la restriction de personnel ou son activité ("une urgence chasse l'autre") peut ne pas favoriser son établissement;

Cette étape doit s'appuyer sur les différents acteurs pour être fructueuse; plus la gestion est complexe, plus les entités et personnes associées sont nombreuses, plus la gestion pratique est rendue difficile ;

- la disparité des motivations et donc l'ordre de priorité accordé selon les entités à un tel exercice peut grandement différer ; dans certains cas même, l'exercice peut s'avérer périlleux car revenir sur de mauvaises expériences peut sembler stigmatiser un service, un agent ;
- de façon générale, comme pour nombre de démarches devant s'inscrire sur le moyen ou long terme, les résultats sont peu visibles immédiatement et restent peu valorisés par la hiérarchie ;
- il faut hélas constater que si l'expérience instruit, le flux constant des nouveaux arrivants, de leur connaissance imparfaite des procédures ou de leur mise à jour etc. rend parfois frustrant les efforts pour définir des plans et bonnes pratiques.

⁵⁰ Voir notamment le site du ministère chargé de l'environnement les éléments de gestion des risques : <http://preprod.medd.nexint.net/La-gestion-du-retour-d-experience.html>

Pour ne prendre qu'un exemple, citons celui des exercices réalisés pour la gestion des accidents nucléaires. En France et depuis plus de 15 ans, les installations nucléaires subissent un exercice de simulation au moins tous les 3 ans.

Celui-ci est organisé par l'administration centrale, avec les différents services et acteurs concernés (administrations, exploitants, mais aussi lorsque cela est possible, élus voire populations pour des simulations "grandeur nature").

Chaque exercice fait l'objet d'une préparation plusieurs mois à l'avance, d'un déroulement sur au moins une demi-journée, puis d'un retour d'expérience formalisé.

Pourtant, quel que soit le soin apporté à ces étapes, des erreurs récurrentes se produisent : mauvais codes et numéros de transmission des télécopies, mauvais nom de personne à contacter, méconnaissance de la procédure etc.

S'il est aisé de signaler ces erreurs, qui semblent aussi banales que remédiables, il en va autrement de la possibilité d'améliorer le système. La fréquence des exercices par département et le taux de rotation des décideurs (notamment ministres, préfets mais aussi agents chacun à son niveau) font de chaque exercice quasiment une découverte pour certains.

On le voit, le retour d'expérience fait partie d'une culture, à développer et surtout à valoriser parmi l'ensemble des acteurs d'un domaine donné. A ce titre, c'est un ensemble complexe d'information, de rappels et de pratiques qui permet de le perpétuer.

I.2.3. Risques sanitaires environnementaux et enjeux de communication

Commençons par un constat. En France, un discours anxiogène, largement relayé par les associations, s'est accentué dans le contexte de la consultation gouvernementale du Grenelle de l'environnement et sous le couvert de la précaution. Un risque environnemental même incertain doit être pris en compte d'une part parce que c'est un risque « subi » et parfois considéré de ce fait comme inacceptable et d'autre part, parce qu'il est susceptible de concerner une large population et donc d'entraîner un impact sanitaire significatif même si le risque unitaire est très faible.

Une opposition se fait jour, entre des risques avérés, pour lesquels, bien que des progrès aient déjà été réalisés, les mesures qui permettraient d'améliorer encore la prévention sont freinées par un manque de consensus politique (exemple pour l'amiante et le radon⁵¹) et des risques incertains, qui font quotidiennement la une des médias et envahissent le discours public.

A ce stade de la réflexion, nous avons vu que le rôle de la communication est nécessairement central et nécessite des actions à chacune des étapes du processus de gestion. Toutefois, nous n'avons pas encore vu la façon dont il convenait de l'envisager que nous abordons à présent.

Il convient de commencer par définir ses objectifs. Quel objectif poursuivre ? S'agit-il d'informer, de sensibiliser ou de provoquer un changement d'attitude ? Quelle information doit-on transmettre à la population ? Par qui ? À quel moment ? Quel langage utiliser ? Comment présenter les incertitudes relatives aux risques ? Voilà autant de questions avec lesquelles les gestionnaires des risques doivent composer face à une population de plus en plus éduquée ou mobilisée dans certains débats citoyens. Le processus classique de la communication est présenté à la figure 5 suivante.

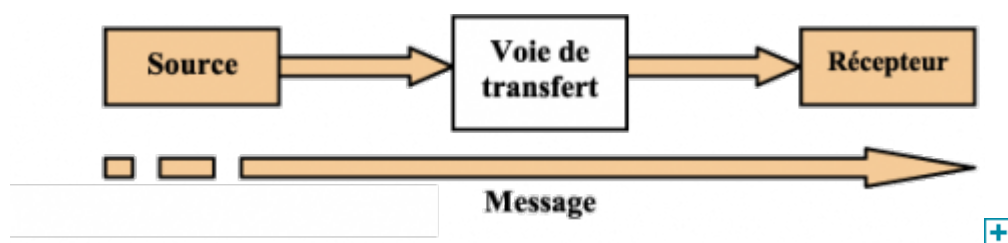


Figure 5 : Processus de communication.

Figure 5 : communication process.

Adapté de Debia et Zayed, 2003, op. cit.

⁵¹ Un gaz radioactif naturellement généré par des sous-sols selon le contexte géologique local. Le risque de cancer de poumon associé à son inhalation, longtemps méconnu, semble avoir été notoirement sous-estimé.

Dans son application au risque, ce processus revêt une considération de premier ordre qui réside dans la modification possible du message lors de la voie de transfert. En d'autres termes, le message reçu relatif au risque est-il le même qu'à la source ? Qui plus est, le risque perçu par l'individu ou par la population converge-t-il avec celui qui leur a été transmis ? Le message est souvent simplifié, détourné et interprété de façon non pas à informer mais à stimuler ou interpeller.

Deux dimensions caractérisent singulièrement la communication des risques (figure 6) :

- 1) la dimension technique, relative au risque objectif et rationnel, tel que l'on peut le concevoir scientifiquement. Il relève essentiellement du domaine des experts ;
- 2) la dimension sociale, relative au risque tel que l'individu le perçoit. Elle est construite à partir d'un mélange confus de connaissances objectives, de préjugés, de craintes et de doutes.

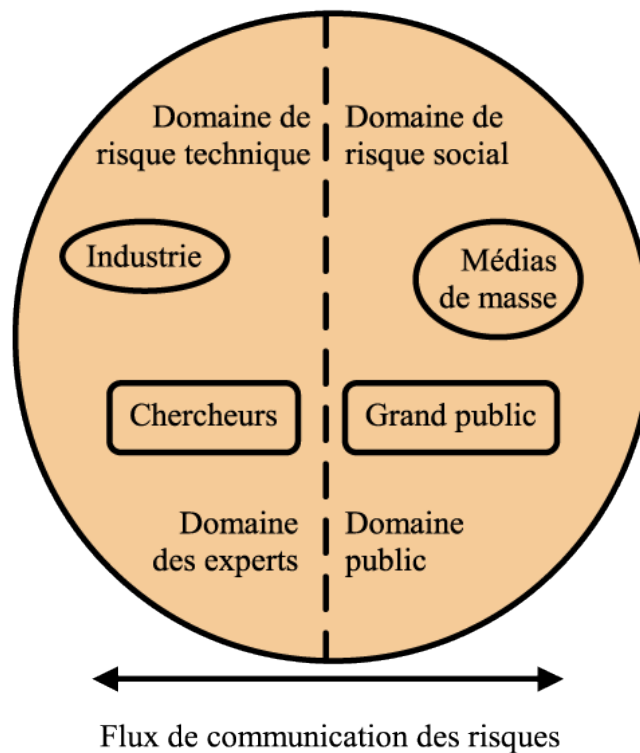


Figure 6: Deux dimensions importantes du processus de communication des risques.

Figure 6: Two important dimensions of the communication process on risks.

Adapté de [Debia et Zayed](#), 2003, op. cit.

Une fois de plus, l'exemple vient du Canada. C'est en effet la prise en compte de cette logique qui a incité le Québec à créer en 1978 le Bureau d'audiences publiques sur l'environnement (BAPE), qui favorise le lien entre les experts et le public. Un des aspects majeurs de la mission du BAPE est de consulter la population et de faciliter la participation des citoyens au processus de décision sur des questions relatives à l'environnement. Ultimement, la consultation doit aboutir à un avis quant à l'acceptabilité environnementale et sociale des dossiers examinés. À ce titre, les audiences publiques représentent un canal privilégié qui permet de donner place, sens et forme à des perceptions publiques concernant des réalités qui ne sont jamais ce qu'elles paraissent être, ni ce que l'on prétend qu'elles sont. Ce sont des réalités individualisées et forcément subjectivisées. La prise en compte de l'opinion publique est donc confrontée à des perceptions multiples et parfois divergentes concernant les risques associés à des projets ou à de nouveaux produits. La réalité sociale ou la trame de fond que les commissions d'enquête doivent identifier et analyser peut donc être parfois difficile à établir avec fidélité et l'arbitrage des réelles préoccupations de la population est malaisé.

Ce n'est que plus récemment que ce type de méthode a commencé à être adopté avec succès en France, par la conférence des citoyens de 1998 sur les OGM, puis avec les Etats Généraux de l'Alimentation en 2000. La méthode a été retenue depuis et inspire notamment la série des consultations des "Grenelle", lancée depuis 2007. Au Grenelle de l'environnement (ministère de l'environnement) est ainsi bientôt venu s'ajouter un Grenelle de la Mer (ministère de l'agriculture) et même un Grenelle des ondes (ministère de la santé, impact des ondes électromagnétiques sur la santé humaine).

L'organisation de ces consultations confère à leur parrain une visibilité et une réputation enviées comme gestionnaire responsable. Elle crée ou renforce la confiance nécessaire à préparer une décision. D'où sa généralisation comme outil à mesure que les enjeux de préséance entre ministères s'affirment pour gérer les problèmes de santé environnementale.

La démarche, largement ignorée par une administration encore éloignée du citoyen jusque dans les années 80, est devenue ces dernières années une commodité dans la

panoplie des outils de communication. S'affirmer en tant qu'entité, faire preuve de fiabilité, se démarquer sont également autant de besoins nés de la compétition entre entités administratives et constituent à ce titre des enjeux à part entière comme nous allons le voir dans les paramètres qui suivent.

I.3. La santé environnementale au sein de l'administration française

Nous venons d'envisager la théorie de la gestion du risque. Toutefois, les acteurs et parties prenantes diffèrent d'une société à une autre, voire pour une même société, dans le temps, ou d'un sujet à l'autre selon le découpage des prérogatives administratives des uns ou des autres. Aussi, il est nécessaire pour appréhender la façon dont la santé environnementale est gérée en France d'évoquer dans les paragraphes qui suivent les différents acteurs qui sont à l'œuvre et participent à la prise de décision. Nous commencerons par décrire le rôle et le fonctionnement du ministère de la santé et de ses services, avant de présenter le ministère chargé de l'environnement et ses interventions en la matière.

I.3.1 Le ministère de la santé, un opérateur compulsif

I.3.1.1 Une structure centrale bureaucratique et pyramidale

Les attributions du ministère chargé de la santé, comme celles de tout ministère, sont définies par décret. Ainsi au terme du décret actuellement en vigueur⁵², le ministère chargé de la santé met en œuvre la politique du Gouvernement relative à la santé publique, à l'organisation du système de soins, à l'assurance maladie et maternité. Il est organisé en plusieurs échelons. Celui central définit, oriente et impulse les politiques pour l'ensemble du territoire. Le ministre est entouré d'un cabinet, de taille variable et dont les conseillers gèrent chacun un portefeuille de dossiers techniques.

Représenté en région par des Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) il l'est en département par des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS). C'est la composition, les attributions, les relations entre

⁵² Décret n°2009-59 du 16 janvier 2009 modifiant le décret n°2007-1002 du 31 mai 2007 relatif aux attributions du ministre de la santé, de la jeunesse et des sports.

ces entités et leur mode de fonctionnement que nous décrivons dans les paragraphes qui suivent⁵³.

1.3.1.2 Le cabinet

Le cabinet d'un ministère est constitué de l'ensemble des plus proches collaborateurs du ministre. Il leur confie un portefeuille de dossiers techniques à gérer en lien avec les services compétents du ministère, mais également avec les autres ministères. A ce titre, ils peuvent représenter la ou le ministre dans les discussions mais doivent évidemment lui soumettre toute décision importante pour l'institution.

Le ministère de la santé ne recrute pas ses conseillers ministériels de façon aussi homogène que d'autres ministères, où administrateurs civils (issus de l'ENA) et polytechniciens parviennent la plupart du temps à concentrer les responsabilités. Si ceux-ci entrent souvent dans la composition du cabinet, on trouve aussi au cabinet santé des directeurs d'hôpitaux, des médecins ou des pharmaciens issus de corps du ministère. En revanche, il n'est jamais arrivé que des représentants de corps techniques du ministère (ingénieurs, techniciens...) y soient recrutés.

C'est moins l'âge que des dispositions et ambitions précoces qui permettent ce type de responsabilité, certains pouvant les obtenir lors d'un premier ou second poste en sortie d'école d'administration⁵⁴. Ces postes sont relativement instables. Comme dans tous les cabinets ils sont soumis à la bonne fortune du ministre. Il s'agit d'un tremplin si tout se passe bien, plutôt du prélude à un placard si ce n'est pas le cas. Sensibles donc à l'actualité et à protéger leur ministre des aléas médiatiques ou politiques, les conseillers ministériels reportent souvent cette pression verticalement sur les services techniques en charge de dossiers sur le devant de la scène.

⁵³ Une réforme, en vigueur depuis le 1^{er} avril 2010, a regroupé ces services à l'échelon régional. Ce point est abordé plus bas, mais dans tous les cas il est trop tôt pour tirer des conclusions de ce changement. Aussi garderons-nous la formulation en vigueur sur l'ancienne organisation du ministère, pour laquelle notre analyse pourra du moins servir d'esquisse de bilan.

⁵⁴ Sans négliger les facteurs sociaux entrant en compte, tant il est vrai que les catégories socioprofessionnelles les moins favorisées sont également les moins représentées dans le sérail des grandes écoles.

Prenons un des derniers exemples en date, débouchant en juillet 2009 sur la loi portant réforme du ministère. Il illustre bien le fonctionnement vertical du ministère.

Tout d'abord, tous les services ont été sollicités pour fournir des propositions de thèmes techniques prioritaires à faire figurer dans la loi. Une première sélection a eu lieu entre conseillers et avec la ministre, suite à quoi chaque service a dû proposer des articles réglemant les thèmes retenus.

Chacune des propositions a été amendée puis retournée aux services pour correction. Une fois celles-ci effectuées, un avant projet de loi a été porté par le directeur de cabinet de la ministre au secrétariat du premier ministre. Ce dernier souhaitant une simplification permettant un affichage plus clair pour les citoyens, il était signifié aux services que le processus repartait de zéro. Selon la commande, toute proposition devait être très brève et facilement compréhensible pour "l'homme de la rue". Ceci prit encore deux mois, car nombre d'articles furent supprimés. Une fois approuvé, le projet de loi fut débattu à l'assemblée, toute question parlementaire devant modifier la loi étant transmise aux services via le cabinet pour obtenir des éléments de réponse⁵⁵. L'ensemble du procédé prit plus d'un an et demi, durant lequel les demandes du cabinet étant prioritaires sur toute autre tâche, les dossiers techniques de fonds progressèrent peu.

De plus, le processus impliquait très majoritairement les instances administratives mais très peu les usagers et professionnels de santé. En particulier, aucune consultation de type "Grenelle" ne fut organisée alors même que nombre de français font de leur santé un thème prioritaire.

On voit ainsi un mode de fonctionnement vertical, le sommet étant constitué du ministre et de son cabinet, la base étant constituée par des services techniques que sont ses directions, qui gèrent les questions liées à la santé environnementale. Ces directions peuvent s'appuyer sur d'autres services apparentés au ministère que sont les agences de santé. Prenons l'exemple de l'action de la direction générale de la santé (DGS) en santé environnementale pour détailler fonction et rapports entre le ministère et ses agences dans la partie suivante.

⁵⁵ C'est de cette manière notamment que les agents du ministère purent, en communiquant aux parlementaires les passages supprimés par le cabinet, en faire adopter une partie.

I.3.1.3 Les services du ministère : la DGS au cœur d'un réseau d'agences et de services déconcentrés

La Direction générale de la santé rassemble une grande diversité de métiers : médecins, juristes, pharmaciens, administratifs, ingénieurs, informaticiens, communicants, vétérinaires, dentistes... cette diversité répond à celle de ses compétences et de ses missions : l'éventail est large entre les questions liées à la nutrition, la santé mentale, les cancers etc. De façon générale, la DGS détermine les priorités de santé publique mais aussi définit les objectifs des politiques de santé publique, les stratégies d'intervention et les indicateurs de santé nécessaires à la programmation sanitaire forment les principales missions de la sous-direction des politiques de santé et des stratégies. Elle pilote, en outre, les actions destinées à favoriser l'expression de la démocratie sanitaire, élabore les mesures relatives aux droits des usagers et définit les objectifs d'évolution démographique des professions de santé. Enfin, elle assure le secrétariat de la Conférence nationale de santé, évalue les actions de santé publique et veille à la cohérence et au contenu des différents systèmes d'information en santé.⁵⁶

En son sein, une sous direction, anciennement dédiée de la veille sanitaire, a été rebaptisée en 2001 "sous-direction de l'hygiène des milieux", puis "sous-direction de la prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation", suite à des réorganisations successives⁵⁷.

Pour la plupart de ses avis, la DGS s'appuie techniquement sur ses agences, présentées dans la partie suivante, avant de présenter les services déconcentrés.

I.3.1.4. Les agences sanitaires

Le ministère de la santé possède la tutelle de 6 agences, créées à partir de 1990.

Sans entrer dans le détail des attributions de chacune, cette partie reprend le contexte ayant amené au développement de ces agences puis leurs modes de fonctionnement avant d'examiner plus spécifiquement leur apport en termes de santé environnementale.

⁵⁶ Direction générale de la santé, rapport d'activité 2006n [en ligne] http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_DGS_2006.pdf, consulté le 28 août 2009.

⁵⁷ Soit 3 en moins de 6 ans jusqu'à présent. Chaque réorganisation a été confiée à un cabinet de management privé avec des budgets conséquents.

La création des agences a connu une explosion depuis une dizaine d'année. Le mouvement a été initié par des pays comme la Suède, les Pays-Bas ou encore la Grande Bretagne, où leur nombre est passé de 28 en 1986 à 164 en 2002⁵⁸.

Fortement empreintes de managérialisme, les vertus attribuées à l'agence, dans le cadre de la réforme de l'État, sont multiples mais s'organisent autour de quelques grands principes et idées. Quelle que soit la forme organisationnelle qu'elle recouvre, l'agence, comme modèle de modernisation de l'action de l'État, est en effet censée améliorer la qualité, l'efficacité et l'adaptabilité des services, tout en dynamisant l'appareil administratif.

L'expertise, que l'agence détient du simple fait de la spécialisation de sa mission, doit contribuer à ce dynamisme.

« L'autonomisation de l'expertise devait accroître les compétences scientifiques, favoriser l'indépendance par rapport aux intérêts économiques et politiques et permettre, dans un contexte d'appel à la démocratie technique, une plus grande participation de la société civile aux choix scientifiques et techniques ». Les propos tenus en 2000 par Franco Bassanini, alors ministre de la Fonction publique en Italie, restituent parfaitement cette logique : « Réorganiser l'administration centrale vise (...) à corriger une organisation jugée inapte à répondre de manière acceptable aux critères de transparence, d'efficacité, d'efficience. L'État se fait stratège et arbitre, et confie (...) ses fonctions d'exécution et de gestion aux agences : il s'agit là de la première réforme structurelle depuis 1865 et de l'abandon du modèle pyramidal comme modèle général d'organisation »⁵⁹.

Cette situation transparaît très clairement dans l'ambition ayant accompagné, en France, la création de structures dans le domaine sanitaire. La création d'agences a permis au ministère de la santé de se départir de programmes et d'activités de régulation et de prestation lourds à mener, comme la gestion du secteur des

⁵⁸ Centre d'analyse stratégique, L'État et les agences : limitation ou extension de la puissance publique ? Bulletin de veille stratégique n°88, 28 janvier 2008, p. 1.

⁵⁹ Idem, p.2.

transfusions sanguines⁶⁰, la surveillance des maladies, l'octroi d'autorisations de mise sur le marché de médicaments, etc. Cette mise à distance a également pu être interprétée comme un moyen de « redistribuer les responsabilités en cas d'échec éventuel de politiques, en transférant une partie vers les fonctionnaires directement en charge de la gestion opérationnelle des politiques publiques ».

Il reste toutefois intéressant de constater deux points. Le premier est que le dispositif des agences permet de compter sur plus de souplesse dans la mesure où chaque agence définit sa charte et ses règles de fonctionnement, notamment en termes contractuels avec ses employés, ses partenaires de travail.

Ainsi pour le personnel, la possibilité de CDD, l'embauche sans la contrainte de devoir puiser dans un vivier de fonctionnaires est jugée appréciable en des temps où le discours politiquement correct est souvent de stigmatiser les "mammouths" ou le trop plein de fonctionnaires.

Second constat, non moins intéressant, malgré cette "externalisation" de services par l'Etat, il semble que les moyens alloués ne sont pas moindres que précédemment, bien au contraire. Ainsi, entre 1997 et 2000, les budgets des agences ont été multipliés par 6,8. Leur budget total atteignait ainsi 840 millions d'euros, contre 609 millions pour les moyens budgétaires étatiques dédiés à la santé publique. Quant aux effectifs, ils ne rassemblent pas moins de 10 500 agents, ce qui a pu faire dire que loin d'être un désinvestissement, les agences représentent au contraire un effort supplémentaire de l'Etat dans des domaines stratégiques⁶¹.

L'argument d'une meilleure efficacité des non-fonctionnaires à effectif équivalent ou supérieur pourrait ainsi être examiné sous un angle intéressant mais cela ne sera pas notre propos ici. Contentons-nous de constater que l'emploi d'experts désignés, non fonctionnaires, semble une façon plus présentable d'agir pour l'Etat sur des sujets préoccupants les citoyens.

⁶⁰ Avec les mises en accusation jusqu'aux échelons supérieurs du ministère et tout le long de la chaîne d'instruction des dossiers. Inconfortable pour le politique, ce précédent a pu le décider à changer de modèle en créant les agences ?

⁶¹ Centre d'analyse stratégique, article cité, p. 3

Cela ne doit toutefois pas occulter certaines critiques, faites notamment par le Sénat qui en son temps a estimé que ce mouvement "ne répond pas à la notion de bonne administration"⁶². Ce jugement peut paraître sévère de la part d'une assemblée qui n'est pas réputée pour son goût de l'innovation administrative. Il n'est pas nécessairement infondé. Le Sénat souhaitait en effet souligner le manque de visibilité issu du foisonnement, mais aussi de l'imbrication des compétences des agences.

Autre argument, un certain émiettement et surtout une grande disparité dans les modes de fonctionnement des agences. Ainsi, l'AFSSA et l'AFSSET, responsables respectivement de l'alimentation et de l'environnement et du travail, rendent des avis publics légitimés par leur expertise et susceptibles d'être suivis par le ministère de la Santé. En revanche, l'AFSSAPS (Agence du médicament) prend des décisions au nom de l'État lorsque, sur le fondement de son pouvoir de police sanitaire, elle octroie ou retire des autorisations de mise sur le marché des produits de santé. Il y a donc exercice de responsabilités régaliennes, déléguées par l'Etat.

Mais le Sénat souligne également des questions de fond, ayant trait à l'efficacité même de la gestion des risques sous cette forme d'administration. Si la distinction entre évaluation et gestion de risque est jugée comme un progrès, certains aspects posent question.

Au premier rand de ces interrogations, la difficulté de séparer de façon nette l'évaluation de la gestion du risque. Ainsi, pour certains décideurs le contenu des avis ne laisse pas suffisamment de marge de manœuvre aux ministères chargés de la décision.

Prenons l'exemple de la gestion d'un incident survenu en 2008 sur la centrale nucléaire du Tricastin. Dans un de ses premiers rapports de situation, l'Autorité de sûreté nucléaire, déclarait l'eau de la nappe souterraine contaminée et publiait ce communiqué sur son site internet, se prévalant de son indépendance des pouvoirs publics. Ceux-ci, découvrant la publication en temps réel, étaient questionnés par les médias immédiatement, étant ainsi mis en demeure de prendre les actions résultant du jugement de l'institution censée l'appuyer techniquement, sans avoir eu le temps d'envisager les différentes alternatives et surtout les conditions pratiques d'une mise en

⁶² Sénat, 2007, Rapport d'information sur le dispositif des agences en matière de sécurité sanitaire, n° 355, juin 2007.

œuvre. En discréditant l'administration, en engendrant des dissensions apparentes entre avis technique et actions, de telles marques d'indépendance peuvent s'avérer contre productives pour l'ensemble des acteurs participant à gérer le risque.

Du point de vue des agences au contraire, il y a trop souvent immixtion dans leurs travaux scientifiques de la part de l'administration (demandes prescriptives, volonté de participer aux comités scientifiques des agences). On le voit, l'indépendance de l'expertise n'est pas un acquis définitif, mais doit être défendue et surtout doit faire, en tant que tel, l'objet d'un dialogue en bonne intelligence selon les intérêts des uns et des autres.

Soulignons toutefois pour conclure que l'exercice est inégal. Ainsi, aux 300 agents du ministère de la santé correspondent 10 500 agents travaillant sur leurs thèmes d'intérêt dans les agences techniques. Il est difficile de penser qu'un tel effet multiplicateur permette de comprendre, suivre et superviser efficacement et de façon uniforme chaque thème de travail par le ministère de tutelle.

Quant aux conseils d'administration, objectifs, indicateurs ou budgets, leur revue séparée ne permet pas nécessairement de définir et superviser les travaux, ne serait-ce que par les compétences limitées que possède chacun dans le domaine qui lui est demandé de revoir.

De fait, une certaine indépendance existe *de facto*, au moins autant en raison de cette disparité d'effectifs que par la création de logiques et dynamiques propres aux différentes entités, au premier rang desquelles la nécessité de faire reconnaître son travail et de justifier son utilité.

Il en va même parfois inversement, l'agence devenant donneuse d'ordre. Ainsi par exemple, l'Institut national de veille sanitaire (InVS) est en charge de la collecte et de l'exploitation des données épidémiologiques. Ses services travaillent en lien à l'échelle régionale avec ceux du ministère de la santé. En Guyane, en raison des besoins et du manque d'agents de l'InVS, il n'est pas rare que les agents du service de santé soient employés pour participer à recueillir des données de terrain, qui seront ensuite exploitées par l'InVS sous son sceau. Il y a bien sûr un intérêt commun en cela (disposer de la connaissance pour structurer des actions de santé), mais la réciproque (prêt

d'agents InVS pour des actions de gestion des risques) serait vue comme dévoyant l'indépendance de l'agence, qui doit se cantonner aux efforts d'évaluation des risques.

Voyons précisément à présent quelles sont les structures chargées d'utiliser ce travail d'expertise sur le terrain.

I.3.1.5. la fin des services sanitaires déconcentrés

Historiquement, les premiers services chargés de la santé publique en France l'ont été par les municipalités en 1789. Replacés ensuite auprès du département, la fin du XIX^{ème} siècle replaçait les prérogatives de salubrité auprès des maires dès son premier article⁶³.

Ce n'est qu'à la création d'un ministère chargé de la santé publique qu'ont été créés obligatoirement dans chaque département des services départementaux d'inspection et de contrôle de la santé publique, par le décret loi du 30 octobre 1935⁶⁴.

Ces services étaient placés auprès de chaque préfecture départementale et dirigés par un médecin inspecteur départemental d'hygiène, conseiller technique du préfet en la matière⁶⁵. La compétence de ces médecins s'étendait à toutes les questions se rattachant « à la protection de la santé publique et à l'hygiène sociale⁶⁶ ».

Pour des raisons de cohérence d'action une fusion eut lieu en 1964 (décrets des 14 mars et 30 juillet 1964), permettant de regrouper ces services avec des services de l'aide sociale et de la population. La nouvelle entité, la direction de l'action sanitaire et sociale, regroupait les personnels administratifs et techniques dans de nouveaux corps

⁶³ Loi du 15 février 1902 relative à la santé publique, JO. du 19 février 1902.

⁶⁴ Nous nous contenterons de détailler l'organisation du ministère en la matière. Si en effet depuis le début du siècle dernier, les grandes agglomérations ont dû se doter de services communaux d'hygiène et de santé, hormis quelques exceptions notoires dans de grandes métropoles régionales (Paris, Lyon, Marseille notamment), le rôle de ces services est aujourd'hui anecdotique comparé à l'administration ministérielle.

⁶⁵ Ministère de la défense nationale et de la guerre, inspection générale de la défense passive, section sanitaire, 1939, Notice du 31 mars 1938 concernant l'organisation des services sanitaires en matière de défense passive, quatrième édition, p. 1.

⁶⁶ Idem.

(notamment les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale, ainsi que les médecins de santé publique).

Quelques années plus tard, le décret du 22 avril 1977 fusionnait les services extérieurs de la sécurité sociale et de l'action sanitaire et sociale sous la forme de nouvelles directions départementales et régionales des affaires (et non plus de l'action) sanitaires et sociales, les DDASS, afin de gérer au mieux la mise en œuvre d'une politique globale et cohérente de la santé et de maîtriser la croissance des dépenses sanitaires et sociales. On verra que ce dernier leitmotiv sera récurrent. Avec les lois cadre Deferre de décentralisation, les DDASS sont fractionnées en deux structures bien distinctes, dépendant l'une de l'État, sous l'autorité du Préfet, l'autre du Département, sous l'autorité du Président du Conseil Général, exerçant les compétences désormais attribuées du département (PMI, enfance⁶⁷, hébergement des handicapés adultes, personnes âgées, aide sociale départementale, prophylaxie des maladies contagieuses, service social de polyvalence).

Le service de l'Etat conservait le titre de D.D.A.S.S. Il était chargé de l'observation, la mise en œuvre des politiques d'intégration, d'insertion, de solidarité et de développement social, des actions de promotion et de prévention en matière de santé publique, de la protection sanitaire de l'environnement, du contrôle des règles d'hygiène, tutelle et contrôle des établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux.

S'ajoutait pour le ministère des services régionaux, les D.R.A.S.S., avec pour mission l'observation et l'analyse des besoins, la planification et la programmation, l'allocation des ressources affectées aux dépenses sanitaires, médico-sociales et sociales, le contrôle de l'application de la législation et de la gestion des organismes de sécurité sociale, la coordination des actions entre les échelons départementaux et régionaux.

Proches du terrain, plus nombreux, les services départementaux du ministère de la santé constituaient son fer de lance en matière de santé environnement.

⁶⁷ D'où l'expression restée vivace d' "enfant de la DDASS", bien que le service de l'Etat ait gardé seul l'appellatif et n'exerce plus la mission d'assistance à l'enfance.

Toutefois, l'évolution administrative a vu en parallèle un changement dans les effectifs et surtout leurs priorités de travail.

Les personnels des années 70-80 impliqués dans des actions de santé environnementale étaient essentiellement techniques et chargés de conseil ou d'enregistrement de procédures réglementaires (postes d'inspecteurs de salubrité). Leurs tâches allaient de la délivrance de certificats de dératisation dans les navires, à l'inspection des boulangeries et des auto-écoles.

Les années 80 et surtout 90 amenaient un tournant dans diversification des tâches et des profils.

D'une part, l'évolution des besoins de technicité et la complexification des réglementations amenèrent à créer une formation à l'école d'application du ministère de la santé, l'Ecole nationale de la santé publique de Rennes (ENSP), dans les années 70. Cette formation insistait notamment sur la gestion de la qualité de l'eau distribuée, reflet de la préoccupation historique des autorités quant à la prévention des épidémies d'origine hydrique.

Dans les années 1990 furent officialisés le corps et les fonctions correspondantes. La dénomination d'inspecteur de salubrité disparaissait, laissant place à la création de 4 corps de fonctionnaires : les ingénieurs du génie sanitaire, les ingénieurs d'étude sanitaire, les techniciens sanitaires et enfin les adjoints sanitaires.

En terme de fonctionnement, chaque département était doté d'un service de santé environnementale, dirigé par un ingénieur du génie sanitaire assisté d'un ou plusieurs ingénieurs d'études, techniciens et adjoints.

Quant aux régions, chacune disposait de services dédiés uniquement composés d'ingénieurs, typiquement entre 3 et 5.

Encore aujourd'hui la taille du service de santé environnementale et ses priorités dépendent grandement de l'histoire administrative locale. Ainsi, un département comme la Gironde héritait à sa formation un service doté de 10 ingénieurs d'études, notamment

en raison de la superficie du département, tandis que, bien plus grand, la Guyane ne disposait que d'un seul ingénieur d'étude. Lors de l'épidémie de choléra de 1991, il fut décidé de nommer d'abord temporairement, puis durablement, un second ingénieur du génie sanitaire, situation exceptionnelle à l'époque. En 2006, l'épidémie de dengue motiva le ministère de la santé à confirmer la création cette fois d'un second poste d'ingénieur d'étude, supprimé en 2009 etc.⁶⁸

Ces derniers, tout comme les ingénieurs du génie sanitaire sont formés à Rennes, notamment aux méthodes de l'évaluation et de la gestion de risque, concepts nouveaux en France à l'époque.

Quant aux techniciens et adjoints, ils ne bénéficient que d'une rapide formation de 3 semaines, sans commune mesure avec l'année nécessaire aux ingénieurs.

La philosophie d'intervention évoluait en parallèle. Les tâches de conseils étaient abandonnées au bénéfice de tâches régaliennes d'inspection et de contrôle, considérées comme le "cœur de métier" de l'administration.

Toutefois, très peu était dit quant à la possibilité de conserver une technicité sur des sujets où l'expertise et donc la capacité de contrôle se forge sur le terrain et notamment grâce au dialogue que permettait l'activité de conseil.

Concluons ce chapitre en évoquant le poids des corps de santé environnementale au sein du ministère. Sur les quelques 18 000 employés du ministère de la santé, les ingénieurs du génie sanitaire sont environ 200. C'est à peine deux à trois plus pour les ingénieurs d'étude et les techniciens sanitaires.

Jusqu'à présent et à la différence de tous les autres corps, aucun membre de ces catégories techniques n'a été promu à un poste majeur au sein du ministère, que ce soit en administration centrale ou déconcentrée (postes de directeurs départementaux ou régionaux notamment).

⁶⁸ En l'occurrence ce sont plutôt les situations d'urgence graves qui amènent à ce type de décisions, la tendance voulant que l'on diminue plutôt les effectifs, sans jamais pour autant se prononcer sur la façon dont le travail doit, dans l'ensemble, rester constant en volume et en qualité.

Ceci est peut-être dû à un relatif manque d'ambition, certains ingénieurs se cantonnant aux aspects techniques de leur métier, préférant une aversion pour les aspects administratifs et politiques. On peut évoquer aussi l'absence de masse critique pour peser sur les décisions ou entraîner un certain dynamisme susceptible de devenir force de proposition ou de contestation.

Mais il faut également souligner que de façon générale, la hiérarchie du ministère place au sommet de la pyramide soit des inspecteurs des affaires sanitaires et sociales (profil administratif), soit des médecins, considérés comme polyvalents en termes d'administration de la santé publique, ce qui semble être dénié aux agents en charge de la santé environnementale. Ainsi, le potentiel reconnu à tel ou tel corps pour exercer des responsabilités semble parallèle à celle dont jouissent les thèmes qu'il a en charge.

I.3.1.6 Un thème globalement trop relativisé ?

Durant toutes ces dernières années, les priorités de travail de l'échelon supérieur du ministère ont le plus souvent été portées - sauf lors de crise comme celles de l'Erika ou le chikungunya par exemple - sur la réforme des systèmes de santé. Episodiquement également, des pathologies telles que le SIDA ont retenu son attention. Toutefois il est intéressant de constater que la priorité d'action des échelons dirigeants était plutôt orientée par l'urgence de nature médiatique que sur l'affirmation d'une politique forte de santé environnementale, qui lui aurait donné une visibilité et une assise le mettant moins sur la sellette en cas de crise sanitaire.

Il n'en va pas différemment dans les différents départements et régions. Le service santé environnement est souvent sollicité pour des problèmes ne ressortant pas directement de ses savoir-faire (aspects sociologiques des crises notamment), mais parce que par défaut, il semble évident que les autres corps en poste (médecins, inspecteurs des affaires sanitaires et sociales) en poste ne peuvent / ne veulent pas assumer certaines phases délicates qu'ils considèrent ne pas ressortir de leurs compétences. Pour ne prendre que deux exemples, on peut citer l'impact sanitaire du mercure en Guyane ou celui du chlอร์ดécone aux Antilles. Dans les deux cas, aucune enquête épidémiologique n'a pu mettre en évidence des dommages sanitaires attribuables à ces deux

substances. Pourtant, c'est aux services de santé environnementale qu'a été confié le soin de piloter ces dossiers, faisant plutôt appel aux capacités d'écoute des personnes exposées, en proie à des difficultés complexes, notamment de nature socioéconomiques.

C'est ainsi que ce type de service doit perpétuellement s'adapter à des problématiques extrêmement variées, sans nécessairement en posséder la technicité. Un tel fonctionnement est fragile : en cas de mauvaise gestion, le risque est grand de voir l'ensemble du service mais aussi ses agents mis en cause, voire en examen à titre personnel comme cela a déjà été le cas en plusieurs occasions.

Ainsi, le ministère est plus prompt à exposer ses agents qu'à les valoriser dans le domaine de la santé environnementale. Il est intéressant de voir que sur les mêmes problématiques, le ministère de l'environnement possède une attitude diamétralement opposée qui le conduit à tirer avantage d'une relative absence du terrain.

I.3.2 Quête de sens ou stratégie d'annexion : le ministère de l'environnement

I.3.2.1. Un ministère en quête de sens

Il y a vingt ans, lorsque l'on parlait d'environnement, c'est la protection de la nature qui venait à l'esprit avec les images d'oiseaux victimes des marées noires, de poissons morts, de sols contaminés par différentes substances toxiques, éventuellement de la gêne occasionnée par le bruit ou par certaines odeurs⁶⁹, sans les associer nécessairement. Aujourd'hui, la santé est en passe de devenir l'objet premier des politiques publiques d'environnement et il existe en ce domaine une profonde attente

⁶⁹ Grief vieux comme le monde : les Romains se plaignaient déjà de la chose, notamment pour les mêmes raisons que leurs descendants qui ont dû également affronter les problèmes d'assainissement et de traitement des déchets, ou qui ont dû faire face aux diverses activités et industries qui n'allaient pas sans diffuser ce type de gêne : moutardiers, foulons, tanneurs ne sont que quelques uns des plus anciens, relayés par les usines de la révolution industrielle. L'intolérance se serait renforcée au tournant du XIX^{ème} siècle, ainsi ce n'est pas un hasard si la première loi française sur l'hygiène publique, datée de 1902, recense cette nuisance pour la réglementer et en mettre à l'abri les narines des citoyens. A ce propos, on lira l'ouvrage fondateur de la sociologie de l'odorat de Corbin A., 1982, *Le miasme et la jonquille*, Aubier, éd. Montaigne, réédité par Flammarion en 1986.

des populations. Le potentiel anxiogène du risque sanitaire est en effet un puissant levier de mobilisation et de pression sur les décideurs politiques, via des associations ou le relai des médias.

Si chacun peut se faire sa propre idée la définition de la santé – sans aller jusqu'à l'énoncé complet proposé par l'OMS, il n'en va pas différemment de l'environnement. «Singulier destin pour un mot que d'avoir un ministre avant d'avoir un sens !» se serait exclamé Robert Poujade, le premier à qui fut confié le ministère de l'environnement – première mondiale- fondé en 1971 par Georges Pompidou. Tout comme pour Jules Romain à qui il semblait que la santé est un état précaire qui ne laisse présager rien de bon, l'environnement préoccupe d'abord dans la mesure où il désigne une nature en danger, ou déjà dégradée. Il s'agissait initialement de "sauvegarder un patrimoine naturel", objectif conservateur s'il en est, et contredit par toute activité humaine. Partant de ce constat, l'analyse des problèmes, de leur origine et des solutions à y apporter est grandement affaire de perception.

De fait, l'évolution des politiques environnementales a évolué selon la sensibilité propre aux personnalités qui ont occupé la tête du ministère. Or, il n'existe pas de doctrine écologiste unifiée. Sans entrer dans une typologie détaillée, nous reprendrons brièvement celle proposée par Luc Ferry dans « le Nouvel ordre écologique »⁷⁰. Celui-ci distingue une *shallow ecology*, réformiste, d'une *deep ecology* (écologie profonde). Tandis que la première s'attache à aménager la nature de façon à rendre possibles les occupations et activités humaines (notamment urbanistiques, économiques, industrielles...), la seconde est plus proche d'un fondamentalisme, prônant la présence de l'homme dans la nature comme une anomalie. Il convient donc de limiter au maximum les effets de cette présence, d'assurer un "triomphe du vivant" sous toutes ses formes, au besoin par la coercition pour les plus extrémistes, qui reconnaissent à la nature des droits propres. Tout représentant des intérêts environnementaux doit composer avec des représentants de ces tendances plus ou moins affirmées. De fait, construit initialement pour promouvoir des idées plus "vertes" à l'issue des

⁷⁰ Ferry L., 1992, le Nouvel ordre écologique, l'arbre, l'animal et l'homme, éditions Grasset, Paris, 220p.

"30 glorieuses", le ministère a évolué au cours des années, ses appellatifs successifs reflétant la coloration souhaitée des actions entreprises.

Avec le regain d'intérêt des années 1990, largement suscité par des séries de catastrophes industrielles (Seveso, Amoco Cadis...), c'est la question de l'aménagement du territoire au sens large qui a coloré l'action du ministère. L'écologie, mouvement politique, s'y affirmait en fonction des courants politiques au pouvoir, et notamment du parti éponyme pour culminer avec la présence de D. Voynet comme ministre de l'écologie entre 1997 et 2001.

La capacité de mobilisation de l'écologie comme argument était toutefois moindre et plus épisodique ou ponctuelle que la gestion des questions touchant à l'aménagement du territoire, qui touchent la population de façon concrète et quotidienne. Il s'agissait d'abord de préserver l'environnement de l'homme et de ses activités. Avec la dernière campagne présidentielle en 2007, ce thème est revenu en soulignant cette fois les menaces climatiques posées pour l'homme. Partant, les atteintes à l'environnement étaient alors évoquées en tant que telles et la nécessité de leur contrôle rappelée. Pour répondre à ce problème global, les propositions de solutions devaient intégrer les différents aspects des problèmes : économiques, industriels, politiques, comportementaux pour n'en citer que quelques uns. C'est l'un des arguments qui, dans le cadre de la revue générale des politiques publiques (RGPP) amenait en 2007 à la formation d'un grand ministère l'Écologie, de l'Énergie, du Développement durable et de l'Aménagement du Territoire, devenu depuis ministère de l'Écologie, de l'Énergie, du Développement durable et de la Mer (MEDDEM). Le fait que le ministre à la tête de cet ensemble soit l'unique ministre d'Etat du premier gouvernement Fillon soulignait l'importance donnée à la problématique environnementale, comme s'y était engagé le candidat Sarkozy.

Cette recomposition se faisait notamment en absorbant le ministère de l'équipement et ses services déconcentrés (DDE) ainsi que le secrétariat d'Etat à l'Industrie et ses services déconcentrés, les Directions Régionales de l'Industrie de la Recherche et de

l'Environnement (DRIRE⁷¹). L'opération était donc nettement bénéficiaire pour l'ancien ministère de l'Environnement, de loin le plus petit d'entre les trois anciennes entités. Mais derrière cette logique apparemment d'ordre idéologique (la préséance à l'environnement et sa supervision sur les autres activités de l'administration), c'est également la marque de l'affrontement de lobbies technocratiques qu'il convient de voir. Pour mieux le comprendre, il est nécessaire de revenir sur l'évolution des corps de fonctionnaire employés par le MEDDEM, en tout premier lieu le corps des mines.

Le ministère de l'environnement a crû relativement lentement depuis sa création. Ses premiers services déconcentrés (les Directions régionales de l'environnement) ne sont créés qu'en 1991. Encore ne sont-ils représentés qu'en région, quelques uns de ses fonctionnaires officiant en départements. Le début des années 1990 voit également la création de ses agences techniques : INERIS, IFEN, ADEME sont chargées sous sa tutelle de thématiques spécifiques.

Dans ses directions centrales aussi bien que dans ses antennes régionales, les postes à responsabilités sont partagés entre personnel administratifs ou de la société civile ayant montré une sensibilité écologique d'une part, d'autre part avec des représentants du corps des ingénieurs issus de l'École Nationale du Génie Rural des Eaux et des Forêts (ENGREF), appelés plus couramment IGRÉF (ingénieurs du GRÉF). Parmi ces derniers, les plus hauts postes sont occupés par les polytechniciens ayant choisi l'ENGREF comme école d'application - par goût personnel. Ceux-ci sont une minorité. Ils sont parfois considérés comme des originaux par leurs collègues de promotion, car ils choisissent là des carrières jugées bien moins prestigieuses.

En effet, ce n'est pas l'ENGREF mais plutôt l'école des Mines qui constitue l'école d'application réservée aux polytechniciens les mieux classés. Les carrières y sont plus

⁷¹ Il est intéressant de constater que le vocable «environnement» figure dans cet appellatif. D'une part, il existe d'autres directions régionales dépendantes du ministère de l'environnement chargées de ce thème (les DIREN). D'autre part, la nomination des directeurs de DRIRE ne doit rien au ministre de l'environnement, mais revient au ministre de l'industrie et de la recherche. On peut logiquement se demander jusqu'à quel point les préoccupations d'environnement sont prioritaires parmi les missions des DRIRE, dont la première consiste à «animer les actions qui concourent au développement industriel régional ainsi que de proposer et mettre en œuvre les mesures de nature à y contribuer» (Décret n°83-568 du 27 juin 1983 relatif à l'organisation des directions régionales de l'industrie, de la recherche et de l'environnement).

prometteuses, bâties depuis des générations de polytechniciens installés aux commandes des institutions ministérielles et techniques du pays. "Choisir les Mines est (...) un moyen d'afficher son rang de sortie jusqu'à la fin de sa vie", relève l'historien André Thépot⁷². Introduit aux postes à responsabilités de l'Etat, certains de ses représentants comme Jean Syrota (ancien PDG de la Cogema et alors vice-président du conseil général des Mines, le gouvernement du corps) sont d'ailleurs à l'origine de la création du ministère de l'environnement. Depuis, l'influence et la présence du corps des mines dans ce ministère ne s'est jamais démentie.

Elle s'est même renforcée à mesure que les problématiques environnementales se faisaient jour et prenaient le pas sur le prestige des fonctions dans l'industrie. Ainsi, le ministère de l'environnement devint au cours des années 1990 et 2000 un lieu privilégié de l'exercice de cette influence et de ces appétits. Ceci est particulièrement sensible dans le domaine de la santé environnementale. Voyons quels sont les tenants de cette influence.

Les membres de ce corps ne font pas qu'appliquer aveuglément les décisions issues des responsables politiques. Le corps est également capable de les orienter et dans leur application, chacun au poste qu'il occupe, de les infléchir. Les postes à responsabilités leur échoient systématiquement dans certains ministères d'élection. Appliquant à la lettre le vers de Corneille "aux âmes bien nées, la valeur n'attend pas le nombre des années", les jeunes polytechniciens les plus prometteurs issus de l'école des Mines peuvent être à 25 ans nommés dès leur premier poste comme directeur en DRIRE et surtout au cabinet des ministres. C'est le cas surtout au ministère chargé de l'industrie, mais aussi au ministère de l'environnement. Ils s'y "font les dents", testant leurs ambitions pour espérer obtenir des postes à meilleures responsabilités, notamment dans la grande industrie (publique ou parapublique entre autres) où le "pantouflage" est de mise aux postes de direction. De la décision administrative à la mise en œuvre des politiques industrielles, ils commandent donc nombre de leviers⁷³. A l'époque où certains d'entre eux poussaient à la création du ministère de l'environnement dans les années

⁷² L'Express, Fissures au corps des Mines, Sabine Delanglade, publié le 30 janvier 1997, [en ligne] http://www.lexpress.fr/informations/fissures-au-corps-des-mines_620659.html consulté le 3 septembre 2009.

⁷³ Ainsi, dans les années 60, ils exerçaient la gestion de plus de la moitié des trente premiers groupes français - L'Express, 1997, article cité.

70, d'autres travaillaient au développement du programme nucléaire ou pétrolier français. Le jeu des progressions fait que les passages entre secteur public (administratif, industriel) et privé se fait sans difficultés. Les places leur sont mêmes réservées : que l'une d'entre elle se libèrent et le conseil général des Mines ou son syndicat contacte qui doit décider des nominations pour lui rappeler- s'il ne l'avait pas compris- que c'est un ingénieur des Mines qu'il convient de retenir.

A titre d'exemple, la création de la Direction générale de la sûreté nucléaire et de la radioprotection (DGSNR) n'était encore qu'un projet du gouvernement en 2002 lorsque le syndicat des Mines revendiquait par un communiqué public la nomination de l'un des siens à sa tête. Il affichait du même coup que tout autre candidat qui ne serait pas issu de ses rangs n'aurait pas la partie facile. La pression est ainsi mise sur le décideur, qui sait ce qu'il lui reste à faire s'il souhaite que son choix soit viable.

Il ne s'agit pas uniquement d'occuper les postes. Ainsi pour reprendre l'exemple ci-dessus, le directeur de la DGSNR une fois nommé en 2002 n'eût de cesse que de demander la transformation de sa direction en agence indépendante, lui laissant les mains plus libres par rapport aux ministères de tutelle. Un premier essai en 2002 fut débouté par le Conseil d'Etat, objectant la perte de contrôle des pouvoirs publics dans le contrôle des activités nucléaires, un secteur régalien extrêmement sensible comme l'avait montré la gestion de la catastrophe de Tchernobyl en France. Pourtant, subitement, lors de ses vœux à la presse au mois de janvier 2006, le président J. Chirac - qui ne s'était pourtant jamais prononcé sur la question - proposait la création d'une agence de sûreté nucléaire indépendante. Divine surprise, alors que rien dans l'actualité médiatique n'était alors lié au fonctionnement du secteur nucléaire français - et de fait cette annonce est restée quasiment ignorée des médias et du grand public. Le processus était lancé toutefois sur la foi de la parole du président et le Conseil d'Etat levait ses réserves sans pourtant qu'aucun nouvel élément puisse amener à penser que cette création était plus pertinente que 4 ans plus tôt.

Dernière péripétie menant à la nomination annoncée : la limite d'âge menaçant la reconduction du précédent directeur au poste de la présidence de l'agence, à quelques jours de sa date anniversaire un arrêté ministériel vint opportunément relever l'âge

maximum pour exercer ces responsabilités. La nomination eut lieu lors du Conseil des ministres suivant, en guise de cadeau d'anniversaire probablement.

Au sein du corps des Mines, l'ancienneté et l'entregent personnel ordonnent en amont les préséances permettant de candidater aux postes à responsabilités. La logique du corps se superpose, voire prime la logique administrative et hiérarchique d'Etat. Ainsi, un « simple » directeur de service ministériel, membre du corps des mines, est-il capable de faire démettre un autre ingénieur du cabinet du même ministère- pourtant théoriquement chargé de le superviser en s'appuyant sur ses appuis politiques, ses réseaux ou surtout sur sa position d'aîné au sein du corps des Mines. Sans aller jusqu'à cet extrême et pour les mêmes raisons, un dirigeant d'une entreprise d'Etat peut parfois ignorer les ordres de son ministère de tutelle⁷⁴.

Il ne convient pas pour autant de tomber dans la paranoïa ou les théories du complot. D'une part en raison de la concurrence d'autres corps d'Etat, qui limitent d'une certaine manière son influence ; d'autre part en raison de la répartition des membres du corps sur l'ensemble de l'échiquier politique, ce qui n'en fait pas un acteur dont la volonté propre tiendrait un agenda politique global au sein de l'Etat. Mais il ne faut pour autant pas être naïf sur l'existence de ce genre d'influence au sein de l'administration. Pour la défense d'intérêts propres (corporatisme, ambitions personnelles) et par effet de réseau, ce type de grand corps de l'Etat peut infléchir la mise en œuvre de certains programmes. C'est cette influence et ses modes d'exercice dans leur ensemble que dénoncèrent plusieurs anciennes ministres de l'environnement : le corps des Mines pouvait par résilience ou exercice de son influence s'opposer à l'application de décisions prises par les ministres elles-mêmes.

Avec l'évolution des thèmes environnementaux et leur justification par la santé humaine, il devenait donc naturel que cette influence se fasse désormais sentir dans la gestion de la santé environnementale.

⁷⁴ Le paradoxe est que la situation est d'ailleurs banale, dans la mesure où, destiné à l'administration, un jeune ingénieur des Mines y débute sa carrière avant d'envisager un poste dans un cabinet ministériel qui le mettra "en orbite" pour exercer des responsabilités de direction dans une entreprise. La pyramide des âges faisant le reste, il a les meilleures chances de finir en haut de la hiérarchie.

I.3.2.2. Santé environnementale ou environnement de la santé ? Stratégies et manœuvres de récupération

Depuis la fin des années 1990 et avec la montée en puissance des problématiques sociétales liant santé et environnement, le ministère de l'environnement lorgne sur cette problématique. Par delà le ministère, c'est le corps des Mines qui a pris la mesure de l'importance de la thématique générale du risque. Partant d'abord du risque industriel, les travaux développés par l'Ecole des Mines (notamment à travers sa revue d'Annales ou des chercheurs comme P. Lagadec) touchent bientôt l'ensemble des domaines dans lesquels une approche par les risques est possible : les risques sanitaires environnementaux en font partie.

Parallèlement, le ministère multiplie manœuvres et tentatives. Jusqu'à présent, les plus ouvertes ont échoué. C'est le cas en 1998, avec la création d'une direction de la gestion des risques sanitaires liés à l'environnement, aux objectifs alors en tous points similaires à ceux déjà affichés par la direction générale de la santé dans le domaine de la santé environnementale. L'arbitrage rendu par le premier ministre rendra caduc le fonctionnement du nouveau bureau. Mis en échec, le ministère de l'environnement adopte des chemins détournés. Ainsi par exemple concernant la qualité des eaux de baignades. Leur contrôle est effectué sur le terrain par les agents des DDASS, la responsabilité étant celle du ministère de la santé qui peut à leur vue recommander de fermer la baignade en cas de contamination. Les données sont ensuite collectées et traitées par les agents des DRASS, avant d'être centralisées par le ministère chargé de la santé. Arguant de l'intérêt de ces données pour la surveillance de l'environnement, ce ministère a souhaité être associé aux réflexions sur la gestion de ces données. Et au début des années 2000, celles-ci étaient en ligne, hébergées par le site... du ministère de l'environnement. Au prix d'un investissement minimal (temps partiel d'un agent en direction centrale), celui-ci gagnait une visibilité et une légitimité forte dans un domaine largement médiatisé⁷⁵.

Il en allait de même dans le domaine du bruit. Revendiquant sa légitimité sur la question, le ministère chargé de l'environnement obtenait la position de chef de fil. Ceci lui

⁷⁵ L'ingéniosité de la manœuvre d'un côté n'avait d'égal que la passivité du ministère de la santé, pour lequel, à l'échelon central, ce sujet n'en était qu'un parmi d'autres, et sur lequel ses décideurs avaient apparemment totalement écarté l'intérêt d'une politique de notoriété pourtant méritée.

permettait de récupérer d'une part les fonds, d'autre part la direction travaux réglementaires afférents. Il lui était alors loisible de payer des exécutants en revendiquant la paternité des programmes d'en côté, tandis qu'il prescrivait les contrôles à opérer par les agents... des DDASS, seuls habilités réglementairement à effectuer des contrôles (discothèques, bruits de voisinage...) au nom de la santé publique. Structurellement et comme pour l'exemple précédent, le ministère de l'environnement n'a jamais eu les "troupes" nécessaires à l'application de ses lois sur le terrain⁷⁶. Il fait faire ou feint d'être capable d'appliquer ses propres édits.

Un dernier exemple récent : la coordination de la réglementation sur les biocides (produits utilisés contre les insectes et nuisances hors usages agricoles) a été octroyée en 2008 au MEDDEM. Le ministère de l'agriculture, anciennement compétent, était dessaisi du dossier. Les services des différents ministères devant contrôler ces produits sur le terrain et anciennement en charge du dossier connurent un moment d'incertitude. Ce fut le cas à Cayenne pour l'utilisation de produits destinés à lutter contre les moustiques porteur de la dengue. Certains pensaient pouvoir déléguer la responsabilité du contrôle au service ministère de l'environnement, représenté à Cayenne. La réponse vint sous forme d'une réponse issue du bureau parisien chargé de la question au MEDDEM. Elle renvoyait à un nouvel article du Code de l'environnement, signé uniquement par ce ministère, qui habilitait certes ses propres agents, mais visait surtout les corps des autres ministères pour effectuer la tâche ! Le rapport de nombre entre le service de l'un et les agents des autres services ministériels sur place montrait clairement vers qui se tourneraient les responsables et surtout la société civile si ces contrôles n'étaient pas effectués correctement...

La préemption des tâches de pilotage à l'échelon central est de fait une manœuvre systématisée par le MEDDEM. On pourrait penser que le traitement d'un dossier technique par l'un ou l'autre service de l'Etat est un jeu à somme nulle. Que ce que l'un ne fait plus, l'autre le fera avec une même efficacité. Ce n'est pas le cas, puisque les

⁷⁶ Ce qui a fait dire à certains que le ministère de l'environnement était "une grosse tête [ses directions centrales] avec de petits bras [les DIREN], par opposition au ministère de la santé, une petite tête avec de nombreux et longs bras.» L'image semble adéquate mais dans les deux cas, on conviendra qu'il s'agit d'êtres difformes...

orientations, les savoir faire, les structures et les moyens (notamment d'exécution sur le terrain) différent du tout au tout entre le ministère de l'environnement et celui de la santé par exemple. C'est ce que montre un exemple majeur et actuel de la politique de santé environnementale : l'élaboration du Plan national de santé environnement (PNSE) et l'instauration puis le déroulement du processus du "Grenelle de l'environnement". Cet exemple récent nous a semblé suffisamment intéressant pour justifier quelques détails.

I.3.2.3. Les limites d'une stratégie d'influence : le Grenelle de l'environnement, ou l'environnement au détriment de la santé publique

Issue d'une initiative lancée par le bureau régional EURO de l'OMS, l'élaboration de plans nationaux en santé environnement partait d'un constat simple. L'identification et la maîtrise des facteurs environnementaux ayant des effets sur la santé nécessitaient pour être efficaces des initiatives cohérentes, intégrées et planifiées au sein des politiques publiques. Bien qu'avec retard, la France souscrivait en 2004 à ce mouvement. Les ministères chargés de la santé et ceux chargés de l'environnement étaient chargés, suite à la consultation d'experts et de leurs services, de proposer un plan national santé environnement quinquennal (PNSE, juin 2004⁷⁷) devant être repris puis décliné par les services de l'Etat en région (plans régionaux santé environnement ou PRSE).

Associés aux travaux à l'échelon central, les services centraux du ministère de l'environnement participèrent avec celui de la santé à la sollicitation de leurs services régionaux, leur demandant de leur faire remonter les problèmes locaux qui par leur ampleur pourraient devenir des priorités nationales. La Guyane proposait d'améliorer l'accès à l'eau potables et à l'assainissement (de loin cause des pathologies les plus fréquentes et pénalisantes), de diminuer la part des maladies endémiques dues aux moustiques (dengue, malaria soit plus de 10% de la population affectée), la gestion anarchique des pesticides dans le maraîchage, ainsi que de mieux prévenir l'impact du mercure utilisé notamment pour les opérations d'orpaillage. Après examen par les bureaux parisiens, la surprise vint que ces deux derniers sujets certes importants mais pour lesquels aucune pathologie n'avait été observée, furent désignées comme priorités

⁷⁷ Ministère de la Santé et de la Protection sociale, Ministère de l'Écologie et du Développement durable, Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale, Ministère délégué à la Recherche, 2004, Plan National Santé-Environnement (PNSE) de juin 2004, 92 p., [en ligne] <http://www.sante-sports.gouv.fr/plan-national-sante-environnement-pnse-juin-2004-actualisation-septembre-2006.html> consulté le 19 janvier 2010.

de travail. Plus dans l'épure d'une contamination environnementale causée par l'homme que comme dans celle d'un impact sanitaire aux solutions connues, les thèmes retenus sont d'importance moindre en termes de santé publique. En revanche, ils sont cohérents avec une chaîne logique contaminant / pollueur / victime en accord avec la théorie environnementaliste.

Quant à la mise en œuvre d'un PRSE en Guyane, l'écriture comme dans tous les départements se heurte à au moins trois écueils : d'une part, la DIREN n'était pas citée comme service participant à la réflexion locale. C'était le cas d'autres services de l'Etat concernés, mais du moins leur ministère de tutelle n'était pas cosignataire du projet national... D'autre part, les collectivités locales n'étaient pas invitées au débat. Enfin, la société civile (les associations notamment) ne l'était pas non plus. Les plans produits étaient ainsi plus estampillés comme un outil de planification technocratique que comme le fruit d'une vision commune du territoire et de sa santé.

L'échéance du PNSE de première génération en 2008 devait annoncer des améliorations à cet égard. Le changement de gouvernement opéré en 2007 devait pourtant modifier la donne. D'une part le président Sarkozy fois en poste promit de tenir de vastes débats consultatifs sur l'environnement, baptisés "Grenelle de l'environnement" et confiés au ministère éponyme. D'autre part, ce dernier était devenu surpuissant avec l'absorption des services ministériels de l'équipement et de l'industrie. C'est ainsi lui qui tint la plume dans la rédaction des documents cadres à compter de 2008. Aucune des présidences des commissions chargées d'examiner les sujets devant figurer sur l'agenda des réflexions avec les associations ne fut confié au ministère de la santé. Ce dernier était sollicité en tant que relecteur. En outre, un tri était effectué : au processus du Grenelle, sur lequel le MEDDEM avait entièrement la main, les sujets de santé environnementale ayant le plus d'échos dans la société : les pesticides, l'eau... au ministère de la santé des thèmes moins gratifiants, encore peu établis et à peine émergents du point de vue de la connaissance et de l'action publique, tels que l'impact des nanotechnologies.

Une exposition médiatique maximale fut donnée au processus du Grenelle, censé accoucher de positions sanctifiées par le débat public entre parties prenantes nationales

et régionales. Procédé emblématique, celui-ci fut d'ailleurs repris depuis pour la gestion de la mer ou les ondes électromagnétiques.⁷⁸

Comme le présentait une note du ministère de la santé début 2009, « c'est ainsi que par glissement, de façon nettement plus marquée depuis le Grenelle de l'environnement, le MEDDEM exprime son positionnement dans le champ santé-environnement avec un discours de plus en plus empreint de connotations sanitaires, alors qu'il est permis de douter que ses motivations concernent toujours l'amélioration de la protection de la santé publique. En effet, dans nombre de cas, la mise en exergue de l'aspect sanitaire pourrait être considérée comme un alibi pour faire aboutir des engagements politiques (exemple, la clause de sauvegarde sur le MON 810, une variété de maïs transgénique dont l'Union européenne a permis l'utilisation, que le MEDDEM a rejetée ; les résultats des études montrent un risque sanitaire très faible, notamment comparé à celui généré par l'exposition aux pesticides pour une culture normale) voire pour donner des gages aux associations (le débat sur les antennes relais, la surveillance de la qualité de l'air intérieur). D'autre part, la cause écologiste ne distingue pas toujours l'homme de son environnement et la protection du premier peut moins sembler une fin en soi qu'un moyen pour protéger le second. Ce détournement est surtout sensible dans le domaine des risques chimiques où la contrainte européenne freine les ambitions affichées. Ainsi, le MEDDEM a interpellé début 2009 le ministère de la santé sur la nécessité de prendre des mesures d'interdiction du bisphénol⁷⁹, dont la toxicité est avérée pour les poissons,

⁷⁸ Quant à la réalisation pratique du procédé sur le terrain, c'est une autre question. Chargé de recueillir les propositions locales, chaque préfet de région devait consulter collectivités territoriales et société civiles. En Guyane, le préfet a sollicité ses services le mardi pour organiser un débat public le vendredi de la même semaine. Ce dernier étant un jour ouvrable, peu d'associations furent prévenues à temps, en plus du fait que leur présence durant un jour ouvrable soulevait d'autres contraintes. Le Grenelle de la mer laissa également dubitatif : le service chargé de son organisation ne reçut un cadre de proposition que 48 heures avant l'organisation des débats -un vendredi- et devait rendre ses conclusions dans les 48 heures pour le lundi suivant.

⁷⁹ La présence de ce composé chimique -notamment dans les biberons- et certaines études toxicologiques américaines ont poussé le Canada à interdire la commercialisation de ce type de produits en octobre 2008. La secrétaire d'État chargée de l'Écologie, Nathalie Kosciusko-Morizet, emboîta le pas fin novembre 2008, évoquant la possibilité d'adopter la même mesure sur une décision pour laquelle elle ne disposait ni des compétences, ni d'une expertise interne. La manœuvre poussa le ministère de la santé à confier une nouvelle étude sur la question à l'Agence française de sécurité sanitaire de l'alimentation (AFSSA). La stratégie de communication de la secrétaire d'Etat portait ainsi ses fruits. Elle apparaissait à peu de frais – un simple effet d'annonce - en protectrice de la santé publique là où le ministère de la santé semblait

alors que l'expertise européenne et internationale est convergente pour exclure, aux concentrations employées, un risque pour les enfants. Le règlement européen sur les produits chimiques REACH ne permet pas en effet au MEDDEM, d'interdire cette substance, alors qu'en cas de risque avéré sur la santé, des dispositions spécifiques sont prévues par différentes réglementations autres que celles relatives à la protection de l'environnement.

Il en résulte vis-à-vis du public un message brouillé sur les risques réels de l'environnement sur la santé et une contrainte pesant sur le ministère de la santé, qui se voit dans l'obligation de faire chorus et de s'investir en temps et en moyens humains sur des sujets sans enjeux ou à faibles enjeux sanitaires. »⁸⁰

Pour conclure il est possible d'identifier au moins trois tactiques du MEDDEM destinées à lui rendre tôt ou tard la pleine gestion de la santé environnementale. Parmi les méthodes employées, comme on l'a vu, les principales sont de :

- combler ses propres lacunes en "empruntant" des agents appartenant à d'autres ministères sans contrepartie,
- précéder le ministère de la santé dans le débat public par la communication / la consultation vers la société civile, de la sorte établir de la sorte une visibilité en revendiquant implicitement la légitimité correspondante,
- brouiller les cartes en se déclarant sur des questions sortant des missions assignées à l'environnement pour se prévaloir d'un rôle de garant de la santé publique, et ainsi assigner un agenda au ministère de la santé, détournant ainsi ses moyens.

Habiles, ces moyens n'ont pas réussi jusqu'à présent à faire changer de main officiellement le domaine de la santé environnementale, dont un arbitrage du premier ministre en novembre 2008 dans le cadre de la RGPP et du remaniement des services de l'Etat a laissé l'administration au ministère de la santé. On peut toutefois se

non seulement dépassé et sur le reculoir, mais devait, bon gré, mal gré, ajuster son programme de travail et y diverti des ressources en conséquences.

⁸⁰ Ministère de la santé, note interne, avril 2009.

demander pour combien de temps à la vue d'efforts aussi constants et déterminés de la part du ministère chargé de l'environnement.

I.3.3. Les autres institutions et ministères concernés

Moins offensif quant à la méthode, le ministère chargé de l'agriculture et de la pêche (MAP) - chargé initialement de favoriser le développement de celle-ci - n'en a pas moins su également prendre la mesure du sujet en développant une section de sécurité des aliments au sein de sa direction générale de l'alimentation. Cause d'inquiétudes pour le consommateur, les micropolluants et autres risques émergents (ESB notamment) ont conduit ce ministère à souhaiter intégrer ce type de risques sanitaires afin de prévenir les risques économiques et ceux, sociaux, en résultant lorsque des pans d'activités agricoles entiers sont atteints⁸¹.

Ainsi, il est probable qu'un conflit de compétence est en train de naître entre le ministère de la santé (MSS) et celui de l'agriculture et de la pêche sur le sujet de la nutrition. Au niveau central, le MAP a créé un bureau de la nutrition alors que le MSS, qui pilote le Plan national nutrition santé (PNNS), ne dispose que de 3 agents sur le sujet.

Dans ses niveaux déconcentrés, le MAP développe au sein de ses DRAAF des compétences de contrôle dans le domaine de la nutrition sans articulation avec les structures aujourd'hui en charge du pilotage des programmes régionaux nutrition santé.

Une fois de plus et comme pour la rivalité avec le ministère de l'environnement, c'est tout autant l'ambition d'un ministère qui avance ses pions, que le peu d'attention de celui de la santé à défendre par des moyens conséquents ses compétences. Ceci le conduit au mieux à fermer les yeux, au pire à peu à peu devenir marginalisé, sans prise sur les problématiques que d'autres ont su récupérer plus habilement.

⁸¹ A ce titre, il est intéressant de constater qu'à l'origine au XIX^{ème} siècle et durant un certain temps, c'est ce ministère qui était "placé à la tête de l'administration sanitaire et commerciale" du pays comme en témoigne l'appartenance des représentants français aux discussions internationales sur la santé. On notera l'association des deux derniers adjectifs « sanitaire » et « commercial » ainsi que les conflits d'intérêts potentiels qu'ils comportent (OMS, 1958, Les dix premières années de l'organisation mondiale de la santé, Genève, p. 6).

Ces positionnements interviennent dans un contexte de bouleversement du paysage administratif français. En effet, depuis 2007 les réformes des différents ensembles ministériels se succèdent rapidement, à la faveur d'une redistribution générale des attributions et des moyens des uns et des autres. Ce mouvement, intitulé "révision générale des politiques publiques" (RGPP) concerne bien évidemment l'organisation du ministère, appelée à changer drastiquement à l'échelon déconcentré à compter de janvier 2010.

I.3.4. Revue générale des politiques publiques : des craintes sur la capacité du ministère à pérenniser son action

Le Président de la République dans son discours prononcé à Nantes le 19 septembre 2007 lors d'une visite à l'Institut Régional d'Administration annonçait une réforme en profondeur de la fonction publique. Il s'agissait de rationaliser et de réorganiser le fonctionnement de l'Etat pour en améliorer l'efficacité tout en diminuant le coût.

A ce stade, très peu d'objectifs spécifiques étaient assignés par ministère ou grand domaine de compétence. En ce qui concerne la santé, la réalisation d'un rapport était confié à M. Ritter, un haut commis de l'Etat, pour qu'il délivre son analyse et propose des solutions. Les jeux étaient déjà faits d'une certaine manière, puisque le président et la ministre s'étaient prononcés avant cette mission sur la volonté de créer des agences régionales de santé (ARS), regroupant à cet échelon territorial les compétences locales du ministère chargé de la santé⁸². Ces ARS doivent notamment se fonder sur le noyau des agences régionales d'hospitalisations (ARH), créées en 1996 avec une large autonomie pour piloter l'attribution des moyens publics accordés aux hôpitaux.

Toutefois, la poursuite des déficits connus par le système de santé décidait à lancer la nouvelle réforme, qui se faisait avec pour principale raison affichée la nécessité de réaliser des économies sur le système de soin, il n'était pas certain que des pans entiers des politiques de santé concernant la prévention aient vocation à suivre ce mouvement.

⁸² Il est intéressant de souligner que la création d'organismes rassemblant les pans préventions et soins était une proposition commune aux grands partis ayant présentés des candidats lors de la dernière élection présidentielle de 2007. Si cette recommandation était frappée au coin du bon sens, elle montre combien sa mise en œuvre avait été alors envisagée concrètement.

Le rapport Ritter tardait à sortir, créant un flottement dans les services du ministère de la santé. Le ministère de l'environnement s'engouffrait dans la brèche en réclamant de se voir attribuer la gestion de l'ensemble des aspects - y compris sanitaires - liés à l'eau. Ce ne fut qu'après un arbitrage favorable -malgré une défense relativement molle- que le ministère de la santé pu afficher le rattachement de ses services de santé environnement aux futures ARS. La majorité des personnels du ministère travaillant en santé environnementale s'occupent du domaine de l'eau. Ils auraient immédiatement fait l'objet d'une demande de mise à disposition par le MEDDEM si celui-ci avait eu gain de cause, dépeçant du même coup des services déconcentrés auxquels ne seraient restés que des thématiques disparates, moins en vue car à l'impact sanitaire mal identifiée dans la population générale (saturnisme, ...) ou au contraire bien plus exposées et sujettes à critiques (légionnelles, amiante notamment).

Là encore, la passivité du ministère permettait de douter de son attachement à ces fonctions. Défendant le projet de loi sur la réforme de ses services essentiellement quant aux nécessités du système de soin, le ministère ne développait ni argumentation cohérente ni communication (externe ou interne) sur les autres thèmes. L'une des conséquences est que les médias n'identifient pas les thèmes de santé environnementale comme une attribution du ministère de la santé, mais donnent plus souvent échos aux autres ministères concernant les compétences en santé environnementale – ne serait-ce que parce que le peu que ceux-ci peuvent en dire est préférable à l'absence de services de santé. Ceci peut laisser à penser à un désintérêt du ministère de la santé dans ce champ et partant que ce dernier, en omettant de l'exercer, se dépossède de sa légitimité sanitaire en la matière.

Les nouvelles agences régionales étant entrées en fonction le 1^{er} avril 2010, l'avenir dira si la nouvelle organisation tient ses promesses quant à la cohérence et aux gains d'efficacité espérés.

1.4. Conclusion

Les thématiques de santé environnementale sont désormais mieux reconnues, leurs effets étant désormais perceptibles collectivement et individuellement. C'est une des raisons pour lesquelles ces thématiques connaissent un regain de médiatisation, qui en retour nourrit l'intérêt du public et indirectement suscite des enjeux de pouvoir. Montrer que l'on agit, que l'on est compétent pour intervenir sur un thème permet en effet bien

souvent ensuite de revendiquer les moyens nécessaires à l'action, et partant, confère le pouvoir de les administrer.

Si cette nécessité entre en compte au moment des arbitrages, une des difficultés est qu'elle peut faire négliger des solutions techniques plus progressives et de long terme, mais qui demeurent politiquement moins visibles. C'est typiquement le cas pour des approches techniques intégrées ainsi que l'appel aux sciences humaines et à la médiation pour parvenir à des solutions innovantes et plus durables.

En observant la répartition de la masse des fonctionnaires administrés, des organigrammes centraux et locaux, des budgets, il semble que le ministère de la santé ne considère pas la santé environnementale comme une priorité au-delà d'un minimum évident et nécessaire pour répondre aux sollicitations d'actualité.

De façon significative, il n'a jusqu'à présent guère montré sa capacité à définir et déployer une approche suffisamment cohérente et mobilisatrice pour affirmer son rôle et sa visibilité dans la gestion des risques liés à la santé environnementale.

Cette relative faiblesse prête le flanc à la montée en puissance d'une part des demandes de la société civile envers l'administration en général, mais également d'autres ministères, dont les réseaux d'influence sont plus à même de mener des stratégies ambitieuses en la matière. Parmi ceux-ci le ministère chargé de l'agriculture qui y puise un nouveau souffle, et surtout celui de l'environnement, qui trouve là une raison d'être.

La RGPP a rebattu certaines cartes. En cherchant à décroiser les anciennes structures administratives (thématiques de travail, attributions des services gestionnaires, cadre thématique des corps de fonctionnaires, ...), la réforme a accentué l'instabilité du système institutionnel. Les responsables ministériels et leurs élites – au premier rang desquels le corps des ingénieurs des mines- ont été poussés à trouver de nouvelles "niches" où établir leur influence, entre autres par l'annexion de domaines de

compétences émergents dont l'attribution n'avait jusque là pas été clairement définie. La santé environnementale appartient à ces thèmes.

En retour, ces élites peuvent espérer, au prix d'une lutte entre corps de fonctionnaire, récupérer les postes à responsabilités ainsi créées.

Surtout, les fusions de service et donc la diminution des postes de direction ne permettent pas l'immobilisme. Manquer d'ambition en la matière signifie tôt ou tard courir le risque de se voir évincé par les corps de fonctionnaire ayant su anticiper au mieux les changements administratifs.

Chapitre II

La veille sanitaire, outil de
l'intelligence territoriale

Chapitre II : La veille sanitaire, outil de l'intelligence territoriale

II.1. Principes, outils et méthodes de la veille

Le terme de veille est employé dans un sens courant, renvoyant plutôt à une tournure d'esprit, pertinente dans un ou des champs relativement larges. Chacun de ces champs a ensuite pu développer son propre corpus d'outils et de méthodes, destiné à mettre en pratique cette attitude.

Parmi les champs ayant le plus décliné les notions de veille, ceux du monde économique ou du monde de l'entreprise se distinguent particulièrement en France depuis la fin des années 1980. Ils sont ainsi probablement plus familiers au grand public ou aux décideurs que ne l'est la déclinaison sanitaire de la veille, restreinte de pratique et d'emploi en apparence.

Pourtant, un dialogue entre les différents aspects développés dans le cadre à la notion de veille nous semble pouvoir être fécond par recoupement de similitudes, ou inversement pour puiser des méthodes laissées de côté par la veille sanitaire.

Afin de faire dialoguer les différents corpus, nous commencerons par examiner les définitions données pour la veille par les différents auteurs dans le champ de la technologie, avant de proposer leur équivalent dans le domaine de la santé. Dans un second temps, nous tenterons de rapprocher les deux domaines.

II.1.1. Définition de la veille

Au sens général, la veille consiste à “ prêter grande attention à ce qui arrive, pour intervenir au besoin ” (dictionnaire “ Le Robert micro ”, 2002).

Il s'agit donc d'une attitude, d'un état d'esprit général déclinable selon les contextes et circonstances. Si l'on transpose cette définition au cadre qui nous intéresse, cet état d'esprit peut se décliner de différentes façons, mais d'un point de vue synthétique nous retiendrons que la veille technologique est un ensemble de techniques ou d'activités licites qui consiste à observer (surveiller, écouter, regarder) l'environnement scientifique,

technique et technologique, afin de repérer, collecter, organiser, analyser, exploiter puis diffuser les informations utiles (stratégiques) qui vont permettre :

- de comprendre pour anticiper les évolutions de l'environnement de travail d'une entité ;
- de favoriser la sauvegarde et la croissance d'une entreprise /d'une institution ;
- d'aider à la résolution de problèmes industriels ;
- d'aider aux développements techniques.

Le Robert ajoute pour illustration que "la veille technologique est la recherche et le traitement de l'information scientifique ou technologique". En d'autres termes, la veille technologique est " l'observation et l'analyse de l'environnement scientifique, technique, technologique suivie de la diffusion bien ciblée, aux responsables, des informations sélectionnées et traitées, utiles à la prise de décision stratégique " (Dou, 1995, p.3).

On peut également définir la veille technologique comme une surveillance systématique de certains secteurs de la technique, en vue d'en suivre les progrès et le développement, et d'en prévoir, si possible, les évolutions futures⁸³.

L'ISTIA-innovation, 2003, explique que la veille technologique est l'ensemble des techniques licites visant à organiser de façon systématique la collecte d'informations technologiques, l'analyse, la diffusion et l'exploitation de ces informations utiles à la croissance et au développement des entreprises. Il s'agit de l'observation et de l'analyse des recherches ayant trait aux acquis scientifiques et techniques, aux produits, aux procédés de fabrications, aux matériaux, aux filières, et aux systèmes d'information et des impacts économiques présents et futurs, pour en déduire les menaces et les opportunités de développement. Les missions du veilleur technologique sont de s'informer en permanence, d'exercer une curiosité inlassable afin de dénicher dans le foisonnement permanent des informations, celles qu'il faut impérativement prendre en compte, et rejeter celles qui ne méritent qu'un intérêt mineur. Son but est de repérer,

⁸³ Martre H. (groupe présidé par), 1994, Rapport au Commissariat au plan, la Documentation française, Paris, 213 p.

trier, analyser et diffuser efficacement l'information stratégique et technique utile à la prise de décision. Il se doit de sensibiliser et guider l'entreprise dans l'utilisation efficace de l'information dans le but d'améliorer sa compétitivité sur le marché.

D. Rouach présente plusieurs définitions selon divers auteurs⁸⁴ :

- Pour S. C. Wheelwright, elle est “ constituée par l'ensemble des techniques visant à organiser de façon systématique, la collecte, l'analyse, la diffusion de l'exploitation des informations techniques utiles à la sauvegarde et à la croissance des entreprises ”.
- Pour R. Beaussier, de la société CEGELEC : la veille technologique est “ l'exploitation systématique et surtout organisée de l'information industrielle. Cette technique de veille technologique consiste à savoir écouter et regarder pour repérer toutes les innovations utiles assurant l'aide aux développements techniques indispensables à l'entreprise face à la concurrence mondiale ”.

Autre point de vue, celui de Werner et Degoul pour qui “ la veille technologique est le moyen pour l'entreprise de faire émerger les éléments stratégiques de la masse d'informations disponible aujourd'hui. Ni espionnage industriel, ni réalisation d'un état de l'art purement spéculatif dans un domaine technique restreint, la veille est avant tout destinée à éclairer les responsables de l'entreprise dans la résolution des problèmes industriels auxquels ils sont confrontés. ”⁸⁵

Enfin, Samier et Sandoval proposent cette autre définition : “ La veille technologique est un ensemble de techniques licites visant à organiser de façon systématique la collecte, l'analyse, la diffusion et l'exploitation des informations technologiques utiles à la sauvegarde et à la croissance des entreprises par la conception et le développement de

⁸⁴ Rouach , 2005, La Veille technologique et l'intelligence économique, Collection Que sais-je ?, Troisième édition mise à jour, Presses Universitaires de France, Paris, p.32.

⁸⁵ Werner E. et Degoul P., 1994, La veille technologique, un nouveau métier de l'entreprise, La Recherche, n°269, octobre 1994, vol 25, p. 1068.

produits⁸⁶. ” Cet aspect licite est important à souligner : de mauvais procès –quand il ne s’agissait pas plus simplement de l’expression de préjugés- ont été intentés à la veille technologique, accusée de reprendre des méthodes d’espionnage. Pourtant, quoi qu’en laisse croire un ouvrage récent⁸⁷, la veille s’adresse selon des méthodes transparentes, à travailler à partir d’informations disponibles sur la place publique comme c’est le cas pour 95% des informations utiles (Dou, 1995).

Le développement de la veille n’est que très récent en France ; en effet l’engouement pour la veille ne s’est manifesté que vers la fin des années 80, à partir du travail de quelques pionniers :

- En 1988, un comité d’orientation stratégique de l’information scientifique et technique de la veille technologique est créé par le ministre de la recherche et de l’enseignement supérieur.
- En 1989, l’Union des industries chimiques a consacré un atelier à la veille technologique.
- Le X^{ème} plan a pris en compte l’ensemble "veille technologique et politique des brevets".
- En 1989, a été créé le premier DEA en "information stratégique et technique, veille scientifique et technique" par le professeur Henri Dou à l’université d’Aix Marseille III.

C’est à partir de ces premières étapes qu’ont été successivement développées les idées et concepts qui ont notamment abouti à la naissance de l’intelligence compétitive, puis de l’intelligence territoriale. Avant d’examiner cette dernière notion plus loin, les parties

⁸⁶ Samier H., Sandoval V., 1998, La Recherche intelligente sur l’Internet - outils et méthodes, Éditions Hermès, Paris, p.115.

⁸⁷ Delamotte B., 2009, Les coulisses de l’intelligence économique, éditions nouveau monde, 184 p., L’auteur, responsable d’un cabinet de veille et d’intelligence économique y évoque des dérapages et des comportements fautifs, tout en fustigeant la passivité des autorités françaises en la matière voire le déni d’une spécialité qu’il convient de mieux encadrer réglementairement.

qui suivent reviennent sur les outils et méthodes développés par la veille, déclinée selon différents modes en fonction des besoins auxquels elle doit répondre.

II.1.2. Les différents types de veille

Initialement attitude propre à décliner selon les divers contextes, la veille a trouvé de multiples applications. Nous en fournissons ici un panorama succinct, pour terminer par un secteur plus particulier, celui de la veille sanitaire, souvent traité à part des autres types de veille, plutôt développées dans le cadre du monde économique et entrepreneurial.

II.1.2.1. Veille technologique :

Ce type de veille est utilisable notamment en recherche fondamentale et appliquée, pour lesquels elle a été développée initialement. Elle s'appuie notamment sur l'exploitation de données disponibles à travers les brevets déposés et les normes officielles. Un outil informatique tel que Matteo Patent© a été développé pour exploiter de telles données. Nous ne développerons pas ce point ici, le lecteur trouvera une illustration de cet outil appliqué au domaine de la veille sanitaire dans l'article de Dou et Ying publié en 2007⁸⁸.

Les résultats de la veille technologique concernent notamment les usines et *process* de fabrication. De façon générale, la mise en place d'un système de veille s'appuie sur la démarche reprise sur la figure 7 suivante adaptée de Dumas⁸⁹.

⁸⁸ Dou H.J-M., Ying Bai, 2007, A rapid analysis of Avian Influenza patents in the Esp@cenet® database – R&D strategies and country comparisons, World Patent Information, Volume 29, Issue 1, March 2007, Pages 26-32.

⁸⁹ Dumas S., 1994, Mise en place d'un système de veille stratégique dans un centre technique, mémoire de thèse, Université Aix-Marseille III, faculté des sciences de Saint Jérôme, p. 74.

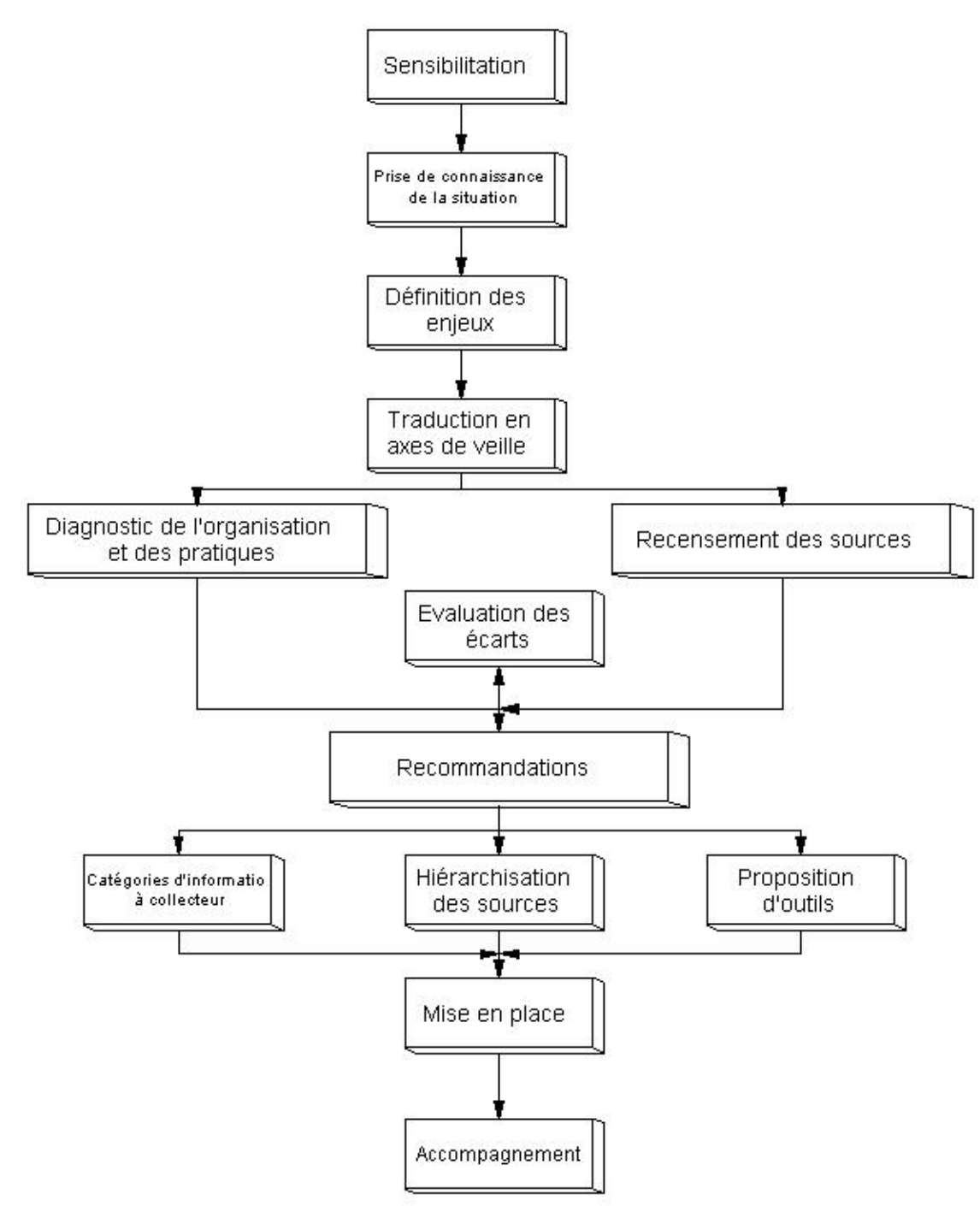


Figure 7: Mise en place d'un système de veille.

Figure 7: designing and setting a technological watch system.

II.1.2.2. Autres types de veille fréquemment étudiées dans le domaine économique

Sans entrer dans une énumération exhaustive, il a paru intéressant de recenser dans cette partie une série de veilles dont la pratique a été développée dans le monde économique. Il ne s'agit pas tant de dresser un inventaire à la Prévert que de reprendre les centres d'intérêts développés appliqués aux marchés de façon à reprendre par la suite certaines de ces optiques dans le domaine sanitaire.

Sont évoquées ci-dessous brièvement la veille commerciale, concurrentielle et environnementale.

La **veille commerciale** examine notamment le rôle des acheteurs et distributeurs, mais aussi dans la chaîne de commercialisation, l'influence et la part prises par les fournisseurs et sous traitants. Enfin, la connaissance du comportement des clients et l'évaluation de leurs besoins font partie de la démarche nécessaire à la compréhension du modèle économique de marché sous tendu par la commercialisation de produits / de services donnés. En terme de santé publique, l'équivalent correspondrait à une connaissance des comportements à risques par exemple, ou à celle de leurs besoins de soin.

Pour sa part, la **veille concurrentielle** regroupe tous les processus de surveillance des concurrents, actuels ou potentiels⁹⁰. Ceci touche particulièrement à l'examen des conditions de marchés et à l'environnement concurrentiel. Celui-ci est bien sûr composé de concurrents, dont l'identification et la description des intérêts est nécessaire en première approche. Leur politique de prix est également à examiner, de façon à identifier les avantages respectifs des uns et des autres. Pour cela, des méthodes de *bench marking* (matrice de Zwicky par exemple) peuvent être utilisées. Ces mêmes méthodes servent également pour la comparaison des produits et substituts possibles pour répondre à des besoins particuliers.

⁹⁰ Ribault J-M., 1989, La veille technologique, concurrentielle et commerciale. Sources, méthodologie, organisation. Les éditions d'organisation, Collection Hommes et Techniques, Paris, p. 41.

La question de concurrence est peut être moins sensible en matière de santé. Pourtant, on sait désormais que la santé peut servir de visage avenant propre à servir de masque en la matière. C'est le cas par exemple lorsqu'un expert parvient à infléchir la confection des normes sanitaires, qui peuvent sous couvert du respect de la santé des consommateurs, favoriser ou au contraire mettre une barrière à la commercialisation d'un produit.

Enfin, la **veille environnementale** s'adresse à l'environnement d'un projet, d'une entité. Elle examine les aspects sociaux et sociétaux, ainsi que le contexte géopolitique général. Sous le même appellatif, un autre type de veille s'intéresse particulièrement aux produits, processus et marchés liés aux biens et services de l'environnement⁹¹.

Indispensables et variables selon les pays, les éléments réglementaires, financiers et fiscaux viennent également en ligne de compte. Ils permettent d'identifier le caractère plus ou moins favorable d'un environnement, selon des objectifs de développement souhaités.

Nous en terminerons ici avec ces différentes veilles pour aborder l'application de la veille dans un domaine *a priori* éloigné, mais dont on verra qu'il présente nombre d'affinités avec les domaines que nous venons d'aborder.

II.1.2.2. La veille sanitaire, une émergence récente

La veille sanitaire consiste à assurer l'alerte précoce sur toute menace pour la santé. Elle vise à :

- repérer des phénomènes sanitaires ou des facteurs de risque connus (modification de tendance dans le temps et dans l'espace) ;
- identifier des phénomènes encore inconnus en termes d'effets ou de déterminants ;

⁹¹ Voir par exemple le site <http://www.journaldelenvironnement.net/#>.

- signaler enfin ces phénomènes s'ils présentent un danger pour la santé publique⁹².

Elle se construit sur trois éléments : surveillance, alerte, veille scientifique et/ou médiatique.

L'un des objectifs principaux est de détecter dans les délais les plus brefs la survenue de tout événement de santé inhabituel : maladie émergente, épidémie, impact inhabituel d'un phénomène environnemental. En d'autres termes, la fonction de veille consiste à identifier parmi une population donnée des signaux en rapport avec le domaine de la santé, de les valider, c'est à dire de reconnaître qu'ils correspondent à un événement néfaste pour la santé.

Elle est de nos jours rarement dissociée de la fonction d'alerte sanitaire portée par des autorités compétentes.

L'origine du signal peut être de différentes natures. Initialement, celui-ci avait une fonction d'alerte, développée sur le modèle des maladies à déclaration obligatoire (à potentiel fortement épidémique, telle que la rage, le choléra ou la typhoïde par exemple⁹³), du fait de la prégnance des maladies infectieuses dans le champ de la santé et de l'efficacité (très relative) des moyens thérapeutiques disponibles.

Encore aujourd'hui, cette fonction est fondée sur la transmission aux services du ministère chargé de la santé (Directions des affaires sanitaires et sociales, D.D.A.S.S.) d'informations, par un professionnel de santé, d'une suspicion plus ou moins confirmée

⁹² Colloque du 22 juin 2009 de l'Institut national de veille sanitaire, Surveillance en santé environnementale : pourquoi et comment ? Paris, Ministère de la santé.

⁹³ Pathologies reprises par les articles L 3113-1, R11-1, R11-2, R11-4, D11-1 du Code de la santé publique. Chaque praticien en ayant connaissance est tenu de déclarer le cas observé aux autorités selon cette réglementation. Cette obligation réglementaire figure dès la loi du 16 février 1902 sur l'hygiène publique, créant ce système d'alerte ; de façon intéressante, le médecin doit rapporter au ministère de l'Intérieur de l'époque, puisque le premier ministère chargé de la santé ne sera créée en Europe que plus tard en 1930 en France. On voit ainsi que la santé est alors englobée dans la gestion plus générale des populations et de l'ordre social et de ses troubles. Pour plus de précisions sur cette loi et ses avancées fondamentales dans le système sanitaire français, lire notamment Mansotte F., 1996, La loi sur l'hygiène publique de 1902 : un des fondements de l'action de l'Etat au XXème siècle. Santé Publique, 53-67.

de maladie infectieuse, selon des modalités variables en fonction de la gravité de l'affection. Des laboratoires de référence, spécialisés en fonction de la nature des pathologies, complètent le dispositif. Les agents de la D.D.A.S.S. valident la déclaration et mettent en œuvre les mesures d'investigation appropriées. A l'heure actuelle, ils transmettent l'information à une agence du ministère de la santé, l'institut de veille sanitaire (InVS) et rendent compte des mesures prises. Ce modèle de veille a pu être spécialisé sur certains risques sanitaires qui affectent toute la population comme la grippe ou l'asthme, ou qui ne concerne que des populations limitées lors de phénomènes saisonniers, comme par exemple les toxi-infections alimentaires liées à la consommation de coquillages.

Cette fonction d'alerte et ses modalités ne sont pas nouvelles : conscients de l'importance de l'état de santé des populations et pour cela de l'application de mesures d'hygiène, l'appareil de l'Etat ou les communes importantes se sont dotés en France dès le début du XX^{ème} siècle de médecins fonctionnaires, désignés pour contrôler certaines pathologies (syphilis chez les filles de joie, choléra ou typhoïde depuis les épidémies ayant touché les grands centres urbains tout au long du siècle)⁹⁴.

Avec le temps toutefois, les autorités ont fait évoluer leur dispositif d'une structure passive (constat d'épidémie), à une plus active (désignation d'agent chargés de la surveillance). L'évolution des sensibilités, mais aussi la perception des risques sanitaires par la société a fait considérablement évoluer ces dispositifs au cours des deux dernières décennies.

En effet, si ce sont les grandes épidémies qui sont devenues de plus en plus intolérables à mesure que la science et les espoirs qu'elle suscitait progressaient au long du XIX^{ème} siècle, la sensibilité par rapport aux questions de santé s'est encore affinée tout au long des dernières décennies. On pouvait jusque là se "contenter" de tenter de répondre aux tendances lourdes (grandes épidémies d'origine microbienne, pour simplifier), c'est depuis vers des facteurs influençant la santé plus ténus que se sont tournés par nécessité les autorités.

⁹⁴ Lire à ce propos l'excellent ouvrage de Goubert J-P., 1989, La conquête de l'eau. L'avènement de la santé à l'ère industrielle (préface d'E. Le Roy-Ladurie), éditions Poche, collection Pluriel, Paris, 302p., retraçant une histoire de l'hygiène en France.

La fin du XX^{ème} siècle (vache folle) et le début du XXI^{ème} ont été marqués en Europe par la survenue de crises sanitaires imprévues. Parmi celles-ci, citons le SRAS ou plus récemment les gripes A(H5N1) dite grippe aviaire ou A(H1N1) dite grippe porcine ou mexicaine.

Parmi ces crises et plus particulièrement en France, l'épisode caniculaire de l'été 2003 a fait apparaître le caractère largement incomplet de la veille sanitaire telle qu'elle était pratiquée, en soulignant combien des risques jusque là non définis pouvaient s'avérer lourds de conséquence. Il en a résulté une réorientation de la veille sanitaire sur la surveillance d'évènements de moins en moins spécifiques et dont la survenue, regroupée dans l'espace ou le temps, devait appeler l'attention sur le risque d'apparition d'un événement grave pour la santé des populations. La mobilisation de sources d'information telles que les bulletins de décès, le nombre de décès gérés par les entreprises de pompes funèbres, les caractéristiques des patients accueillis par les services d'urgences, mais également l'élaboration de références environnementales, par exemple pour la canicule sur le niveau des températures diurnes et nocturnes et leur persistance dans le temps, ont permis que soit mis en place un nouveau système d'alerte destiné à produire une réaction adaptée des pouvoirs publics en cas de menaces pour la santé dues à des périodes chaudes fortes et prolongées.

Dans cette dernière étape, les systèmes de surveillance sanitaire s'orientent vers l'identification d'évènements « anormaux » (ou "signaux faibles" selon la terminologie de la veille technologique) dont la survenue pourrait attester de la manifestation d'un risque pour la santé.

La définition vague de ces évènements nécessite de faire appel à de nombreux capteurs de signaux périphériques, qui ne peuvent fournir une information pertinente que si leur collecte est organisée sur un ensemble géographique suffisamment vaste et homogène pour que leur survenue puissent être interprétée et prenne donc du sens.

Dans bien des cas, c'est l'unité géographique de survenue elle-même qui donne de la pertinence à l'évènement. Ainsi, dans le cas des risques liés à la radioactivité, le sous-sol ou la dispersion atmosphérique des matières rejetées par des activités humaines définissent une population à risque.

La définition de ce type de risques, liés à des facteurs du milieu, demande de dépasser la définition culturelle / administrative du territoire.

C'est la conjonction entre ces deux types de définition d'une entité territoriale que nous utiliserons lors de notre recherche action, de façon à tenter de tirer parti des travaux de l'intelligence territoriale pour les aspects sanitaires.

Mais auparavant, il nous faudra définir le vocabulaire et les notions du domaine de l'intelligence dans les paragraphes qui suivent.

II.1.3. Information : quelques définitions

II.1.3.1. Définition de l'information : typologie et sources.

D'après Nicolas Schöffer, 2002, " L'information est l'émission, la réception, la création, la retransmission, de signaux groupés oraux ou écrits, sonores, visuels ou audiovisuels en vue de la diffusion et de la communication d'idées, de faits, de connaissances, d'analyses, de concepts, de thèses, de plans, d'objets, de projets, d'effets de toute sorte, dans tous les domaines, par un individu, par des groupes d'individus ou par un ou plusieurs organismes agissant ou rétroagissant ainsi sur leur environnement immédiat, proche ou lointain, et dont le but est de déclencher éventuellement des processus dialectiques plus ou moins amples alimentant l'échange, base naturelle et indispensable de l'animation de la vie sociale ”.

L'information est une matière stratégique, elle a donc un coût plus ou moins élevé selon son origine et sa valeur et elle est dans tous les cas indispensable (Dou, 1995, p.8).

Il reste frappant de constater que cette notion est loin d'être assimilée dans le secteur sanitaire au vu du peu d'efforts existant pour valoriser comme nous allons le voir au fil de cette typologie.

II.1.3.1.a. Typologie de l'information.

Il est possible de considérer plusieurs aspects de l'information. Un des aspects est le degré de formalité. Certaines informations apparaissent « noir sur blanc » et sont données dans un contexte qui leur donne publicité et officialisation. D'autres inversement sont plus volatiles et peuvent être, volontairement ou non, destinées à une

diffusion restreinte. Chacun de ces types possède ses inconvénients et avantages propres, examinés ci-dessous.

Informations formelles ou formalisées

Celles-ci sont les plus ouvertement consultables et accessibles (ce qui ne préjuge pas leur facilité d'accès, qui constitue un autre point). Il s'agit d'informations

1. disponibles sur des documents publiés, à diffusion externe : livres, catalogues, normes, règlements, brevets, rapports, revues spécialisées, journaux, thèses, comptes rendus de congrès, études de marchés, bilans d'entreprises, répertoires...
2. internes aux entreprises et organisations publiques ou privées, à diffusion sélective : communiqués de presse, dépliants, tarifs, rapports internes, (littérature grise), études de marché...

Avantages :

- Il s'agit d'une source d'information sûre et assez exhaustive ;
- Les informations formelles ont un faible coût (sauf dans le cas de brevets et de certaines banques de données) ;
- Disponibilité de la source ;
- Ces informations sont faciles d'accès.

Inconvénients :

- L'information est « mise en scène » pour qu'elle se vende ;
- Risque, parfois, de trouver une information obsolète ;
- On ne retrouve pas toujours ce que l'on souhaite rechercher.

La quasi-totalité de l'information formelle d'un ministère est accessible au titre de document administratif et sur simple demande. La difficulté se situe ailleurs : en l'absence d'un intérêt identifié à la chose, le catalogage et le référencement sont inexistantes. Il existe en outre une large ignorance des règles de tri, qui font disparaître

corps et biens certains documents lors de l'arrivée ou du départ d'un agent. Il est vrai que faute de capacité de stockage suffisante, les Archives nationales rejettent la plupart des documents qui leur sont soumis.

Toutefois, selon certains, ce sont les informations informelles qui représentent la majeure partie des informations jugées utiles par les décideurs d'entreprise⁹⁵.

Informations informelles

Comme leur nom l'indique, volontairement ou non, ces informations passent par des supports plus ténus voire difficiles d'accès. L'essentielle de cette information est orale⁹⁶.

Elle est constituée des

- informations volatiles, stockées dans la mémoire des individus : experts, consultants, chercheurs...
- informations échangées lors de manifestation : séminaires, congrès, réunions professionnelles, salons, foires.

C'est l'essentiel de l'information qui existe au sein d'un ministère, d'un service. Elle est inversement proportionnel à la rigueur du contrôle bureaucratique, dont elle permet de s'affranchir.

Dans ce type de source, l'individu doit se déplacer, passer du temps, sentir et percevoir l'information que cette source procure. Les informations informelles sont variées.

Citons :

- les expositions et les salons : on n'a généralement pas assez de temps, dans ce genre de manifestation pour collecter suffisamment d'information. De plus la quantité et la densité ne font qu'accentuer le problème. Etant donné que de telles visites et missions se préparent avant le départ, l'idéal serait de bien savoir gérer son temps et d'avoir élaboré un emploi du temps pour pouvoir gérer les activités et les visites sur place.

⁹⁵ Martinet B., Marti Y-M., 2001, L'intelligence économique, Comment donner de la valeur concurrentielle à l'information, deuxième édition, Editions d'organisation, Paris, p. 31.

⁹⁶ Besson B., Possin J-C., 1999, Du renseignement à l'intelligence économique. Détecter les menaces et les opportunités pour l'entreprise, éd. Dunod, Paris, p.12.

- les colloques, les congrès, les clubs : on y échange des informations, on y communique. L'information qui y circule peut être d'une grande valeur stratégique. Il ne faut pas hésiter à faire de nouvelles connaissances, de nouveaux contacts qui peuvent former un réseau personnel.
- les sources internes de l'organisme : 80% des informations que recherche un décideur se trouvent dans son entreprise. Il serait donc très important d'avoir et de nouer des contacts internes aux entreprises de manière à savoir ce qui s'y passe.
- certains sites web : des sites personnels, des études et recherche menées par un groupe d'étudiants ou de thésards, etc.
- les réseaux personnels : le cousin, l'ami commercial de chez X, le représentant de Y, le voisin qui travaille chez Z, l'écoute, " par hasard ", d'une conversation dans un avion, un train, lors d'un dîner... dans la limite de la légalité et de la déontologie.

Pour accéder à ce type d'information, il est moins nécessaire de se fier à des démarches pré établies qu'à l'expérience, qu'à ce que les anglo-saxons ont coutume d'appeler « serendipity », une intuition nourrie de cette expérience.

Il est possible d'examiner plus en détails les informations formelles ou informelles selon d'autres types, sur lesquels reviennent les parties suivantes.

Les informations de type texte

Elles comprennent les bases de données internes ou externes, les textes intégraux, etc. et représentent environ 40 % de la totalité des informations. C'est de l'information structurée, généralement manipulable par ordinateur une fois sous forme numérisée (il est nécessaire de garder à l'esprit l'existence et la possible richesse d'une littérature grise, de type texte, mais souvent disponible uniquement sous forme papier : cas des travaux universitaires notamment).

Toutefois, dans nombre de cas désormais, cette information est facilement accessible, car elle peut être obtenue par une simple interrogation de bases ou de banques de données, locales ou accessibles en ligne ou bien par consultation de CD-ROM ou aussi accessibles à travers l'Internet.

Cette information peut, en outre, faire l'objet de divers traitements statistiques d'informations qui vont permettre des analyses globales performantes.

Typiquement dans le cadre de notre travail, il s'agit des références bibliographiques diverses (issues de bibliothèques, d'Internet etc.), ou encore des informations collectées via les diverses bases. Parmi ces bases, celles des brevets ou recelant des articles scientifiques traitant du traitement des déchets par exemple (Pascal, ISI Web of science...).

Les informations de type “ flou ”

Cette information est bien moins structurée que la précédente. Elle recouvre 40 % des informations disponibles. Pour une entreprise par exemple, elle concerne en priorité les informations venant de l'extérieur de l'entreprise, qui seront apportées par les personnes de la société en contact avec clients, fournisseurs de matériels, les intermédiaires, ou par les agents invités à des colloques, des congrès, etc.

Cette information floue est chère, car elle nécessite une organisation qui n'est plus du domaine de l'information documentaire et qui ne relève plus d'une approche cartésienne des problèmes. Elle est articulée sur des réseaux de personnes, qui sont de tailles variables et peuvent être activés selon les besoins.

Ce type d'information n'est pas ouvertement disponible et peut s'avérer sensible, d'où parfois une relative difficulté d'accès. Pourtant, la connaissance de personnes impliquées ou des entretiens avec les personnels techniques permettent un accès plus ou moins détaillé et indispensable à la compréhension de l'environnement de travail.

De telles informations constituent une part importante dans le travail d'un fonctionnaire, un devoir de réserve restreint en revanche sa communication vers l'extérieur.

L'information de type “ expertise ”

Elle peut être obtenue au moyen de l'analyse de rapports scientifiques ou même commerciaux (analyses de marchés par exemple), voire fabriquée ad hoc. C'est le cas lors de la fabrication des réglementations ou de normes, avec le rassemblement d'un panel d'experts retenu selon les aspects à traiter. L'OMS fonctionne également sur ce

mode, qui sous entend la manipulation l'information issue de différentes spécialités dans le but d'obtenir un consensus large.

Cette information est particulièrement importante pour éviter les redites, pour créer des synergies. Elle peut être recherchée ou sollicitée, comme ce fut le cas dans le cadre de cette thèse en utilisant les ressources mises à dispositions par les archives et abonnements aux bases de scientifiques dont bénéficie le siège de l'Organisation mondiale de la Santé à Genève.

Plus généralement, l'utilisation de ce type d'information suppose la connaissance des experts, de leur situation, de leur localisation. Elle représente selon certains spécialistes environ 10 % de l'information et englobe bien évidemment la gestion des savoir-faire.

A ce titre également la fréquentation de l'OMS ou des services du ministère aura permis de débattre et d'échanger avec les personnes ayant, par leurs responsabilités, construit leur expérience sur les domaines qui nous intéressent plus loin.

L'information de type " foires et expositions "

C'est une information importante, notamment pour des entreprises, car elle est liée à la présentation sur un même lieu des diverses réalisations des concurrents. La recherche des informations, la visite des stands, recueil des questions posées, etc., font appel à une stratégie à étudier et à mettre en place. Ces données représenteraient également 10 % de l'information. Cette activité peut générer aussi de l'information texte, par collecte de prospectus publicités et autres dépliants.

A chaque type d'information ses méthodes de collecte. Nous avons choisi d'en rappeler les principes dans la partie qui suit.

II.1.3.3. Méthode pour collecter l'information.

Une première étape, primordiale, consiste en l'expression du besoin d'information. Quels types d'information sont souhaitables, et dans quel but ?

Ceci permet notamment de ne pas se disperser lors de la recherche d'information, même si la découverte de nouvelles informations peut réorienter la recherche en permettant de reformuler le besoin.

Une seconde étape consiste à identifier les sources nécessaires à la recherche. Elles peuvent être de différents types comme nous l'avons évoqué plus haut à travers la typologie de l'information. Durant notre recherche, nous avons eu recours à presque tous les types que nous avons cités, en fonction de nos besoins pour construire notre raisonnement.

Enfin, une fois identifiée la source nécessaire, il s'agit d'accéder aux documents. Cela peut se faire par exemple via internet. Mais en ce qui concerne d'autres informations, cela n'a été possible que grâce à des visites de terrains. Même une fois sur place, l'accès aux informations n'est pas garanti. Certaines sources sont en effet peu diffusées, voir d'accès restreint comme c'est le cas pour certaines informations stratégiques liées de près aux décideurs ou à la prise de décision. Il s'agit de trouver les personnes qui permettront de fil en aiguille, et par leur réseau de connaissance, de trouver les informations recherchées.

II.1.3.4. Mathéo Patent, propriété intellectuelle et innovation technologique

En constituant une source d'information validée et pertinente, dans le domaine de la technologie, de l'innovation, de la stratégie, les brevets fournissent des informations sur l'innovation et l'intelligence compétitives.

Mathéo Patent constitue un des outils de l'intelligence compétitive effectuant des extractions de la base Brevets EspaceNet de l'Office Européen des Brevets et de la base américaine de l'USPTO. Les brevets peuvent être traités par l'utilisateur selon des critères de recherche (technologies, déposants, ...), donc avec ce logiciel, on peut faire une synthèse d'informations permettant de trouver des pistes d'innovations pertinentes et mettre en évidence des stratégies d'acteurs économiques leaders⁹⁷. Ce logiciel est un outil utilisé en son temps pour rechercher les informations concernant les technologies de gestion concernant les normes "vertes" pour mettre au point une structure de santé comme on le verra plus loin.

⁹⁷ IMCS, Information Management Consulting & Solution. 2006. Propriété intellectuelle et innovation technologique <http://www.imcsline.com/MPatent.asp>, dernière visite : 1^{er} octobre 2009.

Si nous l'avons traité comme une partie intégrante du processus de veille, ce travail sur l'information constitue également une part intégrante de l'intelligence territoriale. C'est donc plutôt aux spécificités de celles-ci que nous nous attacherons dans les chapitres suivants.

II.1.4. Conclusion

Nous venons de passer en revue les types majeurs d'information, avec en parallèle et lorsque cela est possible, des indications quant à leur existence au ministère de la santé.

Pour conclure sur ce dernier point, il est nécessaire de constater que la notion d'information n'est pas identifiée en tant que telle dans le travail quotidien et ce jusqu'au plus haut niveau. La culture qui va notamment avec sa collecte n'est donc guère plus présente. Ou plutôt, les agents n'ont pas l'impression de manipuler de l'information.

L'arrivée de l'internet a changé un peu la donne, en permettant l'accès à des données plus abondantes.

Elle aura permis également, du moins pour la santé environnementale, de créer une base de données de documents à l'usage des professionnels du ministère.

Mais ce dernier n'a pas d'équivalent sur l'internet et c'est donc tout un pan d'influence que perd ainsi le ministère de la santé, puisque d'autres occupent l'espace d'information dont il dispose pourtant en bonne partie.

Ainsi, ce sont d'autres ministères, institutions, voire autres pays francophones comme le Canada qui servent de référence dans nombre de domaines où le ministère est compétent et n'est du coup pas visible.

Ni la capitalisation sous forme de synthèse régulière, ni la recherche d'information n'est vraiment familière aux agents actuellement. Cette volatilité de l'information prive de mémoire et d'enseignement nombre de services.

On est donc loin de ce que serait l'ébauche d'une gestion des savoirs sanitaires.

II.2. Intelligence territoriale et santé environnementale : un dialogue à bâtir

Que signifie « intelligence territoriale » ? Si le terme n'est pas encore familier aux décideurs, c'est qu'il est relativement récent. Il englobe notamment les notions de veilles, mais également d'intelligence appliquées dans l'intérêt d'un territoire donné.

Tout aussi peu familier est le terme de santé environnementale que nous avons évoqué dans les paragraphes précédents. Si les deux termes se conçoivent, c'est souvent séparément, et sous forme implicite, tant les rapports entre l'un et l'autre, une fois énoncés peuvent paraître évidents, sans que la nécessité de les assembler le paraisse.

Nous entrerons dans le détail des définitions dans les parties qui suivent, en commençant par les notions propres à l'intelligence territoriale, dont nous dresserons un rapide tableau des outils et méthodes, avant d'évoquer les grandes étapes de leur mise en place.

Auparavant toutefois, il nous a paru nécessaire d'exposer au préalable les raisons qui nous ont amenées à nous orienter vers les méthodes et outils proposés par cette approche territoriale, en nous appuyant largement sur des exemples puisés tout au long de notre expérience.

II.2.1. Définitions et identité du territoire

Au début des années 2000, le concept de l'intelligence territoriale est né sous la pression des mutations et des nouveaux enjeux auxquels doivent faire face les régions. Pour rester performant il fallait désormais anticiper, valoriser et réaliser des choix stratégiques. Un aspect fondamental de l'Intelligence territoriale était que tout comme une entreprise, une région doit se doter d'une vision pour créer de nouvelles ressources afin d'améliorer sa richesse économique et culturelle.

Négligée, cette participation culturelle semblait un élément fondamental lié à l'identité de la région⁹⁸, qui, négligé pouvait engendrer des difficultés pour un développement harmonieux. Chaque région possède une identité profonde qui constitue une référence essentielle et conditionne le développement de ses institutions⁹⁹. Le sentiment local d'appartenance est souvent recherché en tant que tel comme le montre le développement de la mise en place des politiques de décentralisation en France par les collectivités territoriales¹⁰⁰.

Il n'est pas jusqu'aux régions rurales qui ne soient pas concernées aujourd'hui selon certains, pour qui, "les acteurs de ces espaces doivent faire preuve d'innovation, pour tirer parti de leurs atouts, pour préserver leur cadre de vie, leur cohésion sociale et leurs ressources environnementales, pour maîtriser et non subir leur évolution"¹⁰¹. Si les principales avancées et méthodes d'administration ont été d'abord orientées au bénéfice principale des agglomérations aux dépens des campagnes (notamment en termes de flux économiques), une vision plus équilibrée de l'aménagement du territoire ferait son chemin, replaçant l'importance d'un capital culturel dans la cohérence territoriale et le consacrant comme objet d'étude.

⁹⁸ Hivernat, H. 2004, Une vocation et une pratique agricole, socles de la commune de Rousset (Bouches du Rhône), in International Journal of Info sciences for decision making, numéro spécial 2èmes rencontres internationales "TIC et territoires, quels développements ?" Saint Raphaël, 5 et 6 juin 2003, n°14, mars 2004, pp. 123-147 - voir aussi http://www.adit.fr/adit_edition/pdf/ti/TI105.pdf. TECHNOLOGIES INTERNATIONALES N°105 juin 2004, visité le 29 janvier 2007.

⁹⁹ Bourret, C., Lacour, S., 2007, Application of territorial intelligence focused on the cultural heritage and of the reaffirmation of territorial entities : "pays" in France. The case of Couserans (Ariège-Pyrénées), in actes de la conférence internationale de Huelva, pp. 77-91, p.81.

¹⁰⁰ Dupoirier E., 1998, compte rendu d'enquête 1998 lors du colloque "la Wallonie et les régions françaises, Approche comparée des identités régionales" http://www.wallonie-en-ligne.net/Wallonie_Politique/1998-Identites_regionales/1999-04-21_Elisabeth_Dupoirier.htm consulté le 12 octobre 2009

¹⁰¹ Dartout P., 2009, L'innovation, une ardente obligation pour les territoires ruraux, in revue de l'association "Sol et civilisation" n°41, juillet 2009, pp. 11-12.

P. Dartout est délégué interministériel à l'Aménagement et à la Compétitivité des Territoires, direction service placée auprès du premier ministre et héritière de la Délégation à l'aménagement des territoires et à l'action régionale (DATAR).

Une dynamique de développement s'appuyant sur l'identité régionale peut permettre à une collectivité d'être plus efficiente à l'échelle en tirant partie au mieux à la fois de ses atouts et des besoins de sa population.

Au contraire, une vision technocratique et étreinte se cantonnant à la gestion du territoire administratif prend le risque de voir cette même région dépassée pour l'accès aux services, aux compétences et finalement aux capitaux venant de l'extérieur.

II.2.2 Objectifs, méthodes et outils

L'Intelligence territoriale effectue le lien entre la veille territoriale et l'action publique au service du développement économique et industriel d'une région.

Il est primordial d'évoquer la localisation des activités dans une économie mondialisée. Les nouvelles manières de s'affronter touchent à la compétitivité, les nouvelles formes spatiales d'organisation, la mise en stratégie des territoires. Il devient donc nécessaire de développer une intelligence collective des enjeux, de l'environnement¹⁰², c'est à dire de déterminer quelles sont les nouvelles formes d'organisation territoriale nécessaires.

Les objectifs, les outils et les méthodes mises en œuvre concernent notamment l'amélioration de la communication sur les actions, les projets, entre les collaborateurs, une meilleure traçabilité de l'information et une capacité de traitement de l'information. La capitalisation et la gestion du savoir et des savoir-faire du territoire (*knowledge management*), la capacité de diffusion améliorée de l'information vers l'extérieur (entreprises et territoires) et enfin, la capacité d'analyse stratégique du positionnement du territoire¹⁰³.

¹⁰² Clerc P., 14 octobre 2002. *Intelligence économique et territoire : expériences comparées en Europe et dans le monde*. Intelligence économique et développement territorial, Regard humain, institutionnel, conceptuel, numérique. http://www.developpement-local.com/article.php3?id_article=128, visité le 4 février 2004.

¹⁰³ Clerc, 2002, opus cité.

Les techniques utilisées s'inspirent des techniques d'entreprises, mais, pour éviter des conflits contre productifs, il est important de se lancer dans une démarche d'intelligence territoriale afin de s'assurer que sur le territoire de référence, il n'existe pas d'antagonisme public ou politique trop fort. Autrement dit, qu'il existe une certaine homogénéité de vision et d'intérêts au niveau des instances dirigeantes.

Autre point important à considérer, ce qui détermine la réussite et l'attractivité d'une région, c'est la perception de l'extérieur et l'image qu'elle présente. Cette perception est plus forte que le consensus défini. Dans ce cas, un facteur unique peut attirer la sympathie et donner une image résolument positive, laissant penser qu'il existe beaucoup de choses à réaliser pour les entreprises, dans le secteur du tourisme, les activités de recherche, et investissement etc.

La biodiversité et la richesse environnementale de la Guyane par exemple, avec son parc naturel, peut constituer un exemple de facteur de sympathie potentiel.

In fine toutefois, les enjeux concernent bien le développement régional durable de la région en faisant valoir son attractivité. Toutes ces méthodes doivent y concourir, visant à faire émerger pour nouvel état d'esprit que c'est la spécialisation économique et l'identité territoriale qui contribueront à attirer les entreprises et ainsi créer le climat d'un développement harmonieux. On le verra, ceci est d'autant plus vital par exemple en Guyane que la démographie extrêmement dynamique mettrait une part très importante de la population dans l'impasse en l'absence d'emplois pérennes.

II.2.3. Etapes et démarches d'implantation de l'Intelligence territoriale¹⁰⁴

Les principales étapes du processus de l'intelligence territoriale sont présentées sur la figure 8 suivante. Il s'agit successivement :

¹⁰⁴ Nous empruntons la plupart des définitions qui suivent à Hivernat, H. 2004. Intelligence économique et intelligence territoriale application à la commune de Rousset (Bouches du Rhône) ; thèse à l'Université Aix Marseille III.

1. de renforcer l'identité territoriale. A travers l'analyse de la charte d'identité de la région, il est possible de dresser un bilan clair de la situation en cours. Une telle évaluation doit être faite sans concessions, de façon à se rendre du potentiel et des perspectives de développement de cette région qu'ils soient ou non plaisants pour les commanditaires.
2. d'effectuer une projection de la vision territoriale, suite à une analyse des forces et faiblesses du territoire (temps, coût, ou expertise). Il s'agit d'analyser les informations provenant des questions actuelles relatives à la région et de les valider ; les tenants et aboutissants de ces questions doivent être exposés en termes très concrets de temps, de coût, d'expertise indispensable de façon à favoriser le débat et afin de développer une vision précise de l'avenir. Ceci correspond à un besoin essentiel particulièrement prégnant en ces temps de changements caractérisés par l'interdépendance, de façon à pouvoir anticiper le plus tôt possible les situations auxquelles l'entité (régionale en l'occurrence) peut se trouver confronté¹⁰⁵.
3. de favoriser ainsi l'émergence d'une plus-value territoriale, à travers une vision du développement territorial. Il s'agit de récapituler les atouts et les attraits, principalement liés à l'environnement local et d'offrir de nouvelles perspectives qui favoriseront le développement de la région. Parmi les exemples d'attrait à développer, citons le fait de faciliter l'accès à l'éducation, de permettre un accès à l'Internet haut débit¹⁰⁶. A partir de ces atouts et de ces attraits les visions du développement seront confrontées à celle du territoire.
4. de diffuser, communiquer et présenter les atouts et attraits régionaux, permettront de valoriser la région et de rattacher son développement au niveau national et international et ainsi d'atteindre de rejoindre la vision du développement territorial.

¹⁰⁵ Barbieri Massini E., 2003, Penser le futur, l'essentiel de la prospective et de ses méthodes, Dunod, Paris, p. 3.

¹⁰⁶ Dou H. J-M, Manullang S. D., Dou H. J-M. Jr, 2006, Competitive Intelligence, Technology Watch for Industries, Badan Penelitian dan Pengembangan Industri, Departemen Perindustrian & CI World Wide Organization, 2006, Djakarta, p.34.

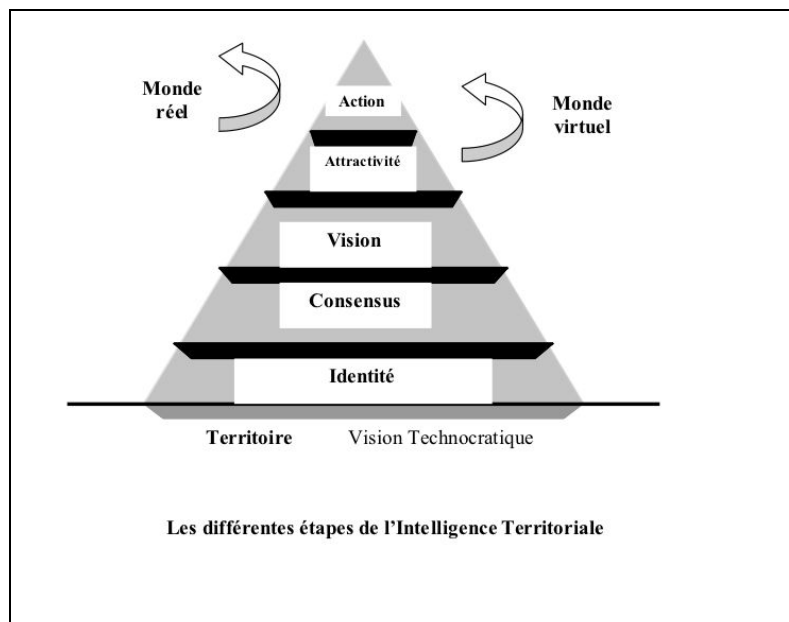


Figure 8 : Processus de l'intelligence territoriale

Figure 8 : process of territorial intelligence

La démarche doit permettre :

- De mieux définir le territoire pour maîtriser ses ressources existantes, ceci notamment en collectant des données et la connaissance des ressources potentielles, des infrastructures et des informations territoriales dans la région. Celle-ci peut utiliser ces mêmes indicateurs pour acquérir une vision, afin d'établir un diagnostic précis de son évolution.
- De maîtriser la connaissance des productions locales pour réaliser un marché territorial.
- D'améliorer les ressources humaines en développant l'éducation et l'apprentissage, cours, éducation et formation.
- D'analyser les ressources et les méthodes appliquées dans les autres régions pour réaliser le « *benchmarking* ».
- De construire une capacité de réaction rapide lors d'une crise.

A travers ces étapes, il s'agit de développer des relations entre entreprises et d'activer les contacts avec les décideurs. Il est déterminant de mettre en place les systèmes de l'intelligence économique et de la veille stratégique à l'échelon régional en se servant des outils de la veille sur le territoire. Il sera nécessaire de développer les études concernant la socialisation et les démarches liées à l'intelligence économique et l'expérience des experts de la veille stratégique dans ce domaine appliqué à l'environnement local et à une adaptation sur le terrain.

L'intelligence territoriale peut être mise en œuvre à partir de programmes expérimentaux de l'Intelligence économique dans une région pilote, par exemple en créant sur place des pôles compétitifs publics-privés sur le territoire en terme de spécialisation et de technologie¹⁰⁷. Bien sûr, cela nécessite un apport indispensable de budgets pour maintenir l'innovation et réaliser les bases d'un développement durable au niveau d'une région ou d'un pays. Les moyens publics et privés ainsi associés peuvent contribuer à encourager les différents partenaires économiques et favoriser du même coup la recherche et la création d'emplois spécialisés au travers d'une formation continue adaptée au marché.

Cela signifie que la politique industrielle du gouvernement local consistant à mettre en place les pôles compétitifs peut s'avérer essentiel.

La démarche d'intelligence territoriale doit être extrapolée au-delà du simple cadre du territoire, prenant en compte tous les éléments nécessaire pour l'évaluation de l'environnement proche ou lointain.

Une mise en place progressive des étapes décrites ci-dessus est importante pour ne pas déstabiliser le processus. Ainsi par exemple, si beaucoup d'investissements sont réalisés dans un système d'information territorial ou SIT (à travers SIG ou intranet par exemple), mais sans liaison avec des actions concrètes, la veille montrera ses limites et toutes ces données resteront inexploitées. Le SIT est une partie essentielle du système mais il n'est pas suffisant pour mettre en œuvre l'intelligence territoriale.

¹⁰⁷ Dou H. J-M, Manullang S. D., Dou H. J-M. Jr, 2006, Competitive Intelligence, Technology Watch for Industries, Badan Penelitian dan Pengembangan Industri, Departemen Perindustrian & CI World Wide Organization, 2006, Djakarta, p.143.

A noter qu'il est possible de coupler nombre de ces données dans un SIG (Système Information Géographique) comme outil pour analyser les informations dans le cadre de la gestion de la région. Nous verrons plus loin l'intérêt d'un tel outil en Guyane, où territoires et populations sont relativement mal caractérisés et où un tel apport a été un souci constant tout au long de notre recherche action. Notre ambition était, en le couplant avec le site internet de l'entité administrative, de mettre à disposition du plus grand nombre un outil cartographique interactif, susceptible de permettre de se réappropriier le territoire à travers sa représentation et la figuration, sous forme de données, des enjeux qui les caractérisent en termes de santé environnementale.

II.3. Mise en œuvre d'un système d'information ou d'intelligence territoriale.

Nous reprenons ici successivement plusieurs points essentiels dans la mise en œuvre de la démarche d'intelligence territoriale. Ils doivent bien sûr être contextualisés de façon à pouvoir apporter de véritables pistes localement¹⁰⁸.

La création d'un réseau de communication de l'information entre les acteurs socio-économiques initie la démarche. Les acteurs issus de l'intelligence territoriale viennent de différents domaines administratifs, techniques, associatifs etc. En termes d'enjeux, la région joue son rôle dans le domaine économique pour créer des pôles de développement compétitif, formation, recherche, ancrés dans un contexte géographique et social déterminé. L'infrastructure, les ressources, et les compétences doivent tenir leur place dans le lancement d'un projet, les acteurs locaux ne doivent pas être les seuls intégrés, mais l'on doit aussi faire appel à des intervenants extérieurs à la région, de manière à favoriser l'échange d'informations, à trouver de nouvelles pistes de travail et ainsi, à mieux répondre aux interrogations locales. En matière de coopération, idéalement, toutes les affaires doivent être synchronisées, fédérées. On conçoit le défi que cela suppose en termes de gouvernance et de conduite de projet. Mais c'est parce que la notion de territoire, lieu de travail, réduit à sa dimension géographique, n'est plus

¹⁰⁸ Les lignes qui suivent sont tirés notamment de Bourret C., 2008, Éléments pour une approche de l'intelligence territoriale comme synergie de projets locaux pour développer une identité collective, Revue internationale de projectique 2008/1, n° 0, p. 79-92 ainsi que de Herbaux P., 2007, Intelligence territoriale, Repères Théoriques, Editions L'Harmattan, Paris, 195 p.

essentielle. En cela, l'intelligence territoriale constitue en fait une construction, la manipulation d'objets voulus et créés localement et qui dépend de la volonté des concepteurs du projet et de ses différents acteurs, d'où le rôle primordial de ceux-ci et de leur motivation. Revenons justement sur ces derniers.

Les acteurs sont au cœur de la démarche. Un certain nombre de caractéristiques les définit, eux et leur rôle par rapport à l'approche globale. Ainsi notamment, ils pourront créer dans un projet d'intelligence territoriale un espace d'idées et de création permanent, ceci sans se départir des fondamentaux de l'espace géographique dans lequel ils sont ancrés. Ils doivent ainsi pouvoir y faire coexister tradition et innovation.

Pour la part de ceux qui fédèrent le projet, le sens général du projet peut être celui d'un « marchandising », d'une promotion qui fait du territoire le vecteur d'une union des dynamiques virtuelles globales et la recherche de nouvelles ressources "naturelles" : l'humain, ses habitudes et son histoire, y intégrant les particularités locales, quelles soient culturelles, folkloriques ou paysagistes...

La création d'un réseau d'influence plus important constitue l'une des clés, car les experts qui viennent de différentes cultures ont différentes visions et analyses. Ainsi, il est primordial de créer des espaces dans lesquels peuvent s'exprimer les acteurs et parties prenantes de démarche de concertation territoriale. Ces lieux de dialogue permettent d'allier compétence technique, sociale et sociétale pour mettre en œuvre les programmes d'intelligence territoriale.

Même si ce n'est pas toujours facile d'obtenir un consensus, il est toujours important de diversifier les sources d'informations. Apporter des idées nouvelles dans un environnement « traditionnel » (rapport administratif-administré, approches verticales « top-down » et autres pratiques courantes en la matière) sous entend une prise de responsabilité qui doit être testée et répondre véritablement à une demande construite par l'ensemble des acteurs du territoire.

La diffusion d'informations auxquelles ont accès les administrations dans le domaine de l'information territoriale est quelque chose d'utile, fondamental pour survivre et donc se développer. L'information est la clé de l'intelligence territoriale. Cette dernière reprend en cela la base de l'intelligence économique, qui s'appuie sur

l'information stratégique. Il faudrait tenir compte de l'information formelle dans ce type de documentation qui sera développé dans le secteur approprié. Ces sources d'information ne viennent pas seulement de l'environnement local, mais aussi international, avec lequel le territoire est de plus en plus en relation. Ainsi, certaines méthodes sociales territoriales ont fait l'objet de projets pilotes définissant comme partenaires et acteurs les populations vers lesquelles sont tournés les programmes (on pense à la Wallonie¹⁰⁹ ou plus généralement au Canada, où la prise en compte des souhaits exprimés par la population sont depuis longtemps intégrés aux processus de gestion des territoires).

Le langage, la communication, le mouvement, la création de projets, l'information et l'animation des réseaux sont importants et primordiaux. Il n'est pas facile de commencer de zéro, parce que ça demande beaucoup du temps et beaucoup de moyens. De plus, il est important d'afficher une confiance affirmée entre acteurs administratifs et sociaux pour profiter d'une synergie entre réseaux existants (les entreprises, les institutions, les individus qui forment la trame de ce réseau).

Enfin, il s'agit de **réaliser une prospective dans le cadre d'une stratégie territoriale à long terme** ; avec des données bien organisées, et passer les étapes importantes décrites précédemment, on peut considérer qu'un projet contient les fondamentaux d'une stratégie pour le développement de la région à long terme.

Vers une intelligence territoriale intégrant santé et environnement

L'information constitue l'un des piliers de la santé publique moderne. Celle-ci n'a véritablement pris son élan qu'avec l'introduction des statistiques cherchant à comptabiliser puis à traiter afin de les exploiter les données ayant trait à la morbidité puis à la mortalité des populations (approche épidémiologique)¹¹⁰.

¹⁰⁹ Dupoirier E., 1998, compte rendu d'enquête 1998 lors du colloque "la Wallonie et les régions françaises, Approche comparée des identités régionales" [en ligne] http://www.wallonie-en-ligne.net/Wallonie_Politique/1998-Identites_regionales/1999-04-21_Elisabeth_Dupoirier.htm consulté le 12 octobre 2009.

¹¹⁰ Hudemann-Simon C., 2000, La conquête de la santé en Europe : 1750-1900, Séries Europe & histoire, De Boeck, Paris, p. 26.

Ainsi, peu à peu, les facteurs environnementaux étant également quantifiables, on a pu relier qualité de l'environnement et de la santé d'un groupe de population (approche environnementale).

Pour pouvoir se rencontrer ses deux approches doivent trouver un vocabulaire commun, des axes de recoupement et de progression. Il est donc essentiel que l'information produite et exploitée par les uns soit connue et utilisée par les autres.

Ce qui était possible avec un corpus réduit de connaissances et sur des sujets très délimités n'est plus possible aujourd'hui : le foisonnement des indicateurs et des méthodes techniques doit en plus tenir compte aujourd'hui des « demandes de santé » à caractère local, sociétal, qui peuvent prendre totalement à contre-pied des programmes élaborés par le haut et en déconnection avec les informations de terrain. C'est ce qui a été vécu en France lors de la canicule de l'été 2003, avec des services administratifs ou des experts travaillant à la mise en œuvre routinière de programmes échouant totalement à prendre en compte des signaux, pourtant issus de circonstances aussi exceptionnels qu'évidents et quantifiés (température, admissions aux urgences des hôpitaux dans les grandes villes etc.).

Incapable de formuler un problème, le système l'était tout autant à s'en saisir. L'ordre technique, garant supposé de son efficacité, n'était pas en mesure de s'interroger ou de réagir à des phénomènes qui sortaient d'un cadre de travail préétabli.

La description de cette situation est caractéristique d'un phénomène familier en veille et intelligence économique, la décision grâce à une détection précoce et une prise en compte de signaux au sens propre, à savoir l'attribution d'un sens à des informations sélectionnée à des finalités d'action.

Ainsi, le tamis de la décision sanitaire s'est trouvé obstrué du grand nombre d'information pour lesquelles il ne disposait pas de filière permettant de les apporter jusqu'au décisionnaire de façon formulée.

Sans aller jusqu'à ce type de circonstances catastrophiques, nombre de situations quotidiennes du domaine sanitaire ressortent pour la mutualisation de l'information et du

signal des acteurs locaux.

La veille sanitaire n'a pour le moment pas son équivalent à ce que sont les veilles technologiques ou économiques. Pour des raisons de tradition, mais aussi de morale, la santé n'étant pas vue jusqu'à présent comme un marché, elle n'est pas non plus considérée comme un ensemble résultant de l'agrégation de forces multiples, plus ou moins fortes ou faibles, aux interactions complexes comme peut l'être l'environnement concurrentiel dans le domaine de l'intelligence économique.

Seuls quelques uns de ses aspects ont pu être traités partiellement dans la littérature, au premier rang duquel les questions liées à la veille dans le domaine du soin et dans celui-ci, plus particulièrement celui du soin hospitalier¹¹¹. Or, ceci laisse de côté des pans entiers déterminant la santé d'une population, ne serait-ce que les facteurs environnementaux, comptant pour près du quart des maladies selon l'Organisation mondiale de la Santé.

Celle-ci le rappelle : "Any public health intervention is, in essence, information transformed into action. Actions have an information base which is dynamic and to a certain extent specific to context, time and place"¹¹²:

Nous sommes donc bien confrontés à une matière qui connaît les mêmes fluctuations et

¹¹¹ On lira notamment Bourret C., La santé en réseaux, Études 2003/3, Tome 399, p. 175-189 à ce sujet. La bibliographie consultée en la matière révèle surtout des travaux assimilant soins et « système de santé », ce qui à l'échelle du territoire est très loin de pouvoir décrire et améliorer un état de la santé publique des populations. Les publications en la matière reposent notamment sur la quantification des échanges d'information, le chiffrage de leur coût ou de celui d'un système dans la mesure où peu d'autres variables existent et peuvent être corrélées pour décrire l'état de santé local. On cherche donc plutôt « sous le lampadaire » pour reprendre une plaisanterie connue, plutôt que de chercher à décrire les lumières (= les données descriptives alternatives) dont on aurait besoin pour compléter les recherches en la matière.

¹¹²Health in South East Asia, novembre 2009, p.9.

les mêmes interrogations que celles manipulées par le corpus de l'intelligence territoriale. Partant de cette similitude, nous proposons de voir le champ de la santé publique à cette lumière.

Ainsi, à une expertise technique constituée, issue notamment du monde scientifique et administratif, nous proposons l'adjonction préalable d'une réflexion menée par des parties prenantes locales. Certes, des éléments descriptifs sont nécessaires à ces dernières pour élaborer la politique sanitaire qui leur semble adaptée localement. Mais du moins n'est-on plus dans un système ayant son existence propre et qui résumerait la définition d'une démocratie sanitaire à une consultation ponctuelle d'élus voire d'usager sur le seul système hospitalier¹¹³.

Une sollicitation instituée, régulière sur le projet de territoire en la matière présenterait pour avantage de bénéficier de programmes plus complets, compris, édifiés et partagés dans une vocation de sécurité pour ses habitants. C'est un prix indispensable à supporter si l'on souhaite pouvoir gérer la complexité du domaine, et non une simple annexe comptable des budgets publics.

En outre, par il s'agirait là d'un symbole fort et (re)fondant l'adhésion au groupe selon le partage d'un intérêt commun de sauvegarde, qui fut probablement le premier dans l'histoire.

Les étapes suivantes d'un projet qui aurait cette ambition sont également parallèles à celles rencontrées pour élaborer un plan d'intelligence économique et territorial. Il s'agit de faire se rencontrer les différents acteurs, l'objectif étant au moins autant la collecte des informations nécessaires à élaborer le projet, que par la discussion, l'affirmation et l'identification de chacun dans son rôle de garant de la santé collective.

¹¹³ Comme c'est le cas dans les hôpitaux de province, dont le président du conseil d'administration est le maire de la / des municipalités desservies par l'institution en question.

En cela, le rôle du médecin n'est pas moindre que celui du gérant d'une entreprise de transport, qui par les consignes qu'il donne, est capable d'intimer le respect des limites de vitesse ou des temps de repos (diminution des accidents de la route, des gaz d'échappement rejetés), de normes de rejets de gaz polluants (limitation des maladies respiratoires), etc. De même, les autorités peuvent prendre des décisions d'aménagement ou de réglementation pour concourir à des objectifs intégrés, et non plus seulement chacun selon un champ de compétence limité, qui ne correspond plus à la complexité que nécessite le développement d'un territoire.

En outre, placé sur le seul champ utilitariste (économie de budget publique, gain commercial etc. comme fin en soi), certaines attitudes bénéfiques pour la santé ne peuvent être mises en valeurs et cultivées. Seule l'identification des thématiques et de leurs acteurs clés, suivie d'un partage ouvert et transparent peut apporter dans ce cas une valeur ajoutée.

L'alternative amène comme actuellement une relative passivité sur des secteurs entiers (prévention des maladies, aux résultats peu identifiés car virtuels) et au contraire un excès d'investissement nécessitant des moyens toujours croissants dans d'autres domaines (soins, présentant pour défi de gérer collectivement une somme de besoins individuels et par nature infinis en matière de mieux être, comme en témoignent les dépenses liés à ce domaine en France).

Jusqu'à présent, le domaine sanitaire des pays développés n'a pas pris la mesure de tous les enjeux socioéconomiques et sanitaires que présentent les développements de telles politiques. Trop d'aspects de la santé restent insuffisamment documentés pour parvenir à ce résultat¹¹⁴. Du moins ceux-ci commencent-ils à être identifiés et à faire l'objet de questionnements. Parmi ceux-ci, on peut citer les grands thèmes suivants :

- Ceux ayant trait aux politiques de santé et au développement local. Cela a trait notamment aux diagnostics de santé adaptés au territoire, à la mobilisation de la

¹¹⁴ Voir par exemple les comptes-rendus du 3^{ème} colloque international des programmes locaux et régionaux de santé, <http://www.mons2008.info>.

communauté localement, à l'évaluation des programmes et des politiques de santé, mais aussi aux réseaux, partenariats et à l'intersectorialité.

- Ceux qui touchent les compétences et pratiques des acteurs dans une dynamique locale. Parmi les aspects à envisager, citons la formation et les approches méthodologiques disponibles en vue d'un soutien à la qualité des pratiques des acteurs.
- Les thèmes liés à la prise en compte des inégalités à travers des approches territoriales ; on sait que certains groupes sont pour des raisons liées à leur statut financier, social, géographique, plus enclins à des expositions particulières ; ces groupes et plus particulièrement ceux en situation précaire nécessitent des attentions particulières car en amont des problèmes de santé se trouvent des déterminants parfois structurels qui conditionnent l'accès au soin, aux programmes de prévention.
- Enfin, les thèmes permettant de relier la promotion de la santé, la prévention, les soins et leur accompagnement, en particulier en comprenant mieux l'articulation respective de ces catégories par type d'incidence sanitaire. Ce thème doit permettre également de s'interroger sur les liens entre professionnels de santé et usager, ceci pour chaque interface existante ou à créer en la matière d'ailleurs.

On le voit, les perspectives sont nombreuses en la matière et nécessitent une vision faisant appel à de larges champs de compétences, mais surtout à l'expression de besoins, à la création d'implications particulières et variées pour concourir à un projet territorial partagé.

Ce n'est pas la le moindre défi. Plus modestement, nous tenterons de proposer plus loin dans ce mémoire un exemple de portée limitée dans le cadre d'un de nos projets de recherche action.

II.4. Conclusion

Identifier, collecter, traiter et utiliser l'information nécessaire à des objectifs définis constitue l'essence des processus de veille et d'intelligence tels que développés dans le champ économique, ceci à des fins de compétitivités notamment. Il s'agit d'une part de faire face à la multiplication des données et à la nécessité pour les décideurs de ne retenir que celles qui font sens, d'autre part au fait que le partage de plus en plus rapide et large de ces données est motivé par une compétition toujours plus aigüe entre acteurs économiques.

Le domaine économique est lancé dans des logiques vers lesquelles le développement d'un territoire tend lui aussi : la communauté doit en effet apprendre à se prémunir contre le risque, anticiper les conditions de son évolution pour faire face à un environnement changeant et complexe.

Composante de cet environnement, son statut sanitaire nécessite la prise en compte de facteurs (économiques, physiques...), aux interactions complexes, en passe d'échapper au simple secteur des soins, qui a trop longtemps suffit à résumer la santé d'une communauté et l'action politique à l'échelle locale.

Une part croissante de ce qu'est la santé humaine est contenue dans des décisions qui ne la touchent pas directement en ayant pourtant un impact sanitaire (aménagement du territoire, droit du travail...).

Les processus d'intelligence territoriale, en permettant de faire dialoguer les acteurs et parties prenantes locaux, peuvent concourir à prendre en compte cette complexité croissante des risques sanitaires, mais également à assumer des prises de décision transparentes.

Les défis proviennent autant de la complexité technique des sujets que de la capacité à fédérer l'expression d'un projet à l'échelle d'un territoire de la part des acteurs territoriaux.

Chapitre III

Santé environnementale et intelligence sanitaire en situation de crise internationale : enjeux liés à l'information

Chapitre III : Un exemple de gestion en situation de catastrophe naturelle : le raz de marée de 2004 dans l'Océan indien

Ce chapitre s'articule autour de deux parties, toutes deux traitant du même exemple de gestion d'urgence suite au raz de marée qui a dévasté les rivages de l'océan indien le 26 décembre 2004. Un violent tremblement de terre dont l'épicentre se situait à environ 150 km des côtes de Sumatra provoquait un énorme raz de marée, dont les conséquences se firent sentir à travers tout l'Océan indien. L'île de Sumatra, la plus proche, payait le plus lourd tribut. Plus de 130 000 personnes étaient tuées, environ 37 000 portées disparues, essentiellement dans la province indonésienne d'Atjeh (voir figure 9 ci-dessous). On recensait durant les premiers mois plus de 520 000 personnes déplacées. Pour celles-ci, il était essentiel d'évaluer pour couvrir dans l'urgence les besoins essentiels notamment en eau, nourriture, assainissement, soin, de façon à prévenir les risques d'épidémies engendrées par leurs conditions de vies rendues précaires.

L'ampleur des dégâts et pertes est aisément appréhensible à travers les chiffres tant pour les pertes humaines qu'en ce qui concerne les services et équipements. Au total, 140 000 habitations étaient détruites¹¹⁵, ainsi que 592 bâtiments destinés aux soins¹¹⁶.

Les défis étaient proportionnels dans le domaine de l'approvisionnement en eau. Plus de 100 000 puits étaient contaminés par de l'eau saumâtre ou nécessitaient d'être réhabilités.¹¹⁷

Aucun système de distribution d'eau - déjà défaillant avant la catastrophe - n'était plus opérationnel, plus aucun réservoir important n'était utilisable. L'eau devait être distribuée à partir de points fixes pour la population et notamment acheminée vers les camps de personnes déplacées, la construction de structures d'assainissement en parallèle devant

¹¹⁵ Banque Mondiale et agence indonésienne de reconstruction BRR, "Rebuilding a better Aceh and Nias", octobre 2005.

¹¹⁶ OMS, février 2005.

¹¹⁷ UNICEF, 20 juin 2005.

prévenir la survenue de maladies telles que le choléra, fortement probable en telle situation de promiscuité et d'affaiblissement d'une population. En cela, les points d'administration de soin devaient faire l'objet d'une attention spécifique en raison des risques afférents, infectieux notamment.

La disposition des corps dans des conditions moralement et techniquement satisfaisantes était la première des tâches à accomplir.



Figure 9: carte de Sumatra et régions principalement touchées par le raz de marée de décembre 2004.

Figure 9: Map of Sumatra and main areas hit by the 26.12.2004 tsunami.

Passée l'étape d'évaluation, il était nécessaire de réaménager le territoire atteint de façon à permettre une reprise de conditions de vies acceptables. C'est ce à quoi s'attelaient l'ensemble des gouvernements (dons bilatéraux et multilatéraux), et différentes organisations œuvrant sur place, financées notamment par des fonds d'une

importance jamais atteinte pour ce type de catastrophes, soit 4,5 milliards de dollars US mobilisés pour les réhabilitations à long terme, dont 2,5 milliards de dollars US dans les mains des ONG. Le gouvernement indonésien lui-même devait y consacrer près de 2 milliards de dollars US¹¹⁸. Cette somme représentait par ailleurs la valeur des dommages estimés par la Banque mondiale en juillet 2005 (op. cit.).

Nous présenterons la réaction de deux entités intervenues dans ce contexte: l'Organisation mondiale de la santé puis le gouvernement français.

Enfin, nous proposerons une analyse de ces interventions dans le domaine de l'approvisionnement en eau potable pour mettre en lumière les choix effectués par l'une et l'autre entité.

Ce travail s'appuie sur 3 missions et 4 mois d'expérience sur le terrain, réalisés à Sumatra en 2005 d'une part pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS), d'autre part la Délégation Interministérielle chargée de l'aide Post-Tsunami (DIPT) mise en place auprès du Premier ministre français. La durée et l'intervalle entre ces deux périodes d'observation ont permis de mieux appréhender les évolutions et les processus en œuvre sur le terrain.

III.1. Pas une agence de terrain ? L'intervention de l'Organisation mondiale de la santé

Lors de la survenue de la catastrophe dans l'Océan indien, l'OMS venait tout juste de se doter d'un service destiné à répondre aux situations d'urgences sur le terrain: le service "Actions de santé en situation de crise" ("health actions in crisis").

Encore essentiellement dotée de services logistiques, ce service eut la tâche d'organiser l'acheminement des personnels et matériels de santé nécessaire à l'urgence puis à la réhabilitation des installations.

¹¹⁸ Banque Mondiale, juillet 2005, les fonds des ONG et du gouvernement indonésien sont des estimations.

Durant une première phase, de janvier à février 2005, des antennes furent établies sur place à Banda Atjeh, Calang, Meulaboh et Medan (base logistique) et une évaluation des besoins de santé fut effectuée. Cette phase fut suivie d'une autre destinée à délivrer et mettre en service le matériel nécessaire et à poursuivre les programmes ayant reçu un financement.

Nous présentons dans un premier temps le mode de fonctionnement sur place de l'organisation pour ses ressources humaines et aux moyens dans le domaine de la santé environnementale, avant de proposer une analyse des faiblesses et forces qui auraient pu apporter des améliorations à cette situation¹¹⁹.

III.1.2. Des contraintes fortes, une difficulté à conserver des flux

Durant la toute première phase de l'intervention, l'OMS sollicita un de ses agents en poste au Népal, de façon à effectuer une première analyse sur le terrain. Les difficultés de transports ne lui permirent qu'une première évaluation de la ville de Banda Aceh, dont l'aéroport venait d'être ré ouvert.

Dans un second temps, le ministère de la santé français fut sollicité, il mis à disposition durant 3 semaines 2 ingénieurs sanitaires français. Ils achevèrent cet état des lieux pour la principale ville de la province. L'un fut posté à Banda Aceh, l'autre à Meulaboh, seconde ville de la province, où le trafic aérien venait juste d'être ré ouvert par les moyens logistiques des Nations unies. Le mandat était d'établir les besoins, et d'effectuer des propositions de programme de travail en fonction, afin de produire des demandes de financements auprès des bailleurs, ce qui fut fait pour un montant conséquent (le responsable de l'antenne locale disant alors que la somme de 10 000 dollars ne serait que petite monnaie pour cela).

¹¹⁹ Une partie de ces informations figurent dans le mémoire de DEA

L'OMS était alors la seule et la première agence des Nations Unies à avoir pu mobiliser de telles ressources dans le domaine de l'eau et de l'assainissement.

L'UNICEF, habituellement fortement dotée en hommes et en matériel n'avait pas pu mobiliser de telles ressources. La coordination technique était alors à qui souhaitait la prendre, et ce rôle revenait –en collaboration avec l'administration locale- à une agence des Nations unies.

Les deux ingénieurs sanitaires français furent remplacés une semaine après leur départ début février par 3 ingénieurs de la firme américaine pharmaceutique Pfizer¹²⁰. Ceux-ci ne restèrent pas plus de trois semaines avant de repartir et d'être relayés par un contractuel danois entre avril et juillet 2005. Ce dernier fut remplacé par l'un des 2 ingénieurs français partis initialement jusqu'au mois de novembre. Parmi tous ces personnels, un seul parlait indonésien.

Par ailleurs, sur la même période, le rapport de force s'inversait avec l'autre agence des nations unies concernée, l'UNICEF, qui disposait bientôt de 5 personnes à temps plein formant une équipe autonome (2 expatriés et 3 professionnels engagés localement, dont 2 débauchés du ministère de la santé indonésien), allant de l'ingénieur au logisticien en passant par la secrétaire, là où l'OMS devait faire avec des fonctions de support partagées.

Entre temps, les priorités d'intervention furent d'ordre technique, mais pas uniquement. Ainsi, les Etats Unis ayant mis à disposition un navire hôpital au large de Sumatra, l'OMS fut sollicité pour le faire visiter par ses agents afin que ceux-ci identifient les types de collaboration qui pourraient potentiellement s'instaurer.

¹²⁰ Une telle mise à disposition par un laboratoire privé est étonnant. Il complétait par ailleurs l'envoi de personnels du bureau régional de l'OMS en Amérique (OMS/PAHO), ainsi que de personnel issu du gouvernement des Etats-Unis d'Amérique (Nous verrons un peu plus loin dans la partie consacrée aux efforts produits par la France et sous l'angle d'une institution ce que peut apporter ce type de mise à disposition.

Il semblait toutefois difficile de faire identifier la santé environnementale comme une priorité de l’OMS sur place, occupée plutôt par l’épidémiologie et le système de soin.

De fait, les fonds récoltés à partir des propositions initiales furent difficilement acquis et dans un ordre ne correspondant pas à celui des priorités du terrain. Ainsi par exemple, la promesse d’un don chinois de 1 millions de dollars US mobilisa les énergies durant presque tout le mois d’août, avant que l’on apprenne que l’ensemble de la somme devrait être dépensée pour acheter du matériel chinois, ce pays ne produisant pas nécessairement les produits de qualité standards couramment utilisés dans ce type de situation.

En la matière, les procédures habituelles de l’OMS étaient utilisées. Celles-ci demandent la comparaison de 3 offres avant de retenir un choix, ce qui implique également une longue transition quel que soit la commande, en l’occurrence après la conception sur place, via le bureau de Jakarta, puis l’antenne OMS régionale se trouvant à Dehli. En raison de l’affluence des acteurs dans la région, le matériel n’arrivait qu’avec retard, pas nécessairement en quantité et qualité voulue. Un bon exemple est celui de 2 camions citernes, commandés au mois de janvier 2005 et arrivés seulement au mois de novembre 2005. L’institution à laquelle il était destinée ayant déjà reçu par ailleurs de tels engins, il fallu chercher une région prête à accueillir – et surtout à financer le fonctionnement et la maintenance – de ces camions.

Enfin, il est notable que durant tous ces efforts, il n’y a pas eu de connections entre les professionnels de l’OMS s’occupant de la santé environnementale et ceux ayant reçus d’autres missions. En la matière, un bon exemple est celui du programme destiné à traiter les déchets médicaux, dont le médecin responsable ne souhaitait pas afficher une collaboration avec l’ingénieur.

Ceci peut s’expliquer entre autres par le fait que l’obtention de ce type de postes de prestiges est souvent considérée comme une chasse gardée. Meilleur ou plus efficace est le programme mené, plus forte est la probabilité de poursuivre ou de demander un nouvel emploi temporaire avec la structure.

Certains ont ainsi eu tendance à garder pour eux leurs informations et à créer le moins de ponts possibles avec d'autres professionnels de la même structure pour s'attribuer le mérite de résultats.

A l'aide de ces facteurs, il restait tout de même intéressant de proposer une analyse de la situation de façon à mener une stratégie permettant à l'OMS de défendre l'ensemble des efforts consacrés sur place en termes de santé environnementale. Cette analyse pouvait se formaliser comme suit.

III.1.3. Une analyse des forces et faiblesses des opérations menées par l'OMS

Une analyse classique des forces, faiblesses, opportunités et menace permet de mieux distinguer des axes de progrès pour l'OMS en terme de santé environnementale sur place.

Les avantages comparatifs de l'institution en ressortent nettement.

Forces

- Un bon réseau de connaissance parmi les ONG travaillant dans la santé environnementale (essentiellement fourniture d'eau et assainissement) ;
- Une excellente collaboration avec le service local du ministère de la santé (une amie de la fille du directeur locale ayant été embauchée pour des travaux par l'ingénieur sanitaire) ;
- La possibilité d'avoir accès via l'épidémiologie aux données caractérisant l'état de santé de population, permettant d'identifier les populations les plus fragiles et d'évaluer les effets des programmes pouvant influencer sur leur santé ;
- Un rôle clé dans la définition de la programmation de l'antenne locale du ministère de la santé (l'OMS ayant financé ces travaux et dédié un professionnel à cette tâche)
- Des références techniques reconnues, l'OMS étant à l'origine des recommandations internationales dans les domaines de la santé environnementale;
- Un rôle de leader en la matière pour ce qui est des recommandations techniques, ainsi que de la documentation technique en général; ceci permet notamment un rôle

de contrôle et de rappel de bonnes pratiques aux opérateurs de terrain, et ce faisant, de collecter de l'information sur leurs projets ;

- Un nombre restreint de projets sur le terrain, permettant de se consacrer aux tâches de coordination et de circulation de l'information, ainsi que de prendre du recul sans partie pris sur les actions plus globales de santé

Faiblesses

- La durée des procédures internes en particulier lorsque du matériel est nécessaires ;
- Des effectifs réduits, ne permettant pas d'évaluer sur le terrain de façon représentative un nombre suffisant de projets ; les informations disponibles sont donc plutôt de seconde main ;
- La capacité d'effectuer efficacement le déploiement du matériel commandé arrivant avec retard et devant faire l'objet de recherches pour de nouvelles affectations ;
- Un rôle de faire valoir de l'UNICEF, qui confie à l'OMS les tâches les moins valorisantes ou celles qu'elle ne sait pas remplir en arguant d'une position de coordination et de moyens matériels supérieurs ;
- Un manque de vision général en terme de santé publique de la région, notamment en raison d'un manque de données pour établir des priorités.

Malgré toutes ces faiblesses, les opportunités pour l'OMS seraient restées nombreuses en cas de volonté à les faire mettre en œuvre. Parmi celle-ci, on peut citer les suivantes.

Opportunités

- Un réseau interne d'experts en santé publique OMS, touchant des problématiques aussi variées que complémentaires ;
- L'accès à des données d'épidémiologies, jamais exploitées via un travail global sur l'ensemble des facteurs de santé dans la région ;
- Une habitude du travail avec les institutions, celles-ci étant demandeuses en raison de l'image de l'OMS en santé publique ;

- Un nombre restreint de programmes à suivre, permettant une certaine flexibilité et une réaction plus rapide en cas de besoin / d'urgence.

Quant aux menaces pour la position de l'OMS en santé environnement, elles étaient les suivantes:

Menaces

- Déploiement de matériel sur le terrain sans supervision, ce qui influence négativement leur efficacité d'une part, met en danger l'image de l'organisation par ailleurs ;
- Le manque de coopération pour les projets à venir, ne permettant pas de prendre avis quant à des problèmes pouvant toucher des problèmes de santé environnementale (eau, assainissement, déchets infectieux ou non...) ;
- Le manque de moyen, qui laisse à l'UNICEF le loisir de développer et mettre en place sans prendre d'autres avis des programmes, beaucoup étant fragiles quant à leur efficacité en raison du manque d'expérience des personnels de cette agence dans l'administration de politiques publiques en la matière ; ainsi, l'UNICEF ne possède pas de connaissance particulière concernant la salubrité du logement, la lutte contre les maladies à vecteur, l'hygiène alimentaire, les déchets hospitaliers¹²¹ etc.

Les enjeux étaient relativement clairs également et les objectifs en découlant pareillement.

Objectifs et défis en termes de santé environnementale

En ce qui concerne les travaux en partenariats, ces objectifs pouvaient alors être :

¹²¹ Ceci étant notamment dû au recrutement essentiellement anglo-saxon de cette agence. Or, diverses conversations et échanges avec ces personnes ont montré que la formation de généralistes en santé environnementale est relativement rare, notamment par rapport aux formations de techniciens plus spécialisés (eau, assainissement) mais ne possédant pas de sensibilité spécifique et générale aux différents aspects de santé publique – par exemple aux différents groupes à risque.

- Un soutien aux principales parties prenantes pour identifier les problèmes de santé publique à travers les différents programmes (notamment autres agences des Nations Unies pratiquant la reconstruction ou la réhabilitation, mais aussi et avant tout l'agence indonésienne de reconstruction, la BRR). La vérification des standards et bonnes pratiques fixés par l'OMS aurait eu un sens certain, en renforçant l'image de l'organisation en la matière ;
- Faciliter le dialogue entre parties prenantes de thématiques en santé environnementale, notamment afin d'homogénéiser les pratiques et les solutions intéressantes ;
- Formation des personnels des administrations (santé, travail) aux bonnes pratiques concernant la santé environnementale, et notamment concernant le contrôle des différents matériels et outils livrés par les différents acteurs internationaux au titre de la réhabilitation (dont nombre de matériels usagés ou à éliminer de façon sûre comme les médicaments périmés ; la ministre de la santé en comptait 5 tonnes en août 2005) ;

En interne, il s'agissait de mener à bien la distribution de matériel non encore livré, de le mettre en place en assurant la formation des personnels des institutions bénéficiaires.

Pour la réalisation de ces différents objectifs, un benchmarking a été réalisé afin d'évaluer la pertinence d'actions possibles de la part de l'OMS.

III.1.4. Suiviste ou leader ? Un banc d'essai des principaux partenaires de l'OMS sur les problématiques de santé environnementale

De façon à atteindre les objectifs listés ci-dessus, un banc d'essai est proposé ci-dessous selon l'aptitude des différents partenaires de travail de l'OMS. Il s'agit, en reprenant la méthode SWOT, d'attribuer un score à chacun selon ses aptitudes. En effet, ne pas s'informer de l'état de ces partenaires (éventuellement concurrents pour l'accès au financement sur des projets similaires) condamne plutôt à être suiviste qu'initiateur dans les projets et politiques.

Une revue systématique de trois documents de travail a été utilisée pour fonder ces scores. Il s'agit:

- du Plan stratégique du service du ministère de la santé à Atjeh pour 2006-2010, établi avec l'aide de l'OMS ;
- du programme de collaboration UNICEF- ministère de la santé à Atjeh ;
- du programme stratégique du ministère de la santé indonésien pour 2005-2009

Ces informations ont été complétées avec la participation à un séminaire UNICEF concernant le plan de développement pour Aceh (17 et 18 octobre 2005 à Banda atjeh) ainsi que d'interprétations personnelles issues d'observations de terrain et de conversation.

L'ensemble est repris dans le tableau 2. Les scores vont de 0 (capacité non existante) à 5 (excellent).

Un score comparatif est obtenu en soustrayant le score OMS de celui de l'UNICEF: il est intéressant pour évaluer les retards ou avances sur tel ou tel sujet. Toutefois, on pourra objecter avec raison qu'il s'agit d'une différence relative de compétence, un écart ne traduit donc pas la capacité réelle d'une des agences à mener efficacement l'action en elle-même.

Les différences négatives figurent en rouge (=UNICEF relativement plus capable), celles en faveur de l'OMS en bleu (=OMS relativement plus capable).

Tableau 2 : évaluation quantifiée comparative par catégories du ministère de la santé, de l'UNICEF et de l'OMS dans le domaine de l'eau et de l'assainissement à Atjeh en 2005.

Table 2 : comparative assessment by category of ministry of health, UNICEF and WHO on water and sanitation in Aceh in 2005.

Activités	Antenne locale ministère de la santé	UNICEF	OMS	Comparaison OMS-UNICEF
Maitrise des références techniques				
Utilisation des références techniques (recommandations, experts et documents de références)	3	2	4	2
Capacité à définir les valeurs sanitaires standards destinées au contrôle	3	0	0	0
Capacités d'influence (décideurs, professionnels, public)				
Capacité à faire valoir un rôle de coordination des acteurs techniques	0	3	4	1
Capacité de lancer des initiatives de promotion de la santé publique auprès du public - des décideurs	3	3	4	1
Réseau et relations avec le bureau local du ministre de la santé et les autorités en général (BRR)	0	3	4	1
Capacité de mobiliser des experts	0	4	4	0
Capacité de mobiliser des groupes de population	1	2	2	0

Capacité de mobiliser des parties prenantes	1	3	3	0
Capacité de mise en œuvre pratique de projets				
Capacité à diriger des actions sur le terrain	0	3	1	-2
Capacité à mobiliser des fonds	1	5	2	-3
Capacité à développer des infrastructures en eau / assainissement	2	4	1	-3
Capacité de mettre en œuvre un contrôle des actions menées sur le terrain	1	2	3	1
Capacité de développer une vision générale de la santé environnementale, pour la reconstruction à Atjeh	3	1	4	3
Capacité d'interpréter les données sanitaires pour y détecter des problèmes sanitaires émergents	1	1	3	2
Capacité d'évaluer et de valider les données relatives à la santé environnementale (dont données épidémiologiques)	4	1	4	3
Capacité à traiter et interpréter ces données et de les utiliser à des fins de santé environnementale	2	2	5	3
Capacité de formation technique des acteurs	1	3	3	0
Capacité d'améliorer la capacité technique des laboratoires de santé	1	3	4	1

Conscient des limitations en moyens humains pour l'OMS, deux stratégies étaient proposées en conséquence :

1. Soit l'OMS continuait à travailler comme partenaire mineur de l'UNICEF, avec en revanche un partenariat actif avec les autorités locales sur les questions de qualité d'eau, dont le contrôle est le ressort de l'administration indonésienne. Dans ce cas, les enjeux de ce thème devaient être fortement relayés.
2. soit l'OMS tentait de profiter de l'afflux matériel et humain ainsi que de la période de reconstruction, propices à introduire les notions essentielles devant présider aux aménagements et formations en matière de santé environnementale. Cela pouvait concerner notamment l'immense mouvement de constructions de bâtiments et leurs caractéristiques (implantation, sensibilité au bruit, ventilation...)

Ces deux scénarii demandaient bien sûr une coordination avec les autres secteurs de l'OMS sur place ainsi qu'un accord hiérarchique.

Ces différentes considérations furent remises en novembre 2005 en guise de bilan à la fin du contrat du dernier ingénieur sanitaire employé par l'OMS à Banda Atjeh. Elles restèrent sans réponse ni positionnement hiérarchique, ou plutôt la réponse la plus claire fut l'abandon total de ce type d'activités au départ du dernier ingénieur en poste à Banda Atjeh¹²².

III.2. Implication des autorités française: l'information, clé d'une action efficace et responsable

Le raz-de-marée, par son ampleur, a poussé l'administration française à réagir de façon exceptionnelle, en tentant d'adapter ses méthodes habituelles en la matière. Nous distinguons plusieurs aspects de la participation française aux efforts de gestion, en nous restreignant là aussi au domaine de l'eau. La première partie de notre analyse est

¹²² Les rapports d'activité en fin de contrat ou pour des déplacements sont obligatoires selon les procédures en vigueur à l'OMS. De fait, considérés le plus souvent comme des formalités, ils sont pourtant rarement partagés, lus et encore moins souvent utilisés. La seule situation où ils doivent faire l'objet d'un avis est lors d'un nouveau contrat pour l'auteur. Un avis positif doit être émis en cas de rapport précédemment remis pour permettre le nouveau recrutement.

fondée sur le traitement de l'information. La seconde partie sur un exemple d'actions illustrant le type de faiblesses que les carences dans la considération du traitement de l'information a occasionnées.

L'ensemble de ces observations fait suite à notre implication tant du côté de l'administration française avec différents ministères qu'à titre personnel avec des ONG. Le tout a pu être complété par des observations sur le terrain, la encore pour divers acteurs français ayant intervenu, mais également pour l'OMS.

III.3. L'information c'est le pouvoir : un enjeu essentiel pour l'action

La nouvelle de la catastrophe a atteint les pays occidentaux le 25 décembre 2005 en raison du décalage horaire. Il n'y avait pourtant alors guère de précisions sur l'ampleur des dégâts, pour une série de raisons. La première était l'étendue des territoires touchés, dont plusieurs, en état de guerre civile (Sri Lanka, Indonésie) et dont les informations ne parvenaient déjà pas en temps normal. Pour cette raison, il était difficile de se rendre sur le terrain, les dégâts matériels aux infrastructures de transport aggravant encore cet isolement des territoires touchés. Il en allait de même pour les structures de communication (téléphone, radio...). Quant aux rares correspondants locaux, un certain nombre était du côté des victimes. Une autre raison de ce manque d'information est probablement l'absence des relais d'information usuels en raison des congés de fin d'année.

De fait, la connaissance réelle du déroulement des événements d'une part, des besoins ensuite, ne s'est faite que petit à petit. Nous avons distingués plusieurs phases en cela, qui ont très étroitement conditionné les orientations données à l'aide et ont souvent conduit à une relative inefficacité.

III.3.1. une première phase d'absence d'information chronique

Le gouvernement français a décidé relativement tôt d'adopter une conduite spécifique au regard de la situation inédite d'urgence présentée par le raz-de-marée. Plusieurs raisons expliquent ceci, notamment l'approche de Zone de solidarité prioritaire (ZSP), définie par le Gouvernement français en février 1998 comme celle où l'aide publique, engagée de manière sélective et concentrée peut produire un effet significatif et

contribuer à un développement harmonieux des institutions, de la société et de l'économie. Elle se compose de pays parmi les moins développés en termes de revenus, n'ayant pas accès au marché des capitaux et avec lesquels la France entend nouer une relation forte de partenariat¹²³. Ces pays correspondent, sauf exception, aux anciennes colonies françaises, et aucun des pays touchés par le tsunami n'en faisait partie. Il était donc difficile de compter sur des partenaires de travail déjà à l'œuvre dans ces pays, ou d'une expérience publique conséquente et identifiée permettant une connaissance des acteurs et réseaux d'importance sur place¹²⁴.

Pour prendre une métaphore géographique, il devenait nécessaire d'intervenir dans des contrées dont les cartes n'étaient pas disponibles, au sens propre comme au figuré. Cette méconnaissance était par ailleurs générale en Indonésie, la région étant sous loi martiale.

Dans un premier temps, le ministère des affaires étrangères a réuni les différents acteurs administratifs (ministères, agences), puis les collectivités et enfin les ONG et entreprises intéressées. Pourtant, la multiplication des réunions formelles par cette forme de coordination ne donnaient pas totalement les résultats escomptés.

Les institutions ayant réussi à avoir des personnels ou des contacts sur le terrain ne semblaient visiblement pas souhaiter partager leurs informations et venaient essentiellement dans deux buts: le premier de recueillir des informations les intéressant pour proposer des programmes de travail à des financeurs, le second d'identifier quels

¹²³ Ministère des affaires étrangères, [en ligne] http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/actions-france_830/aide-au-developpement_1060/politique-francaise_3024/priorites-strategiques_5156/zone-solidarite-prioritaire_6119.html, consulté le 30 octobre 2009.

¹²⁴ Il y a ici la marque d'une politique fondée sur des considérations morales ou politiques plutôt qu'économiques au sens strict, dans la mesure où l'Inde ou l'Indonésie constituent des territoires dont le développement économique et l'importance de la population font des puissances régionales dotées d'un certain poids pour l'avenir. Nous retrouverons ce biais à propos de la Guyane, puisqu'alors que le voisin surinamien appartient à cette zone, le Brésil, pourtant de loin plus pesant sur le territoire guyanais, n'appartient pas à ce groupe de pays.

Il est intéressant à cet égard de constater qu'une grande partie de l'aide des collectivités locales françaises s'est tournée vers le Sri Lanka, les élus expliquant notamment que l'importance de la population tamoule sur le territoire de leur collectivité les avait poussés à retenir ce choix.

fond étaient disponibles et auprès de qui. De sorte que c'est un esprit de secret et de compétition plutôt de collaboration ouverte qui prévalait.

Il faut dire que l'élan général de solidarité avait largement doté nombre d'organisations, dont certaines sont nées de l'évènement dans l'urgence (dont l'Arche de Zoé, devenue depuis tristement célèbre), et d'autres n'ayant jamais bénéficié de tels budgets à l'international, comme la Croix Rouge française dont le budget "international" passait de 1 à 112 millions d'Euros¹²⁵.

Il semble en avoir résulté un "esprit de surenchère" née de la pression politique et médiatique et exigeant des résultats aussi rapides que visibles.¹²⁶

Cette même difficulté existait entre Etats eux-mêmes, au point de faire recommander à l'issue de cette crise de « de participer aux mécanismes internationaux d'échanges d'information sur les évaluations de besoins dès les premières heures »¹²⁷.

La réflexion sur le besoin d'une meilleure coordination en réponse aux situations de crise progressait avant le tsunami, ce dernier en a énormément accéléré le rythme, sous la pression. Les pouvoirs publics étaient en effet incapable de comprendre qui faisait quoi, avec quels moyens alors qu'il existait des enjeux diplomatiques (crédibilité nationale), financier (duplication de financement pour des actions similaires par des bailleurs différents) et techniques (adéquation des interventions aux besoins réels des populations).

C'est ainsi qu'est née la Délégation Interministérielle chargée de l'aide Post-Tsunami (DIPT), mise en place auprès du Premier ministre. Le dispositif particulier mis en place a, d'une certaine manière, eu valeur de test sur les capacités d'adaptation de la machine

¹²⁵ Cette somme ayant produit 5 millions d'euros d'intérêt, une partie seulement, 107 millions, étant allés financer des projets ; voir Croix rouge française, le tsunami 3 ans après, dossier de presse, p. 2. [consultable en ligne] [http://www.reliefweb.int/rw/RWFiles2007.nsf/FilesByRWDocUnidFilename/RMOI-79U27F-rapport_complet.pdf/\\$File/rapport_complet.pdf](http://www.reliefweb.int/rw/RWFiles2007.nsf/FilesByRWDocUnidFilename/RMOI-79U27F-rapport_complet.pdf/$File/rapport_complet.pdf) dernière visite le 15 octobre 2009.

¹²⁶ Cour des comptes, janvier 2007, op. cit., p.76.

¹²⁷ Cour des comptes, idem, p.130.

d'État d'une part en interne (différents services), mais également avec les acteurs parapublics, privés, ou internationaux (Nations Unies, états, Union européenne).

Entre ces derniers eux-mêmes, le manque de partage de l'information était général, des bureaux des décideurs jusque sur le terrain et ce pour les mêmes raisons, liées notamment à la compétition pour l'accès aux financements.

Ainsi, sil existait des réunions de coordination thématique sur le terrain, elles revenaient souvent dans les premiers temps à des tours de tables sans grand intérêt. L'absence de méthode de ceux qui étaient censé les coordonner pour proposer des outils permettant des gains mutuels, ajoutée à la volonté de chaque institution de définir et de garder « ses » projets amenait aux blocages.

Les réunions les plus stimulantes étaient encore celles menées par les autorités locales à Atjeh, qui, pression politique et attentes de résultats aidant, étaient plus dynamiques et fructueuses, les sanctions étant au bout de l'inaction pour les services en cause.

Enfin, comme il a été souligné depuis, ce manque d'information était de surcroît dramatique à l'encontre des victimes. L'accès à une information de qualité leur permet en effet théoriquement de définir et de demander des comptes sur les efforts engagés en partant de leurs propres attentes et standards. En cela, « une combinaison tragique d'arrogance et d'ignorance a caractérisé la mesure dans laquelle la communauté humanitaire a (...) éconduit la population. (...) une mauvaise maîtrise du flux d'information est sans aucun doute la plus grande source de mécontentement, de colère et de frustration parmi les personnes affectées. »¹²⁸

¹²⁸ Tsunami Evaluation Coalition, Links between relief, rehabilitation and development in the tsunami response, 2006, pp. 73 et 83. Cette coalition, formée d'une quarantaine d'agences des nations unies ou d'agences nationales de développement et d'ONG, était également soutenue par le ministère des affaires étrangères français afin de favoriser l'établissement d'un bilan et de recommandations sur les événements faisant suite au raz de marée. Ses constats, relativement indépendants, sont sans concession.

A l'issue des 2 premiers mois, il restait difficile pour la DIPT de comprendre qui faisait quoi et où sur le terrain. Les postes diplomatiques sur place étaient le plus souvent débordés, le personnel diplomatique ne possédant pas de compétence technique particulière et le peu de personnes compétentes concernant le développement dans les postes et consulats (SCAC ayant rarement une connaissance suffisante du terrain ou des acteurs administratifs réellement efficaces).

Pour la France, deux exemples de cette incapacité d'identifier les sources d'information et les personnes clés illustrent cette incapacité.

Le premier est le fait que l'envoi de 2 ingénieurs du ministère de la santé auprès de l'OMS a été ignoré par le ministère français des affaires étrangères par défaut de communication entre ministères. Une fois ceci connu par ailleurs, il n'a pas été fait appel à eux pour participer aux réflexions et validations d'informations concernant leurs domaines techniques, alors même que le ministère cherchait désespérément des sources d'informations sur le terrain. On verra un peu plus loin les dommages qui en ont résulté.

Second exemple : nombre d'anciens boursiers du gouvernement français (BGF) retournés en Indonésie occupaient alors des postes à responsabilité au ministère des travaux publics indonésiens. Ce ministère était en charge de la coordination des travaux de coordination pour la reconstruction – il s'agit par ailleurs d'un état dans l'état tant son emprise sur l'aménagement indonésien est large. En l'absence d'un fichier de ses anciens boursiers et d'un suivi de leur carrière, le service de coopération était dans la totale incapacité de les contacter et d'avoir auprès d'eux une stratégie de collecte d'information ou d'influence sur les décisions. Réciproquement, ces anciens boursiers, en compétition avec ceux issus d'autres formations notamment aux États Unis, ne

pouvaient se prévaloir de l'accès aux budgets qu'aurait pu procurer la France et se trouvaient moins à même d'avoir une action efficace en ce sens¹²⁹.

Nous ne multiplierons pas ces exemples au-delà en ce qui concerne cette période liée à l'évaluation de la situation et au partage de l'information. Pour conclure, reprenons les mots de l'équipe internationale chargée de l'évaluation de la gestion des interventions en la matière « L'information, c'est le pouvoir. (...) Tous les acteurs devraient s'efforcer de renforcer les liens et la cohérence entre eux-mêmes et d'autres acteurs du système international, y compris ceux des pays affectés eux-mêmes. »¹³⁰

III.3.2. L'embolie : trop d'information, trop peu d'analyse ; l'exemple de la station de potabilisation de Lambaro

Après 2 mois, les informations commençaient à affluer : pour justifier de leurs dépenses, les bailleurs avaient obtenus des propositions de travail et devis, rendant compte peu à peu de la réalité du terrain. Leur stratégie avait été *grosso modo* de deux types selon leurs moyens. Certaines, peu et mal dotées en moyen d'évaluation, n'avaient que des cadres assez théoriques et peu appropriés, mais pouvaient défendre un projet concret et limité par sa taille. C'est le cas pour l'Arche de Zoé, qui s'occupa principalement d'un unique camp de réfugiés (avant de se scinder en raison de divergences internes sur les alliances à conclure ou non avec d'autres organisations).

D'autres structures, les plus grosses, avaient recruté massivement soit chez des experts internationaux, soit du personnel indonésien (et notamment parmi les membres de l'administration).

¹²⁹ Il est intéressant par ailleurs que cette absence de suivi des anciens boursiers ou d'une quelconque stratégie en la matière avait amené certaines institutions à diminuer en fonction leur offre de bourses auprès du pays. L'argument était notamment que « formés en France, ces étudiants après un temps finissaient par perdre l'usage de la langue et s'inséraient des courants plutôt influencés par les Anglo-Saxons, de sorte que l'argent investi [par les institutions françaises] était inutile (propos entendus en 1997 à l'antenne de l'IRD de Jakarta). Supprimer le lien plutôt que de l'améliorer pour le rendre plus efficace permettait par ailleurs des économies budgétaires, probablement d'ailleurs la première justification d'une politique qui n'avait pas su évaluer l'impact indirect et à moyen terme d'une telle mesure.

¹³⁰ Tsunami evaluation coalition, 2006, Joint evaluation of the international response to the Indian Ocean tsunami: Synthesis report, pp. 19 et 23.

Toutefois cette dernière solution était loin d'être idéale. Ainsi, l'OMS avait fixé pour indicateur le nombre d'experts mobilisés sur le terrain. D'une part le compteur montra bientôt des records (pour terminer aux alentours de 300 en à peine 3 mois), d'autre part le manque de coordination entre des experts ainsi que le séjour bref de certains (pas plus de 24 heures pour certains) rendait l'exercice aussi coûteux qu'inutile. La profusion des financements entraîna une débauche de moyens peu propice à la réflexion. Ainsi, l'UNICEF se retrouva propriétaire de 300 km de conduites pour l'eau potable à la suite d'une erreur de virgule d'un comptable sur place. En raison de la disponibilité de la somme correspondante, à aucun moment ce chiffre –énorme- ne fut remis en question lors de la chaîne de commande. Autre type de déboire, ceux connus par l'importante organisation anglaise OXFAM, qui ne parvenait plus à coordonner ses nombreuses équipes indonésiennes sur le terrain et fut un temps difficilement en mesure de construire sa propre vision de la situation.

Etant donné le manque de coordination initiale, les populations et territoires concernés n'étaient pas ciblés, mais plusieurs organisations pouvaient à partir d'informations ponctuelles proposer des projets redondants (thèmes, populations, territoires) avec ceux déjà soumis par d'autres.

L'incapacité à sélectionner les sources d'information intéressantes, et au besoin à les faire compléter de façon active n'était en cela pas propre à l'administration française, mais devait lui jouer des tours en diverses occasions.

Nous n'en prendrons qu'un seul exemple une fois de plus tiré de notre expérience.

En mars 2005, s'appuyant sur des budgets des agences de l'eau et sur la possibilité de prêts bonifiés par l'Agence française de développement, le ministère chargé de l'environnement et la DIPT décidaient de proposer la rénovation de la principale station de potabilisation de l'eau à Banda Atjeh. La station de Lambaro avait été construite au début des années 1980 par la société française Degremont, solidement implantée en Indonésie depuis les années 60.

C'est tout naturellement cet opérateur qui aurait été proposé pour conduire la rénovation, conduite à partir de capitaux français prêtés ou fortement subventionnés.

S'y ajoutait d'une part l'affirmation du savoir faire français et son antériorité dans le domaine de l'eau potable, d'autre part la possibilité ensuite d'affermier cette exploitation à la compagnie en question, ou à tout le moins la possibilité de proposer des services de maintenance correspondant à l'entretien futur de l'installation.

Les objectifs étaient ainsi autant diplomatiques, techniques que financiers.

Ces raisons décidèrent l'envoi d'une mission sur place en avril 2005, composée d'une personne d'une agence ce de l'eau ayant déjà travaillé en Indonésie dans les années 80 auprès du ministère de l'industrie, en charge de la coordination de la reconstruction. En ce qui concerne la partie technique de l'évaluation des besoins de reconstruction, un ingénieur du ministère de la santé avait été retenu¹³¹. Ce dernier avait déjà participé en janvier avec l'OMS à l'évaluation des besoins de réhabilitation, dont la station de potabilisation faisait partie. Il avait alors été sollicité pour une évaluation de la station et émettre un avis technique sur les propositions de réhabilitation. Toutefois, à aucun moment les autorités françaises (ambassade, consulat, service de coopération) ne cherchèrent durant ce temps à entrer en contact. Parlant indonésien, faisant partie d'une administration, il lui était par ailleurs plus facile d'établir des contacts avec des contreparties indonésiennes, ainsi qu'avec certains indonésiens ayant effectué leurs études en France en raison de relations personnelles.

Quant à la mission, une première journée à Jakarta confirmait l'absence de contacts établis avec les anciens élèves boursiers du gouvernement français et leur relatif dépit quant à l'intervention française. Ils assuraient toutefois de leur soutien le cas échéant.

La seconde partie de la mission se déroulait à Atjeh.

Elle ne pouvait qu'amener au constat d'un certain nombre de difficultés :

¹³¹ Talec J.F., Maison D ., 2005, rapport de mission sur les opportunités de réhabilitation de la station de traitement d'eau potable de la ville de Banda Aceh après le tsunami de 2004, Indonésie, télégramme diplomatique, Ministère des affaires étrangères, Jakarta, 3 p. (document interne, non publié).

- le processus de décision retenu pour attribuer les projets de réhabilitation manquait de lisibilité, demandant de démarcher toutes les parties potentiellement impliquées sans préjuger qui tiendra la décision ; cela demandait une connaissance suffisante des responsabilités juridiques des uns et des autres ; en cela, la partie française montrait sa méconnaissance de la réglementation indonésienne – et en amont, celle du fonctionnement de ce secteur de la part de la représentation diplomatique, qui n'avait pas été proactive pour s'informer en la matière en amont. Seul le gouverneur de la province avait été contacté, alors que, comme dans la plupart des pays, c'est le maire qui avait la responsabilité de la distribution d'eau et donc du choix de l'opérateur.
- le projet français n'était cité/connu –de prime abord- par aucune des parties, notamment des acteurs locaux, ce qui montre qu'il n'avait pas été suffisamment porté activement sur le terrain auprès de l'administration ; en cela, passer par les anciens boursiers indonésiens aurait incontestablement aidé.

Cela se doublait d'une relative naïveté en la matière : les agences de développement suisse et américaine avaient en effet déjà approché la municipalité et avait même signé avec elle un accord de coopération.

Dès lors, aussi complète que fut la proposition française, elle avait peu de chance d'aboutir. Quelques semaines plus tard, la décision fut prise en faveur de la coopération suisse.

Il aurait pu en aller autrement en utilisant les atouts français déjà en place en amont. En premier lieu, parmi les anciens boursiers français se trouvent le responsable du service juridique du ministère des travaux publics, parfaitement au courant de la réglementation concernant l'eau et donc avec lequel un contact en amont aurait permis de gagner du temps sur les projets concurrents.

En outre, l'OMS avait proposé à l'un des ingénieurs français du ministère de la santé ayant travaillé pour elle de renouveler son engagement sous forme de contrat. Il suffisait à l'administration française de donner son feu vert à cette mise à disposition, qui aurait permis un accès plus rapide et régulier à l'ensemble des informations nécessaires pour se positionner par rapport à d'autres projets proposés par les différents pays – voir pour

influer sur la décision du choix final – l'OMS étant en charge avec l'UNICEF de coordonner et de contrôler l'ensemble des actions ayant trait à l'eau dans la province.

Trois ingénieurs américains de la firme Pfizer furent mis en poste pour s'occuper des déchets (dont de nombreux déchets pharmaceutiques), d'assainissement et d'eau. Ils quittèrent l'OMS peu après l'attribution de la station de potabilisation de Lambaro et ne furent pas remplacés.

III.4. Conclusion

L'exemple du raz de marée de 2004 nous a permis de parcourir plusieurs types de réaction propres à l'univers des possibilités, différent selon chacun des acteurs intervenus.

Toutefois, on note que si les forces et les faiblesses de chacun sont différentes dans leur nature ou leur intensité, les mêmes défauts reviennent systématiquement dans la capacité.

L'un d'eux est la difficulté d'identifier les informations nécessaires à la décision et le cas échéant de mettre en œuvre les moyens nécessaires pour faire collecter ces données.

On voit par ailleurs qu'en situation de crise, cela demande de pouvoir s'adapter à des imprévus (de terrain, d'acteurs, de déroulement) qui mettent d'autant plus à mal ces capacités vis-à-vis de l'information.

S'il ne s'agissait que d'une capacité de mise en œuvre technique, les solutions plus ou moins mécaniques existeraient.

Il semble, notamment à travers l'exemple de l'OMS que cela aille parfois plus loin : l'impossibilité de mobiliser l'information efficace fait défaut car initialement, les objectifs et la vision manquent pour permettre d'identifier parmi la masse des informations, laquelle est utile. Ceci semble aller de pair avec l'absence d'une identité définie, accentuée par un roulement d'agents ne partageant ni un vécu, ni un savoir clair des possibilités que leur ouvre l'appartenance à ce type d'organisation.

Dans de telles conditions, il est difficile de coordonner des efforts : à partir de quels référentiels communs cette coordination prendrait-elle corps au-delà du domaine technique ?

Le positionnement par rapport aux autres acteurs traitant des dossiers similaires est alors indispensable et permet de se définir au moins par le refus d'explorer des pistes d'actions dans lesquels les investissements seraient éphémères ou trop peu efficaces.

En outre, à travers ces deux exemples nous avons montré l'intérêt que procure une représentation au sein d'un organisme international. Observatoire irremplaçable, une telle position permet d'accéder à des informations dans un contexte neutre. Dès lors et en l'absence de moyens contraignants, c'est cette capacité à coordonner des informations et à les diffuser qui fonde le crédit et la légitimité d'une telle institution.

Cet enseignement sera mis en évidence sous d'autres de ses aspects dans le chapitre 5.

Chapitre IV

Un exemple de recherche action : le service de santé environnement du ministère de la santé en Guyane française

Chapitre 4 : Un exemple de recherche action : le service de santé environnement du ministère de la santé en Guyane française

Les précédents chapitres ont été consacrés à établir un contexte de travail, en décrivant deux grands référentiels théoriques : d'une part celui de l'information, sa construction, son traitement puis son utilisation ; d'autre part celui de la santé environnementale, depuis ses principaux concepts jusqu'à son interprétation et sa mise en pratique par le ministère de la santé français.

Les paragraphes qui suivent nous permettront de confronter ces deux corpus aux fins de leur application pratique dans un contexte territorial précis.

Le choix de ce territoire a mûri au fil des interrogations personnelles et professionnelles apparues lors des expériences précédentes.

La première de ces expériences résulte d'une fonction exercée au sein des services centraux du ministère de la santé. Comme évoqué dans les paragraphes ci-dessus à propos du fonctionnement du ministère, la complexité apparente du processus de décision, alliée à celle propre aux enjeux de santé environnementale, avait abouti à un certain nombre de questionnements.

Au premier chef, venait une interrogation sur l'ordre de valeur d'un domaine, celui de la santé environnementale, le plus souvent occulté par les aspects curatifs des politiques de santé, avec qui il entrait en « concurrence » quant à sa (re)connaissance, la pondération des choix de stratégie en matière de santé publique, et donc assez logiquement pour l'accès aux ressources. Pourquoi les aspects techniques de ces champs respectifs n'étaient-ils pas plus fortement pris en compte parmi les premiers critères de décision ? Pour quelle raison, alors qu'ils étaient sollicités de façon pressante par les décideurs dans la difficulté, les avis des professionnels de santé environnementale et experts étaient-ils pour partie au moins relégués au second plan ? S'agissait-il d'une série de choix *ad hoc*, ponctuels et sans liens, ou était-ce plus généralement le fruit d'une attitude plus systématique, faisant prendre en compte d'autres facteurs de décision – et de ce cas lesquels ?

Une seconde interrogation concernait ce qui ressemblait à une compétition croissante dans le champ de la santé environnementale entre à les échelons centraux de l'administration de la santé et de l'environnement. Cette rivalité semblait d'ailleurs passer au premier plan lors de certaines décisions, privilégiant l'affirmation ou la posture d'une entité aux dépens de l'efficacité technique de l'ensemble – de l'appareil d'état en l'occurrence mais également des relations qu'il entretient avec les parties prenantes concernées de la société civile.

Mais peut-être que ces considérations ne résultaient que d'une perception biaisée, fondée uniquement sur des rivalités personnelles et ponctuelles, ou limitées aux états-majors ?

Quelles qu'aient été les observations découlant de cette première expérience, il restait possible de les taxer de superficielles : l'administration centrale étant relativement éloignée du terrain, tout constat pouvait être entaché d'un biais d'appréciation quant au fonctionnement global de l'institution. Et ce qui était vraisemblable à Paris pouvait n'avoir *in fine* que peu d'impact sur la marche réelle de l'administration localement et donc finalement la gestion concrète des affaires.

Réels ou supposés, ces phénomènes de compétition fournissaient cependant un cadre de lecture fécond pour envisager les actions de santé environnement. Si la compétition, voire la concurrence comme moteurs des décisions devaient jouer, il était pourtant difficile d'expérimenter concrètement sa gestion au sein du ministère de la santé, ceci pour au moins deux raisons. La première raison est une quasi absence de responsabilité détenue par la plupart des agents traitant techniquement et donc au plus près les dossiers. Introduire des paramètres ayant trait au caractère compétitif revenait à lancer une bouteille dans une mer aux courants aussi lointains et compliqués que la hiérarchie décisionnelle, sans aucune visibilité quant aux suites possibles et donc avec une faible probabilité de décrire et corriger la séquence amenant à prendre en compte ou non ce type d'influences.

La seconde raison réside en une dilution considérable des éléments de nature techniques au long des chaînes de décisions. Les intrants techniques, seuls à pouvoir être proposés pour la prise de décision, se trouvaient ainsi affaiblis voire mis de côté.

L'ensemble rendait par conséquent aléatoire l'exercice d'une influence, son évaluation et partant, ses effets concrets.

Sous l'aspect de la compétition, nos différentes missions effectuées après le tsunami à Sumatra ont constitué un second type d'expérience, bien plus riche, que ce soit pour l'OMS

ou pour les autorités françaises. L'absence de coordination institutionnelle et les lacunes liées au secteur de l'information s'étaient alternativement révélées à l'origine d'une inefficacité notoire. Certes, elles pouvaient être expliquées au moins partiellement par des conditions extrêmes, issues de l'ampleur sans précédent de la crise. Il est également vrai que la multiplicité des acteurs, de leur nature et de leurs compétences avait encore rendu la tâche plus ardue. Pourtant, certaines lacunes avaient trait à la façon même d'envisager un positionnement et une organisation « à froid » des réseaux d'information et d'influence – ou plus précisément à l'incapacité à le faire posément en l'occurrence.

En ce sens, un autre enseignement avait alors été l'inefficacité relative des moyens déployés malgré (en raison de ?) leur importance considérable. La catastrophe ne faisait en effet qu'ajouter à des problèmes chroniques et structurels de gouvernance, de technique de santé publique, d'organisation administrative.

Le décalage du fonctionnement de chacun de ces trois domaines était flagrant.

Un doute subsistait pourtant sur la pondération relative des facteurs d'inefficacité d'une part, sur le lien spécifique de ces facteurs au contexte local d'autre part. Ainsi par exemple, une série de clichés revenait fréquemment pour expliquer la situation dégradée des territoires atteints. Pour les uns, c'était la pauvreté et le manque de moyens accordés aux politiques publiques (ou la corruption, y soustrayant les subsides nécessaires). Pour les autres, c'était l'incapacité technique des acteurs locaux à mettre en place des politiques. Enfin, l'organisation administrative était mise en cause, quand ce n'était pas tout simplement – préjugé plus ou moins avouable – une prétendue inaptitude locale de l'Indonésie ou des pays du sud à l'organisation de crise.

C'est plus particulièrement ce dernier point, ne serait-ce que par ses sous-entendus agaçants et récurrents, qui a engendré une nouvelle série de questionnements.

Exprimé autrement, sous des conditions matérielles, administratives, techniques a priori plus favorables, jusqu'à quel point était-il possible d'obtenir de meilleurs résultats sur un terrain comparable à Sumatra / à l'Indonésie ?

Ces conditions permettaient-elles de mieux comprendre ce qui manquait à ce pays pour pouvoir améliorer la gestion quotidienne de ses problèmes de santé environnementale, par exemple pour la gestion de l'eau et de l'assainissement ?

Réciproquement, peut-être que la pénurie de moyens matériels et la précarisation de l'exercice de la santé publique en Indonésie avait donné naissance à des méthodes plus frugales, plus judicieuses et dont il était judicieux et souhaitable de s'inspirer pour les reprendre et les développer dans des contextes similaires ? Si jusqu'à présent certains ont orienté les échanges en matière de développement et de coopération du Nord vers le Sud, pourquoi ne pas parier que des échanges Sud-Sud pourraient être plus féconds en raison de la similitude des difficultés auxquelles les partenaires seraient confrontés au quotidien ?

En 2006, l'ensemble de ces interrogations m'a décidé à poursuivre nos observations de façon active sur le terrain. Au-delà des questionnements, il s'agissait de tester des solutions susceptibles d'apporter des améliorations, même modestes, en partant des enseignements précédents. Restait à trouver le poste et les responsabilités administratives s'y prêtant.

Comme on l'a vu plus haut, les ingénieurs sanitaires sont statutairement amenés à exercer au sein du ministère de la santé, outre en administration centrale, également à l'échelon régional (alors en Direction régionale des affaires sanitaires et sociales - D.R.A.S.S.) ou départemental (Direction départementale des affaires sanitaires et sociales - D.D.A.S.S.)¹³².

Alors que les D.R.A.S.S. possédaient administrativement un rôle tourné vers la coordination régionale –sans prérogative hiérarchique par rapport à l'échelon départemental– les D.D.A.S.S. étaient le lieu de l'administration des politiques sanitaires au plus près de l'utilisateur. Ces deux fonctions étaient rarement confondues avant la réforme apportée par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST), à l'exception des départements français de l'Atlantique (ou D.F.A.), à savoir les DOM Antilles-Guyane.

Cela restreignait donc d'autant le choix de terrains les plus intéressants, en contraignant à choisir dans la plupart des cas entre un échelon technique de coordination, mais éloigné de la mise en œuvre concrète des décisions d'un côté (D.R.A.S.S.), et de l'autre un échelon très proche du terrain, mais ne possédant qu'à un moindre degré une vue d'ensemble sur la connexion entre son travail quotidien et les politiques régionales ou nationales les ayant impulsées.

¹³² Depuis le 1^{er} avril 2010, les deux entités ont été regroupées en agences régionales de santé (ARS), qui dans leurs structures conservent un échelon départemental et un échelon régional.

Cette première considération orientait donc mon choix vers les D.F.A. où prérogatives régionales et départementales sont confondues pour être traitées par un service unique : depuis la réforme de décentralisation de 1982, la Guyane constitue une région monodépartementale.

Autre critère de choix issu de nos interrogations, le degré de développement économique du territoire, permettant de s'approcher au plus près des contraintes et caractéristiques d'un pays du Sud. De tous les départements français, le plus pauvre en termes de revenus par habitant et le moins développé était en 2006 celui de la Guyane¹³³.

L'opportunité faisait le reste, puisqu'un poste de responsable de service santé environnement se libérait en Guyane en été 2006, pour lequel ma candidature était retenue.

Pour les uns synonyme du baignage, pour les autres un « enfer vert » ou encore « nouveau *far west* français¹³⁴ »... Peu connu ou fréquemment victime de clichés, le territoire guyanais semble devoir faire l'objet d'une introduction préalable dans les paragraphes qui suivent, permettant de tracer le cadre dans lequel s'inscriront ensuite les aspects plus propres aux thèmes de ce mémoire.

Nous examinerons ensuite la structure du territoire sous ses aspects humains et institutionnels. Ces éléments de contexte permettront de brosser le tableau des priorités de santé environnementale dans le département, pour aboutir enfin aux actions entreprises pour les promouvoir, qui ont constitué le cœur de notre recherche-action dans la dernière partie de cette thèse.

Plus particulièrement, nous détaillerons trois études de cas : l'une ayant trait à la lutte contre les vecteurs d'une maladie transmissible, la dengue, la seconde visant à améliorer l'accès à l'eau potable, la troisième ayant trait à la prévention de la contamination par le mercure des populations amérindiennes.

¹³³ Depuis les résultats du référendum de 2009 menant vers la départementalisation de l'île, Mayotte est désormais candidat à ce titre peu envié.

¹³⁴ Du nom d'un reportage diffusé par la chaîne M6 le 4 mars 2007, dont la vidéo au contenu aussi réducteur que son titre, est consultable en ligne sur <http://video.google.fr/videoplay?docid=-2633375282928431344#>.

Nous tenterons de tirer les principaux enseignements se rapportant aux questionnements évoqués plus haut.

IV.1. Quelques arpents de forêt équatoriale : la république française en Amérique latine

IV.1.1. Territoires naturels, territoires culturels : une compartimentation prégnante, fruit d'un héritage historique

IV.1.1.a. Un territoire enclavé et distant de sa métropole

La Guyane rassemble plus d'une singularité au sein de l'ensemble national. Contours géographiques et histoire guyanaise sont intimement mêlés. Passons-les tour à tour en revue.

La superficie totale de la Guyane est d'environ 80 000 km², soit environ la superficie du Portugal ou de la Belgique. Près de 80% de ce territoire sont encore constitués de forêt primaire. Jusqu'à il y a peu, seuls les fleuves permettaient de pénétrer ce territoire, non sans danger : des barres rocheuses ponctuant le tracé des cours d'eau forment autant de rapides rendant la navigation périlleuse. Administrativement, aucun fleuve guyanais n'est ainsi considéré comme navigable. Aussi, « la navigation s'y exerce librement aux risques et périls des usagers qui doivent s'assurer en permanence de la profondeur de l'eau et de l'absence d'écueils et d'obstacles. »¹³⁵

Sous réserve d'aménagements, de petits avions ou surtout l'hélicoptère permettent un accès plus rapide et plus large, mais avec des coûts bien plus importants¹³⁶.

La figure 10 montre le rapport relatif de ce territoire par rapport à la métropole, ainsi que par rapport aux autres DOM et collectivités d'outre-mer.

¹³⁵ Site du service du ministère de l'équipement en Guyane, (ex-DDE), <http://www.guyane.equipement.gouv.fr> consulté le 3 mars 2010.

¹³⁶ Environ 200 à 300 euros de l'heure.

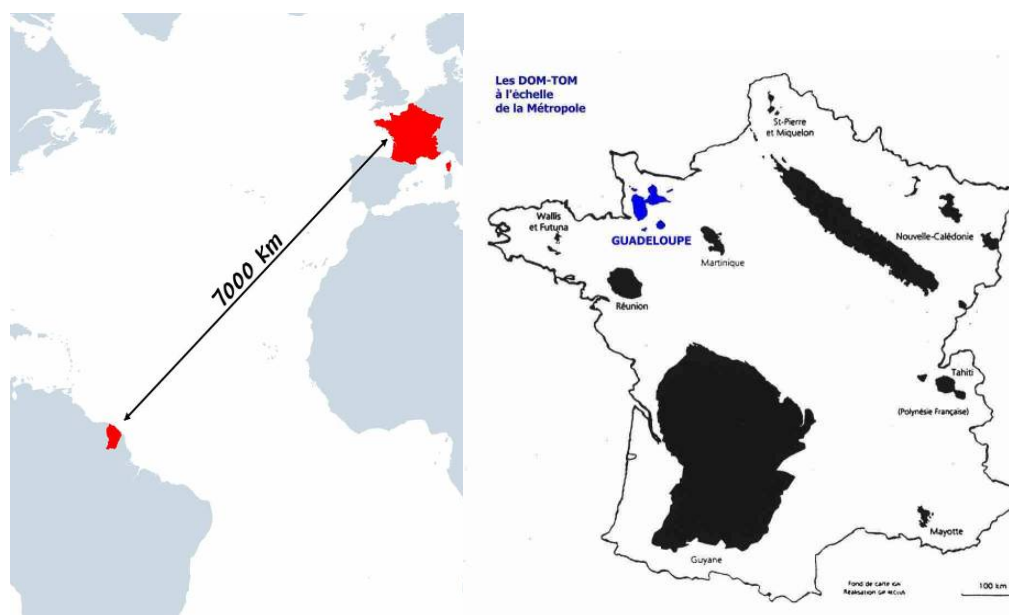


Figure 10 : situation géographique de la Guyane, superficie relative par rapport à la métropole.

Figure 10 : geographical position of French Guiana, size and distance compared to continental France.

A plus de 7000 km de Paris, la Guyane se situe comparativement plus proche de Rio et New-York (5000 km de chaque). Le premier territoire français, la Martinique, se trouve à 1500 km.

La figure suivante présente les dimensions propres du territoire, ainsi que ses principaux centres urbains. Le chef lieu, Cayenne, est également la première agglomération du département. Elle comptait environ 58 000 habitants en 2006 selon l'INSEE¹³⁷. Toutefois, avec les communes voisines, cette agglomération regroupe près du tiers des guyanais et concentre l'appareil administratif et économique du département. A 250 km l'ouest, face au Suriname sur le fleuve Maroni, on trouve l'agglomération de Saint-Laurent-du Maroni avec 33 000 habitants environ, tournés vers le secteur primaire. Son pendant face oriental est Saint-Georges-de-l'Oyapock, avec seulement 3 200 habitants environ et qui n'est relié à Cayenne par 180 km de route carrossable continue que depuis une dizaine d'année. Enfin, Maripasoula est la plus vaste commune française avec environ 18 000 km² de territoire amazonien (soit la taille du Limousin), mais ne rassemble que 4 000 habitants environ,

¹³⁷ INSEE, 2006, Enquêtes de recensement de la population 01/01/2006, [en ligne] http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=25&ref_id=14235#inter2, consulté le 29 mai 2010.

attirés récemment par les services (eau, électricité, services administratifs) et les emplois qu'ils peuvent procurer.

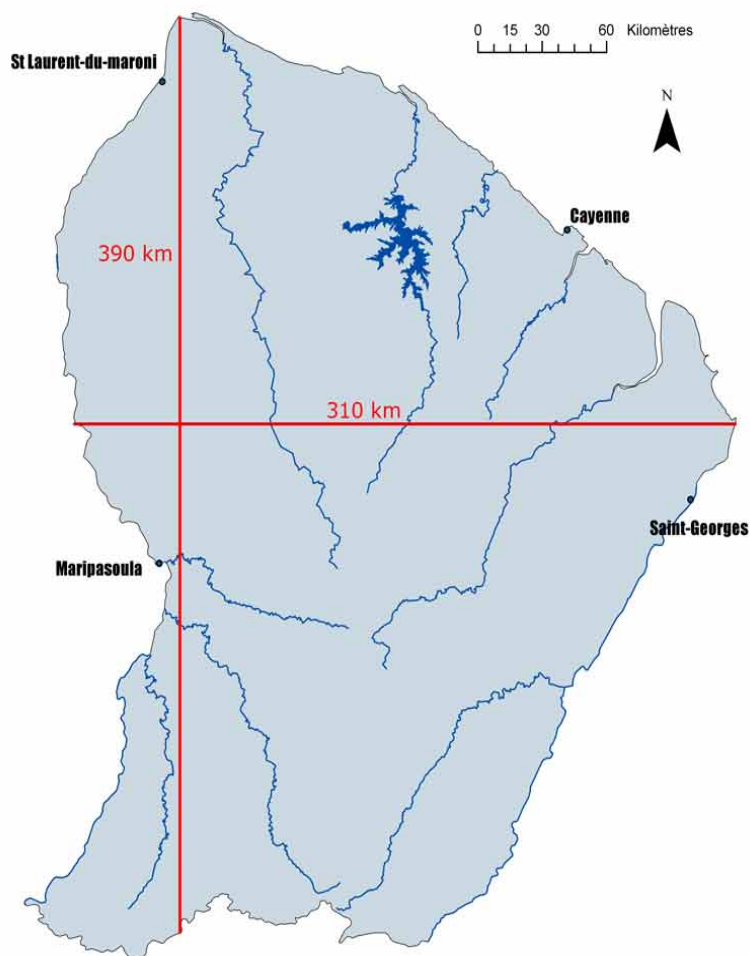


Figure 11 : dimensions et principaux centres urbains guyanais.

Figure 11: dimensions and main cities in French Guiana.

Comme évoqué plus haut, cette géographie est tributaire d'une évolution et d'un statut singuliers.

Tout d'abord, la Guyane est le dernier territoire non indépendant d'Amérique latine avec les îles Malouines. Elle aura subsisté successivement aux grandes révolutions bolivariennes du

XIX^{ème} siècle, puis à la décolonisation des Guyanes anglaise et néerlandaise dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle¹³⁸.

L'implantation française aura pourtant reposé au cours du temps sur des attendus aussi variables que son emprise géographique. Après une reconnaissance sans lendemain en 1604 par un certain La Ravardière, elle débuta avec l'arrivée de commerçants normands de la Compagnie du Cap Nord fondant Cayenne en 1643 sur la côte atlantique. Il s'agissait de faire commerce avec l'intérieur des terres depuis ce comptoir, espérant également trouver là le fameux eldorado, mais aussi de prendre pied dans cette partie du monde en densifiant le maillage des places fortes françaises dans les Caraïbes.

La présence européenne s'est heurtée aux populations amérindiennes du littoral, estimées alors à environ 20 000 habitants¹³⁹. Ceux-ci, mais surtout les conditions sanitaires

¹³⁸ La valeur de ce symbole est extrêmement forte sur ce continent très politisé, où les mouvements de libération de la tutelle européenne (essentiellement espagnole), synonyme d'arbitraire et de tyrannie coloniale, constituent les événements fondateurs d'un nationalisme vivace. Consciemment ou non, cette aversion contre le colonisateur, également esclavagiste, continue de teinter les échanges et possède ses contreparties sur le terrain politique.

Ainsi par exemple, la France ne constitue qu'un membre observateur au sein de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS-OMS), bien qu'exerçant son autorité de plein droit sur un territoire latino-américain en plus de ses territoires des Caraïbes.

Dans un autre registre, on peut remarquer l'ironie du président brésilien Lula, accueillant le président Sarkozy sur la rive française de l'Oyapock par un « Soyez le bienvenu (...) en Amazonie française, à 1 000 mètres de l'Amazonie brésilienne. » (12 février 2008, <http://www.elysee.fr/president/les-actualites/conferences-de-presse/2008/conference-de-presse-conjointe-m-luiz-inacio.5906.html>). Certaines gazettes brésiliennes considèrent régulièrement le territoire guyanais comme une anomalie aux portes de l'immense Brésil. Les incidents –fréquents- entre gendarmes et ressortissants brésiliens sont l'occasion de déchaînements dans la presse brésilienne, les rédacteurs n'hésitant pas à comparer les forces de l'ordre françaises à la Gestapo (quotidien France Guyane, « Au cœur d'Harpie », 7 juin 2010 p.2). A ce titre, on consultera plus généralement l'ouvrage polémique mais bien documenté de G. Police paru en 2010 : *€udorado, Le discours brésilien sur la Guyane française*, L'Ibis rouge éditeur, Cayenne, 520 p.

L'auteur défend pour thèse que le Brésil possède un regard essentiellement négatif sur la Guyane française, qu'il cherche à utiliser à son profit dans diverses négociations dépassant largement les simples relations de voisinage. La Guyane constitue une mise parmi d'autres dans le jeu des relations internationales entre Paris et Brasilia, axe fort de la politique étrangère française dans cette partie du monde.

Comme pendant à cette théorie, d'autres supposent le Brésil n'a pas renoncé à récupérer cette partie du continent, mais plutôt que sur la force, préfère jouer sur le temps et sur le consentement en raison de liens croissants entre territoires. Ainsi, la Guyane continue de faire partie de l'Etat d'Amapa selon les manuels scolaires brésiliens (Mouren-Lascaux P., 1990, *La Guyane*, éditions Karthala, p. 158). En outre, malgré ses déclarations, le Brésil n'entreprend rien de sérieux pour endiguer l'immigration frontalière clandestine vers la Guyane ; en aurait-il d'ailleurs les moyens vu l'attrait exercé par la différence matérielle de part et d'autre de la frontière ? À long terme, cette progression lusophone ne pourra être que payante, ce calcul valant également pour le Suriname et dans une moindre mesure le Guyana. Ces deux derniers possèdent en outre une inégalité géopolitique et économique largement en leur défaveur lorsqu'il s'agit de traiter avec Brasilia, facteur d'influence brésilienne supplémentaire dans la région. Long terme ou court terme, le Brésil joue donc gagnant dans la région.

déplorables (fièvre jaune, humidité, malnutrition...) expliquent l'échec d'une dizaine de colonisations françaises successives, avant que les Hollandais ne s'installent à Cayenne en 1656 avec les premiers esclaves africains. Les Français les en chassèrent en 1664 et malgré des changements de main épisodiques, conservèrent leur influence sur un territoire mal connu et délimité avec incertitude, d'un côté par le Brésil portugais, de l'autre par la Guyane néerlandaise¹⁴⁰.

Le différend avec le Brésil indépendant fut soumis à l'arbitrage du Conseil fédéral suisse à la fin du XIX^{ème} siècle : celui-ci donna raison au Brésil en 1900. La délégation brésilienne, bien préparée, gagna les arbitres à ses vues, tandis que la France envoya des diplomates médiocres, peu au fait de la question et surtout dépourvus de tout relevé géographique sur leurs prétentions, à la différence des Brésiliens. Près de 260 000 km², soit trois fois la superficie de la Guyane actuelle, échappèrent aux Français par négligence. Vestige de l'influence française durant 2 siècles, les communautés amérindiennes de ce territoire aujourd'hui brésilien parlent encore créole et continuent d'avoir des contacts (intermariage, commerce...) avec les communautés guyanaises.

Désormais voisin sur près de 600 km de frontière commune¹⁴¹, l'Etat d'Amapa (le Brésil est une république fédérale) est l'un des plus pauvres du pays. Il passe également pour l'un des plus corrompus. Il fait l'objet d'un relatif désintérêt de la part de Brasilia et plus généralement des Etats du sud du Brésil, où se concentrent pouvoir et activités économiques.¹⁴² Les moyens de circulation y sont aléatoires. La route reliant Macapa, sa capitale, au sud du pays est plus tributaire du climat que des efforts relatifs des autorités. Quant aux liens avec la Guyane française, ils se font difficilement par route puisque celle-ci est de très mauvaise qualité entre Macapa et la ville frontière d'Oyapoké, lorsque les bus de voyageurs ne sont pas plus simplement détroussés par des bandits de grand chemin¹⁴³. Non moins importants,

¹³⁹ Rostain S., 1994, Archéologie du littoral de Guyane, une région charnière entre les influences culturelle de l'Orénoque et de l'Amazone, *Journal de la Société des américanistes*, volume 80, pp. 9-46, [en ligne] http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/jsa_0037-9174_1994_num_80_1_1524, consulté le 23 juillet 2009.

¹⁴⁰ Le Roux J., 2008, atlas historique de la Guyane du XVI^{ème} au XIX^{ème} siècle, Valhermeil, Saint-Ouen-l'Aumône, France, p. 84 et suivantes.

¹⁴¹ Mouren-Lascaux P., 1990, opus cité, p. 15.

¹⁴² Source : plusieurs entretiens personnels avec des représentants brésiliens.

les autres liens avec le reste de la fédération hasardeux et discontinus. L'Amapa partage ainsi avec le Roraima le douteux privilège d'être un des deux états brésiliens privés d'ADSL¹⁴⁴.

Sur la frontière orientale de la Guyane française, l'ancienne Guyane hollandaise est devenue autonome en 1945 puis indépendante en 1973 sous le nom de Suriname, sans que soit réglé pour autant le différend frontalier relatif à son tracé exact en amont du fleuve Maroni. Cette incertitude perdure, les discussions reprises dans les années quatre-vingts dix, passée la guerre civile surinamienne, n'ayant pas abouti. De fait, les cartes surinamiennes et françaises diffèrent sur la zone contestée, délimitée par un affluent du Maroni.

Il convient de souligner que, comme dans le cas précédent de la frontière avec le Brésil, l'administration française ne possède actuellement pas de relevé détaillé des quelques 500 km de sa frontière orientale¹⁴⁵, notamment quant aux implantations humaines. C'est loin d'être le cas pour l'administration surinamienne. Non seulement la leçon brésilienne de 1900 ne semble pas avoir été retenue côté français, mais il est aisé d'imaginer les difficultés de gestion et d'administration d'une population impossible à localiser même grossièrement. Nous y reviendrons plus loin.

En guise de conclusion sur ces quelques éléments géographiques, soulignons un relatif isolement du territoire guyanais, que ce soit par la mer ou la forêt. Les pays voisins sont en relations épisodiques, lâches voire conflictuelles avec le territoire guyanais.

Voyons à présent les éléments humains caractérisant le territoire.

IV.1.1.b. Mosaïque culturelle, interrelations complexes

La majorité du territoire guyanais étant encore aujourd'hui forestier comme vu plus haut, il n'est guère étonnant que la densité moyenne de la population n'y atteigne qu'environ 2 habitants au km², répartis très inégalement (voir figure 12). Le littoral, aménagé sur une

¹⁴³ Voir encore récemment sur le site internet Brasilyane le 23 juin 2010, une référence des actualités de l'Amapa en français : « Oiapoque-Macapá: Attaque d'un bus sur la BR156 », http://brasilyane.com/index.php?option=com_content&view=article&id=195:2306-oiapoque-macapa-attaque-dun-bus-sur-la-br156&catid=34:actualites-amapa&Itemid=60

¹⁴⁴ Brasilyane, 5 mai 2010, « Internet: l'ADSL guyanais bientôt partagé avec l'Amapá ? », http://www.brasilyane.com/index.php?option=com_content&view=article&id=153:0505-internet-ladsl-guyanais-bientot-partage-avec-lamapa-&catid=34:actualites-amapa&Itemid=60.

¹⁴⁵ Mouren-Lascaux, 1990, op.cité, p. 12.

cinquantaine de kilomètre de large avant de laisser place à la forêt amazonienne, concentre en effet 90% des quelques 209 000 guyanais officiellement recensés par l'INSEE en 2007¹⁴⁶.

Mais surtout, il convient de noter l'accroissement spectaculaire de la population. L'indice conjoncturel de fécondité s'élève à 3,9 enfants par femme, soit un niveau voisin de celui d'Haïti mais dépassant nettement celui des pays voisins¹⁴⁷. La fécondité élevée s'accompagne d'une extrême jeunesse de la population : 43 % des habitants ayant moins de vingt ans. Il faut y ajouter la part importante que prennent les immigrants, formant 29 % de la population guyanaise en 2005¹⁴⁸.

¹⁴⁶ INSEE, IEDOM, AFD, 2008, Guyane, un développement sous contraintes, 83p., [en ligne], http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=25&ref_id=13479 consulté le 25 juillet 2009.

¹⁴⁷ L'indice conjoncturel de fécondité est ainsi de 2,3 enfants par femme au Brésil (même si une moyenne ne signifie pas grand-chose à l'échelle d'un tel pays), 2,5 au Suriname et 2,7 au Guyana (Ined, Tous les pays du monde, Population et sociétés n° 436).

¹⁴⁸ INSEE, 2008, opus cité.

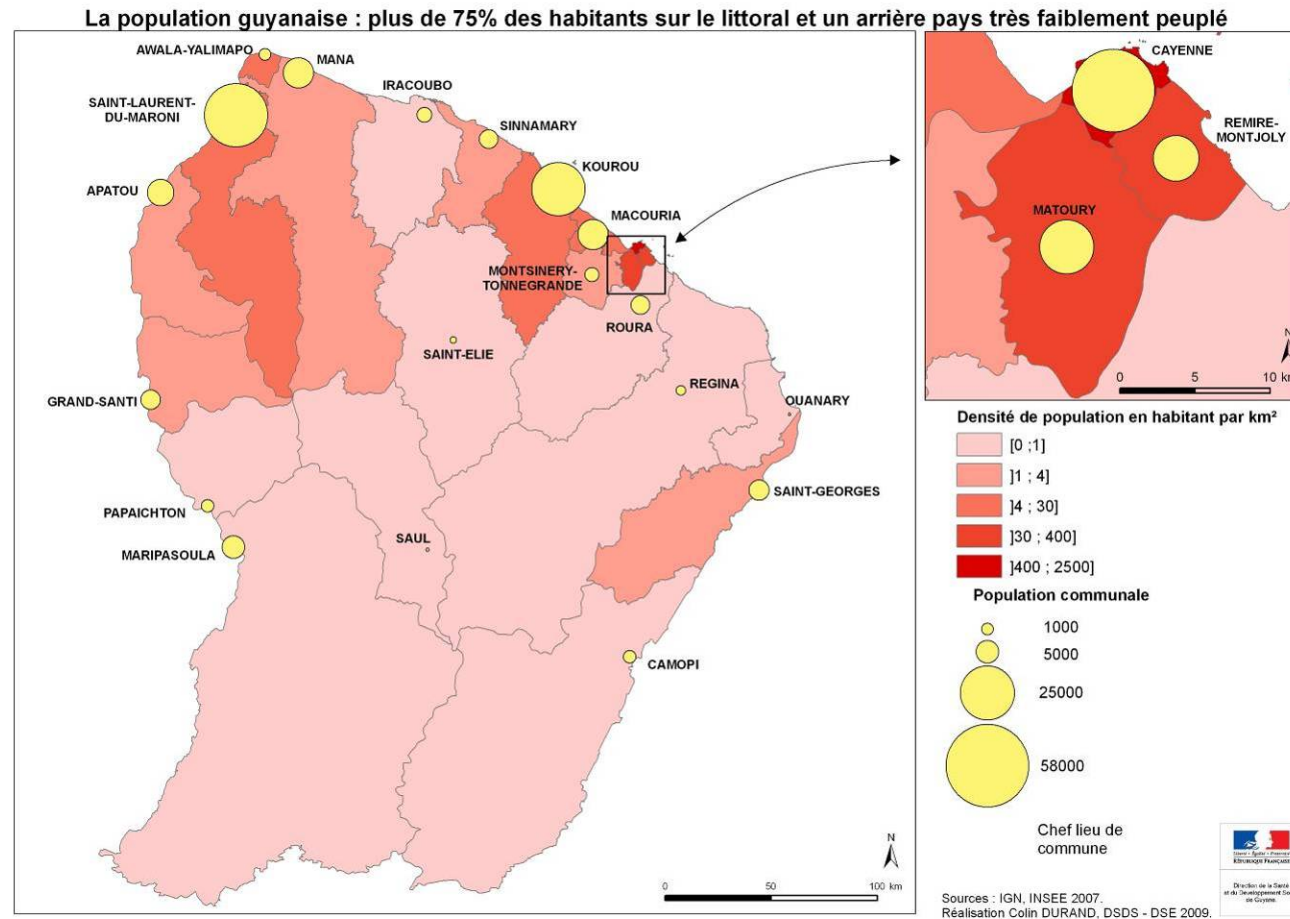


Figure 12 : densité et répartition des populations en Guyane.

Figure 12 : population spread and density in French Guiana.

Source: Direction de la santé et du développement social de la Guyane, 2009, d'après INSEE et IGN, 2007.

Fruit de son histoire, la diversité des populations continue de rester un fondement majeur du plateau des Guyanes. Des descendants des premiers habitants il ne reste plus que quelques groupes épars. La plupart a été décimée, notamment par des épidémies venues des vieux continents (paludisme, variole), mais également étant confrontés aux vagues de migrants venus d'Europe et d'Afrique dans le cadre d'une colonisation recourant massivement à l'esclavage. Une fois celui-ci aboli au XIX^{ème} siècle, les puissances européennes ont réagi en deux temps.

Elles pensèrent pouvoir poursuivre l'exploitation des terres en recourant à une politique d'engagisme, reposant sur des migrants « volontaires » venus d'Inde, de Java, auxquels des contrats inégaux faisaient miroiter la possibilité d'un enrichissement rapide, en plus d'échapper aux inégalités des empires coloniaux anglais et néerlandais¹⁴⁹.

L'échec patent de cette approche fit tenter de substituer à l'exploitation du territoire une politique de peuplement, en incitant notamment les « engagés » côté néerlandais, les bagnards côté français, à rester sur place.

Aux premiers on proposait des lopins de terre en échange de leur renoncement à leur droit de disposer d'un billet retour pour leur pays, une fois la durée du contrat effectuée¹⁵⁰.

De son côté, le prince Louis-Napoléon nouvellement élu, fit spécifiquement appel à des captifs organisant en Guyane (et en Nouvelle-Calédonie) une « colonie pénitentiaire » à compter de 1852¹⁵¹. Les bagnards, une fois libérés, étaient pénalement contraints à rester sur place par la loi du 30 mars 1854 dite du « doublage »¹⁵²: ils devaient servir en Guyane pour une durée équivalente à leur peine purgée. Encore étaient-ils initialement interdits dans Cayenne pour la plupart (pour des raisons de sécurité) et donc réduits à vivre aux marges

¹⁴⁹ Maison D., Jay P.O., Lasut C., 2010, La terre d'en face, Java sur les rivages de l'Atlantique, 120 ans de présence javanaise au Suriname, Magazine « Une saison en Guyane », 1^{er} semestre 2010, Aymara productions éditeur, p. 38.

¹⁵⁰ Hoeffte R., 1998, In place of slavery: a social history of British Indian and Javanese laborers in Suriname, University Press of Florida, p. 56.

¹⁵¹ L'idée n'était pas neuve : les « transportations » politiques sous le Directoire – notamment contre les prêtres réfractaires – et la réputation de dévoreur d'hommes du lieu étaient d'ores et déjà établies. C'est de cette époque que date le surnom de « guillotine sèche » pour désigner ce territoire. Le tournant pris dans la seconde moitié du XIX^{ème} siècle systématise en revanche « l'éloignement » cette fois pour les criminels de droit commun, et d'autre part établit le système pénal laissant aux bagnards des chances infimes de réintégration dans la société, laissant encore moins d'espoir pour un retour vers la métropole. Tour à tour A. Londres (1923, Au bagne, coll. « Motifs », Le serpent à plumes, 2002 ; 246 p., première publication dans Le Petit Parisien en août-septembre 1923.) puis le roman populaire « Papillon » (Charrière H., 1969, Papillon, éditions du Livre de poche, Paris, 186 p.) rendirent compte des conditions terribles des bagnards.

¹⁵² Loi du 30 mars 1854 sur la transportation des condamnés aux travaux forcés hors de France.

urbaines encore vierges et insalubres. Les plus doués étaient employés au compte-goutte et montrant patte blanche, en faisant une main d'œuvre corvéable et extrêmement docile : une récidive signifiait une nouvelle incarcération, plus dure. Quant aux autres, ils étaient livrés à eux-mêmes, voire les poussant soit vers la forêt, les marais, les pays frontaliers ou la récidive. Raison initiale auquel le bagne avait été chargé de remédier... concomitamment à l'objectif de réaliser des économies pour un système pénitentiaire national saturé !¹⁵³

La République versaillaise née sur les ruines de l'empire ne fut que trop contente de trouver là un exutoire pour les communards puis bientôt pour les « indigènes » réfractaires à sa politique coloniale. Bagnes d'hommes, de femmes, d'annamites, de malgaches, les lieux-dits guyanais témoignent encore de ceux qui ont disparu ou se sont fondus dans le métissage.

Chacune de ces tentatives de peuplement et d'exploitation se solda par un échec, parachevé par l'effondrement des matières premières et des économies des métropoles lors de la crise de 1929. Des décennies d'immigration jetèrent ainsi successivement sur le littoral guyanais des populations déracinées, coupées voire exclues tout autant de leur société « d'accueil » que de leurs terres d'origine¹⁵⁴. Coercition, violence, discrimination par un système qui avait par ailleurs pris soin de dresser ces différents groupes les uns contre les autres par la force, la manipulation et la peur, afin de prévenir toute coalition. Violences, discrimination raciale, politique et sociale, c'était là tout l'héritage commun des Guyanes.

Il n'est donc guère étonnant que l'on retrouve dans l'organisation actuelle des peuplements des traces de plusieurs siècles de cette société inégalitaire. Sans prétendre être exhaustif, la description des principaux groupes dans les lignes suivantes permettra de se faire une idée tout à la fois de leur place dans la société guyanaise, en illustrant également les relations entretenues entre les différentes cultures guyanaises.

Commençons par noter que les effectifs de populations fournis par la suite sont approximatifs et issus de différentes conversations et évaluations personnelles, recoupées d'éléments officiels.

¹⁵³ Kaluszynski M., 1999, Le criminel à la fin du XIX^{ème} siècle: Autour du récidiviste et de la loi du 27 mai 1885. Un paradoxe républicain, pp. 3 et 4 ; [en ligne], http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/34/31/95/PDF/Le_criminel_a_la_fin_du_XIXeme_siecle.i_1885.pdf, halshs.archives-ouvertes.fr, consulté le 15 octobre 2009.

¹⁵⁴ C'était le cas par exemple des Indiens, rejetés car perdant leur caste et donc tout statut social une fois passée la mer.

En effet, il n'existe pas en France de recensement par ethnie, contraire aux principes républicains. Des évaluations restent toutefois réalisables de façon vraisemblable dans la mesure où les différents groupes restent relativement séparés selon des compartiments géographiques clairement marqués. Cette remarque liminaire explique le peu de références bibliographiques fournies ci-dessous.

Premiers arrivants, aujourd'hui minoritaires (quelques milliers), les amérindiens sont regroupés essentiellement le long des fleuves frontières et dans une moindre mesure sur le littoral en villages ou hameaux, parfois constitués de seulement quelques cases (appelées localement « carbet »). Autrefois nomades car suivant poissons et gibiers, mais pratiquant également l'agriculture localement, ces petits groupes sont désormais sédentaires. Les groupes présents en Guyane, parmi lesquels les spécialistes distinguent une dizaine de peuplements culturels majeurs, sont constitués soit de reliquats des anciens groupes présents à l'arrivée des Européens, soit issus de migrations récentes venant de l'intérieur de l'Amazonie et dont les mouvements vers les côtes le long des fleuves ont été stoppés au contact des nouveaux arrivants¹⁵⁵.

Parmi ceux-ci, les premiers à explorer la forêt et à en tirer leur subsistance sont les « noirs marrons », présents uniquement le long du fleuve Maroni. Leurs ancêtres s'y sont établis après avoir fui les plantations du Suriname, cherchant la sécurité du côté français alors quasiment désert à l'exception de quelques places fortes urbaines et des peuplements indiens nomades.

A partir d'un fond culturel africain varié, les marrons ont su développer une synthèse propre à leur nouvel environnement, fondant ainsi des institutions très fortes ainsi qu'un sentiment identitaire marqué, né de leurs tribulations¹⁵⁶.

Aujourd'hui, ce n'est pas tant l'origine géographique initiale des marrons qui les distingue que le passé guyanais de leurs ancêtres. Les uns sont issus de groupes de fugitifs tentant d'échapper au régime extrêmement dur imposé par les planteurs néerlandais. Pour les rattraper – et empêcher qu'ils ne reviennent marauder sur leurs terres, donnant de

¹⁵⁵ Des groupes tels que les Wayampis fuient le bassin du rio Xingu, affluent méridional de l'Amazone, qu'ils traversent à partir de 1720, pour échapper aux missions religieuses portugaises (Renault-Lescure O. Goury, L. (eds), 2009, Langues de Guyane, Vents d'ailleurs/IRD, Paris, p.101).

¹⁵⁶ Price R. et S., 2003, Les Marrons, collections Cultures en Guyane, Editions Vents d'Ailleurs, Châteauneuf-le-Rouge, 127 p.

mauvaises idées à ceux n'ayant pas eu cette chance – les colons ont en retour coopté d'autres esclaves, qui leur ont servi de supplétif en échange d'un élargissement ou de biens manufacturés (poudre, fusils, denrées...). L'un de ces groupes obtiendra même la reconnaissance de nation par les Pays-Bas en 1761¹⁵⁷. Des dizaines d'années d'hostilité et d'échauffourées ont cristallisé un antagonisme transposé au domaine économique une fois l'ancien système esclavagiste affaibli puis aboli. Les territoires des uns et des autres, établis par la lutte armée, sont en effet des axes de transports des hommes et des marchandises, assurant aux marrons la maîtrise des échanges le long de la frontière, que ce soit de l'amont vers l'aval ou d'un pays à l'autre. De fait, il est important de comprendre que ce qui est considéré par les administrations nationales comme une frontière, une séparation, est au contraire considérée comme un espace commun, un lieu d'échanges. Comme le rappelle Piantoni (op. cité, p. 1), « la relation mobilité-environnement intervient comme une ressource territoriale. On ne peut la dissocier des jeux de pouvoir nationaux qui s'exercent sur le littoral et auxquels les dynamiques de peuplement dans le fleuve sont profondément liées. ». La figure 13 représente les implantations qui en résultent par sous-groupe de peuplement.

L'aire occupée par les populations marrons est plus à considérer comme le périmètre dans lequel les marrons organisent et contrôlent les échanges, d'où ils tirent leur légitimité pour l'amont du fleuve ainsi que pour son aval. Le peuplement systématique ne fait que suivre cette mobilité en seconde intention et dans la mesure où la croissance de la population nécessite le défrichage de nouvelles surfaces au long de cette voie de circulation.

¹⁵⁷ Piantoni F., 2002, « Les recompositions territoriales dans le Maroni : relation mobilité-environnement », Revue européenne des migrations internationales, vol. 18 - n°2 | 2002, p.1, [en ligne], <http://remi.revues.org/index1630.html>, consulté le 21 mars 2009.

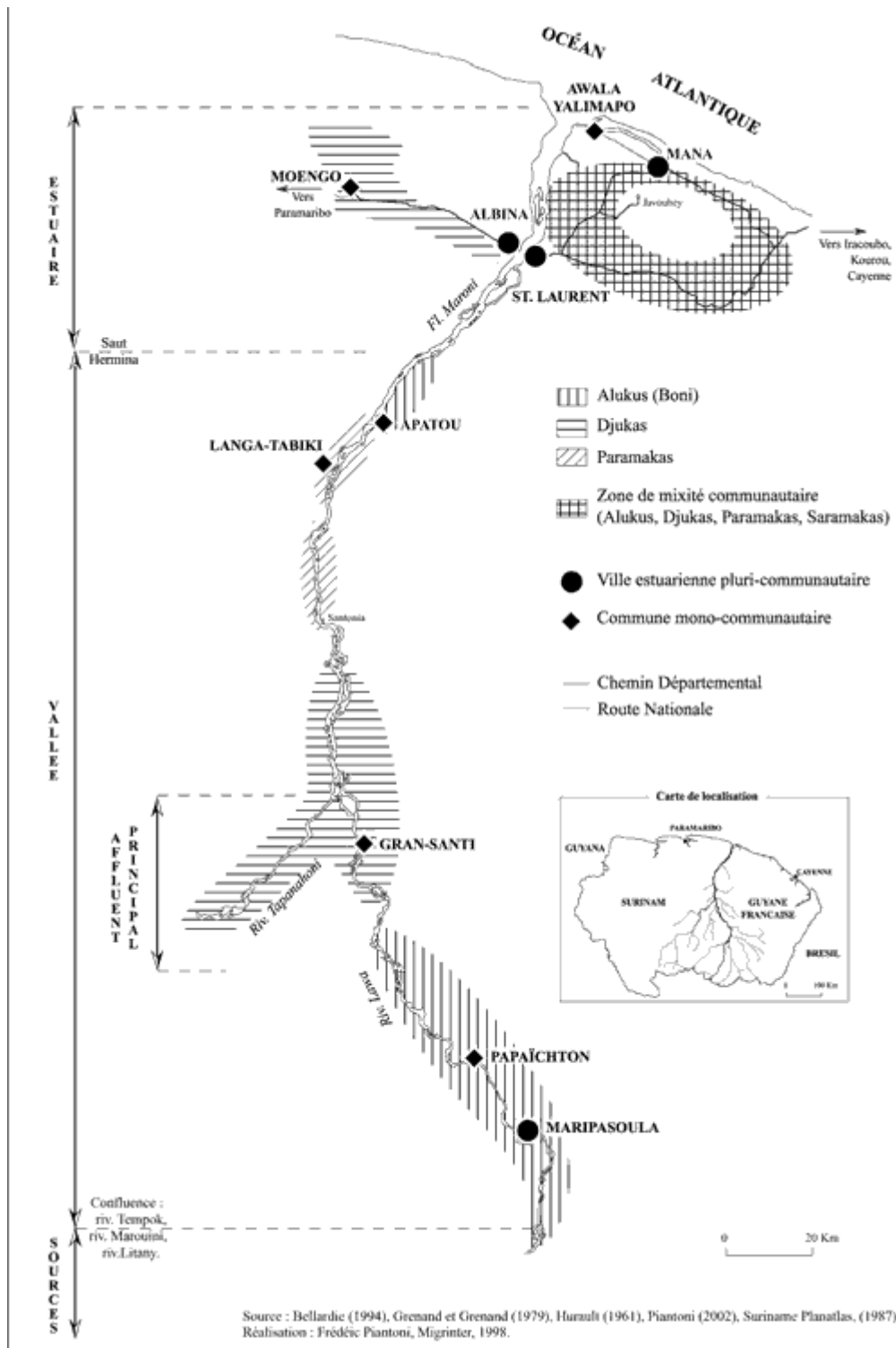


Figure 13 : Localisation des communautés issues de Marrons dans l'espace frontalier Maroni.

Figure 13 : localization of Maroon communities along the Maroni river.

Source : Piantoni F., 2002, opus cité, p.4.

Au nombre de plusieurs dizaines de milliers (certains avançaient le nombre de 60 000 à l'orée des années 1990, il est probablement actuellement d'une dizaine de milliers supérieurs¹⁵⁸), les marrons sont regroupés traditionnellement en villages, mais depuis peu également en agglomérations dont la principale est Maripasoula et qui ponctuent le Maroni jusqu'à Saint-Laurent.

Les noirs marrons ont souvent servis d'intermédiaires entre le littoral et l'intérieur du territoire, ce qui explique leur quasi monopole du commerce et du transport fluvial le long du Maroni.

Le littoral concentre près de 90% de la population, composée de 2 groupes majoritaires : les créoles et les métropolitains.

A la différence des Antilles françaises ou d'autres pays latino-américains, où l'appellation « créole » désigne les descendants des colons, les premiers sont issus du métissage d'anciens colons et esclaves mais également de travailleurs libres en provenance du Sénégal, de Chinois, de Brésiliens, d'Européens ou d'Hindoustanis et moyens-orientaux.

Au milieu des années 1990, leur nombre était estimé par certains à 50 000 personnes¹⁵⁹, ce qui en fait la communauté dominante culturellement et politiquement en Guyane.

Il n'existe plus en Guyane de classe directement issues des colons initiaux (ailleurs « blancs pays » ou « békés »).

Les métropolitains arrivés de plus ou moins fraîche date et pour la plupart présents temporairement en fonction de leurs obligations professionnelles.

Les créoles détiennent la quasi totalité des postes électifs, notamment à la tête des 2 collectivités territoriales de ce département région. Une des particularités de la Guyane est d'être un département-région et donc de posséder les deux assemblées correspondantes. Les métropolitains sont eux essentiellement présents dans l'administration d'Etat ou le centre spatial guyanais, où les créoles n'occupent généralement pas les postes à

¹⁵⁸ Toulemonde Niaussat, 1993, *Anthropologie des dynamiques interculturelles et de développement dans la région frontalière du Bas-Maroni (Guyane française)*, Thèse d'anthropologie des dynamiques interculturelles, Université de Tours, 276 p. cité par Piantoni F., 2002, opus cité, p. 2.

¹⁵⁹ Mouren-Lascaux P., 1994, opus cité, p. 61.

responsabilité. Ceci explique probablement pour partie un certain ressentiment chez ces derniers.

Autre source de ressentiment, la part relativement importante des immigrés en Guyane avec officiellement près du tiers de la population guyanaise. On l'a vu, l'immigration est un élément fondateur de la société guyanaise, qui s'est exercée continuellement pour répondre aux besoins d'abord de la colonisation, puis en partie du désir de peuplement de ce territoire. Ainsi, au cours de l'histoire du XX^{ème} siècle sont venus des migrants notamment des Caraïbes francophones. Les premiers, venus des Antilles ou Sainte-Lucie au sont considérées comme assimilés à la population créole. Plus récemment, les migrants venus d'Haïti pour des raisons politico-économiques constituent la première communauté de migrants avec une population estimée à 17 000 habitants¹⁶⁰, fournissant une main d'œuvre pour les tâches difficiles essentiellement en milieu urbain. La difficulté de régularisation pose un frein majeur à leur assimilation. Il en va de même pour les populations du Suriname ou du Guyana (ancienne Guyane britannique), réfugiées à l'occasion de la guerre civile dans ces pays au cours des années 80. Les effectifs seraient de l'ordre de la dizaine de milliers, avec toute la relativité qu'il est possible d'accorder à ce type de chiffre pour des populations dont une partie vit de façon semi clandestine. Mais le groupe croissant le plus rapidement depuis quelques années et en passe de dépasser les populations précédentes en effectif provient du Brésil, avec près de 15 000 habitants. Ces derniers se répartissent de façon beaucoup plus uniforme que les autres communautés dans l'ensemble de la Guyane, où les activités professionnelles clandestines ou semi-clandestines telles que l'exploitation du bois ou de l'or leur fournissent quelque revenu.

Point commun aux communautés arrivées récemment, une majorité ne possède pas le statut de résident. En 2007, l'administration estimait à environ 40 000 le nombre de clandestins, soit près du cinquième de la totalité estimée de la population guyanaise¹⁶¹.

Cette incapacité à endiguer le phénomène nourrit chez certains créoles l'idée que par sa passivité supposée, l'administration française organise ainsi un « génocide par dilution » pour les marginaliser à termes sur un territoire qu'ils considèrent comme le leur.

¹⁶⁰ Journées du Programme Régional d'Insertion Pour les Populations Immigrée, 12 et 13 décembre 2007, médiathèque de Kourou.

¹⁶¹ Secrétariat général du comité interministériel de contrôle de l'immigration, 2007, rapport Les orientations de la politique de l'immigration, au parlement, la documentation française, Paris, p.170.

Si l'ensemble de ces groupes de population se côtoie, leurs membres ne se mêlent pas spontanément à quelques exceptions près¹⁶².

Les lieux d'habitation et d'activités sont relativement compartimentés. Aux amérindiens la forêt et quelques villages en périphérie d'agglomération plus importantes (Cayenne, Kourou). Les noirs marrons occupent eux le fleuve Maroni en son cours moyen et aval, ainsi qu'au débouché que constitue Saint Laurent du Maroni. Ancien bagne, cette ville frontière regroupe également nombre de migrants surinamiens ou plus anciennement, antillais. Enfin, les créoles se trouvent sur l'ensemble du littoral, les métropolitains étant eux concentrés essentiellement à Cayenne et Kourou, les deux principaux centres administratifs et économiques du département. Quant aux nouveaux migrants, ils habitent des « dents creuses » inoccupées des centres urbains et en périphérie des principales agglomérations, dans ce qu'il convient bien d'appeler des bidonvilles, même si le vocabulaire officiel préfère pudiquement les euphémismes de « squats » ou « quartiers ».

La Guyane française attire pour sa stabilité (les 2 autres Guyanes ayant connu des guerres civiles peu après leur décolonisation, notamment en raison d'opposition entre groupes ethniques) ainsi pour sa situation socioéconomique. Relativement enviable sur le continent, elle est pourtant portée à bout de bras par l'administration française et européenne.

IV.1.2. Une économie sous perfusion

La Guyane possède l'un des PIB par tête les plus importants d'Amérique du Sud, avec environ 13 886 euros par habitant (3 200 US\$ au Suriname 5 088 US\$ au Brésil, 600 US\$ en Haïti). Il s'agit toutefois du plus faible revenu par habitant de l'ensemble des DOM (Martinique : 19 168 euros, Guadeloupe : 17 221 euros, métropole : 28 356 euros)¹⁶³.

¹⁶² Qui peuvent les faire passer d'un extrême à l'autre : métropolitains arrivés il y a plus de 30 ans, M. Cognat a été recueilli par des amérindiens et a fondé avec eux un village qu'il dirige aujourd'hui à Antecume Pata en amont du Maroni. A Saint Laurent du Maroni, c'est le populaire « Monsieur K. » qui a pris fait et cause pour les noirs marrons en montant une association culturelle pugnace destinée à obtenir une meilleure reconnaissance de leur poids culturel.

¹⁶³¹⁶³ Sénat, 2009, Les DOM, défi pour la République, chance pour la France, 100 propositions pour fonder l'avenir (volume 1, rapport), Rapport d'information n°519 de M. Éric Doligé, fait au nom de la Mission commune d'information sur la situation des départements d'outre-mer, [en ligne], <http://parlement-ue2008.fr/rap/r08-519-1/r08-519-1103.html>, consulté le 15 octobre 2009.

L'écart entre ces chiffres donne une idée d'une part de l'attraction du territoire pour des migrants issus des pays voisins, mais également du retard que possède la Guyane sur les économies des autres territoires français d'Amérique.

En outre, le degré de dépendance du territoire par rapport à la métropole est frappant : l'INSEE estimait que les importations représentaient 73 % de la production locale de biens en 2003. Même si cette dépendance se réduit lentement, cela reste le signe d'une économie sous perfusion, notamment pour tout ce qui concerne les produits finis.

Les productions guyanaises sont essentiellement primaires : or, bois, riz, produits de la pêche sont les principales. Elles souffrent toutes de l'insuffisante modernisation et de la concurrence de l'informel, qui repose sur l'afflux de la main d'œuvre des migrants.

Pour prendre quelques exemples, une partie conséquente de l'or est produite et exportée de façon illégale (jusqu'à 50 % selon certaines estimations de douanes, par nature impossibles à vérifier), notamment par l'appel à la main d'œuvre clandestine venue des pays voisins, sans parler des problèmes environnementaux ainsi que la délinquance qui en découlent¹⁶⁴.

L'exploitation du bois est déclinante. Avec des ressources équivalentes en Amazonie, les contraintes que sont les taxes, le coût de la main d'œuvre, la nécessité d'effectuer des coupes raisonnées rendent cette industrie moins compétitive que celle de ses voisins¹⁶⁵. Cela peut expliquer en partie le vieillissement des machines ainsi que le manque d'investissement pour le renouveler. Nombre de patrons de scieries partent en retraite sans trouver de repreneur pour leur entreprise. Une des conséquences de l'ensemble de ces

¹⁶⁴ IEDOM, Le secteur aurifère en Guyane, bulletin n°38, décembre 2006, p. 3.

¹⁶⁵ L'une des principales espèces exploitées est l'ébène verte, réputée pour sa résistance exceptionnelle en bois d'œuvre. C'est ce qui l'a fait choisir pour construire le parvis de la Grande Bibliothèque de Paris. Toutefois, lors de la commande, d'une part les scieries guyanaises réunies n'étaient pas en mesure de fournir un tel volume sur les délais demandés, d'autre part les coûts étaient supérieurs à l'offre brésilienne, qui a été retenue. Il est vrai que d'un hectare de forêt, le Brésil tire en moyenne 17 m³ de bois, tandis que la Guyane n'en tire que 5. Cela tient en partie au fait qu'il n'est pas permis en France de couper « à blanc », mais également qu'un certain nombre d'essences ne sont pas exploitées. L'insuffisance de la demande intérieure, le fait que les mêmes essences soient systématiquement demandées aux dépens d'autres, toutes aussi bonnes, s'explique notamment par le manque de prospections pour de nouvelles applications correspondant aux qualités de l'immense variété des bois amazoniens, mais aussi au manque de promotion de ces essences auprès des professionnels de la transformation (ONF Cayenne, communication personnelle).

constats est qu'entre 1998 et 2004, le taux de rentabilité d'exploitation s'est contracté de 4 points¹⁶⁶.

Quant au riz, la poursuite de son exploitation résulte d'une anomalie économique coûteuse pour la collectivité. La communauté européenne subventionne en effet cette production à l'hectare (plusieurs milliers d'euros) et non à la production, ce qui a entraîné le développement des surfaces. La majorité des quelques 4500 ha de rizières est détenue en majorité une société étrangère qui exporte vers l'Europe, grande importatrice. Le simple fait de conserver ces terres, quels que soient les rendements, en chute ces dernières années, assure une rente de fait, et certains affirment même que la récolte reste sur pied dans certains cas, ne constituant pas l'intérêt premier des exploitants¹⁶⁷. De fait, le rendement moyen est passé de 3,5 t/ha par cycle de culture en moyenne durant la période 1985-2002 à 1,7 t/ha par cycle de culture en 2006¹⁶⁸ (par comparaison, les rendements indonésiens atteignent en moyenne 4 à 5 t/ha/cycle). En termes d'emploi la filière n'occupe guère plus de 50 personnes¹⁶⁹.

La pêche n'est pas en meilleure posture. Un exemple ironique résume une partie du problème : le port de Saint-Laurent-du-Maroni pourvoit selon l'IFREMER près du quart de prises guyanaises alors qu'aucun patron pêcheur n'est officiellement rattaché à ce port. Fait de bateaux frontaliers venus braconner (surinamais, vénézuéliens, brésiliens...) ou de bateaux aux patrons guyanais mais employant en grande partie de la main d'œuvre clandestine, le secteur n'a par ailleurs pas réussi à dépasser le marché d'autosuffisance guyanais. Seuls les meilleurs produits (crevettes sauvages ou vivaneaux dont les antillais sont friands) sont exportés par deux entreprises et subissent la concurrence de productions

¹⁶⁶ IEDOM, 2004, Les entreprises de première transformation du bois en Guyane, n° 18, décembre 2004, p.1, [en ligne], http://www.iedom.fr/doc/NotExp18_Guyane_filiereBois.pdf, consulté le 16 octobre 2009.

¹⁶⁷ Direction de l'Agriculture et de la Forêt de Cayenne, communication personnelle.

¹⁶⁸ IEDOM, 2007, La filière rizicole de Guyane : évolution et perspectives, bulletin n°42, septembre 2007, [en ligne] <http://www.iedom.fr/doc/La%20filiere%20rizicole%20en%20Guyane.pdf>, consulté le 16 octobre 2009.

¹⁶⁹ IEDOM, 2007, La filière rizicole de Guyane : évolution et perspectives, bulletin n°42, septembre 2007, [en ligne] <http://www.iedom.fr/doc/La%20filiere%20rizicole%20en%20Guyane.pdf>, consulté le 16 octobre 2009.

d'autres pays à bas coûts (Argentine, Madagascar, élevages asiatiques comme pour la crevette)¹⁷⁰.

Le bilan de l'ensemble de ces activités n'est donc pas reluisant et de fait, la plus grosse part du PIB est constituée des services, ainsi que du secteur industriel gravitant autour des activités du centre spatial de Kourou.

L'emploi public pèse d'un poids important en Guyane, plus encore que dans les trois autres Dom ou la plupart des petites économies. Les trois fonctions publiques (d'État, territoriale et hospitalière) emploient 44 % des salariés contre 21 % en France métropolitaine, et versent plus de la moitié de la masse salariale¹⁷¹. Celle-ci est d'autant plus importante que s'ajoutent des majorations de salaire (primes et indemnités) comme dans la plupart des DOM et TOM. En Guyane, cette majoration est d'environ 40% dans la fonction publique d'Etat. Sur un principe d'égalité, les personnels des collectivités territoriales touchent également des majorations équivalentes, ce qui contribue au fait que la ville de Cayenne consacre près de 65% de son budget à la rétribution de son personnel, ce qui est largement au-dessus des moyennes nationales et diminue d'autant les ressources consacrées à la réalisation de projets. D'autres argumentent que le nombre d'agents des collectivités territoriales contribue également à cette démesure. Ainsi la ville de Cayenne (environ 45 000 habitants) emploie un nombre d'agents comparables à l'ensemble de Communauté urbaine de Bordeaux (environ 1 500). Les autres collectivités territoriales que sont les conseils généraux et départementaux ne sont pas épargnés de leur côté. Dans un département où l'activité économique et l'emploi sont si rares, l'entrée dans la fonction publique constitue la réussite suprême¹⁷².

Hormis les salaires versés aux actifs, les budgets publics sont essentiels pour le reste du département.

¹⁷⁰ IFREMER Cayenne, communication personnelle.

¹⁷¹ Les fonctionnaires constituent également la majorité des foyers imposables.

¹⁷² Il est intéressant de noter les propos tenus dans une opérette écrite et créée à Cayenne au printemps 2009, mettant en scène une jeune femme délaissée devant peiner pour élever seule son enfant, pour lequel elle nourrit le rêve [qu'à sa différence] il « obtienne un bon travail comme fonctionnaire dans un bureau pour un grand ministère ». Ce trait spontané vaut mieux que de longues analyses sociologiques...

Ainsi par exemple, la proportion d'allocataires du RMI est relativement forte avec 13% (contre 3,5% en moyenne nationale)¹⁷³. Au-delà de la proportion, il y a lieu de s'interroger sur l'adaptation en Guyane de ce revenu, chose qui ne semble pas avoir été faite lors de sa création en 1988. Il a eu notamment pour effet de doter d'un revenu des communautés qui ne se fondaient pas sur les échanges marchands comme les amérindiens. Certaines communautés avaient pendant longtemps refusé la nationalité française pour conserver leur identité, mais différents appâts dont financiers ont fini par avoir raison de leur détermination¹⁷⁴. Comme pour d'autres types de revenus accordés par l'administration, la possibilité subite d'accéder à des biens de consommation a eu des effets déstabilisants, dont une dépendance accrue à ces biens et de certains achats non raisonnés par rapport aux priorités de développement locales. Il est vrai que l'insertion en question est définie par rapport à une société active occidentale, où la notion de travail recouvre des réalités complexes (notamment nécessité de disposer de monnaie, position sociale, éducation...), qui sont totalement inadéquats pour vivre en communauté amazonienne.

Cet exemple du RMI est symbolique de la situation administrative guyanaise. Les décisions sont prises ailleurs qu'en Guyane et s'appliquent au territoire sans faire l'objet des adaptations nécessaires au contexte local.

Il en va de même d'un grand nombre de règlements s'appliquant en Guyane, territoire dépendant de la double juridiction française et européenne comme nous allons le voir dans les paragraphes suivants.

IV.1.3. Un système de gouvernement inadapté, ou les travers uniformisant de la république : l'exemple de l'eau potable

Comme pour l'ensemble des départements français, la réglementation s'appliquant en Guyane est issue en part croissante de réglementations élaborées à l'échelle européenne puis adaptés au contexte national français par voie de transposition réglementaire. La figure

¹⁷³ INSEE, 2007, La population des allocataires du RMI : tendances d'évolution et disparités régionales, Etudes et résultats N° 568 - avril 2007, p. 7, [en ligne], <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er568/er568.pdf>, consulté le 25 juillet 2009.

¹⁷⁴ Mouren-Lascaux P., 1994, opus cité, p. 43.

14 schématise par exemple la filiation entre les différentes réglementations du domaine de l'eau potable.

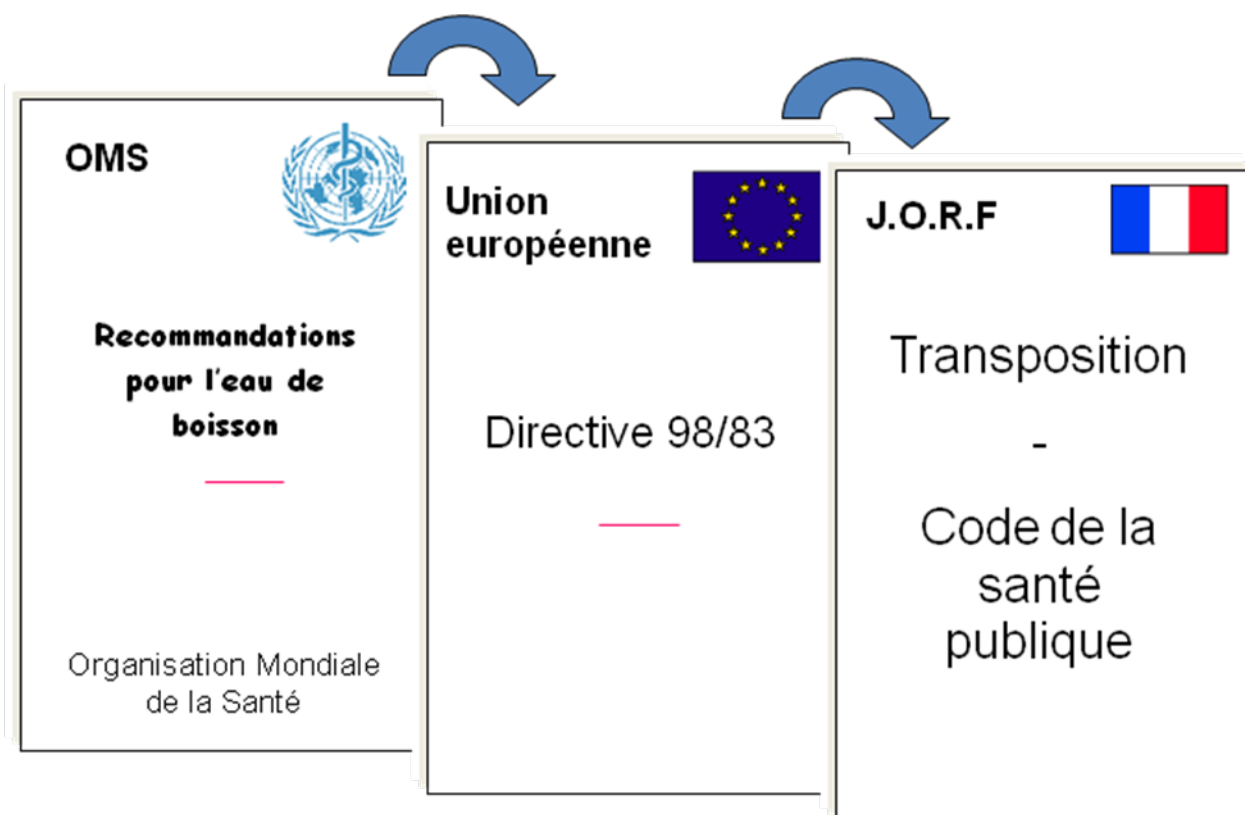


Figure 14 : processus d'adoption de la réglementation française concernant l'eau potable.

Figure 14 : process of elaboration for the French regulations on drinking-water.

À partir de recommandations techniques de l'organisation mondiale de la santé, une directive a été élaborée. C'est ensuite aux Etats membres de l'Union européenne d'en incorporer les termes dans leur réglementation nationale, appliquée par les préfets de département à l'échelon local.

Il est aisé de comprendre que les compromis passés entre Etats membres aussi divers que la Finlande et la Slovaquie sur le continent européen sont fortement éloignés des conditions guyanaises. La transcription en droit national pourrait fournir une occasion de « corriger le tir ». Ce n'est pas le cas malheureusement. En effet, la réglementation française doit également tenir compte des conditions moyennes sur le territoire nationale, majoritairement métropolitain, sous peine de ne fournir qu'un catalogue d'exceptions locales, rendant

inefficace ou peu lisibles les applications d'une part, créant autant d'inégalités potentielles de droit par ailleurs.

Dans nombre de cas, l'ignorance assez totale des conditions des DOM-TOM dans les bureaux parisiens prévient de toute façon ce type de possibilités. Pire, il y a chez certains technocrates d'administration centrale une forme de fatalisme, faisant admettre qu'il n'y a de toute façon pas grand-chose de censé qui puisse être appliqué « sous les cocotiers »¹⁷⁵.

Pour reprendre l'exemple de l'eau, la réglementation européenne prescrit des contrôles concernant une série de paramètres de qualité. Elle suppose que ceux-ci s'applique pour toute distribution d'eau sur le territoire européen, or près de 15% de la population guyanaise n'a pas accès à une distribution d'eau, que ce soit dans les bidonvilles ou en forêt éloignée¹⁷⁶ : cette réglementation est sans objet, puisque l'eau n'étant manifestement pas produite selon des conditions satisfaisantes, les résultats d'un contrôle sont de toute façon sans surprise. Quant aux derniers textes introduisant un « droit à l'eau potable », ils sont loin d'être opérationnels, et pour cause : leur application devrait plus aux actions des collectivités territoriales et aux frais de ces dernières et de leurs habitants qu'à l'élan parlementaire qui leur a donné le jour¹⁷⁷.

Pour rester sur les questions liées au contrôle, son coût en Guyane est particulièrement important, ceci pour plusieurs raisons. La première est l'éloignement des points de prélèvement pour analyse. Certaines analyses ne pouvant se faire que dans les 24 heures

¹⁷⁵ Cette représentation est à peine exagérée jusqu'à des échelons élevés dans la hiérarchie. Il n'y a en effet pas grande gloire selon certains à s'intéresser à des systèmes par nature défaillant et dont les solutions techniques « sont connues » (en théorie du moins...).

¹⁷⁶ Mansotte F., Maison D., Marion N., Margueron T., Habert A., Hervouet S., 2009, L'utilisation de l'eau de pluie pour l'alimentation humaine en Guyane : une avancée en termes de santé publique !, Cahiers de l'ASEES 14, p. 20, [en ligne] www.water-quality-journal.org.

¹⁷⁷ La loi n° 2006-1772 du 30 décembre 2006 sur l'eau et les milieux aquatiques, coordonnée par le ministère de l'environnement dispose dans son article 1^{er} : « Dans le cadre des lois et règlements ainsi que des droits antérieurement établis, l'usage de l'eau appartient à tous et chaque personne physique, pour son alimentation et son hygiène, a le droit d'accéder à l'eau potable dans des conditions économiquement acceptables par tous. » Or aucun texte d'application n'explique comment et surtout avec quels moyens mettre en œuvre concrètement ces bonnes intentions... Relativement indolore en métropole en raison de plus d'un siècle d'investissements publics, cette loi demanderait un développement spécifique pour la Guyane en raison des conditions de vie locales, sans parler des sommes conséquentes et des difficultés de mise en œuvre sur le terrain, comme nous le verrons plus loin en développant cet exemple.

suivant un prélèvement, ceci impose l'utilisation de l'hélicoptère pour se rendre sur les lieux, avec des coûts conséquents.

La seconde raison est l'analyse obligatoire car réglementaire d'un grand nombre de paramètres dont seulement une partie des mesures peut être effectuée en Guyane. Cela signifie que certains échantillons doivent être envoyés puis analysés hors de métropole, avec des coûts et des délais de mesure en conséquence.

Or, les analyses de certains de ces paramètres sont aussi inutiles que coûteuses, comme celles de pesticides utilisés en Europe pour les grandes cultures de maïs, blé etc. qui ne sont pas pratiquées en Guyane.

D'autres contaminants à mesurer sont issus de l'industrie et couramment recherchés avec raison en Europe, mais sans objet ni historique en Guyane. La réglementation étant contraignante, là encore, impossible de se soustraire à l'exercice.

La transmission des résultats vers l'Union européenne par chaque état membre étant obligatoire, il est impossible de justifier une absence de rapport régulier.

Du moins pourrait-on objecter que le niveau de protection des consommateurs guyanais est équivalent à celui d'un européen sans discrimination. Or, ceci est notoirement faux pour les personnes n'ayant pas accès à l'eau, pour lesquelles rien n'est prévu concrètement dans le dispositif européen ou national.

Ce dispositif, élaboré pour remédier à des conditions extrêmement différentes de celles de la Guyane est là coûteux, voire contre productif. En effet, les efforts consacrés à son application sont soustraits à ceux qui seraient nécessaires pour remédier aux difficultés plus grandes en termes sanitaire que représente l'absence totale d'accès à l'eau potable.

La nécessité d'appliquer une réglementation inadaptée n'est pas propre à l'eau potable.

Dans le domaine sanitaire, il en va de même pour la salubrité de l'habitat, les réglementations en vigueur devant être appliquées sur une telle échelle en Guyane que les ressources correspondantes nécessitent des efforts devant lesquels jusqu'à présent les gestionnaires ont reculé.

Autre exemple, cette fois concernant la protection de la nature. Les amérindiens expliquent que leurs ancêtres consommaient traditionnellement des œufs de tortue marine. La loi française ne reconnaissant pas au droit coutumier un statut d'égalité avec les règles républicaines, il n'est pas possible d'accorder de dérogation - qui pourrait passer pour

discriminatoire en raison d'un droit créé par l'origine « ethnique » des consommateurs, critère par ailleurs malaisé à définir et faire appliquer. Ce faisant, il est possible d'objecter que les droits des peuples indigènes ne sont pas respectés, ce qui constitue une contradiction avec la convention signée par la France dans le cadre des Nations unies¹⁷⁸ etc.

Pour conclure, les rédacteurs des textes applicables en France et par conséquent en Guyane en connaissent rarement la réalité, quand bien même ils seraient en mesure de créer les régimes d'exception correspondants. Les administrations centrales, lointaines, ont d'ailleurs autant de mal à adapter leurs règlements aux réalités locales qu'à contrôler ce qui se fait.

Les fonctionnaires chargés d'appliquer ces textes sur place sont le plus souvent des métropolitains. Une fois confrontés à la réalité locale, il leur est nécessaire de composer de façon à faire au mieux entre une application rigoureuse des règlements et une réalité locale qui ne s'y prête que partiellement. Une part d'interprétation large est donc laissée à l'initiative du fonctionnaire en poste, avec plus ou moins de bonheur selon la personne et quant à la réalisation. Le passage dans ces postes est en moyenne relativement court, ce qui laisse le temps de commencer à s'approprier les données locales et de lancer des projets, mais rarement de les voir aboutir¹⁷⁹. Le successeur suit le même cycle, souvent ignorant de programmes passés ayant laissé peu de traces écrites. Et il n'est pas rare qu'une initiative intéressante ait eu son pendant plusieurs années plus tôt avant d'échouer en raison du départ d'une ou de plusieurs des personnes instigatrices.

Certains administrés –et élus- guyanais en conçoivent du ressentiment contre cette relative inefficacité des services publics d'Etat, sentiment renforcé par une impression que les personnels n'étant pas du lieu, ils ne sont guère attachés à l'intérêt public dans le département.

¹⁷⁸ Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones du 13 septembre 2007, déclarant notamment que " les peuples autochtones ont le droit aux terres, territoires et ressources qu'ils possèdent et occupent traditionnellement ou qu'ils ont utilisés ou acquis" (article 26), [en ligne], <http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/fr/drip.html>, consulté le 31 août 2009.

¹⁷⁹ Le dernier préfet en poste n'est pas resté plus de deux ans, la même durée que le dernier sous-préfet en poste à Saint-Laurent-du-Maroni, par ailleurs arrivé avec en poche un contrat pour une durée de 6 mois.

C'est dans ce contexte que se place notre recherche action au sein du service déconcentré du ministère de la santé chargé de la santé environnementale.

Avant de décrire cette recherche, passons en revue les principaux thèmes de santé environnementale, parmi lesquels nous en développerons plus particulièrement trois.

IV.2. Mise au point d'une stratégie pour le département santé environnement

IV.2.1. Identifier les priorités de santé publique et les secteurs d'intervention

La programmation de l'activité d'un service administratif répond à une série de facteurs, s'imposant à des degrés très divers.

Nous en distinguerons trois types principaux :

1. Le cadre réglementaire ;
2. Des considérations techniques, liées à la problématique de santé – son amplitude et son acuité ;
3. des ajustements locaux, tenant compte des effets d'opportunité mais aussi des ressources disponibles ;

Voyons de façon plus détaillée ce que recouvrent ces facteurs.

Commençons par les facteurs réglementaires. Dans le domaine de la santé environnementale, la loi relative à la politique de santé publique¹⁸⁰ introduit non seulement la notion, mais également sa gestion : son financement se fait ainsi par programmes, définissant objectifs et indicateurs de suivi. Il s'agissait notamment d'obtenir une meilleure traçabilité des dépenses publiques et de leur efficacité.

Toutefois, dans la pratique et hormis l'avancée que présente son formalisme en termes de transparence ou de gestion financière, les résultats de cette loi sont très relatifs. En effet, la réalisation ou non d'un indicateur reste quasiment sans influence d'une année sur l'autre. La réalisation ou non d'un objectif n'entraîne pas d'exploitation quant aux raisons d'un succès ou d'un échec, de même que les moyens alloués d'une année sur l'autre n'en découlent pas nécessairement.

¹⁸⁰ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004, parue au JO n° 185 du 11 août 2004.

Indépendamment de cette loi, le ministère de la santé a coécrit avec celui de l'environnement un plan national santé environnement (PNSE 2004-2008)¹⁸¹. Celui-ci fixait des priorités nationales en la matière, et confiait à la charge des régions le soin de décliner un équivalent à leur échelle. Là aussi, il convient de constater que partant d'un souci d'organisation, de rationalisation et de transparence, les résultats laissent actuellement à désirer. Hormis les effets liés au lancement, notamment récemment dans le cadre du Grenelle de l'environnement, les ministères ne consacrent en effet que peu de moyens au suivi de ce plan à l'échelon national et encore moins à sa réalisation à l'échelon local.

En termes de moyens tout d'abord, aucun n'a été attribué spécifiquement aux priorités définies dans le PNSE. En outre, ni les collectivités territoriales, ni les représentants de la société civile n'étaient associés à la définition de ce plan et des priorités de santé environnementale. Le tout faisait du plan une feuille de route indicative.

En ce qui concerne le pilotage technique ensuite, le ministère de la santé, ne s'assure pas de la cohérence ou au contraire de la discordance des objectifs et indicateurs définis en région, dont la logique voudrait qu'ils soient au moins homogènes et continus à l'échelon national. Il n'assure pas non plus de suivi ou de remontée des données des régions quant aux résultats atteints.

Cet intérêt est au moins aussi relatif pour le ministère de l'environnement, qui après avoir apposé son nom sur le document de 2004 n'a pas jugé utile d'impliquer ses services en région, laissant à imaginer tout l'intérêt qu'il voyait dans une application concrète de la démarche à l'échelon territorial.

Ainsi en Guyane, si un plan régional de santé environnement (PRSE 2004-2008)¹⁸² bien été élaboré, la Direction régionale de l'environnement n'a participé ni à son élaboration ni à son suivi et déclarait début 2009 ne pas avoir de moyens humains à consacrer au nouveau plan

¹⁸¹ Ministère de la Santé et de la Protection sociale, Ministère de l'Écologie et du Développement durable, Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale, Ministère délégué à la Recherche, 2004, Plan National Santé-Environnement (PNSE) de juin 2004, 92 p., [en ligne] <http://www.sante-sports.gouv.fr/plan-national-sante-environnement-pnse-juin-2004-actualisation-septembre-2006.html> consulté le 19 janvier 2010; ce plan a vu le jour sous la forte influence de l'Organisation mondiale de la Santé : avec une série de conférence sur l'environnement et la santé, celle-ci encourageait tous les états de la région européenne à adopter des plans nationaux santé-environnement (PNSE) définissant des priorités, objectifs et indicateurs en la matière. La participation des ministres français de la santé et de l'environnement à la quatrième de ces conférences à Budapest, en juin 2004, a déclenché en mars 2004 en toute hâte l'écriture d'une version française pour effectuer une présentation lors de la conférence.

¹⁸² Direction de la santé et du développement social de la Guyane, Direction régionale de l'industrie et de l'environnement, 2008, Plan régional santé environnement de la Guyane 2004-2009, [en ligne] <http://www.guyane.pref.gouv.fr/sante/Prse.htm>, consulté le 1^{er} juin 2009.

pour la période suivante – alors que dans le même temps le ministère à Paris parvenait prendre la direction de l'écriture du second PNSE 2010, marginalisant le ministère de la santé et cantonnant sa supervision aux sujets complexes, de moindre intérêt ou médiatiquement polémiques.

Si bien que malgré leurs aspects positifs pour le domaine de la santé environnementale (visibilité, planification, transparence), certains voient plus dans cette succession de documents un outil de planification technocratique qu'une réelle vision politique de développement d'appropriation à l'échelle du territoire des conditions environnementales de sa santé.

Ces aspects de programmation, issus indirectement d'un appareil réglementaire allié à l'adoption d'une politique nationale fournissent un cadre pour mieux comprendre les enjeux de santé publique ainsi que les ajustements effectués en Guyane.

Le tableau 3 de la page 201 reprend sous différents aspects les principales thématiques proposées dans le PRSE Guyane 2004-2009.

Nous en développerons plus particulièrement trois pour illustrer les liens entre santé environnementale et gestion de l'information pour le territoire.

Toutefois, avant de clore cette partie sur les facteurs orientant l'activité d'un service administratif, revenons sur le troisième type d'influence exercé sur les priorités de travail. On aura noté dans le tableau un certain nombre de rubriques, propres à l'environnement de travail qui ont trait à des facteurs institutionnels et sociétaux.

Tableau 3 : caractéristiques des principaux risques de santé publique liés à l'environnement en Guyane.

Table 3 : features of the main risks of public health linked to environment in French Guiana.

Thème de travail	Caractérisation du risque sanitaire			Environnement de travail institutionnel et sociétal			
	Principales populations concernées (taille, groupe)	Acuité du risque sanitaire	Réurrence du risque (ponctuel / chronique)	Intérêt médiatique	Intérêt des élus	Rôle du service (nature du rôle et influence réelle)	Partenariats (autres administrations, société civile, élus...)
Insalubrité du logement	Plusieurs dizaines de milliers (populations urbaines à statut précaire)	Forte	Chronique	faible	Très faible, voire aversion affichée	<ul style="list-style-type: none"> • Rôle réglementaire : avis simple • Influence réduite : responsabilité majeure des municipalités 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombreux partenaires administratifs • Responsabilités prépondérantes des collectivités territoriales • Collaboration chaotique
Eau potable	30 000 ¹⁸³ (populations amazoniennes, populations)	Forte	Chronique (absence d'accès à l'eau potable) et ponctuel	faible	Selon municipalité	<ul style="list-style-type: none"> • Rôle réglementaire : contrôle de la qualité de l'eau 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombreux partenaires administratifs • Responsabilités

¹⁸³ Maison D., Habert A., Mansotte F., Durand C., Marion N., 2009, Améliorer l'accès à l'eau potable : une urgence en Guyane, n° 404 - novembre-décembre 2009, p. 23.

	périurbaines non résidentes)		(contamination de l'eau)			<ul style="list-style-type: none"> • Influence forte 	<p>des collectivités territoriales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bonne collaboration
Eaux de loisirs (piscines, baignades)	Plusieurs dizaines de milliers (baigneurs)	Moyenne	Ponctuel	inexistant	Faible	<ul style="list-style-type: none"> • Rôle réglementaire : contrôle des conditions d'exploitation (piscines), de la qualité de l'eau • Influence forte 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de partenaire administratif
Exposition au mercure	2000 environ (populations amérindiennes, en particulier enfants et femmes enceintes)	Forte	Chronique	Fort	Faible	<ul style="list-style-type: none"> • mission générale de santé publique • Influence forte 	<ul style="list-style-type: none"> • Partenaires limités • Bonne collaboration, hormis avec les représentants des populations, suspicieux envers l'administration
Maladies transmises par les moustiques (dengue, malaria)	200 000 (toute la population guyanaise)	Forte	Chronique (risque endémique) et ponctuel (forte épidémie toutes les 2 à 3 ans)	Fort en période épidémique, inexistant en dehors	Faible	<ul style="list-style-type: none"> • Rôle réglementaire : définition de la stratégie de lutte sur l'ensemble du territoire • Influence forte 	<ul style="list-style-type: none"> • Partenaires limités : essentiellement conseil général (collaboration difficile), institut Pasteur de Guyane (bonne collaboration)
Exposition aux	Quelques centaines (agriculteurs	Non	Chronique	limité et	Inexistant	<ul style="list-style-type: none"> • mission générale de 	<ul style="list-style-type: none"> • Partenaires limités : service des

pesticides	hmong)	quantifié		ponctuel		santé publique • Influence réduite	fraudes, de l'agriculture • Bonne collaboration, hormis avec les représentants des populations, hostiles envers l'administration
------------	--------	-----------	--	----------	--	---------------------------------------	---

Si les caractéristiques techniques des risques sanitaires fixent d'une certaine manière un agenda, très peu de textes d'envergure nationale voire régionale vont au-delà d'une identification des thèmes de travail ou de leur conduite, plus ou moins pratique. La question des priorités de travail, qui détermine l'allocation des ressources, est bien plus rarement exposée. Le ministère se garde bien d'assigner à chacun aux thèmes de travail un quelconque degré de priorité quant à une réalisation. Tout est censé être mené à bien de front – ce qu'une simple logique d'allocation des ressources rend difficile.

A l'autre bout de la chaîne, chaque agent est comptable des activités. Entre donc en compte un certain nombre de considérations propres au contexte local.

Ainsi par exemple, préfet ou chef de service sont très sensibles à l'actualité médiatique du lieu. Aucun préfet n'oublie qu'il est l'envoyé d'une institution centrale et avec historiquement pour objectif premier la garantie de l'ordre public, sous ses diverses aspects de sécurité des biens et des personnes. Son évolution de carrière passant directement par cet objectif, il est plus sensible à ce qui peut porter atteinte à la sérénité locale. Quand bien même il aurait en lui des qualités de visionnaire, sa durée en poste (quelques années si tout se passe bien) ne lui permettrait de toute façon pas d'imprimer des marques durables aux politiques territoriales.

Ses priorités iront donc plutôt vers la réaction à des problèmes ponctuels : actualité d'un thème, médiatisation ou polémiques locales sont quelques exemples courants.

Ceci laisse de côté un nombre substantiel de dossier, donc la responsabilité échoit aux échelons administratifs inférieurs selon le principe de subsidiarité. Comment ceux-ci définissent-ils à leur tour leurs priorités ?

Les premiers facteurs de choix sont l'orientation du service. Celle-ci peut avoir été imprimée par des prédécesseurs, la dynamique du service et des agents eux-mêmes ou les centres d'intérêts personnels et professionnels d'un directeur – ou au contraire son désintérêt ou son incompréhension. L'inertie aidant, ceci peut aboutir par exemple à des thématiques « fossiles », dont l'importance n'a pas été réévaluée avec le temps. C'est par exemple le cas pour la contamination au mercure en Guyane, sujet passé à la une médiatique dans les années 1990 en raison de la construction d'un barrage, qui suscita une opposition forte de la part d'associations écologistes. L'ouvrage était suspect de

remettre en circulation dans les chaînes trophiques de grandes quantités de mercure issues d'activités d'orpaillage, activité consommatrice de ce métal et à l'origine de son rejet dans l'environnement.

Une fois l'hypothèse d'une exposition large de la population guyanaise écartée par plusieurs enquêtes toxicologiques, le sujet disparu de l'actualité. Les activités d'orpaillage reprenant sur une large échelle à la fin des années 1990, ceci provoqua un nouveau tollé des associations de défense de l'environnement. Celles-ci étaient relayées par les représentants des populations amérindiennes, les plus exposées. Le sujet fut relancé et le préfet en fit une priorité une nouvelle fois : un groupe de travail ad hoc fut instauré donnant lieu à travaux et communication avec la presse. Un successeur jugea qu'il convenait de ne pas exposer ce sujet, sujet à polémique, et mis fin à ces travaux à son arrivée en 2007.

Ainsi, à des arguments techniques de santé publique pure (un risque initialement mal connu pour l'ensemble de la population guyanaise) se sont ajoutés régulièrement des arguments politiques qui d'une certaine manière ont fini par prendre le pas et nécessité un suivi de la question. Par contraste, il est intéressant de constater que les mêmes populations amérindiennes touchées par le mercure sont encore actuellement privées d'eau potable et que les maladies diarrhéiques et leurs conséquences (déshydratation, dénutrition chez les nourrissons) pour ces populations n'ont jamais vraiment suscité d'indignation même parmi leurs plus vifs défenseurs.

Hormis l'opinion publique -relayée ou suscitée par les médias- les collectivités territoriales ont également leur influence sur les dossiers. Ceci est particulièrement vrai en Guyane où les rapports ne sont pas toujours sans sous-entendus entre l'administration préfectorale – vue comme l'expression de la mainmise de Paris sur les affaires du pays- et des élus locaux en large majorité créoles, souvent issus d'une classe d'âge très active dans les années 1970 en faveur de la « guyanité ».

Ces élus continuent de devoir afficher une relative indépendance vis-à-vis des administrations d'Etat par rapport à leur électorat ou à leurs propres services administratifs. Leurs thèmes de campagne, la sensibilité de leur électorat les rendent encore plus sensibles au risque de ne pas sembler répondre à une attente populaire.

Les approches de scrutin sont donc particulièrement actives en ce qui les concerne pour faire aboutir ou au contraire discréditer la gestion de tel ou tel dossier¹⁸⁴.

Dernier facteur influent sur la gestion des dossiers, les agents du service eux-mêmes. En matière de définition de priorités comme pour les stratégies d'intervention, tout n'est pas modifiable du jour au lendemain, une certaine inertie existe. Elle peut reposer sur des habitudes de travail, des facilités, des goûts personnels notamment.

Le changement d'un responsable clé peut décider d'un revirement très rapide, voire le plus souvent d'une perte d'attention pour un dossier si ce décideur n'a pas été exposé à une pression spécifique concernant ce dossier ou, ce qui peut être assez voisin, s'il n'en perçoit pas l'ensemble des enjeux (techniques, médiatiques, politiques...).

Ainsi, à mon arrivée dans le service, la gestion de la problématique liée au mercure occupait à temps plein mon prédécesseur, qui avait souhaité s'y consacrer exclusivement. A son départ, reprendre cette problématique était d'autant plus difficile que de nombreux points reposaient sur des liens interpersonnels et qu'il travaillait seul sur son dossier.

La même personne avait également particulièrement développé le dossier ayant trait à l'exposition aux pesticides, dossier qu'il avait traité durant un poste précédent et duquel il était familier.

Ceci permet de souligner une dimension clé dans la définition de la priorité des dossiers : la capacité à « faire vivre » et à transmettre une sensibilité et des connaissances sur une problématique verticalement (vers la hiérarchie, qui décide) mais aussi transversalement (vers d'autres porteurs potentiels, qui peuvent à leur tour relayer les efforts si l'un des porteurs vient à diminuer ou annuler son engagement).

¹⁸⁴ Il a été ainsi demandé aux services administratifs lors des dernières élections municipales de 2008 en Guyane d'observer une réserve et de ne communiquer publiquement sur aucun dossier qu'ils avaient en charge.

En dernier ressort, il convient de considérer les ressources disponibles pour traiter un dossier. S'engager sans visibilité sur les savoir-faire, moyens matériels et humains disponibles tient du pari. Conscient de ce pari, il convient de solliciter ceux qui détiennent les réponses pour le faire aboutir, on vient de voir que leur multiplicité de statut et de motivation rend la tâche complexe.

A partir de ces considérations, voici les hypothèses de travail qui ont guidé notre recherche action en Guyane :

- L'information clé nécessaire à l'avancement des dossiers est de nature différente selon qui doit l'utiliser (décideur, élu, média) ;
- il convient d'identifier puis de construire et de transmettre cette/ces informations à bon escient tant quant à sa forme que pour le moment de sa diffusion ;
- hormis la faculté de réaction à une question ponctuelle, il convient de se placer dans une démarche d'influence des différents acteurs et parties prenantes d'un dossier sous peine de le voir soumis à des évolutions imprévisibles ;
- l'ensemble doit avoir pour éthique un gain sanitaire réel ;

Nous avons retenu trois thématiques de travail qui nous ont semblé prioritaires en Guyane pour mettre en œuvre ces hypothèses de travail.

IV.3. Trois exemples de recherche action faisant intervenir les sciences et techniques de l'information

Les trois exemples ci-dessous ont été repris du tableau précédent. Il s'agit successivement du développement d'une politique d'amélioration de l'accès à l'eau, d'une autre concernant la prévention de la dengue, une fièvre hémorragique transmise par les moustiques et enfin de la mise en place d'un programme de santé communautaire pour la prévention des risques liés à l'ingestion de mercure. Après leur présentation, nous tenterons de tirer une synthèse des facteurs de succès ou d'échec en termes de développement sanitaire sur un plan territorial.

IV.3.1. Amélioration de l'accès à l'eau potable, une gestion de l'information par type d'acteur

En Guyane, la population dispose de manière inégale de l'eau potable. Pour mettre en œuvre des solutions concrètes sur le terrain, le service de santé environnement de la Direction de la santé et du développement social (DSDS) a souhaité travailler avec les populations, des experts, les autres services de l'Etat et les collectivités pour améliorer l'approvisionnement en eau, y compris pour les populations les plus isolées, notamment amérindiennes et noires marrons. Des campagnes d'information ont été mises en place au plus près des décideurs, des relais d'opinion et des populations.

IV.3.1.a. Une situation sanitaire préoccupante

L'approvisionnement en eau potable en Guyane française est atypique comparé aux autres DOM. Aux disparités de qualité de l'eau consommée s'ajoutent de fortes inégalités d'accès à l'eau. Les conséquences pour la santé publique sont significatives.

La Guyane est le dernier département français touché par le choléra (15 cas, un décès en 1992). De 1995 à 2008, le territoire a connu 15 épidémies de typhoïde pour des populations non alimentées par des réseaux d'eau potable publics ou par des réseaux défaillants¹⁸⁵. Ceci renvoie aux disparités du territoire et de son équipement.

Le littoral rassemble la majorité de la population guyanaise, la majorité des foyers urbains bénéficiant d'une distribution d'eau traitée, régulièrement contrôlée par la DSDS. Les filières de traitement sont celles employées en métropole, les écarts des paramètres de qualités (surtout chlore, aluminium), sont rarement infractionnels et tiennent tant aux caractéristiques de la ressource (eau peu minéralisée) qu'à la maîtrise du processus de traitement.

¹⁸⁵ Voir notamment Mansotte F., Ravachol F., Maison D., Ardillon V., Flamand C., Ruello M., 2009, Epidémies de typhoïde en Guyane française : treize ans de veille et de gestion sanitaires, Bulletin d'information en santé environnementale numéro 20 - volume 2, mai - juillet 2009, Institut national de santé publique du Québec, Québec. <http://www.inspq.qc.ca/BlogueBise/post/Epidemies-de-typhoide-en-Guyane-francaise-13-ans-de-veille-et-de-gestion-sanitaires.aspx#>.

Le village de Javouhey est particulier: l'eau distribuée présente des teneurs significatives en radioéléments¹⁸⁶. La consommation de cette eau est déconseillée aux femmes et aux enfants par précaution depuis 2008. Une distribution de secours a été mise en place, des ressources alternatives sont en cours de prospection.

La situation la plus précaire concerne les populations en habitat urbain spontané, périurbain ou rural. Ainsi, près de 30 000 guyanais (15% de la population) ne bénéficieraient pas d'une eau de qualité satisfaisante. Ceci s'ajoute à des pratiques à risques pour l'hygiène et l'assainissement (voir plus loin). Les relevés syndromiques (issus des centres de santé, relayés par la Cellule interrégionale d'épidémiologie Antilles Guyane) permettent d'évaluer régulièrement une incidence des maladies diarrhéiques de 20 à 50% dans les communes le long des fleuves Maroni et Oyapock, comme illustré sur la figure 15.

L'origine de l'eau consommée est variable : cours d'eau, eau souterraine ou eau de pluie. L'eau est bue telle quelle, ou simplement décantée voire traitée (filtration et chloration) dans les bourgs et certains villages.

En milieu amazonien, ces disparités d'approvisionnement vont de pair avec la dispersion des lieux de vie et le coût d'équipement. Ainsi, le coût d'exploitation annuelle d'une installation publique de chloration dans un village amazonien avoisine celui de l'installation. L'acheminement de produits de traitement, du matériel mais aussi l'intervention régulière et nécessaire de personnel technique en sont les causes.

En zones urbaines d'habitat spontané, l'absence de droits de propriété des terrains ou du statut de résident des populations installées freine les possibilités d'aménagement.

¹⁸⁶ Des analyses de l'eau distribuée menées à compter de 2008 ont montré des teneurs significatives en éléments radioactifs d'origine naturelle. Ceux-ci proviennent vraisemblablement des caractéristiques géologiques du sous-sol où est implanté le captage. Cette découverte a mené la DSDS à effectuer un bilan des teneurs en radioéléments pour l'eau de boisson distribuée dans l'ensemble du département de la Guyane.

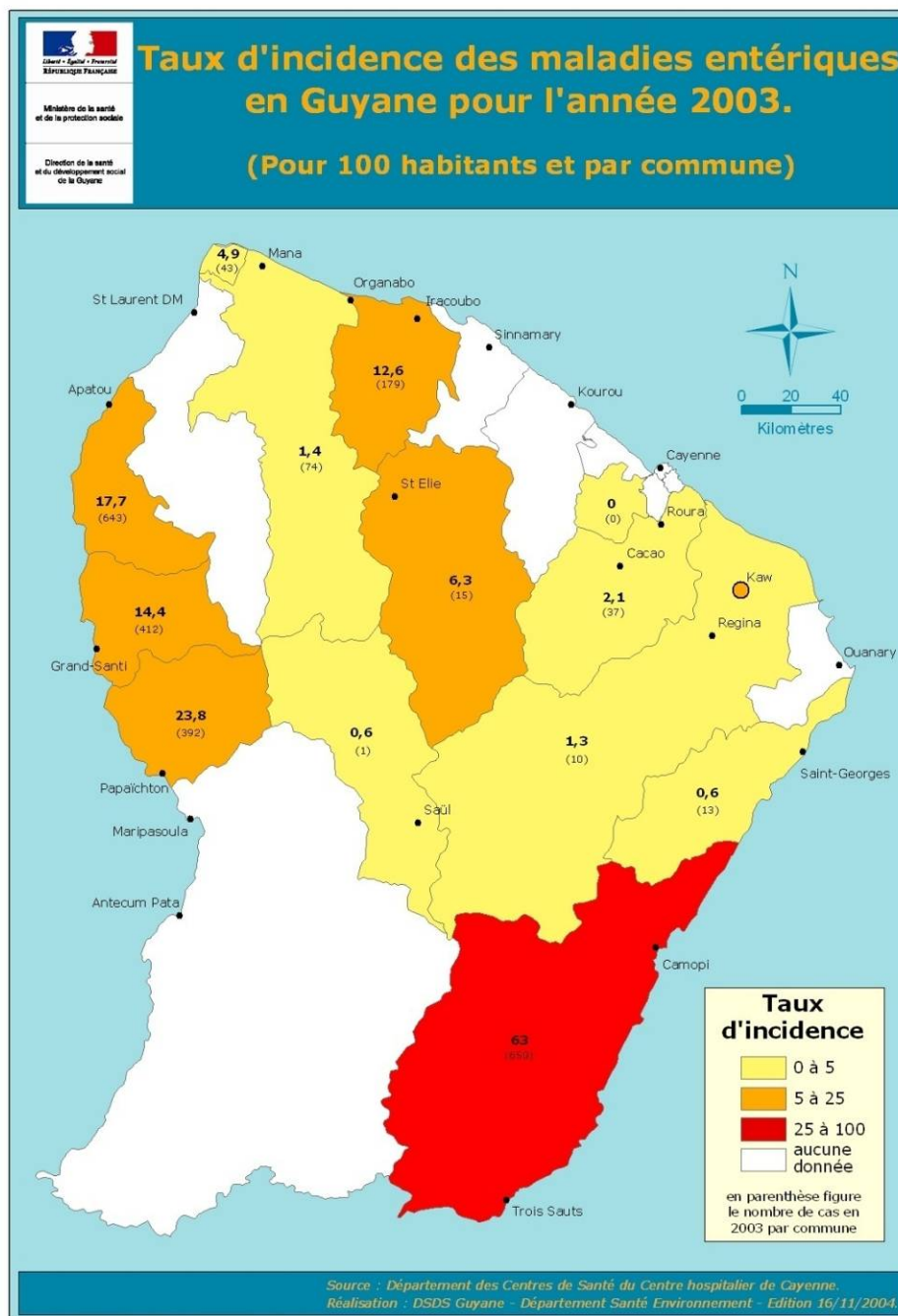


Figure 15 : taux d'incidence des maladies entériques en Guyane pour l'année 2003.

Figure 15 : incidence of enteric diseases in French Guiana in 2003.

Source : DSDS, 2008.

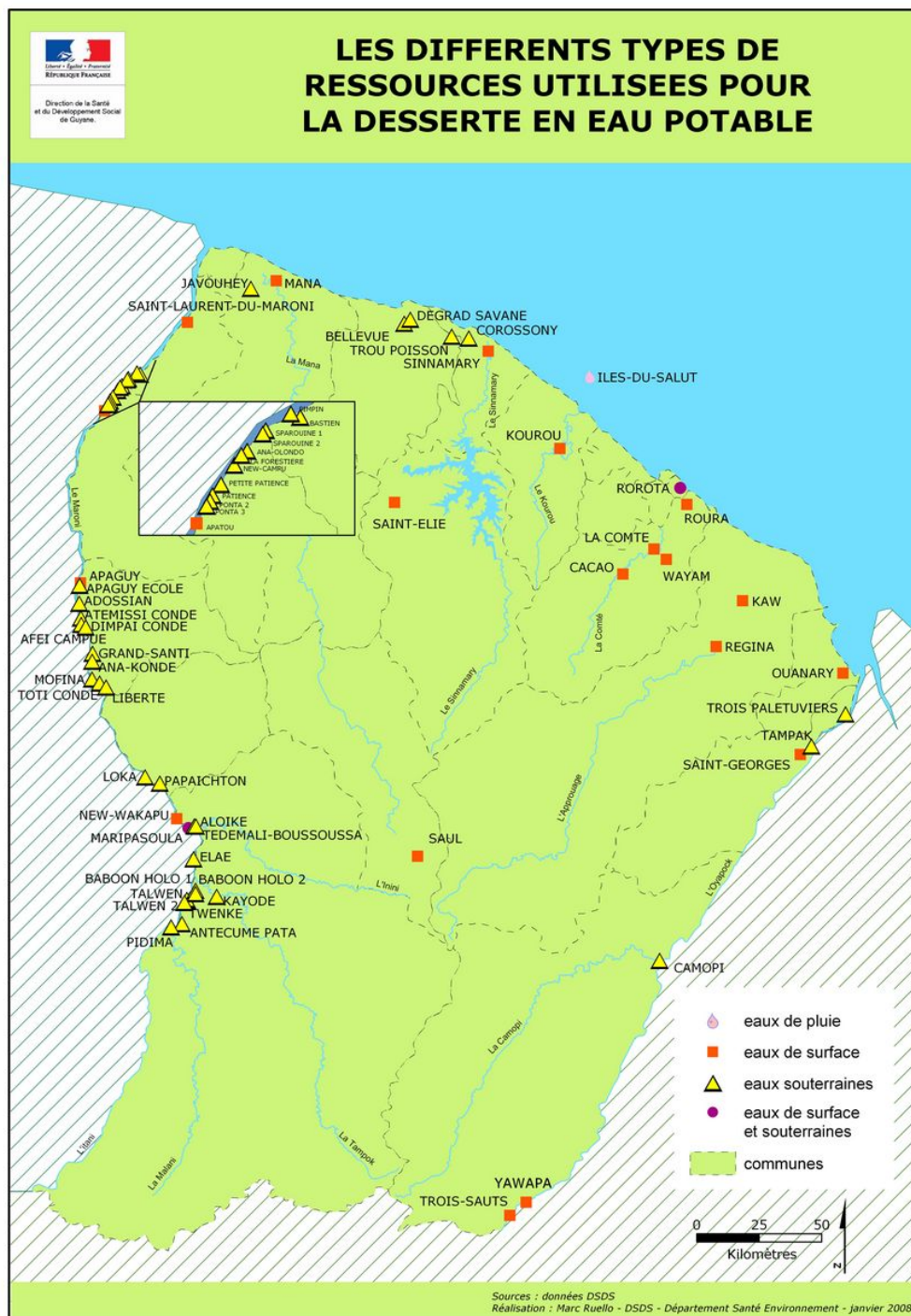


Figure 16 : répartition des ressources en eau destinées à la consommation en Guyane

Figure 16 : different drinking-water resources in French Guiana

Source: Direction de la santé et du développement social de la Guyane, 2009.

Comme partout en France, le service de santé environnement local du ministère de la santé contrôle les points de distribution publics pour lesquels la réglementation européenne et nationale impose des normes sanitaires strictes. Le développement d'alternatives a été nécessaire pour améliorer l'accès à des ressources en eau sûres.

IV.3.1.b. Une démarche préalable pour influencer favorablement l'environnement réglementaire, technique et financier

Nous l'avons rappelé plus haut, les réglementations et priorités s'imposant en Guyane sont décidées bien en amont de l'échelon local.

Notre démarche a donc consisté, en parallèle avec un travail sur place, à tenter d'infléchir autant que possible le cadre de travail de façon à y rendre possible des solutions adaptées au cadre local, mais également de façon à obtenir le concours d'autres parties prenantes (décideurs, élus, financiers, populations) pour contribuer à la réussite des projets mis en place.

Les efforts en la matière débutaient par les aspects techniques. Le service de santé environnement de la Guyane approchait, grâce à des relations interpersonnelles, le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France (CSHHPF). Cette instance était habilitée à rendre au ministère des avis techniques permettant d'orienter l'application de certains textes en matière d'eau potable. Un projet fut soumis par le service guyanais puis discuté et adopté à Paris sous forme d'un avis du 3 avril 2007, portant des recommandations spécifiques à la Guyane. Le département devenait ainsi le premier bénéficiaire d'une telle démarche d'adaptation de la politique nationale en matière d'eau potable.

Les recommandations du CSHHPF permettent des aménagements aux contraintes techniques jusque là en vigueur : si la préférence reste le raccordement individuel à un réseau public de distribution d'eau, en cas d'impossibilité, des solutions spécifiques peuvent désormais être développées en Guyane sur la base des recommandations du CSHHPF.

- En milieu urbain l'installation de bornes fontaines à carte prépayée peut desservir les quartiers raccordables aux réseaux publics, permettant l'accès à une eau de qualité. Trois quartiers pilotes, jugés prioritaires par la Direction de la santé et du développement social (DSDS), purent bénéficier sur avis motivé de cette dernière d'une subvention quasi-totale par des fonds européens pour l'équipement nécessaire. Pour gagner les élus réticents à ces installations, la DSDS fit réaliser à compter de 2008 des études sur les conditions d'accès à l'eau dans ces quartiers. Il s'agit de disposer d'éléments techniques propres à une action de plaidoyer, en appelant sur la foi de ces études l'attention des municipalités concernées sur les risques sanitaires découlant des conditions précaires liées à l'eau et à l'assainissement, tout en proposant le recours à ces installations. Disposer de solutions techniques se fait donc en parallèle avec une action sur les plans politiques et financiers vers les décideurs concernés.
- En milieu rural, la préférence est aussi donnée aux réseaux de distribution ; toutefois, si cela est impossible et si une ressource souterraine existe, le CSHPF recommande d'y recourir - notamment par des pompes à bras. Robustes, ne nécessitant pas d'apport d'énergie spécifique, l'utilisation des pompes est toutefois liée à la qualité de l'eau produite, par endroit affectée par des teneurs élevées en fer et en manganèse ; celles-ci sont supérieures à ce que prévoit la réglementation européenne et nationale. Mais l'alternative est une eau puisée dans les rivières, de très mauvaise qualité bactériologique et donc présentant des risques aussi systématiques qu'avérés. La demande soumise au CSHPF, adoptée par ce dernier, a formulé la possibilité d'être plus tolérant quant aux références de qualité pour ces paramètres, dans la mesure où la qualité bactériologique reste supérieure aux autres eaux disponibles localement ; la DSDS réalise le contrôle sanitaire et le suivi de ces pompes, demandant aux municipalités concernées de réaliser la maintenance si nécessaire.
- Si aucun des équipements précédents n'est possible en milieu rural, la récupération familiale d'eau de pluie améliorée est recommandée par le CSHPF. Elle comprend notamment le recours à des citernes de 1600 litres ; l'eau doit être filtrée par un filtre familial de type « Chamberland » en céramique avant consommation. La DSDS a fait réaliser des tests sur des dispositifs pilotes pour montrer que la qualité bactériologique de l'eau ainsi produite est satisfaisante au

regard de la réglementation. En 2008, la DSDS a sélectionné entre plusieurs fabricants brésiliens une marque répondant à des exigences de qualité, puis subventionné leur importation par un grossiste guyanais. La DSDS a également cofinancé l'achat puis la livraison à prix réduit de 60 citernes et filtres installés sur le fleuve Maroni par un bureau d'étude. Parallèlement, la démarche était présentée aux autres administrations et élus de façon à gagner leur approbation. Une fois de plus, des efforts dans le domaine technique ont été conjugués à du plaidoyer ainsi qu'à l'obtention d'une décision favorable quant au financement de la proposition.

Restait à concourir à l'efficacité de ces réflexions au niveau des populations elles-mêmes, ce qui n'était pas le plus simple au vu de la diversité des perceptions différentes selon les cultures présentes en Guyane.

IV.3.1.c. Prendre en compte la diversité socio culturelle

Au moins autant que la mise à disposition de solutions techniquement acceptables, la consommation d'eau repose sur les besoins des consommateurs et leur diversité socioculturelle. Ainsi par exemple:

- L'eau chlorée est impropre à la fermentation de la bière de manioc préparée traditionnellement par les amérindiens, qui reprochent également le goût de chlore ; aussi, certains préfèrent s'approvisionner à la rivière ou attendre que l'eau soit exempte de chlore pour l'utiliser;
- suite à un décès considéré comme suspect de sorcellerie, un village du Maroni a été déserté par ses habitants, ainsi que la pompe qui l'équipe ;

Aussi, la DSDS a consulté en 2008 des spécialistes des populations amazoniennes. Cet effort a été poursuivi en 2009 avec la réalisation par la DSDS d'une enquête connaissances - attitudes - perceptions (CAP) dans une commune, Grand Santi, à propos de l'eau, de l'assainissement et des maladies hydriques. L'étendue de cette commune et sa multitude de hameau permettait par ailleurs de dresser des relevés

cartographiques doublés d'information sur la nature des habitations et conditions sanitaires sur place, données jusqu'alors inexistantes en Guyane¹⁸⁷.

Ces enquêtes ont permis de tenir compte de la perception des populations quant aux difficultés réelles ou perçues pour l'accès à l'eau. La finalité était de permettre d'adapter les solutions techniques proposées en conséquence.

Ainsi, l'enquête de mai 2009 a permis de montrer que l'emplacement d'une pompe à bras peut entraîner sa sous utilisation : certains renoncent à s'y rendre tout en reconnaissant que la qualité de l'eau y est meilleure, en raison du temps de trajet à pied depuis le domicile comparé au cours d'eau voisin. Autre raison : "il est plus fatigant de pomper que de remplir le bidon à la rivière". La qualité de l'eau passe au second plan comparée à d'autres contraintes. Cette enquête a permis de comprendre également que peu de foyers utilisent correctement les filtres céramiques acquis en 2008. Il y a lieu de s'interroger pour y remédier : multiplication des points de ventes pour les bougies en céramique, accompagnement supplémentaire auprès des populations en tenant compte des connaissances et perception locales sont parmi les possibilités.

IV.3.1.d. Informer et sensibiliser les populations

Le service de santé programme systématiquement un accompagnement des modes d'alimentation en eau recommandés par le CSHPF : il se traduit notamment par des actions destinées à sensibiliser les populations concernées.

La diffusion de messages liés aux maladies hydriques se fait d'au moins deux façons : l'éducation sanitaire via l'enseignement primaire et la diffusion large ou accompagnée de supports de communications. Les efforts d'éducation sanitaire ont été lancés à compter de 2006 avec un classeur (dénommé "Ti Doc"¹⁸⁸). Ce document a été initié et financé par le service de santé, puis élaboré en partenariat avec une association (le GRID) et le

¹⁸⁷ La préfecture ne dispose elle-même pas de fonds de carte suffisamment précis pour la zone frontalière et fait depuis usage des relevés cartographiques établis par la DSDS à cette occasion et édités en 2009 sous forme du recueil « Atlas cartographique des villages et campos du Maroni ».

¹⁸⁸ Ce support est consultable en ligne sur le site du rectorat de la Guyane : <http://www.guyane.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Ti-Doc.pdf>.

rectorat de Guyane. Le réseau des enseignants est en effet celui qui par sa présence sur le terrain et jusque dans les écarts les plus reculés, est capable d'assurer une sensibilisation d'abord des enfants, puis par ceux-ci, des adultes¹⁸⁹.

Aussi, le document « Ti Doc » présente certaines maladies attribuables à l'environnement, dont celles liées à une eau de mauvaise qualité / à l'absence d'une hygiène satisfaisante. Une fiche présente les problèmes posés ainsi que leurs solutions et propose aux enseignants des activités liées à destination des élèves du primaire. Une seconde édition a été élaborée en 2008 et diffusée en 2009. Le recrutement d'un volontaire civil à l'aide technique (VCAT) a été sollicité de façon à accompagner cette diffusion auprès des utilisateurs et formateurs.

Pour la prévention contre le choléra, des affiches ont été élaborées dès les années 1990 pour le grand public. Elles insistaient sur l'hygiène alimentaire et le lavage des mains. Des mises à jour ont été effectuées pour prendre en compte les recommandations du CSHPF. Les affiches ont été largement diffusées le long du Maroni (écoles, mairies, centres de santé...). Pour pallier les difficultés liées à l'alphabétisation partielle des populations concernées, il a été fait appel à un dessinateur professionnel pour la clarté du dessin, ainsi qu'à une série de traductions, effectuées à l'aide d'associations culturelles qui pouvaient de la sorte s'approprier le support et le relayer dans leur propre langue. Ainsi, une version existe en *sranang tongo*, langue commune aux populations noires marrons sur le Maroni, ainsi qu'en néerlandais (langue officielle de la scolarité au Suriname) et en javanais (utilisé par cette minorité au Suriname). Une version spécifique pour les populations amérindiennes reste à élaborer.

¹⁸⁹ On pourrait ajouter que les premiers à devoir être sensibilisés sont les enseignants, eux-mêmes pas nécessairement au fait des exigences de qualité de l'eau qu'ils consomment une fois dans des lieux reculés.



Figure 17 : affiche en version française réalisée pour une diffusion vers les populations n'ayant pas accès à un réseau de distribution d'eau.

Figure 17 : poster designed for information of population deprived of public water supply (French version).

Source: DSDS, 2008

Autre exemple de communication destinée à des populations peu alphabétisées ou non francophones, un autocollant rappelant les précautions liées à l'approvisionnement en eau de pluie, apposé sur les citernes d'eau subventionnées par la DSDS.

Enfin, un document est en cours d'élaboration à destination de la population *hmong*¹⁹⁰ de Javouhey, illustrant les recommandations liées aux teneurs naturelles en

¹⁹⁰ Le terme "hmong" désigne plusieurs groupes ethniques originaires de la péninsule indochinoise. Certains, fuyant le régime communiste laotien dans les années 70 ("boat people") ont été accueillis puis installés par l'administration française en Guyane. Ils sont répartis principalement dans deux villages, Cacao à 75 km de Cayenne et Javouhey à proximité de Saint-Laurent-du-Maroni.

radioéléments de l'eau du réseau. Là aussi, le recours à l'image doit permettre de s'affranchir des questions de langue et d'alphabétisation.

IV.3.1.e. En guise de conclusion: un processus patient de sensibilisation

L'amélioration de l'accès à l'eau potable en Guyane répond à une urgence sanitaire avérée en raison de la gravité des pathologies constatées, de la taille des populations concernées et des difficultés d'intervention en milieu isolé notamment. Les contraintes imposées par la réglementation nationale et européenne, développées pour des collectivités suffisamment riches, sont parfois inadaptées voire contre productive (solutions coûteuses, techniquement fragiles). La démarche initiée par le service de santé environnement intègre un recours aux différentes dimensions de l'information, notamment sa collecte, sa construction, sa reformulation et sa mise à disposition différenciée.

En termes de collecte de l'information pertinente, il s'est agi d'abord d'effectuer une veille sur les dispositifs alternatifs de fourniture d'eau disponibles.

Dans un second temps, il a fallu tester les dispositifs potentiels dans les conditions guyanaises en réalisant des études sur place.

Est venue ensuite une phase de mise à disposition de cette information envers les instances techniques, de façon à leur faire valider le principe du recours à ces dispositifs, devant concourir à un gain sanitaire.

L'accord recueilli a permis de mobiliser des fonds d'équipement en conséquence.

Quant à la sensibilisation, après celles des experts, elle s'est faite auprès des élus grâce aux résultats d'enquêtes montrant le risque de voir naître des foyers épidémiques liés à l'absence d'eau potable, ceci pour l'ensemble des populations du territoire qu'ils administrent. Là encore la collecte de données de terrain a été un préalable nécessaire à fonder et orienter ces arguments. Un accord n'aurait pas pu être obtenu si une source

de financement n'avait été au préalable trouvée, en raison du très faible consentement à investir de la part de la majorité des municipalités concernées.

Enfin, l'acceptation de ces solutions alternatives par les usagers constitue une étape indispensable à leur efficacité. La sensibilisation à l'hygiène contribue à cette acceptabilité. De nouveaux chantiers doivent encore s'ouvrir en la matière, mais du moins ceux déjà en place soulignent-ils la nécessité d'inclure systématiquement une composante socioculturelle lors de la mise en place de projets d'équipements

Plus globalement, une sensibilisation des décideurs au bien fondé des efforts s'est fait de façon régulière à travers la publication régulière d'articles, permettant de diffuser largement les informations disponibles mais aussi de plaider en faveur des programmes en cours. Les revues ciblées sont lues principalement par des professionnels de santé, dont ceux travaillant au ministère en administration centrale. Les angles retenus étaient différents : techniques, administratifs, communicationnels et permettaient d'avoir pour lectorat les différents professionnels correspondant. Cela permettait également en préalable de toute discussion avec des partenaires techniques de renvoyer à ces articles, étayant les arguments débattus.

Mais le support le plus efficace pour les décideurs reste souvent l'utilisation de la cartographie, résumant des constats techniques. L'organisation de leur temps de travail, le nombre des sujets à traiter et il faut le constater aussi, l'aversion pour la lecture de documents fait de l'outil cartographique un support idéal pour ce genre de public car il convainc sans devoir démontrer.

L'ensemble de ces efforts portait ses fruits en 2009 : le ministère inscrivait dans une circulaire au titre de priorité nationale la lutte contre les maladies entériques des populations vivant en sites isolés sur les fleuves de Guyane¹⁹¹. Il est indéniable que

¹⁹¹ Circulaire ministérielle du 15 octobre 2008 allouant les moyens 2009 aux services déconcentrés.

cette mention a légitimé en l'officialisant l'action du service de santé environnement en Guyane, permettant notamment la négociation de subsides à cette fin.

D'autres alternatives ont été initialement envisagées pour parvenir à ces résultats. Elles s'apparentaient plus à une « concertation territoriale » telle que définie par Bertacchini¹⁹², qui rappelle d'ailleurs que l'administration publique la pratique régulièrement¹⁹³. Ce processus consiste en « une mise en commun d'objectifs que le groupe en charge de l'aménagement territorial doit partager ou qu'il doit faire sien »¹⁹⁴.

Cette approche fut tentée à Cayenne ainsi que dans les deux autres communes du littoral guyanais.

A l'invitation du service de santé, les acteurs (élus, services techniques des municipalités, associations d'habitants...) furent sollicités pour échanger quand aux modalités d'accès à l'eau.

Toutefois, les réactions des municipalités allaient de l'indifférence à l'hostilité quant aux projets d'équipements en eau des quartiers défavorisés. C'est la légitimité même de la demande qui était repoussée par les élus. En renonçant à exercer leurs responsabilités, ces derniers affirmaient leurs distances d'avec les usagers concernés et niaient leur capacité à s'affirmer comme acteurs territoriaux. Il s'agissait donc de l'inverse d'un processus de concertation territoriale, puisque l'un des acteurs clés, en niant son rôle, délégitimait la pertinence d'une négociation à ce propos et ce faisant, déniait l'existence d'usagers potentiels comme parties prenantes.

La stratégie d'influence de la décision devait donc prendre des chemins détournés : d'une part en décrivant puis en publiant la situation sanitaire des quartiers considérés.

¹⁹² Bertacchini Y., 2002, « Concertation territoriale et politique territoriale concertée », Laboratoire Le Pont, Département Services et Réseaux de Communication, Université de Toulon et du Var, 6 p., [en ligne] http://isd.m.univ-tln.fr/PDF/isd.m5/isd.m5a32_bertacchini.pdf, consulté le 18 mai 2010.

¹⁹³ Bertacchini Y., opus cité, p.3.

¹⁹⁴ Bertacchini Y., opus cité, p.3.

Ceci avait pour objectif de placer les élus face à leur responsabilité en cas d'épidémie issue de cette situation, tout en fournissant une argumentation technique solide à ceux qui souhaitaient défendre leurs droits en la matière.

Le second axe, plus pratique, consistait à assembler les pièces du puzzle détenues par chacun des différents acteurs, démarche qui a donné les moins mauvais résultats comme décrit plus haut, mais au prix de temps et d'efforts financiers bien supérieurs.

Voyons à présent un second exemple de mise en œuvre des méthodes et techniques de l'information avec la prévention de la dengue.

IV.3.2. Une stratégie d'information et de communication pour prévenir les risques liés à la dengue

IV.3.2.a. La dengue, une maladie fortement contagieuse

La dengue est une maladie infectieuse transmise par un moustique du genre *aedes*. Elle génère un syndrome de type grippal sévère (fièvre, myalgies, céphalées...), voire des complications (dengue hémorragique), létales particulièrement chez l'enfant et la personne âgée.

Dans les régions chaudes, 2,5 milliards d'individus seraient exposés au risque, dont 50 millions touchés annuellement¹⁹⁵. En Guyane, à une transmission endémique s'ajoutent régulièrement des épidémies relativement longues. L'épidémie de dengue de 2005-2006 a causé plus de 16 000 cas dont 4 décès¹⁹⁶. Une autre s'est déclarée fin 2008 pour durer jusqu'à la mi 2009, une nouvelle fois avec plusieurs milliers de cas. Les conséquences sont autant sanitaires que socioéconomiques : incapacités (arrêts de travail) ou coûts de prise en charge des malades. Indirectement, ceci peut ternir l'image du département, nuisant ainsi au tourisme.

Il n'existe ni vaccin ni traitement contre la dengue. L'immunité conférée par la maladie, atténuée avec le temps, n'est que partielle. Quant aux efforts pour éliminer

¹⁹⁵ OMS, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/en/>, consulté le 1^{er} juin 2010.

¹⁹⁶ CIRE Antilles Guyane, BASAG, février 2009, <http://www.martinique.sante.gouv.fr/documents/accueil/cire/Basag2008-1.pdf> consulté le 2^{er} juin 2010.

chimiquement les moustiques, ils sont complexes, coûteux et pas toujours efficaces, notamment du fait des modalités d'aspersion ou du développement de phénomène de résistance aux produits utilisés. C'est pourquoi les gestes de prévention individuels simples offrent la meilleure protection contre la maladie.

Au-delà encore, il s'agit d'un défi à la solidarité collective : en effet, les moustiques prolifèrent dans les petites collections d'eau telles que des soucoupes de plantes, des récipients non bouchés (futs de collecte d'eau de pluie par exemple) et de façon générale dans les déchets tels que le simple rebord bombé d'une canette de soda ou le repli d'un sac plastique arrosé par la pluie.

Si quelqu'un néglige de supprimer ces sites de ponte, c'est l'ensemble du voisinage qui est exposé : on montre en effet que les moustiques parcourent rarement plus de 100 m au cours de leur vie.

Si quelqu'un déjà infecté par le virus de la dengue se fait piquer, le virus se propage de nouveau. Pour prévenir ceci, l'usage de la moustiquaire est recommandé.

La prévention la plus efficace passe donc nécessairement par des gestes répétés et vigilants, tant à l'échelle individuelle qu'à celle du quartier. Ceci ne peut se faire sans une responsabilisation préalable et pour y parvenir, sans une information claire et mobilisatrice¹⁹⁷.

En cela, la dengue est une des maladies pour laquelle les solutions, en termes de santé publique, dépendent plus des victimes potentielles que de programmes de prévention ou de soin. En un sens, il s'agit d'un modèle pour ce que pourrait être l'instauration d'une « démocratie sanitaire », où les usagers tout autant que les professionnels de santé sont en mesure de travailler conjointement à un programme de santé public.

¹⁹⁷ Nombre de professionnels emploient le terme directement traduit de l'anglais « changement de comportement ». Nous nous en garderons dans la mesure où ceci sous entend une démarche unilatérale d'un sachant [ce qui est bon pour le comportement] envers un « éduqué », pouvant prêter à malentendu. L'un et l'autre ont à s'impliquer dans la démarche et c'est de la bonne compréhension de la logique de chacun que peut naître le progrès plutôt que par une approche verticale « top down ».

C'est pourquoi nous avons retenu cet exemple, qui décrit les actions entreprises par le service santé environnement de la Direction de la Santé et du Développement Social (DSDS) pour bâtir une politique de prévention fondée sur l'information en Guyane.

Après un rappel du contexte ayant orienté les choix initiaux en 2005-2006, les actions entreprises puis l'impact de 3 ans d'actions sont présentés. Des propositions de réorientations doivent en découler en 2009/2010.

IV.3.2.b. 2005, année charnière pour l'évolution de la perception administrative et politique de la dengue

L'année 2005 a constitué un tournant en Guyane avec la déclaration d'une épidémie de dengue, appelant l'attention du ministère de la santé. Peu avant, le chikungunya à la Réunion avait montré le coût sanitaire et socioéconomique des arboviroses, notamment en termes de perte d'activité économique (absentéisme, désaffection du secteur touristique)¹⁹⁸ et d'emploi¹⁹⁹.

Ce sont là des enjeux territoriaux majeurs, qui en touchant la compétitivité de pans entiers du développement local vont bien au-delà de la dimension sanitaire du problème.

Or jusque là, le Conseil Général de la Guyane ne menait que très ponctuellement des actions de sensibilisation, essentiellement en période d'épidémie de dengue. Les statistiques de cas survenus n'étant pas centralisées, la notion d'épidémie était aussi floue que les actions locales étaient rares, hormis des campagnes de pulvérisation aux alentours de certains quartiers²⁰⁰.

¹⁹⁸ Voir notamment IEDOM, 2006, note expresse spéciale "Chikungunya", Impact économique de l'épidémie de Chikungunya à la Réunion mesuré fin mars 2006, http://www.iedom.fr/doc/NotExp34_Reunion_Impact_Chikungunya2.pdf consulté le 6 octobre 2009.

¹⁹⁹ Selon l'INSEE, ce sont ainsi 500 emplois qui auraient été supprimés en raison de la baisse de fréquentation touristique attribuable à l'épidémie, voir http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=24&ref_id=14153

²⁰⁰ Le service chargé de ces actions n'en a d'ailleurs jamais pu communiquer le programme ni le bilan. Ces actions permettaient à la fois de recruter du personnel en effectifs conséquents et de maintenir une présence auprès des populations, donnant l'impression que « le problème était pris

Fin 2005, un décret confiait à l'Etat l'information et l'éducation sanitaire de la population afin de réduire la prolifération des insectes vecteurs²⁰¹. Nouveauté décisive, des crédits spécifiques étaient alloués en 2006 à la DSDS pour mener une véritable stratégie de communication organisée en quatre phases.

La première étape visait, en amont de la communication, à évaluer la perception générale de la dengue, pour définir ensuite les publics cibles et les messages correspondants. Dans un second temps, les supports étaient diffusés en reprenant les éléments précédents (2006-2008). Lors d'une troisième phase en 2008, une nouvelle enquête évaluait l'impact des actions entreprises. Enfin, dans une dernière phase, les recommandations issues de cette évaluation ont permis au service de santé environnementale de réorienter ses efforts en 2009.

IV.3.2.c. 2006, première évaluation : une maladie identifiée à la prévention encore largement méconnue

En 2006, la DSDS finançait une enquête de perception sur la dengue partant d'un questionnaire élaboré en lien avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Cet institut est en effet spécialisé dans les aspects sociologiques et de communication sur la santé, compétences qui n'étaient pas disponibles en Guyane. Ce contact permettait également d'appeler l'attention à l'échelon central sur les efforts réalisés localement, notamment quant à l'utilisation des fonds destinés à l'enquête.

Les participants à l'enquête appartenaient au groupe guyanais, métropolitain, brésilien, haïtien, surinamais, chinois. Sur 480 interrogés de l'agglomération de Cayenne, 88 %

en charge ». Techniquement en revanche, il est permis de douter de toute efficacité réelle : il faut que la gouttelette de pesticide pulvérisé puisse rencontrer l'insecte pour le tuer. En outre, le gasoil mélangé et pulvérisé avec les pesticides engendre lui des problèmes de toxicité nettement avéré. Les relations entre l'administration d'Etat et la collectivité territoriale, placée sur le terrain de l'affrontement par les derniers, n'ont jamais permis jusqu'à présent d'aborder ces points concrets.

²⁰¹ Article 2 du décret n°2005-1763 du 30 décembre 2005 sur les maladies transmises par les insectes.

connaissaient la maladie, 38 % ignoraient comment s'en prémunir²⁰². Aussi, après sa mission d'avril 2006, l'INPES recommandait de renforcer la compétence du public en termes de prévention et de favoriser son engagement dans des actions de proximité.

IV.3.2.d. 2006-2008 : réalisation de supports et diffusion

L'objectif visait à améliorer les connaissances générales sur la maladie, toute origine culturelle ou niveau social confondus. Deux grands types de publics étaient distingués : population générale et public scolaire. Une charte graphique et un slogan unique étaient créés. Les messages informaient sur les symptômes, le comportement adéquat face à la maladie et sa prévention. Ils étaient déclinés soit pour une diffusion de masse, soit pour présentation à un groupe ou lors d'un évènement.

Ainsi, le spot télévisé de 2008 a été diffusé en français et en créole guyanais sur 2 chaînes locales. Trois spots radios ont été réalisés et diffusés en français, créole, créole haïtien, anglais, brésilien, mandarin et *nengué tonggo*, langue véhiculaire du Maroni. Les radios communautaires, quand elles existaient, ont été sollicitées en conséquence.

En ce qui concerne les supports écrits, des publi-reportages ont été publiés dans les 2 hebdomadaires guyanais. Un dossier de questions-réponses réalisé par l'INPES a été mis en ligne sur les sites de l'INPES et de la préfecture de la Guyane²⁰³.

Huit affiches ont été conçues, dont 2 synthétiques reprenant les messages en français, anglais et brésilien comme celle sur la figure 18 ci-dessous²⁰⁴.

²⁰² Etude LH2, financée par la DSDS et présentée en avril 2006, non publiée.

²⁰³ www.guyane.pref.gouv.fr/ consulté le 28 novembre 2009.

²⁰⁴ L'ensemble est disponible sur le site du rectorat de Guyane, <http://www2.ac-guyane.fr/article854.html>, consulté le 12 mai 2009.



Figure 18 : un exemple d'affiche trilingue français-anglais-portugais

Figure 18 : an example of communication chart in 3 languages : French, English, Portuguese

Environ 350 relais d'information (institutions, associations, administrations, églises...) ont été identifiés dans le département pour relayer ces supports. Panneaux et banderoles complétaient le tout lors d'animations et événements (fêtes communales, fête de la science...).

Des supports spécifiques ont été réalisés pour les scolaires : un DVD interactif, un film, une plaquette "jeux de dengue", un jeu de société « Sololiya » et des fiches d'éducation sanitaire "Ti doc" (classeur relayé par le rectorat) s'adressent aux élèves de primaire.

Enfin, un document d'accueil aux urgences et un "ordonnancier" étaient adressés aux médecins et pharmaciens pour diffuser aux patients / clients.

Il convient de souligner ici les limites de certaines démarches vers les administrations territoriales ainsi que la société civile. D'une part, la sollicitation des collectivités locales s'est systématiquement soldée par un échec. Invitées à formuler leurs besoins en termes de formation ou d'appui technique, aucune collectivité n'a été capable de s'impliquer dans cette dynamique.

L'unique municipalité volontaire a été le lieu d'un projet pilote. Toutefois, collectivités, et associations du lieu ne s'engagèrent pas malgré des promesses dans un premier temps. Ces hésitations ont motivés d'autant plus à effectuer une évaluation pour comprendre la perception du programme tel que mené jusque là.

IV.3.2.e. 2009 : évaluation des actions de communication

Une enquête a été lancée en 2008²⁰⁵ auprès de 519 personnes pour évaluer

- la connaissance de la dengue et des attitudes / comportements associés,
- les mesures adoptées pour se protéger,
- l'impact de la communication et
- les attentes sur la politique de communication.

²⁰⁵ Cette enquête n'a pas été publiée officiellement à notre connaissance, même si son statut de document public la rend consultable sur simple demande auprès du service comme tous les documents de ce type.

Ainsi, 94 % des interrogés déclaraient avoir entendu parler de la dengue, soit 6 % de plus qu'en 2006. Pourtant, seuls 55 % considéraient la maladie comme dangereuse.

Trois types de messages ont été bien mémorisés : le lien entre dengue et moustique, les principaux symptômes et la médication. Les personnes interrogées exprimaient toutefois leurs attentes d'une communication plus précise concernant ces points, même si 34 % seulement déclaraient avoir besoin d'informations supplémentaires (70 % en 2006).

Seule une minorité des interrogés identifiait la cause de contamination des moustiques. De plus, 25% déclaraient "ne pas prendre de mesure pour se protéger de la dengue en temps normal" (38 % en 2006), dont 43 % jugeaient cela inutile, ne se sentant pas concernés. En outre, parmi les communautés les plus sensibilisées, la proportion disant prendre des mesures pour se protéger diminuait paradoxalement en période épidémique.

Les mieux informés étaient les métropolitains, les brésiliens et les guyanais. Les surinamiens, haïtiens et chinois de la région cayennaise étaient eux moins informés.

Une partie plus difficile à toucher de ces populations (notamment travailleurs clandestins et illégaux) semblait exclue de l'accès aux médias locaux ou n'accédait à l'information que selon des modes spécifiques et informels (rassemblement, bouche à oreille...).

Pour conclure, s'il convenait de se réjouir de meilleures connaissances globales de la population, ces résultats soulevaient plusieurs difficultés majeures : d'une part le manque d'accès par l'information de masse à certaines minorités échappant aux médias et circuits de socialisation « classiques », d'autre part et surtout, le passage de la compréhension des messages à leur application par des gestes de prévention quotidiens.

IV.3.2.f. Un écart entre perception et mise en œuvre de la prévention populaire

Comme l'a montré l'évaluation de 2009, si des résultats sont déjà partiellement mesurables, il convient d'être humble quant à la perception de la dengue ou des moyens de prévention par le grand public, mais aussi patient quant à l'efficacité de démarches visant de réels changements comportementaux.

La diffusion efficace de messages destinés à une prise de conscience des responsabilités de portée individuelle (préservation contre les piqûres par exemple), familiale (utilisation de la moustiquaire, protection des enfants) ou collective (suppression des gîtes larvaires, relais d'information...) constitue une difficulté.

Autre difficulté, propre à la structure et à l'hétérogénéité de la population guyanaise, le développement d'actions de proximité, ou la conception de modes de communications « sur mesures » intégrant certaines spécificités communautaires dont la méconnaissance du français ou un taux relativement élevé d'illettrisme.

La mise en place de solutions efficaces fait appel à des responsabilités partagées entre acteurs institutionnels, mais aussi avec la population et ses représentants.

Enfin, on constatera comme pour la thématique de l'accès à l'eau une relative absence des partenaires territoriaux administratifs (collectivités), qu'une offre de concertation territoriale n'a pas réussi non plus à faire s'engager durablement, même en période épidémique.

Il semble que le sujet de la dengue lui-même en tant que problème sanitaire ne soit pas considéré comme suffisamment grave, voire comme insurmontable et donc ne justifie pas d'effort spécifique.

Face à la diversité culturelle des populations guyanaises en outre, les processus de mobilisation sociale doivent être diversifiés, apportés au plus près du public et dans son référentiel culturel et linguistique, ce qui est nécessairement long et demande un engagement aussi suivi que conséquent en termes de moyens.

Du moins l'introduction d'une démarche de communication institutionnelle à l'échelle du département et la familiarisation avec les outils médiatiques (supports, sondages...) permettent-elles désormais d'appréhender ce dossier avec des arguments plus objectifs.

Cependant, en examinant les deux exemples précédents, on peut penser avec Herbaux que la compétence technique déconnectée d'une capacité d'une demande exprimée

localement n'est forcément que partielle²⁰⁶. En effet, toute planification territoriale étant une œuvre politique plutôt que technique, une analyse technique même interdisciplinaire est toujours partielle et sectorielle, sous évaluant une partie des aspects politiques, des mentalités et des valeurs locales. Nous avons essayé de prendre en compte ces dernières par des sondages d'opinion, mais force est de constater qu'il faut donner raison à Herbaux sur ce point.

Cependant, l'optimisme d'un tel raisonnement consiste à penser que « tôt ou tard », « d'une manière ou d'une autre », que d'une manière quasi spontanée les populations seraient capables de se saisir de problématiques, d'élaborer un cadre stratégique local en conséquence selon leurs vues et le moment opportun, de saisir le « conseil technique » judicieux.

Ce paradigme a été largement développé par les ONG internationales et les différentes agences des Nations unies, notamment en matière de santé publique. Une des méthodes qui en a résulté s'intitule « démarche de santé communautaire ». Conscients de limites des approches décrites précédemment pour régler des problèmes sanitaires dans le contexte guyanais, plusieurs responsables de la DSDS de Guyane ont souhaité développer un projet pilote pour tenter d'apporter des solutions à l'exposition au mercure des communautés amérindiennes vivant en milieu amazonien.

IV.3.3. Une tentative d'implantation pour une démarche de santé communautaire

Comme pour les exemples précédents, nous nous étendrons moins sur les détails purement techniques liés au risque lui-même (toxicité du mercure, statistiques épidémiologiques, taux de transferts etc.) qu'à la dimension liée au territoire et à l'information dans le mode de gestion qui a été proposé pour répondre à ce risque.

C'est pourquoi après un bref rappel du contexte local, nous présenterons le programme proposé pour y apporter des solutions.

²⁰⁶ Herbaux P., 2007, Intelligence territoriale, Repères Théoriques, Editions L'Harmattan, Paris, p. 47-48.

IV.3.3.a. Genèse du programme

La contamination par le mercure en Guyane est passée à la une médiatique dans les années 1990, suite à la décision contestée de construire un gigantesque barrage hydroélectrique. Les associations écologistes accusaient l'ouvrage de remettre en circulation dans les chaînes alimentaires le mercure issu d'activités d'orpaillage, à l'origine de son rejet dans l'environnement.

Sollicité, le ministère de la santé et son, agence, l'Institut de veille sanitaire, ont mené plusieurs études successives, mettant en évidence :

- des expositions plus fortes pour les communautés amérindiennes vivant en amont des fleuves servant de frontière à la Guyane. Les valeurs d'imprégnation mercurielle, évaluées à partir d'analyse de cheveux, sont supérieures en moyenne à la référence recommandée par l'OMS.
- une augmentation de cette imprégnation mercurielle entre 1997 et 2005²⁰⁷.
- le rôle de la consommation de poissons dans cette exposition et les grandes difficultés à les substituer dans l'alimentation, pour des raisons culturelles (traditions et tabous notamment) mais aussi économiques (communautés dépendantes de la chasse et de la pêche comme sources de protéines).
- la situation de très grande fragilité au regard de cette exposition des femmes enceintes et allaitantes et des enfants dont la santé est, au surplus, insuffisamment surveillée par les acteurs institutionnels chargés d'effectuer leur suivi.

Ainsi, les spécialistes considéraient fin 2006 que le temps de l'évaluation des risques était terminé : celle de sa gestion devait s'ouvrir.

A chacune des publications correspondant à ces enquêtes, les résultats étaient diversement interprétés. La faiblesse de l'exposition des populations du littoral relâcha considérablement la pression des médias et de l'opinion, qui passa au second plan. Le sujet n'était plus relayé que par des associations écologistes et de défense des

²⁰⁷ Cellule interrégionale d'épidémiologie Antilles-Guyane, Bulletin d'Alerte et de Surveillance Antilles Guyane, n°7, juillet 2007, numéro thématique, le mercure en Guyane, risque sanitaire et enjeux de santé publique, p.10.

minorités amérindiennes, dont étaient désolidarisées les élites guyanaises, en majorité créoles.

Les représentants des amérindiens eux-mêmes se retranchaient derrière une position de principe en 2001 : il n'était pas question d'envisager de politique pour prévenir leur contamination tant que la source (c'est-à-dire les activités d'orpaillage illégales) n'était pas définitivement et complètement stoppée par les autorités françaises.

A la faveur de gages données par l'administration, de dialogues interpersonnels et du rajeunissement des représentants amérindiens, ces derniers revinrent sur leur position en 2005²⁰⁸. Lors d'un séminaire organisé par le service santé environnement de la DSDS et rassemblant experts, administrations et représentants des populations, des experts canadiens présentèrent les actions de santé communautaire engagées dans leur pays pour faire face à des cas similaires de contamination par le mercure chez des tribus amérindiennes. Les solutions passaient par une concertation des populations, qui informées des risques et des voies d'exposition, prenaient pour elles-mêmes les décisions nécessaires, permettant ainsi individuellement d'encourager des comportements prenant en compte la contamination. Surtout, ces approches montraient que plaquées de l'extérieur sous forme péremptoire et sans un travail préalable d'écoute, les recommandations des acteurs extérieurs (administrations, experts etc.) étaient vouées à l'échec collectif.

Tous furent d'accord pour adopter ce type de programme comme étant approprié en Guyane. Toutefois, il n'existait pas alors de source de financement à un tel programme, ni d'expert compétent sur le territoire.

Les demandes en ce sens envers le ministère restèrent sans réponse, même si le mercure était retenu pour figurer parmi les priorités nationales du Plan national santé environnement²⁰⁹.

La solution se présenta sous forme d'une opportunité en fin d'année 2006, lorsqu'un reliquat de crédit proposé pour le ministère permettait de recueillir des fonds sous

²⁰⁸ Direction de la santé et du développement social, compte rendu du séminaire des 14 et 15 juin 2005 organisé à Cayenne.

²⁰⁹ Programme dont la réalisation n'était pas financée par ses ministères de tutelle, comme nous l'avons vu plus haut.

réserve de proposer très rapidement quelques pages de proposition pour un programme de santé publique et éducation sanitaire. La Guyane proposa un programme de santé communautaire et obtint des fonds en conséquence.

Restait à trouver un prestataire pour définir et exécuter le programme, la DSDS restant maîtresse d'œuvre pour sa part. Un programme de santé communautaire demande en effet expertise et expérience à la fois pour la méthode et par rapport aux populations approchées. Ce fut finalement la Croix Rouge française, qui gère l'hôpital de Kourou, qui proposa les arguments les plus convaincants et fut retenue. Le programme débuta fin 2006.

Avant de détailler son déroulement, faisons un bref rappel des fondamentaux définissant un programme de santé communautaire.

IV.3.3.b. La santé par et pour la communauté

Le rapprochement entre professionnels de santé et usagers ou bénéficiaires des programmes de santé n'est pas nouveau. L'Organisation mondiale de la santé a amplement plaidé pour cette approche, dans la mesure où elle recoupe sa vision globalisante de ce qu'est la santé. Celle-ci est déterminée par l'environnement humain, social, naturel des populations et donc tout programme qui vise à l'améliorer doit prendre les facteurs afférents en compte²¹⁰. Différents programmes tels que celui des « villages santé » proposaient des éléments de mise en place de cette approche dans un contexte villageois²¹¹.

Pour les services de l'Etat, cette politique prend en compte la dimension territoriale d'une politique de santé dans les sites de politique de la ville par exemple (échelle du quartier, de l'agglomération), permettant d'y renforcer la protection sanitaire et sociale et d'apporter ainsi une compensation aux conditions de vie dans des espaces déqualifiés, à la limitation des ressources matérielles par exemple.

Quant aux « bénéficiaires », aux « habitants » ou tout autre groupe défini pour mener ce type d'approche, les enjeux sont ceux d'appropriation de leur santé comme facteurs de

²¹⁰ Voir notamment la charte d'Ottawa établie en 1986 lors de la première conférence internationale de la promotion de la santé, qui définit par exemple pour conditions préalables en matière de santé : la paix, un abri, de la nourriture et un revenu.

²¹¹ Howard G. et al, 2004, Villages santé, Organisation mondiale de la santé, Genève, 119 p.

mieux-être bien sûr, mais aussi de réussite, d'insertion personnelle et de développement social particulièrement pour des populations souffrant d'inégalités²¹².

Quelques uns des points caractérisant les programmes de santé communautaire sont :

- L'encouragement à l'appropriation des programmes par les communautés ; on échappe ainsi aux approches « plaquées », « top down » ;
- La réponse à un besoin réel et exprimé (ce dernier point est moins anecdotique qu'il n'y paraît) par les principaux intéressés eux-mêmes et non l'application indifférenciée d'un programme administratif indiscriminé ;
- La sollicitation de toutes les composantes d'une communauté, valorisées selon leurs apports à celle-ci en tant que « relais » d'un projet commun ;
- L'induction d'une conduite de changement, partant de la communauté et que celle-ci définit, tant dans sa forme que dans son suivi pour parvenir aux objectifs qu'elle s'est elle-même fixée ;
- Ce faisant, la nécessité de recourir au dialogue et non à des approches verticales et hiérarchiques de gestion des problèmes²¹³ ;

La figure 19 montre la conception centrale qu'accorde cette approche à la communauté intéressée, pas seulement comme « bénéficiaires », mais comme partie prenante complète du programme.

Un moment clé est donc le passage d'un rôle a priori passif (que lui assignent bien souvent les professionnels de santé publique) à un rôle de coauteur, pouvant recourir à l'appui technique d'institutions accompagnant le projet.

²¹² On reconnaît là d'une certaine manière également les bienfaits supposés d'une politique territoriale concertée, définie par Bertacchini, 2002, opus cité. Pour plus de détails en ce qui concerne proprement les aspects sanitaires de ces politiques (historiques, sémantique etc.), on se reportera à Goudet B., 2009, Développer des pratiques communautaires en santé et en développement local, Chronique sociale, Lyon, 352 p.

²¹³ Lankaster T., 2007, Setting up Community Health Programmes, a Practical Manual for use in Developing Countries, 3ème éd. entièrement révisée, McMillan éd., Oxford, pp.6-7.

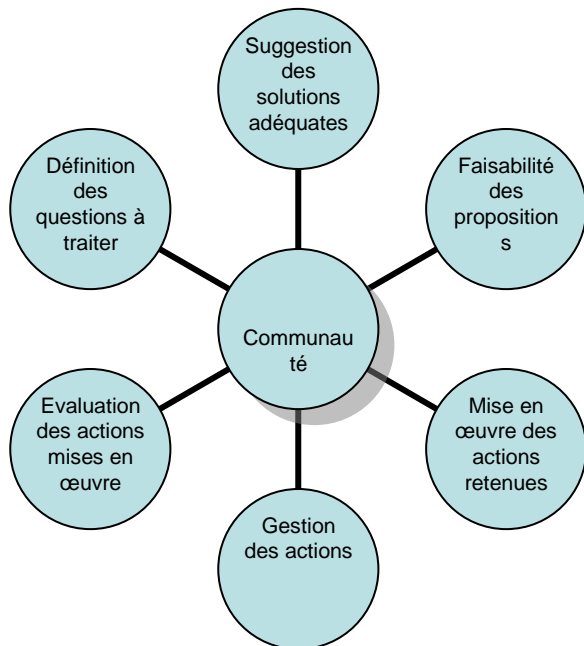


Figure 19 : la communauté comme centre d'un programme de santé communautaire.

Figure 19 : the community is central in all program activities.

Source: Lankaster T., 2007, opus cite, p. 21.

IV.3.3.c. Mise en œuvre du programme de santé communautaire sur le Haut Oyapock et le Haut Maroni

Le programme débuta réellement fin 2006, après une phase relativement longue de mobilisation des moyens nécessaires au programme défini par la DSDS. Il s'agissait notamment pour la Croix Rouge française (CRF) de recruter parmi ses rangs un spécialiste de ce type de programme et de lui proposer un contrat. Il fallait également constituer une équipe locale et définir un programme de travail ainsi que les moyens logistiques nécessaires à sa réalisation. Si bien que ce n'est pas avant le début 2007

que purent avoir lieu les premières enquêtes d'expression des besoins parmi chacune des communautés concernées.

Celles-ci ne plaçaient pas le mercure au cœur des préoccupations des amérindiens, plus soucieux de la raréfaction du gibier et du poisson, de la concurrence en la matière des orpailleurs brésiliens, de la fourniture d'électricité ou du prix du carburant voire de l'eau distribuée que de la contamination par le mercure. La majorité de ces sujets ne dépendant pas de l'action budgétée ni du ressort du service en charge de sa supervision, des réponses ne purent être formulées directement auprès des communautés les ayant exprimées.

C'est là peut-être une des premières limites de la méthode, quelle que soit la volonté initiale d'envisager les problèmes dans leur complexité.

En effet, lancé par le service de santé environnement de la DSDS, celle-ci était en quelque sorte perçue comme « propriétaire » de ce programme aux yeux d'autres acteurs concernés. Ainsi, ceux qui avaient en charge l'équipement électrique de la commune ne se sentant pas concernés par les résultats d'enquête obtenus plus haut, sollicités ils ne montrèrent pas un intérêt particulier à rejoindre les discussions pour concourir à un progrès par la méthode proposée. La crédibilité du projet en fut un peu ébréchée, puisqu'à une démarche d'expression et d'ouverture, il n'était pas possible de donner des suites tangibles.

Second écueil cette fois technique : la CRF n'avait pas établi de cartographie des ressentis par catégorie d'âge, de sexe ou par lieu d'habitation. Il était donc difficile d'apporter des tentatives de réponse au plus près des personnes s'étant exprimées et une moyenne n'était pas interprétable, puisque les communautés concernées vivent souvent de façon nomade et dans des hameaux de quelques cases seulement.

Le projet se poursuivit avec la création d'un comité de pilotage, regroupant les principales parties prenantes identifiées : représentants des populations amérindiennes, représentants de l'administration (en tant que bailleur), mais également de l'hôpital de Cayenne (en tant qu'opérant les deux centres de santé présents sur les territoires

concernés²¹⁴), Conseil général (en tant que gestionnaire de la protection maternelle et infantile) et bien sûr les porteurs de projet pour la CRF.

Des réunions régulières étaient prévues pour rendre compte des avancées du programme, avancées qu'il avait été convenu de poursuivre en assurant une présence physique et régulière sur le terrain par une mission tous les 15 jours à compter de 2007.

Une grande partie de cette année fut occupée à monter le cadre logistique du programme et ce fut là l'origine d'un des problèmes majeurs.

En effet, les représentants de l'hôpital de Cayenne dans leur centre de santé, reproduisant certains antagonismes entre les responsables des centres hospitaliers de Cayenne et de Kourou, refusèrent de prêter leurs locaux à la CRF. Il avait pourtant été convenu que ces lieux symbolisant déjà pour la population le point de son territoire où s'exerçaient les activités de santé, il y avait lieu d'en maintenir le sens et de ne pas donner l'impression d'un programme distinct, sans rapport avec les efforts déjà déployés en la matière.

Second problème majeur, cette fois sur la méthodologie du programme. Chacun croyait détenir l'orthodoxie en la matière, le plus souvent hélas à partir d'*a priori*. Alors que les programmes de santé communautaire sous entendent une méthodologie murie et déterminée (cf. plus haut), très peu d'acteurs avaient connaissance de ces éléments et les autres s'étaient fait leur conception en imaginant ce que pouvait être le résultat de l'accolement des deux mots « santé » et « communauté ».

L'opérateur lui-même semblait étranger à la somme pourtant abondante de la littérature existante en la matière (essentiellement anglo-saxonne il est vrai, mais avec nombre de références francophones canadiennes).

Ces deux facteurs expliquent peut-être qu'une grande partie des fonds furent dédiés à élever des cases destinées à accueillir les membres du programme de la CRF lors de leur mission ou à acheter des pirogues, individualisant le programme et assurant sa

²¹⁴ Suite à un audit de la Caisse d'assurance maladie en 2002 et le constat des difficultés du Conseil général à opérer dans ces centres de santé, la gestion de ces centres de santé fut remise à l'hôpital de Cayenne. Le Conseil général conservait ses prérogatives en matière de santé maternelle et infantile, mais non sans arrière-pensée quant à cette « dépossession » symbolique de ses prérogatives sur une partie du territoire.

visibilité aux yeux des populations certes, mais faisant perdre de vue que la priorité était l'approche et le recrutement de relais parmi les populations concernées.

Certains représentants de celles-ci ne facilitaient pas les choses. Si vu de Cayenne la communauté amérindienne peut sembler unie – au moins par la langue et la communauté de destin en terme de discrimination sanitaire – sur le terrain il en va tout autrement ; chacun souhaitait accueillir physiquement « son morceau » du programme, pensant en tirer ainsi plus grand bénéfice. Plutôt qu'une ressource commune à administrer pour le bien de tous, les moyens alloués au programme devinrent un enjeu en soi.

C'est dans ce contexte que nous avons pris nos fonctions, en tentant d'introduire plusieurs éléments de progrès.

Tout d'abord la médiation entre les opérateurs (centre hospitalier de Cayenne, CRF). Cependant, celle-ci se solda par un échec. Ceci était ardu pour au moins deux raisons. La première était attribuable à leur positionnement respectif. Le centre hospitalier de Cayenne avait été candidat pour devenir opérateur du programme, mais n'ayant pas été retenu, son dirigeant s'estimait spolié de ce budget. Appliquant la loi du talion, il n'estimait pas nécessaire de mettre à disposition les moyens dont il disposait sur place. La seconde était la crainte que la CRF, jusque là absente des territoires amazonien, n'en profite pour se positionner là durablement en attente d'autres programmes.

Autre essai, celui de demander à la CRF de formuler les grandes lignes de son intervention à venir, de façon à permettre son partage et une définition concertée et transparente au sein du comité de pilotage.

Hélas, ceci ne fut établi que tardivement d'une part, d'autre part en raison des différences culturelles dans la façon d'appréhender la chose (culture écrite/orale, francophonie, logique d'intervention), cet effort ne portait pas ses fruits.

Enfin, nous avons cherché à adjoindre à la réflexion plusieurs anthropologues, spécialistes reconnus des populations concernées. Présents depuis plusieurs dizaines d'années en Guyane, ces chercheurs et universitaires possèdent une connaissance

personnelle à la fois des personnes mais aussi de la culture locale et des tenants et aboutissants des représentations et tabous de cette dernière.

Malheureusement, ces personnes ne furent pas agréées par l'opérateur du programme, qui ne prit jamais la peine de les considérer comme des ressources valables pour progresser.

Lors de notre départ en 2009, le programme s'acheminait vers une évaluation, seule possibilité trouvée pour une remise à plat en partant des recommandations d'un expert extérieur crédible.

D'une certaine manière, il s'agit donc d'un échec dont les principales raisons sont à chercher tout d'abord dans la complexité technique et humaine d'un tel programme. Les questions liées à la contamination mercurielle et au-delà à la santé – puisque c'est cela que l'on visait au-delà – recouvrent des domaines extrêmement variés. Ainsi par exemple, il n'est pas possible d'évoquer la contamination mercurielle sans aborder les questions liées à la grossesse et à son hygiène : la consommation d'alcool par exemple, considérée comme traditionnelle chez les populations amérindiennes, en participe. Quant au mode de contamination, les anciens préconisent pour la femme enceinte la consommation de certaines espèces de poisson, malheureusement la plus contaminée en mercure. Comment aborder cet autre aspect traditionnel du problème et progresser en cela sans une connaissance éprouvée des groupes culturels, la gageure n'obtint pas de réponse avant la sollicitation aux anthropologues pour une participation active au projet.

Quant aux obstacles purement techniques, ils avaient trait à l'origine de la contamination même. La pêche est par nature une activité aléatoire. Le poisson tiré de l'eau n'est pas choisi. Comment recommander de s'en priver si de surcroît il n'est pas possible matériellement de disposer d'une autre denrée aux capacités nutritionnelles équivalentes ? S'en affranchir par la mise à disposition d'une nourriture congelée par exemple nécessite d'une part de disposer d'électricité pour garantir la chaîne du froid (sous peine de faire face à des contaminations bactériennes d'une nourriture mal congelée) et d'autre part organise une dépréciation des coutumes culinaires amérindiennes – part intégrante de cette culture et de son intégration avec les milieux

environnants – sans compter la dépendance que cela crée à une économie monétaire (achat du congélateur, éventuellement de denrées etc.).

La seconde grande famille de raisons expliquant l'échec du programme est à chercher dans sa gouvernance. A la complexité technique décrite ci-dessus n'a jamais répondu « l'union sacrée » nécessaire pour que chacun s'approprie les données du problème et s'investisse en conséquence. Chacun sentant sa légitimité plus bafouée que reconnue – à un titre ou un autre – ce qui divisait et fondait une identité singularisante a fini par prévaloir. Ceci s'est notamment cristallisé autour de l'accès aux moyens de fonctionnement du programme, qui sont devenus un enjeu symbolique de l'influence des uns et des autres.

En ce qui concerne les populations elles-mêmes, c'est la notion même de représentant qui est à remettre en question, comme nous l'avons découvert avec ce programme. Traditionnellement, la société amérindienne n'est pas hiérarchisée et ne fait pas appel à une représentation. Chacun est libre et les contestataires au sein d'un village partent en fonder un autre. La résolution des problèmes communs ne passe ainsi pas nécessairement par une médiation, mais débouche plus souvent sur le conflit et/ou la scission.

De façon plus générale et en guise de conclusion sur ce programme, si les inégalités de santé dont souffraient les populations prises en compte par le programme de façon spécifique justifient un effort spécifique, celui-ci doit être partagé entre les différents acteurs et parties prenantes dans la même mesure que les objectifs de travail, priorités d'intervention et leurs modalités de mise en œuvre et de suivi.

IV.3.4. Conclusion

Nous avons vu à travers les 3 projets ci-dessus quelques grands traits propres aux difficultés de mise en place des projets de santé environnementale en Guyane.

En guise de synthèse, tous ont en commun des difficultés propres à la volonté des différents acteurs à collaborer. La question des identités culturelles guyanaises, fondamentales, court aussi bien derrière les obstacles à la diffusion de l'information – qui doit être différenciée tant dans son message que dans sa forme – ainsi que la propension des acteurs à dialoguer pour exprimer un intérêt, à reconnaître les besoins et la légitimité d'acteurs différents par l'histoire, la culture ou plus simplement les besoins.

Les questions d'identité – liées au passé – déterminent plus les postures que l'envie de se tourner vers un avenir pour déterminer les modalités d'un « vivre ensemble ».

Dès lors, les efforts concourant à mettre en place un processus de concertation territorial sont lents, leurs résultats sont incertains et limités, voire volatils.

Certes, la taille des défis est conséquente : démographie galopante, multiculturalisme centrifuge, économie sous perfusion sont autant de difficultés.

La bonne formule reste à trouver pour ne pas conforter les particularismes, sans pour autant poursuivre dans une logique historique de négation de cette diversité dans le « creuset républicain », tel que le voudraient un cadre réglementaire rigide et des acteurs administratifs accoutumés à interagir avec des populations culturellement plus homogènes dans leur majorité.

Dans tous les cas, l'écoute des acteurs territoriaux est un préalable, et il est probable que c'est par des projets modestes, mais qui peuvent aboutir, que l'on peut tenter d'instiller des références positives et petit à petit, progresser.

Quant aux décideurs, devant les freins aux initiatives résultants de ces conditions, il convient d'être d'autant plus persuasif quant à la réalité des risques sanitaires encourus. Si leur représentation du risque n'est pas suffisamment aigüe, si sa tangibilité n'est pas suffisamment avérée (maladies transmises par l'eau, le mercure) et donc une éventuelle responsabilité grave démontrée, il y a peu de chance que leur choix porte la priorité sur les problèmes de santé.

En ce sens, la décision est plus prise sous la menace (pas uniquement pour une population mais quasi personnelle, puisque des conséquences professionnelles ou

administratives sont possibles en cas de conséquences néfastes) que comme une impulsion positive concourant à l'amélioration des conditions de vie d'une communauté. Les arguments d'ordre technique sont dès lors en grande partie disqualifiés. Ils sont trop complexes pour être utilisés face à d'autres arguments plus simples et donc plus faciles à employer (mécontentement d'un acteur spécifique, sensationnalisme médiatique, coût d'un projet par exemple),

En cela, les conditions trouvées en Guyane sont peut être plus difficiles et la résilience des décideurs plus forte à agir en faveur de la prévention, mais le ressort ultime et principal de la décision reste le même : il s'agit de la sécurité personnelle (professionnelle, pénale) du décideur. Une fois ceci fixé et s'il ne faut pas faire une obsession de cet argument, il est probable que son utilisation doit être recherchée autant que possible si l'on souhaite minimiser les aléas liés aux décisions dans la conduite des programmes et ceci d'autant plus qu'en Guyane, comme on l'a vu, il est difficile de s'appuyer sur une pression issue de la société civile, elle-même non structurée.

Chapitre V.

Conclusion

Chapitre V: Conclusion

Aujourd'hui, selon l'OMS, 14 % des maladies dans les pays de l'OCDE à revenus élevés ont pour cause l'environnement. L'exposition des populations à divers polluants (substances chimiques toxiques, rayonnements, etc.) via l'air, l'eau et l'alimentation, qu'elle soit à faibles doses mais sur une longue durée, ou qu'elle prenne la forme de « cocktails de polluants », a des conséquences néfastes sur la santé, même si celles-ci ne sont pas toujours clairement identifiées. De nombreuses pathologies multifactorielles ou « émergentes » dont l'origine s'explique, au moins partiellement, par le rôle de déterminants environnementaux, voient ainsi leur occurrence augmenter : cancer, asthme, allergies, maladies neuro-dégénératives, perturbation des processus de reproduction humaine, etc. À cela s'ajoute que leur nombre reste très probablement sous-estimé.

La prise en compte concrète des deux absolus que constituent la santé et l'environnement, ainsi que leurs interactions, reste complexe et seulement en partie explorée.

En première analyse, il est certain que les savoirs, acteurs et outils sont à développer. Ceux-ci dans l'idéal devraient pouvoir embrasser des échelles géographiques et temporelles dont chacune a son importance pour évaluer et espérer influencer sur l'état de santé d'un groupe de population donné. Les compromis d'évaluation ou quant aux méthodes de gestion des risques sanitaires restent en cela des compromis au regard d'une technologie et d'un mode d'organisation donné. L'une des clés en est la constitution de connaissance et d'information ainsi que ses canaux de partage. Mais intervient également de façon fondamentale la nécessité d'accompagner et de faire vivre ces informations.

En effet, si l'objectif de la plupart des politiques de santé vise le plus souvent à trouver ponctuellement une solution à un déterminant de santé donné et pour un type de pathologie, la réalité sanitaire est différente. Convoyer la bonne information vers le bon

groupe ne suffit pas à donner autre chose que des résultats éphémères. Il est significatif de constater par exemple un relatif échec actuel de l'hygiène manuelle malgré des générations de propagateurs zélés. C'est que pour cet exemple comme pour d'autres, il s'agit moins de passer une information que de la faire intégrer pour une pratique effective au quotidien. En cela, les programmes de communication de masse ratent probablement en partie leur cible : entendre n'est pas comprendre et ignorer ce que peuvent être les cheminements individuels qui aboutissent à cette compréhension, en ne déclinant pas sous d'autres formes plus adaptées les mêmes messages ne fait que souligner la tension qui persiste et persistera toujours entre l'évaluation et la gestion de la santé pour le groupe, et son plus petit commun dénominateur, la santé individuelle. Cette dernière reflète des constructions raisonnables à leur échelle, même si elles ne rentrent pas dans la rationalité des décideurs. Ceux-ci sont d'ailleurs l'objet du même phénomène quant à leurs choix en matière de santé publique : informés des attendus techniques d'un problème, ils ne se l'approprient pas nécessairement suffisamment complètement pour être en mesure d'utiliser les informations reçues, comme l'ont montré les exemples guyanais.

C'est qu'au sens étymologique, ces informations demandent une modification de la forme aussi bien des problèmes perçus, que par contrecoup du mode de pensée de celui qui les appréhende. Or, c'est cette part, qui touche directement à un mode de rationalité, aux compétences, à l'exercice du pouvoir, et donc d'une certaine manière à l'identité du décideur dans sa fonction, qui rend l'exercice extrêmement difficile à appréhender.

Il s'agit en effet, au-delà du traitement d'informations séparées, d'adopter une sensibilité, des modes de raisonnement cohérents et une approche globale à ce que sont les facteurs de la santé et ceux sur lesquels il est vraisemblable que l'on puisse avoir prise ou non.

Le mode de fonctionnement actuel des pouvoirs publics, plutôt analytique, fait considérer puis traiter un problème après l'autre. Il édicte des indicateurs, souhaite qu'ils soient mesurables, gommant ainsi les effets de petits nombres (minorités socioculturelles), de signaux faibles (comme lors de la gestion de la canicule de 2003) ou plus simplement la variabilité individuelle qu'il ne parvient pas à mesurer donc à concevoir. Il fixe des objectifs chiffrés, demande des résultats sur des durées limitées là

où les efforts doivent nécessairement être patients, car négociés d'un côté puis consentis de l'autre.

Si par malheur ces objectifs sont atteints, la "punition du succès" fait baisser la garde et passer attention et moyens d'intervention au traitement d'un autre thème, envisagé à son tour de façon singulière. En effet, la puissance publique évalue ses priorités selon le poids relatif d'une pathologie, d'un trouble - éventuellement le pouvoir de nuisance de ceux qui en pâtissent. Si l'évaluation et la perception de ceux-ci (quantifiable et quantifiée) diminuent, les capacités nationales sont réduites d'autant. Les équipes sont réorientées, l'expérience est perdue le plus souvent en raison du peu de soin apporté aux savoirs par delà la simple production de données ou de rapports. Ainsi, la transmission de la connaissance est interrompue²¹⁵ et une résurgence du problème trouve un système démuni, voire désarmé. A cet égard, les exemples des maladies "ré-émergentes" sont parlants. Si des progrès spectaculaires au XX^{ème} siècle ont pu en effet bercer une vague d'optimisme, nombre de maladies (tuberculose, paludisme,...) ont montré qu'une éradication globale de la plupart des maladies est illusoire. La croyance en un succès permanent quant aux diverses pathologies est l'un des facteurs constitutifs d'échecs répétés. Il faudrait peut-être plus modestement substituer à l'éradication définitive d'une pathologie la notion de son contrôle sous un seuil tolérable, cette notion restant à construire.

Ce constat implique notamment des méthodes de gouvernance mais également des degrés de responsabilité auxquelles les décideurs ne souhaitent ou ne peuvent pas se tenir.

Si par exemple il existe une vaccination techniquement recommandée par la plupart des experts pour prévenir une épidémie, la vaccination de masse et d'office de l'ensemble de la population n'est pas nécessairement réalisable. L'exemple de la campagne de

²¹⁵ Jannin J., 2009, Sleeping sickness – The controversy continues, Global Health Histories Seminars, série de conférences : maladies tropicales, les leçons de l'histoire, Genève 5 Mai 2009, http://www.who.int/global_health_histories/seminars/presentation31a.pdf

vaccination contre le grippe A(H1N1) durant l'hiver 2009/2010 constitue une illustration désormais connue.

L'alternative à une tel effort aurait signifié se satisfaire d'une prévalence donnée dans une population, revenant à prêter le flan à une accusation de cynisme caractérisé ; ce qui est supportable à l'échelle d'une société ne l'est pas nécessairement pour l'individu, mis en situation d'en supporter personnellement les conséquences.

Au-delà des décideurs, les structures sont construites de telle sorte que leur fonctionnement favorise un fractionnement des décisions en choix plus ou moins simples et une dilution et des responsabilités. Rien ne garantit qu'une somme de décisions a priori raisonnables puisse aboutir à un système qui l'est globalement. L'exemple de la canicule en 2003 est là pour le rappeler. Chacun des acteurs avait pu constater son déroulement sous un ou plusieurs des aspects qu'il avait en charge, sans que l'ensemble du système ne soit en mesure de donner l'alerte et de faire organiser la réponse en conséquence.

Ce même cas a également mis en lumière l'impossibilité d'une adaptation rapide dans la conception d'un problème émergent, rendant impossible l'innovation quant aux solutions nécessaires. On retrouve là encore la difficulté de mettre en perspective des phénomènes ponctuels sur un territoire, pour un temps donné, une population, par rapport à un ensemble permettant le recul.

A l'origine se trouve probablement une nouvelle fois la difficulté de faire passer l'information à l'état d'action, synonyme d'une incompréhension mutuelle des modes de fonctionnement de part et d'autre entre acteurs chargés des décisions politiques et évaluateurs/gestionnaires, chargés de construire et acheminer les données nécessaires aux décideurs. Il en résulte souvent que les premiers ne sont pas capables de mettre à disposition au moment et sous la forme voulue l'information technique, factuelle, propre à influencer positivement sur la décision. Les méthodes de "transmission de savoir" puisées dans les sciences de l'information peuvent apporter des pistes qui restent encore largement à explorer en la matière.

Réciproquement, nombre de décisions sont fondées sur une surpondération de facteurs mal étayés d'ordre sociaux, politiques, économiques ou personnels, ceci pour n'avoir pu

interpréter l'information disponible ou pour ne pas avoir été capable de formuler le besoin de la construire.

Il est vrai que la décision en santé environnementale est complexe. Elle doit en effet faire intervenir un ensemble d'arguments et de sentiments qui ne peuvent pas être tous établis ou prouvés - ce qui n'exclut pas la nécessité de les étayer autant que possible, sous peine d'être réduite à de simples préférences, dont nous venons de dire que l'absence de profondeur pouvait être contreproductif - tout en les pondérant et en examinant leurs interrelations.

En permanence, tout décideur devrait ainsi pouvoir réexaminer les programmes en conservant perpétuellement quelques interrogations. Parmi celles-ci notamment, celle sur la permanence de ce qui a déjà été réalisé, le coût général du maintien à ce niveau au regard de son bénéfice. Mais il convient également de se demander si les actions qui ont mené à certains succès restent nécessaires pour le maintien du programme, ce qui n'est pas nécessairement le cas. Et dans tous les cas, de conserver une ouverture d'esprit sur l'opportunité de faire les choses différemment et comment (ceci notamment par une observation d'expériences similaires historiquement / conceptuellement même dans des domaines indirectement liés).

Ces questionnements doivent rester d'autant plus permanents que les frontières entre santé et environnement fluctuent, constituant en elles-mêmes un enjeu des décisions et stratégies d'intervention.

On le voit ainsi, et les exemples de ce mémoire l'ont abordé, ce sont les flux d'information, leur construction, leur maîtrise et leur utilisation qui ont vocation à structurer la formulation des problèmes de santé environnementale et à fournir ainsi des pistes de résolution.

Le champ des interrogations doit pouvoir dépasser le cercle qui l'a vu naître en tant que déclinaison de la gestion de risques industriels.

Comme on l'a dit plus haut, les décisions en la matière ont vocation à modifier durablement des pratiques, des modes d'organisation de territoires, des modes de pensée. Il s'agit donc de questions sociétales, l'étendue des bénéfices escomptés étant proportionnelle à celle des contraintes consenties en conséquence.

Face à cette complexité, le décideur n'est pas démuni. S'il doit se mettre à portée des éléments qui lui sont fournis et de ceux qui les fournissent, il doit également savoir bâtir les modes qui lui permettront d'une part de compléter les éléments de connaissance en sa possession afin d'améliorer sa compréhension des problématiques. En cela, il doit également être en mesure d'influer sur les processus de formation de décisions afin de ne pas être en position de subir la formulation de ces problématiques - ce qui revient à le déposséder d'une partie de ses options à l'heure des décisions. Or ceci est une conséquence logique d'une augmentation des flux d'échanges, dont résulte dans le système global actuel le besoin de standardisation de ces échanges, qui passe notamment par des entités dépassant les compétences du simple territoire administratif. Si ce dernier ne sait pas faire valoir sa situation dans les instances techniques, il prend le risque de devoir défendre une position minoritaire et d'être ainsi défavorisé dans les échanges notamment.

Les efforts à déployer en conséquence ne sont pas nécessairement disproportionnés - ce serait là l'aspect positif de cette "tyrannie des petites décisions", qui aboutissent à ce que des décisions intermédiaire et a priori anodines aboutissent à un effet plus global. Ainsi, nous l'avons montré dans le cas de l'eau potable en Guyane, être capable d'identifier un processus de construction d'information, se donner les moyens d'y participer peut suffire dans bien des cas - sauf opposition délibérée et stratégique d'une tierce partie.

Recourir à des politiques de santé publique ambitieuses qui tiennent compte des problèmes liés à l'environnement implique d'importantes mutations. Elles semblent justifiées au regard de la multitude des enjeux territoriaux, sanitaires bien sûr, mais également sociétaux, économiques et politiques.

Il nous semble nécessaire pour cela que les différentes instances territoriales, toutes concernées, puissent être en mesure de reformuler leurs besoins propres et de bâtir des objectifs et une stratégie adaptés après une mise en commun.

Tous ces processus sont intimement liés à la construction et au partage de l'information. Aussi, l'apport de nouvelles disciplines en matière de veille et d'intelligence sont au premier rang en la matière. Notre travail plaide en cela pour la constitution d'une véritable intelligence sanitaire, capable d'identifier puis de mieux intégrer les éléments indispensables aux décisions de façon à mieux partager ces éléments pour mieux former ces décisions.

Bibliographie

- Banque Mondiale et agence indonésienne de reconstruction BRR, rapport "Rebuilding a better Aceh and Nias", octobre 2005, 154 p.
- Barbieri Massini E., 2000, Penser le futur, l'essentiel de la prospective et de ses méthodes, Dunod, Paris, 184 p.
- Beauchamp, 1996, Gérer le risque, vaincre la peur, Éditions Bellarmin, Montréal, 187p.
- Beck U., 2001, La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité, traduit de l'allemand par L. Bernardi, Paris, Aubier, 521p.
- Bertacchini Y., 2002, « Concertation territoriale et politique territoriale concertée », Laboratoire Le Pont, Département Services et Réseaux de Communication, Université de Toulon et du Var, 6 p., [en ligne] http://isdms.univ-tln.fr/PDF/isdms5/isdms5a32_bertacchini.pdf, consulté le 18 mai 2010.
- Besson B., Possin J-C., 1999, Du renseignement à l'intelligence économique. Détecter les menaces et les opportunités pour l'entreprise, éd. Dunod, Paris
- Bourret C., 2008, Éléments pour une approche de l'intelligence territoriale comme synergie de projets locaux pour développer une identité collective, Revue internationale de projectique 2008/1, n° 0, p. 79-92.
- Bourret, C., 2003, Les réseaux de santé: un champ de recherches prometteur pour les Sciences de l'information et de la communication, Actes du XIIIème Congrès national des sciences, de l'information et de la communication, Palais du Pharo (Marseille), du 7 au 9 octobre 2002, [en ligne] http://hal.archives-ouvertes.fr/sic_00000482/ consulté le 21 septembre 2009.
- Bourret, C., Lacour, S., 2007, Application of territorial intelligence focused on the cultural heritage and of the reaffirmation of territorial entities: "pays" in France. The case of Couserans (Ariège-Pyrénées), in actes de la conférence internationale de Huelva, pp. 77-91.
- Brasilyane, site internet personnel d'actualités de l'Amapa – en français : <http://www.brasilyane.com> consulté le 23 juin 2010.
- Bretin P, Garnier R, Chatelot J et al. Dépistage du saturnisme chez l'enfant en France depuis 1995 : pratiques, résultats, évolutions, recommandations, Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2008 Novembre 18 ; 44 ; 421-424., [en ligne] http://www.invs.sante.fr/BEh/2008/44/beh_44_2008.pdf, consulté le 31 août 2009.
- Carson, R., 1962, Silent Spring, Boston: Houghton Mifflin réédité par Mariner Books en 2002,
- Centre d'analyse stratégique, L'État et les agences : limitation ou extension de la puissance publique ? bulletin de veille stratégique n°88, 28 janvier 2008, [en ligne] <http://www.strategie.gouv.fr/IMG/pdf/NoteVeille88.pdf> consulté le 20 juin 2009.
- Charrière H ., 1969, Papillon, éditions du Livre de poche, Paris, 186 p.

- Chevallier D. et Morel A., 1985, « Identité culturelle et appartenance régionale », Terrain, numero-5 - Identité culturelle et appartenance régionale (octobre 1985), mis en ligne le 23 juillet 2007, [en ligne] <http://terrain.revues.org/index2878.html>, consulté le 13 octobre 2009.
- Clerc P., 2002, Intelligence économique et territoire : expériences comparées en Europe et dans le monde. Intelligence économique et développement territorial, Regard humain, institutionnel, conceptuel, numérique. http://www.developpement-local.com/article.php3?id_article=128, visité le 4 février 2004.
- Corbin A., 1982, Le miasme et la jonquille, Aubier, éd. Montaigne, réédité par Flammarion, 1986.
- Cour des comptes, 03 janvier 2007, L'aide française aux victimes du tsunami de décembre 2004 [en ligne] <http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/COFAGP/RapportTsunami.pdf>, dernière visite le 12 novembre 2009.
- Croix rouge française, le tsunami 3 ans après, dossier de presse, p. 2. [consultable en ligne] [http://www.reliefweb.int/rw/RWFiles2007.nsf/FilesByRWDocUnidFilename/RMOI-79U27F-rapport_complet.pdf/\\$File/rapport_complet.pdf](http://www.reliefweb.int/rw/RWFiles2007.nsf/FilesByRWDocUnidFilename/RMOI-79U27F-rapport_complet.pdf/$File/rapport_complet.pdf) dernière visite le 15 octobre 2009.
- Dartout P., 2009, L'innovation, une ardente obligation pour les territoires ruraux, in revue de l'association "Sol et civilisation" n°41, juillet 2009, pp. 11-12. [en ligne] http://www.soletcivilisation.fr/index.php?option=com_content&task=view&id=78&Itemid=99, consulté le 27 septembre 2009.
- Debia M. et Zayed J., « Les enjeux relatifs à la perception et à la communication dans le cadre de la gestion des risques sur la santé publique », VertigO - la revue électronique en sciences de l'environnement, Volume 4 Numéro 1 | mai 2003, [En ligne], mis en ligne le 01 mai 2003. URL : <http://vertigo.revues.org/index4700.html>, consulté le 6 janvier 2009.
- Delamotte B., 2009, Les coulisses de l'intelligence économique, éditions nouveau monde, 184 p.
- Direction de la santé et du développement social de la Guyane, Direction régionale de l'industrie et de l'environnement, 2008, Plan régional santé environnement de la Guyane 2004-2009, [en ligne] <http://www.guyane.pref.gouv.fr/sante/Prse.htm>, consulté le 1er juin 2009.
- Dou H.J-M., 1995, Veille Technologique et compétitivité : l'Intelligence Economique au service du développement industriel, Dunod.
- Dou H., Jakobiak F., 1995, « De l'information documentaire à la veille technologique pour l'entreprise : enjeux, aspects généraux et définitions », in Veille technologique et compétitivité, Dunod,.
- Dou H.J-M., Ying Bai, 2007, A rapid analysis of Avian Influenza patents in the Esp@cenet® database – R&D strategies and country comparisons, World Patent Information, Volume 29, Issue 1, March 2007, Pages 26-32.
- Dou H. J.-M., Manullang S. D., Dou H. J-M. Jr, 2006, Competitive Intelligence, Technology Watch for Industries, Badan Penelitian dan Pengembangan Industri, Departemen Perindustrian & CI World Wide Organization, Djakarta.

- Dupoirier E., 1998, compte rendu d'enquête 1998 lors du colloque "la Wallonie et les régions françaises, Approche comparée des identités régionales" [en ligne] http://www.wallonie-en-ligne.net/Wallonie_Politique/1998-Identites_regionales/1999-04-21_Elisabeth_Dupoirier.htm consulté le 12 octobre 2009.
- Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales éd., 1999, Le tapuscrit, recommandations pour la présentation de travaux de recherches en sciences humaines, 2ème éd. revue et mise à jour, Paris, 101 p.
- Étude nationale nutrition santé (ENNS), 2006 (INVS, décembre 2007), [en ligne] http://www.invs.sante.fr/publications/2007/nutrition_enns/RAPP_INST_ENNS_Web.pdf consulté le 23 juin 2009.
- Ferry L., 1992, le Nouvel ordre écologique, l'arbre, l'animal et l'homme, éditions Grasset, Le livre de poche, Paris, 220p.
- Goubert J-P., 1986, La conquête de l'eau. L'avènement de la santé à l'ère industrielle (préface d'E. Le Roy-Ladurie), éditions Poche, collection Pluriel, Paris, 302p.
- Goudet B., 2009, Développer des pratiques communautaires en santé et en développement local, Chronique sociale, Lyon, 352 p.
- Guillaume B., Charron S., 1999, contributions à l'élaboration d'une gestion sociale des sites de résidus miniers d'uranium, note technique SEGR/LSEES/99 n°103, p.93.
- Haut comité de santé publique, 1995, Actualité et dossier en santé publique, n°13, Santé et environnement, Paris, 14 p.
- Herbaux P., 2007, Intelligence territoriale, Repères Théoriques, Editions L'Harmattan, Paris, 195 p.
- Herbert, F. 1965, Dune, traduction française éditions Robert Laffont, 1970, réédité par Presse Pocket, Paris, 349 p.
- Hivernat, H. 2004, Intelligence Economique et Intelligence populaires, application à la commune de Rousset (Bouches du Rhône), in International Journal of Info sciences for decision making, numéro spécial 2èmes rencontres internationales "TIC et territoires, quels développements ?" Saint Raphaël, 5 et 6 juin 2003, n°14, mars 2004, pp. 123-147. [en ligne] <http://isd.m.univ-tln.fr/PDF/isd14/isd14.pdf> consultée le 01/10/09.
- Hoefte R., 1998, In place of slavery: a social history of British Indian and Javanese laborers in Suriname, University Press of Florida, 275 pages.
- Houssin D., 2009, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, Numéro thématique - Veille et alerte en santé environnementale : s'organiser pour intervenir - numéros 35-36 du 22 septembre 2009, Institut national de la veille sanitaire, pp. 377-396 [en ligne] http://www.invs.sante.fr/beh/2009/35_36/beh_35_36_2009.pdf consulté le 01/10/09.
- Howard G. et al, 2004, Villages santé, Organisation mondiale de la santé, Genève, 119 p.
- Hudemann-Simon C., 2000, La conquête de la santé en Europe : 1750-1900, Séries Europe & histoire, De Boeck, Paris, 176 p.
- IEDOM, 2004, Les entreprises de première transformation du bois en Guyane, n° 18, décembre 2004, [en ligne], http://www.iedom.fr/doc/NotExp18_Guyane_filiereBois.pdf, consulté le 16 octobre 2009.

- IEDOM, 2006, Le secteur aurifère en Guyane, bulletin n°38, décembre 2006, [en ligne], http://www.iedom.fr/doc/NotExp38_Le_secteur_aurifere_en_Guyane.pdf, consulté le 16 octobre 2009.
- IEDOM, 2006, note expresse spéciale "Chikungunya", Impact économique de l'épidémie de Chikungunya à la Réunion mesuré fin mars 2006, http://www.iedom.fr/doc/NotExp34_Reunion_Impact_Chikungunya2.pdf consulté le 6 octobre 2009.
- IEDOM, 2007, La filière rizicole de Guyane : évolution et perspectives, bulletin n°42, septembre 2007, [en ligne] <http://www.iedom.fr/doc/La%20filier%20rizicole%20en%20Guyane.pdf>, consulté le 16 octobre 2009.
- IMCS, Information Management Consulting & Solution. 2006. Propriété intellectuelle et innovation technologique <http://www.imcsline.com/MPatent.asp>, dernière visite : 1er octobre 2009.
- INSEE, 2006, Enquêtes de recensement de la population 01/01/2006, [en ligne] http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=25&ref_id=14235#inter2, consulté le 29 mai 2010.
- INSEE, 2007, La population des allocataires du RMI : tendances d'évolution et disparités régionales, Etudes et résultats N° 568 - avril 2007, 8 p., [en ligne], <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er568/er568.pdf>, consulté le 25 juillet 2009.
- INSEE, IEDOM, AFD, 2008, Guyane, un développement sous contraintes, 83p., [en ligne], http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=25&ref_id=13479 consulté le 25 juillet 2009.
- Institut national de santé publique du Québec, 2002, Cadre de référence en gestion des risques pour la santé dans le réseau québécois de la santé publique, Québec, 92 p.
- Institut national de veille sanitaire, colloque du 22 juin 2009, Surveillance en santé environnementale : pourquoi et comment ? Paris, Ministère de la santé.
- Institut de protection et de sûreté nucléaire, Guillaume B., Charron S., 1999, contributions à l'élaboration d'une gestion sociale des sites de résidus miniers d'uranium, note technique SEGR/LSEES/99 n°103, 142 p.
- Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire et al., 2006, rapport IRSN/DSDRE/DOS/ rapport n°10, rapport final du contrat de recherche intitulé « PERPLEX, étude comparative de la perception des risques par le public et par les experts » du programme « environnement et santé » de l'AFSSET, Fontenay-aux-Roses, 177p. [en ligne] http://www.irsn.fr/FR/IRSN/Publications/barometre/Documents/IRSN_Rapport_Perplex2007_synthese.pdf et http://www.irsn.fr/FR/IRSN/Publications/barometre/Documents/IRSN_Rapport_Perplex2007.pdf consultés le 5 septembre 2009.
- Jakobiak F., 1998, L'Intelligence Economique en pratique, éd. d'Organisation, Paris, 336p.
- Jannin J., 2009, Sleeping sickness – The controversy continues, Global Health Histories Seminars, série de conférences : maladies tropicales, les leçons de l'histoire, Genève 5 Mai 2009, http://www.who.int/global_health_histories/seminars/presentation31a.pdf

- Kaluszynski M., 1999, Le criminel à la fin du XIX^{ème} siècle: Autour du récidiviste et de la loi du 27 mai 1885. Un paradoxe républicain, 13 p ; [en ligne], http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/34/31/95/PDF/Le_criminel_a_la_fin_du_XIXeme_siecle.i_1885.pdf, halshs.archives-ouvertes.fr, consulté le 15 octobre 2009.
- Kourilsky P. et Viney G., 1999, « Le principe de précaution », Rapport au premier ministre, 110p., en ligne <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/004000402/0000.pdf>, consulté le 3 septembre 2009.
- Lankaster T., 2007, Setting up Community Health Programmes, a Practical Manual for use in Developing Countries, 3^{ème} éd. entièrement révisée, McMillan éd., Oxford, 426 p.
- Lecorps P., Eduquer à la santé et à la citoyenneté: les enjeux d'une prévention prévenante Journées académiques de Rouen, 14 février 2007, [en ligne] <http://www.ac-rouen.fr/rectorat/etablissements-cesc/seminaire2007/philippe-lecorps.pdf> consulté le 2 septembre 2009.
- Le Roux J., 2008, atlas historique de la Guyane du XVI^{ème} au XIX^{ème} siècle, Valhermeil, Saint-Ouen-l'Aumône, France.
- Le transport urbain, une question de santé, Rapport annuel 2006 sur la santé de la population montréalaise, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2006. [en ligne] <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/rapportannuel/2006/rapportannuel2006.pdf>, dernière visite le 8 août 2009.
- Londres A., 1923, Au bain, coll. « Motifs », Le serpent à plumes, 2002 ; 246 p., première publication dans Le Petit Parisien en août-septembre 1923.
- L'Express, Fissures au corps des Mines, Sabine Delanglade, publié le 30 janvier 1997, [en ligne] http://www.lexpress.fr/informations/fissures-au-corps-des-mines_620659.html consulté le 3 septembre 2009.
- Lula Da Silva I., Président de la République Fédérative du Brésil, conférence de presse conjointe du 12 février 2008 à Saint Georges de l'Oyapock, [en ligne] <http://www.elysee.fr/president/les-actualites/conferences-de-presse/2008/conference-de-presse-conjointe-m-luiz-inacio.5906.html>, consulté le 3 mars 2009.
- M6, Enquête exclusive, « Cayenne : le nouveau «Far West» français », diffusé le 4 mars 2007, [en ligne] <http://video.google.fr/videoplay?docid=-2633375282928431344#> 4 mars 2007, consulté le 11 octobre 2009.
- Maison D., Jay P.O., Lasut C., 2010, La terre d'en face, Java sur les rivages de l'Atlantique, 120 ans de présence javanaise au Suriname, Magazine « Une saison en Guyane », 1^{er} semestre 2010, Aymara productions éditeur, pp. 36-47.
- Maison D., Habert A., Mansotte F., Durand C., Marion N., 2009, Améliorer l'accès à l'eau potable : une urgence en Guyane, La Santé de l'homme, n° 404- novembre-décembre 2009, pp. 23-26.
- Mansotte F., Maison D., Marion N., Margueron T., Habert A., Hervouet S., L'utilisation de l'eau de pluie pour l'alimentation humaine en Guyane : une avancée en termes de santé publique !, Cahiers de l'ASEES 14 (2009) pp.19-26 [en ligne : www.water-quality-journal.org].

- Mansotte F., Ravachol F., Maison D., Ardillon V., Flamand C., Ruello M., 2009, Epidémies de typhoïde en Guyane française : treize ans de veille et de gestion sanitaires, Bulletin d'information en santé environnementale numéro 20 - volume 2, mai - juillet 2009, Institut national de santé publique du Québec, Québec.
<http://www.inspq.qc.ca/BlogueBise/post/Epidemies-de-typhoide-en-Guyane-francaise-13-ans-de-veille-et-de-gestion-sanitaires.aspx#>.
- Mansotte F., 1996, La loi sur l'hygiène publique de 1902: un des fondements de l'action de l'Etat au XXème siècle. Santé Publique, 53-67.
- Maris B., 2003, Anti-Manuel d'Economie, Bréal, Paris, 359p.
- Martinet B., Marti Y-M., 2001, L'intelligence économique, Comment donner de la valeur concurrentielle à l'information, deuxième édition, Editions d'organisation, Paris.
- Martre H. (groupe présidé par), 1994, Rapport au Commissariat au plan, la Documentation française, Paris, 213 p.
- Ministère de la défense nationale et de la guerre, inspection générale de la défense passive, section sanitaire, 1939, notice du 31 mars 1938 concernant l'organisation des services sanitaires en matière de défense passive, quatrième édition, 241 p.
- Ministère de l'équipement, Direction départementale de l'équipement de Guyane, <http://www.guyane.equipement.gouv.fr> consulté le 3 mars 2009.
- Ministère de la recherche, 2005, santé-environnement et santé-travail, nouvelles perspectives de recherche, séminaire de prospective scientifique et de lancement du programme recherche du plan national santé environnement et du plan santé travail, document d'orientation scientifique, , [en ligne] <http://www2.enseignementsup-recherche.gouv.fr/rapport/santetravail/3.1institutssavactprat.pdf> consulté le 27 octobre 2009.
- Ministère de la Santé et de la Protection sociale, Ministère de l'Écologie et du Développement durable, Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale, Ministère délégué à la Recherche, 2004, Plan National Santé-Environnement (PNSE) de juin 2004, 92 p., [en ligne] <http://www.sante-sports.gouv.fr/plan-national-sante-environnement-pnse-juin-2004-actualisation-septembre-2006.html> consulté le 19 janvier 2010.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2002, Principes directeurs d'évaluation du risque toxicologique de nature environnementale, Collection Orientations et enjeux sociaux, Québec, 73p. [en ligne] <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2002/02-227-01.pdf>, consulté le 3 Septembre 2009.
- Mouren-Lascaux P., 1990, La Guyane, éditions Karthala, 186 p.
- National Research Council, 1983, Risk Assessment in the Federal Government: Managing the Process. National Academy Press, Washington, D.C.
- Organisation mondiale de la Santé, 1958, Les dix premières années de l'organisation mondiale de la santé, Genève, 455 p. [en ligne] <http://whqlibdoc.who.int/publications/> consulté le 3 octobre 2009.

- Organisation mondiale de la Santé, Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.
- Organisation mondiale de la santé, 2004, Les principales causes de décès dans le monde, site internet de l'organisation www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310, consulté le 13 mai 2010.
- Organisation mondiale de la Santé, 2007, Prévenir la maladie grâce à un environnement sain: une estimation de la charge de morbidité imputable à l'environnement, Genève, 106 p. [version anglaise en ligne]
http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/preventingdisease/en/index.html
- Organisation mondiale de la Santé, Bureau de l'Asie du Sud Est, 2009, Health in South East Asia, novembre 2009, 20 p.
- Pagès J.-P., 1999, Démocratie délibérative et perception des risques, Agoramétrie, école d'été « Gestion du risque », 6-10 septembre 1999, Albi, [en ligne]
<http://www.agora21.org/ari/pages1.html> consulté le 23 juillet 2009.
- Perretti-Watel P., 2001, La société du risque, la Découverte, Paris, 96p.
- Piantoni F., 2002, « Les recompositions territoriales dans le Maroni : relation mobilité-environnement », Revue européenne des migrations internationales, vol. 18 - n°2 | 2002, [en ligne], mis en ligne le 09 juin 2006. URL : <http://remi.revues.org/index1630.html>. Consulté le 21 mars 2009.
- Police G., 2010, €udorado, Le discours brésilien sur la Guyane française, Ibis Rouge Editions, Cayenne, 520 p.
- Price R. et S., 2003, Les Marrons, collections Cultures en Guyane, éditions Vents d'Ailleurs, Châteauneuf-le-Rouge, 127 p.
- Rehfuess E.A., Bruce N., Bartram J.K., More health for your buck: health sector functions to secure environmental health, Bulletin of the World Health Organization 2009, n°87, novembre 2009, pp.880-882, [en ligne] <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/11/08-059865/en/index.html> consulté le 3 novembre 2009.
- Renault-Lescure O. Goury, L. (eds), 2009, Langues de Guyane, Vents d'ailleurs/IRD, Paris, 190 p.
- Ribault J.-M., 1989, La veille technologique, concurrentielle et commerciale. Sources, méthodologie, organisation. Les éditions d'organisation, Collection Hommes et Techniques, Paris.
- Rostain S., 1994, Archéologie du littoral de Guyane, une région charnière entre les influences culturelle de l'Orénoque et de l'Amazone, Journal de la Société des américanistes, volum 80, pp. 9-46, [en ligne]
http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/jsa_0037-9174_1994_num_80_1_1524 , consulté le 23 juillet 2009.
- Rouach , 2005, La Veille technologique et l'intelligence économique, Collection Que sais-je ?, Troisième édition mise à jour, Presses Universitaires de France, Paris, 126p.

- Salmi L.R., Lawson-Ayayi S., Hajjar M., Salamon R., Grémy F., Informatique et Santé : Springer-Verlag France, Paris, 1996 (8) : 167-177, [en ligne] <http://www.cybermed.jussieu.fr/Broussais/InforMed/InforSante/Volume8/vol8pdf/8-19.pdf>, consulté le 15 octobre 2009.
- Samier H., Sandoval V., 1998, La Recherche intelligente sur l'Internet - outils et méthodes, Éditions Hermès, Paris, 154p.
- Secrétariat général du comité interministériel de contrôle de l'immigration, 2007, rapport Les orientations de la politique de l'immigration, au parlement, la documentation française, Paris, 228 p, [en ligne] <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000765/0000.pdf>, consulté le 23 mars 2008.
- Sénat, 2007, Rapport d'information sur le dispositif des agences en matière de sécurité sanitaire, Sénat, n° 355, juin 2007. <http://www.senat.fr/rap/r06-355/r06-3551.html> [en ligne], <http://parlement-ue2008.fr/rap/r08-519-1/r08-519-1103.html>, consulté le 15 octobre 2009.
- Sénat, 2009, Les DOM, défi pour la République, chance pour la France, 100 propositions pour fonder l'avenir (volume 1, rapport), Rapport d'information N°519 de M. Éric Doligé, fait au nom de la Mission commune d'information sur la situation des départements d'outre-mer, [en ligne], <http://parlement-ue2008.fr/rap/r08-519-1/r08-519-1103.html>, consulté le 15 octobre 2009.
- Slovic, P., Fischhoff, B. & Lichtenstein, S., 1982, Why study risk perceptions? Risk Analysis, 2, 83-93.
- Slovic Paul (1987). Perception of risk. Science, vol 236, p.280-285.
- Talec J.F., Maison D., 2005, rapport de mission sur les opportunités de réhabilitation de la station de traitement d'eau potable de la ville de Banda Aceh après le tsunami de 2004, Indonésie, télégramme diplomatique, Ministère des affaires étrangères, Jakarta, 3 p. (document interne, non publié).
- Vaillant Z., Salem G., 2008, Atlas mondial de la santé. Quelles inégalités? Quelle mondialisation? Editions autrement, Paris, 80p.
- Werner E. et Degoul P., 1994, La veille technologique, un nouveau métier de l'entreprise, La Recherche, 269, octobre 1994, vol 25, p. 1068-1077.
- Winslow, C. E-A., 1951, The Cost of Sickness, the Price of Health, Yale University, 106 pp.

