



Quelles sont les causes perçues d'un syndrome collectif d'étiologie incertaine et comment cherche-t-on à y faire face ?

Joëlle-Dorcas LAFFITTE

CSTB-DESH, 10 cours Louis Lumière, 94300 Vincennes ET Université de Provence-LPS
joelle-dorcas.laffitte@cstb.fr

Résumé

Les syndromes collectifs d'étiologie inexpliqués sont des événements sanitaires collectifs pour lesquels les analyses médicales et environnementales ne permettent pas de trouver de cause aux symptômes. L'objectif de cette communication est d'étudier trois points de ces événements. Il s'agit tout d'abord d'explorer les différentes théories étiologiques naïves mises en avant au cours de l'avancement des événements. La manière dont est vécue l'incertitude entourant ces phénomènes sera ensuite étudiée. Enfin, un point sera fait sur les stratégies de faire-face mises en place dans ces situations atypiques. La méthodologie utilisée est l'étude d'un cas de syndrome collectif d'étiologie incertaine par entretiens semi-directifs. L'analyse des données étant toujours en cours, les résultats présentés sont à prendre avec le recul nécessaire.

Mots-clefs

Syndrome des bâtiments malsains, théories étiologiques naïves, incertitude, stratégies de coping.

Introduction

La présente communication expose les résultats préliminaires issus d'un travail de thèse dirigé à l'Université de Provence par Karine Weiss, et encadrée au Centre Scientifique et Technique du Bâtiment (CSTB) par Dorothee Marchand. Bien que la thèse porte sur les syndromes collectifs d'étiologie incertaine dans leur ensemble, seuls les éléments se rapportant à leurs causes perçues et à la manière dont les individus cherchent à y faire face seront présentés ici.

1. Eléments théoriques

Les principaux concepts théoriques qui permettent d'éclairer la manière dont les individus ont perçu leurs symptômes et la manière dont ils ont cherché à y faire face sont développés ici. Il s'agit des notions de syndrome collectif d'étiologie incertaine, de théorie étiologique naïve, d'incertitude et enfin de faire-face.

1.1. Les syndromes collectifs d'étiologie incertaine

Le terme de syndrome collectif d'étiologie incertaine n'est pas un concept largement utilisé dans la littérature.

Il fait référence à un concept plus consensuel, celui de Syndrome des Bâtiments Malsains (SBM) qui a été décrit en 1983 puis en 1995 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Il a alors été défini comme une « condition médicale dans laquelle les personnes dans un bâtiment souffrent de symptômes ou ne se sentent pas bien sans raison apparente » (WHO,



1995 p.3). Cette notion d'absence de cause apparente renvoie au fait que les différentes analyses entreprises pour la recherche de cause ne permettent pas de définir de relation causale entre un facteur, ou un groupe de facteurs, et les symptômes. Cependant, l'OMS met en avant un certain nombre de facteurs de risques qui peuvent être liés aux symptômes (WHO, 1995).

Si la définition même du Syndrome des Bâtiments Malsains ne porte pas à discussion, l'emploi du terme de « bâtiment malsain » peut poser un certain nombre de problèmes lors de la réintégration des locaux. C'est pourquoi nombre de termes ont été utilisés pour désigner le même objet, comme par exemple mes termes d'« Hystérie collective », parfois de manière interchangeable avec ceux de « trouble psychogénique/sociogénique de masse » (Bartholomew & Wessely, 2002), de « syndrome psychogène de masse », de « phénomène psychogénique », ou encore d'« autosuggestion collective ». On rencontre également des formules telles que « pathologies non spécifiques associées au bâtiment » et « syndrome collectif inexplicable » (terminologie choisie par l'Institut de Veille Sanitaire dans son guide d'aide à la gestion de ces syndromes : Kermarec, Heyman, & Dor, 2010).

Mais, selon Barthe (2010), cette superposition est une perte de sens. En effet, selon cet auteur, associer SBM et syndrome psychogène relève d'une tendance française qui consiste à imputer des causes psychologiques à des situations d'incertitude, et particulièrement en santé environnementale. Et force est de constater que l'ensemble des termes utilisés pour décrire ces événements « sans raison apparente » (WHO, 1995) renvoient pour la plupart à une cause présumée, qu'elle soit environnementale, psychologique ou sociale.

C'est pourquoi le choix a été fait d'utiliser un terme neutre vis-à-vis de la cause des symptômes, afin de se rapprocher au possible de la définition de l'OMS. Le terme de *Syndromes collectifs d'étiologie incertaine* a été choisi pour mettre en avant l'aspect inconnu ou discuté de l'origine des symptômes.

1.2. Les théories étiologiques naïves

Pedinielli (1996) rappelle que les théories étiologiques naïves, ou profanes, ne sont qu'une partie de la représentation individuelle de la maladie. Elles sont formées par l'ensemble des causes que les individus se représentent vis-à-vis de leur maladie (Pédinielli 1996).

Pédinielli (1996) montre que ces théories étiologiques naïves sont particulièrement présentes quand le savoir médical ne permet pas d'expliquer la maladie ou quand il est trop éloigné des attentes de l'individu. En d'autres termes, les individus seront plus enclins à développer leur propre explication vis-à-vis de l'origine de la maladie si les experts ne réussissent pas à leur en fournir une, ou si l'explication portée par les experts est trop différente de leur sentiment initial. Or, les syndromes collectifs d'étiologie incertaine sont par définition des situations dans lesquelles les experts peinent à avancer une cause claire et précise pour les symptômes. Mais il arrive également qu'ils mettent en avant une cause très différente des attentes des individus. Par exemple, quand ils soulignent une cause psychologique (interne) alors que les individus pensaient, collectivement ou de manière individuelle, à une cause environnementale (externe). Dans ce cas, une partie des individus ne prendra pas en compte les explications expertes et étoffera sa vision de la situation comme un problème d'origine environnementale.

Ces théories étiologiques naïves ont donc toute leur importance dans les syndromes collectifs inexplicables parce qu'elles naissent dès l'arrivée des symptômes et, de par le contexte d'incertitude et parfois d'incompréhension entre experts et personnes touchées, elles peuvent se développer tout au long des investigations jusqu'à la construction d'une représentation partagée avec les experts.

L'hypothèse qui sera développée ici est que ces théories étiologiques naïves se rapporteront dans un premier temps à l'environnement. Le temps passant, et les analyses



environnementales se trouvant impuissantes à expliquer les symptômes, les théories devraient glisser, dans un second temps, vers la mise en avant de causes liées à l'environnement social ou aux individus eux-mêmes.

1.3. L'incertitude

Les auteurs qui ont étudié le Syndrome des Bâtiments Malsains (SBM) ont interprété l'incertitude développée dans la définition de l'OMS (WHO, 1995) de deux manières différentes. La plupart d'entre eux a mis en avant le fait que ce syndrome peut parfois avoir plusieurs causes différentes, potentiellement en interaction (voir par exemple Hedge et al., 1989; WHO, 1995; Ezratty, 2003; Kermarec, 2010). Pour une part plus réduite des auteurs, l'incertitude est définitionnelle du SBM (Stenberg & Wall, 1995). Ainsi ce diagnostic n'est-il plus utilisable dès lors que l'on trouve une ou plusieurs causes aux symptômes.

Quant à l'incertitude liée à la maladie, elle est généralement considérée comme étant anxiogène. Cependant, Babrow et Kline (2000) mettent en avant des situations dans lesquelles l'incertitude vis-à-vis de la maladie peut être non anxiogène, voire même entretenue. Ils donnent pour exemple une personne dont l'un des parents aurait une maladie génétique grave. Il se peut que cette personne décide de ne pas faire les analyses nécessaires pour diagnostiquer son éventuelle maladie, préférant alors l'incertitude à la certitude d'être malade.

L'hypothèse développée ici est que l'incertitude qui entoure les syndromes collectifs d'étiologie incertaine sera anxiogène. Il est même envisagé qu'elle puisse être perçue comme un danger par les individus exposés ou touchés car elle ouvre des possibilités délétères pour leur avenir.

1.4. Faire face à la situation

La notion de faire-face, ou stratégie de *coping*, d'ajustement, est issue de la théorie du stress de Lazarus et Folkman (1984). Selon ces auteurs, le stress est une transaction entre une personne et une situation dans laquelle l'individu évalue ses propres ressources comme inférieures à ce que la situation exige de lui. Devant une telle situation, les individus cherchent à réduire leur stress, principalement en utilisant deux grands types de stratégies : les stratégies centrées sur l'émotion ou centrées sur le problème. Les stratégies centrées sur le problème se concentrent sur la sensation désagréable elle-même et cherchent à la réduire sans agir sur sa cause (ex : l'évitement qui consiste à éviter la personne ou la situation stressante, la minimalisation qui consiste à se dire que ce n'est pas si grave que l'on pensait...). Les stratégies centrées sur le problème vont chercher à agir soit sur ce qui demande de grandes ressources à l'individu pour le modifier ou en faire disparaître, soit sur les ressources mêmes de l'individu en cherchant à les augmenter (ex : la recherche d'informations, le remplacement...). La stratégie utilisée dépendra de la situation stressante ainsi que des habitudes de l'individu.

En 1991, Ryd relie la théorie du stress et le syndrome des bâtiments malsains en émettant l'hypothèse que les différences de réaction observées entre les individus pourraient s'expliquer par les stratégies de *coping* employées (problème vs émotion).

Mais les syndromes collectifs inexplicables sont des situations difficiles à vivre qui durent dans le temps, et il semble peu probable que les personnes touchées n'utilisent qu'un seul type de stratégie. Cependant, les analyses nécessaires à la compréhension et à la résolution des problèmes sanitaires demandent de grandes ressources financières ainsi qu'un rôle social particulier (seuls les gestionnaires d'un bâtiment pourront légitimement demander des analyses de qualité de l'air par exemple).



D'où l'hypothèse que les stratégies centrées sur l'émotion seront principalement individuelles, chacun les mettra en place lui-même. Alors que les stratégies centrées sur le problème demanderont à être collectives, voir déléguées à un groupe.

2. Méthode

Il convient de commencer cette partie en rappelant que les résultats qui vont être exposés par la suite reposent sur un travail en cours, dont l'analyse n'a pu, à ce jour, être menée dans son ensemble. Les données qui vont suivre et leur analyse seront donc à prendre avec le recul et les précautions nécessaires, les analyses étant préliminaires à un approfondissement à venir.

2.1. La démarche de recueil des données: étude de cas

Investiguer un syndrome collectif d'étiologie incertaine alors même qu'il est en cours de résolution demande de répondre non seulement à une logique de recherche mais également à une logique de terrain, le travail du chercheur n'étant accepté qu'à la condition qu'il serve la compréhension de la situation.

Afin de s'adapter au mieux à cette double exigence, la démarche adoptée allie entretiens semi-directifs et focus group de restitution et discussion des résultats préliminaires. L'objectif a été de recueillir les discours individuels des volontaires, qu'ils aient été touchés par les symptômes, simplement exposés ou gestionnaires. De ces entretiens individuels est ressorti un discours commun qui devra par la suite être validé par les volontaires lors de discussions en groupes. Deux groupes sont envisagés : d'un côté les gestionnaires faisant partie d'une cellule « technique », de l'autre les utilisateurs du bâtiment qui ne font pas partie de cette cellule. Chaque groupe discutant uniquement, dans un premier temps, les éléments qu'il a lui-même rapporté. Enfin, un dernier focus prendra place pour relater de l'ensemble des discours à l'ensemble des personnes impliquées dans la situation. A ce jour, seuls les entretiens individuels ont eu lieu.

La particularité de la situation a fait que certaines personnes ont préféré des entretiens en petit comité (3 maximum) à des entretiens individuels, ce qui leur a été accordé.

2.2. Echantillon

Concernant les gestionnaires, l'ensemble de la cellule technique a pu être auditionnée (soit 8 personnes). Pour ce qui est des utilisateurs du bâtiment, seule la moitié d'entre eux a été volontaire (16 personnes). Une employée d'un des bâtiments d'accueil a également accepté un entretien, ainsi que deux représentants d'organisations appelées pour avis.

La répartition hommes/femmes a suivi celle qui a cours dans les organisations concernées.

Seul un entretien n'a pas pu être enregistré.

Trois entretiens ont été conduits avec plusieurs personnes à la fois. Il s'agissait toujours d'entretiens auprès d'utilisateurs du bâtiment.

2.3. Analyse des données

Les entretiens ayant eu lieu peu de temps avant la présente communication, l'analyse des données est toujours en cours. Les éléments qui vont être exposés ici se basent sur une écoute des enregistrements centrée sur les hypothèses exposées précédemment.

Cette analyse n'est suffisante ni pour la préparation des focus group, ni pour une théorisation fine de la situation. Elle permet cependant de mettre en avant des points intéressants.



Une analyse thématique des entretiens retranscrits est à venir. Il sera alors question de comparer une analyse manuelle à une analyse assistée par ordinateur.

3. Résultats

Cette première partie sur les résultats permet de dresser une description de la situation étudiée avant qu'elle soit interprétée au regard des hypothèses.

Le syndrome collectif d'étiologie incertaine auquel se rapporte cette étude a pris place dans une médiathèque du nord-est de la France. Cette médiathèque, qui s'étend sur trois étages et dont le bâtiment est constitué de trois parties différentes, a été ouverte au public en 2008.

En octobre 2010, un agent se plaint de rougeurs, d'irritations cutanées et de maux de têtes lorsqu'elle reste stationnée à son poste de travail au public. Ces symptômes semblant empirer avec le temps, son service est fermé.

En novembre 2010, un autre agent se plaint de symptômes irritatifs très soudains dans un autre service de la médiathèque. Ce deuxième service est alors, lui-aussi, fermé. Les soupçons pesant sur la climatisation, et par là sur la qualité de l'air intérieur, des analyses sont entreprises pour observer les composants de l'air intérieur des deux services fermés.

Le 7 décembre, à la réception des résultats des analyses de la qualité de l'air, l'organisation gestionnaire des lieux décide de fermer l'ensemble de la médiathèque au public. Une substance, qui pourrait être dangereuse au-delà d'un certain seuil, a été détectée sur les lieux. Cependant, les analyses effectuées ne permettent pas de quantifier la substance. La décision de fermeture est avancée comme une action de précaution, pour protéger les agents d'une menace éventuelle.

Une « cellule technique » est constituée dès la mi-décembre, elle comprend les personnes en charge de la direction de la médiathèque, ainsi que les personnes qui, dans l'organisation gestionnaire, sont en charge de la gestion de la fermeture. L'objectif de cette cellule est alors de partager les informations techniques, les informations relatives aux ressources humaines et notamment la médecine du travail et les informations relatives à la communication, afin d'accorder les discours et de mettre en place un plan d'action coordonné.

Au milieu du mois d'avril 2011, alors que la médiathèque est fermée depuis 4 mois, un agent, qui avait été touché à la médiathèque, déclenche une forte irritation cutanée en dehors de la médiathèque, mais en présence de vieux livres. Cet événement est décrit comme ayant changé la vision de la situation. Pour certains, les nouveaux symptômes ont permis de se rappeler que tout ceci est bien réel, et de relancer le débat. Pour d'autres, il s'agit là d'un argument pour expliquer que les livres, plus que le lieu, sont la cause des symptômes. Quelle que soit la position des personnes, ce nouvel incident a impacté sur leur représentation de la maladie.

Tout au long de cette gestion, différentes analyses ont été conduites. Elles ont porté sur l'air intérieur, sur le système de ventilation, sur les livres... Aucune de ces analyses n'a permis de détecter la source des symptômes.

Parallèlement à ces analyses, l'organisation gestionnaire et certains agents de la médiathèque ont pris contact avec des institutions étatiques afin de les guider dans la recherche de la source des symptômes.

Les syndicats ont également pris place, notamment en Comité d'Hygiène et Sécurité (CHS). Ils ont obtenus la nomination d'un expert en mai 2011. Ce dernier a pour objectif de déterminer si le lieu de travail est dangereux pour les employés au regard de l'usage qu'ils en ont.

En mai 2011, l'expert CHS a rencontré les différentes institutions étatiques déjà impliquées dans la recherche de cause pour une présentation du dossier. Les institutions semblaient



mettre en avant l'impossibilité de trouver une cause aux symptômes à partir des analyses réalisées, la médiathèque est donc restée fermée.

4. Analyse des résultats - Discussion

Sont développés ici les éléments de l'analyse du discours qui se rapportent aux hypothèses.

4.1. Les théories étiologiques naïves

Les syndromes d'étiologie incertaine ont, comme leur nom l'indique, une origine très difficilement déterminable. L'objectif de cette partie n'est donc en aucun cas de comparer des théories naïves à une théorie experte, ni à une conclusion personnelle. Il s'agit de mettre en regard des théories appelées naïves car non vérifiées scientifiquement. Ces théories pouvant provenir de profanes comme d'experts. La recherche de la cause réelle des symptômes n'est pas le but de ce propos.

Les données

Concernant la représentation de la maladie, il est à noter que les symptômes décrits dans les entretiens ont été séparés en deux types. D'un côté ont été mis en avant les symptômes liés aux événements d'octobre 2010 et qui sont vus pour la plupart comme ayant conduit à la fermeture. Il s'agit de symptômes allergiques, cutanés et respiratoires. Mais d'autres symptômes, plus anciens, ont également été décrits par la plupart des agents de la médiathèque. Ils évoquent ainsi une grande quantité de bronchites, sécheresses oculaires et angines. Rares sont les entretiens au cours desquels les symptômes ont été regroupés dans un même bloc, ils sont généralement distingués, si ce n'est pour leur importance, en tout cas pour leur visibilité. Cependant, les causes évoquées semblent entremêlées pour les deux types de symptômes. C'est pourquoi l'ensemble des étiologies indiquées dans les entretiens seront présentées ici.

Lorsque les premiers symptômes allergiques sont apparus en octobre, chaque individu s'est construit sa propre vision de leur origine. Ces visions ont ensuite été plus ou moins partagées au sein du groupe d'agents, et plus généralement du groupe des personnes concernées par les événements ou leur gestion.

Quand le premier service a été fermé en octobre 2010, les avis étaient partagés entre ceux qui pensaient que l'agent touché était victime d'une allergie sévère, et ceux qui pensaient que les événements ne justifiaient pas la fermeture, soit parce qu'ils n'étaient pas suffisamment répandus, soit parce que leur gravité était remise en question. Il n'a pas été nié qu'ils soient importants pour les personnes touchées, mais certains ont relativisé la gêne occasionnée par les symptômes.

Quand le deuxième service a été fermé en novembre 2010, les personnes qui pensaient que les symptômes étaient liés au travail ont mis en avant la sensibilité particulière des personnes touchées à un environnement dont l'air devait être altéré. C'est la raison pour laquelle des analyses de la qualité de l'air ont été effectuées.

Une fois le recouplement fait avec les symptômes plus anciens, une comparaison a été faite entre les anciens locaux, où les agents n'étaient pas malades, et les nouveaux, où ils semblaient avoir toujours été malades. Ainsi, des hypothèses environnementales ont été avancées telles que la présence d'un système de ventilation entièrement automatisé, une climatisation souvent mal réglée, la présence de moquette ou encore un éclairage particulier.

Cependant, le fait que tous ces symptômes aient été mis en avant après la fermeture des deux services a amené certaines personnes à penser que le problème, ou en tout cas l'ampleur qu'il prenait, tenait plus de ce qui a été verbalisé comme une « psychose ». Ce



terme a été avancé pour affirmer le caractère exagéré des réactions des agents qui, ne sachant d'où venaient leurs symptômes, ont avancé toutes les hypothèses possibles.

Une hypothèse proche de la précédente a été mise en avant, généralement concernant les symptômes de plus longue date. Il s'agit d'une influence de l'ambiance de travail stressante qui régnait la médiathèque, sur la santé des agents. Ainsi envisage-t-on que les symptômes qui sont présents depuis l'ouverture puissent être en partie dus au stress des agents, parfois par l'intermédiaire de la fatigue qu'il engendre. Or, ce stress est décrit comme provenant du manque de personnel, dont les effets se font d'autant plus ressentir que la médiathèque est grande, que son organisation spatiale est peu commune et que les objectifs stratégiques de la médiathèque sont mal définis. Tout ceci amène les agents à avoir le sentiment de courir en permanence, sans toujours savoir quel ordre de priorité donner à leurs différentes tâches.

Enfin, les premières analyses d'air ont mis en avant l'hypothèse des formaldéhydes comme cause des symptômes. Cette hypothèse, qui a été la seule issue de mesures et d'avis d'experts (même si elle a par la suite été démentie), a été largement reprise par l'ensemble des personnes impliquées dans ces événements, dans un premier temps en tout cas. Un second avis d'expert a, plus tard, orienté les théories explicatives naïves : la présence de moisissures dans les livres de la réserve précieuse. Cette hypothèse est souvent reformulée, on y ajoute un défaut de ventilation qui expliquerait que le premier service touché ne contienne pas de livre ancien.

Retour à l'hypothèse

Concernant les théories étiologiques naïves, il était envisagé qu'elles soient basées sur des éléments de l'environnement physique au départ, puis sur le contexte social et les individus par la suite, une fois que les analyses ne permettraient pas de trouver une cause satisfaisante.

L'analyse des données nous permet de voir que des causes individuelles ont été envisagées : une interprétation particulière des symptômes par exemple, notamment au début des événements. Des causes environnementales sont également mises en avant telles que, au début, la climatisation, la moquette, l'éclairage, puis par la suite les formaldéhydes et les vieux livres. Enfin, des causes plus liées à l'environnement social, comme le stress, ont été mises en avant.

Certaines interactions sont également envisagées, par exemple lorsque les agents pensent à une allergie liée à un composant de l'air (interaction individu-environnement).

Cependant, la sérialité initialement envisagée ne se retrouve pas dans les discours des personnes. Il semble que l'absence d'indice quant aux causes possibles ait amené les individus à explorer tous les aspects de l'environnement et des individus et à mettre en avant tous ces aspects comme des causes possibles, et donc des théories étiologiques naïves.

4.2. L'incertitude

Les données

Pour les agents comme pour la cellule technique, la première incertitude porte sur les symptômes : quels sont ceux qui doivent être pris en compte, qui seront pris en compte. Un rapport du médecin du travail concernant ses entretiens auprès du personnel a permis de répondre à cette question.

Par la suite, la multiplicité des théories étiologiques naïves ainsi que l'incapacité des analyses expertes à confirmer certaines hypothèses plutôt que d'autres accroît ce sentiment d'incertitude. Et quand la question de l'origine des symptômes est posée de manière très



directe en entretien, la réponse est majoritairement que pour le moment, on ne sait pas, que c'est très flou, ou que les analyses ne montrent rien de probant.

Cette incertitude quant à l'origine des symptômes est vécue de différentes manières. Pour certains, il s'agit d'une étape dans la recherche de cause, c'est le fait de réduire cette incertitude qui permettra de répondre à la question de l'origine des symptômes. Il suffit d'être patient. Mais pour d'autres, généralement (mais pas seulement) des experts assez éloignés du terrain, cette incertitude est une fatalité. Les causes possibles sont trop nombreuses, et trop éphémères pour que l'on puisse détecter LA cause des symptômes. Mieux vaut se faire une raison et trouver un moyen d'assurer une bonne qualité sanitaire au bâtiment sans s'orienter sur une cause particulière. Enfin, pour la plupart des agents de la médiathèque cette incertitude est inquiétante en ce qu'elle les empêche d'anticiper les conséquences à moyen et long terme. Qu'il s'agisse de la date de réouverture de la médiathèque ou de conséquences sanitaires possibles, tout est envisageable et tout est imaginé, surtout le pire. Ainsi, ne pas savoir rend le pire probable, tout en ne permettant ni de s'en protéger, ni de lutter contre. Pour ces personnes, l'incertitude est donc considérée comme un danger.

Retour à l'hypothèse

L'hypothèse selon laquelle l'incertitude serait source d'anxiété, parfois jusqu'à être perçue comme un danger semble donc confirmée. Il est cependant important de rappeler que ceci se confirme uniquement pour une partie des personnes exposées.

4.3. Faire face à la situation

Les données

Deux aspects de la situation ont demandé des ajustements aux individus. Dans un premier temps, les personnes touchées ont du faire face à leurs symptômes. Ensuite, une fois que les agents ont été protégés, le flou autour de l'origine de leurs symptômes a été criant et ceux qui s'en trouvaient inquiétés ont eu à faire face à cet élément.

Concernant les symptômes, le premier réflexe des agents touchés a été la recherche de soutien social, avant même les symptômes allergiques d'octobre 2010, en présentant en 2009 une liste des symptômes au médecin du travail. Cette mesure n'a pas été suivie d'effets qui se soient ressentis sur les symptômes. Elle a donc été associée à une minimisation par certains, qui ont alors considéré que ce n'était pas si grave, à du soutien social mais auprès des collègues et de la famille pour d'autres, notamment avec des épisodes de décharge émotionnelle.

Quand les symptômes se sont aggravés en octobre et novembre 2010, les agents concernés ont associé une stratégie d'évitement à une stratégie de soutien social auprès de leur employeur. L'évitement, qui avait pour but de protéger les agents de la zone de la médiathèque qui leur procurait des symptômes, a conduit à la fermeture des deux services. Quant au soutien social, il a simplement consisté à prévenir l'employeur de la présence de symptômes chez le personnel. Cette dernière stratégie a été suivie d'effets et des analyses de l'air ont été menées, dans une stratégie de recherche d'informations. Ici commence la phase qui consiste à s'adapter à l'incertitude liée aux symptômes car les analyses seront impuissantes à trouver une cause claire.

Cette recherche d'information s'est également effectuée à titre individuel. Chacune des personnes rencontrées lors des entretiens a expliqué avoir cherché des informations sur les causes possibles des symptômes. Ces informations ont par la suite été discutées entre collègues. Enfin, la recherche de causes a été déléguée à l'employeur, qui a lui aussi engagé une démarche de soutien social en contactant des organismes étatiques pour avis.

Parallèlement, l'incertitude étant particulièrement difficile à vivre pour certains agents, la recherche de soutien social, qu'il soit familial ou auprès de collègues perdure dans le temps.



Quant à l'employeur, son intention est de mettre en place des actions d'amélioration de la ventilation, ce qui constitue une stratégie de remplacement, qui consiste à améliorer une défaillance de la situation.

Retour à l'hypothèse

Concernant les stratégies de *coping*, il semblait que celles centrées sur l'émotion seraient principalement individuelles alors que celles centrées sur le problème seraient déléguées à un groupe.

Les stratégies centrées sur l'émotion, à savoir ici le soutien social, l'évitement, et la minimisation sont principalement des actes individuels. Cependant, les demandes de soutien social auprès du médecin du travail, d'experts et de l'employeur sont des actes collectifs.

Pour les stratégies centrées sur le problème, ici principalement la recherche d'informations et du remplacement, elles sont purement déléguées au collectif pour le second et partagées entre l'individuel et le collectif pour la recherche d'informations.

Ainsi, les stratégies centrées sur l'émotion semblent bien être plutôt individuelles, mais il serait abusif de décrire les stratégies centrées sur le problème comme totalement déléguées à un groupe. En effet, rares sont les personnes qui ne continuent pas à rechercher des informations même après que l'employeur ait commencé les analyses.

Conclusion

Les hypothèses :

Les hypothèses sont toutes partiellement validées :

- Bien que les théories étiologiques naïves intègrent des éléments individuels, sociaux et environnementaux, il ne semble pas exister de relation temporelle sérielle entre ces différents types d'hypothèses.
- L'incertitude est effectivement considérée comme un danger sur le long terme, mais seulement pour une partie des personnes exposées.
- Enfin, les stratégies de *coping* tournées vers l'émotion sont bien principalement individuelles mais celles tournées vers le problème sont à la fois individuelles, collectives et déléguées.

Mais ces hypothèses demandent à être explorées de manière plus systématique. Tout d'abord un traitement plus précis et plus poussé des données serait nécessaire. Par exemple en s'assistant d'un logiciel d'analyse textuelle. Ensuite, une comparaison avec d'autres cas serait nécessaire pour s'assurer de la validité de ces résultats pour tout ou partie des syndromes collectifs d'étiologie incertaine.

La dynamique entre les hypothèses :

Si ces trois hypothèses ont été développées ici, c'est parce qu'elles se répondent les unes aux autres dans le cas présenté.

Ainsi, c'est la présence de symptômes inexplicables qui a créé une incertitude, notamment sur leur cause. Cette incertitude anxiogène a donné lieu au développement de stratégies de *coping* centrées sur le problème qui avaient pour objectif de réduire l'incertitude. Mais ça n'a pas été le cas, elles ont permis au contraire de mettre en avant l'étendue des causes possibles. Ainsi, nombre de théories étiologiques naïves ont vu le jour, sans que les stratégies de recherche d'information et de soutien social ne permettent d'en valider une en particulier. Ce qui a encore augmenté l'incertitude, et l'anxiété qui y était liée, demandant



l'intervention de nouvelles stratégies de *coping* qui se doivent alors d'être centrées non plus sur le problème sanitaire mais sur l'incertitude qui en découle.

Remerciements

J'aimerais remercier les personnes qui ont accepté d'échanger avec moi sur les événements sanitaires qu'ils vivaient. Aussi difficile que soit leur situation, ils ont accepté de m'aider à avancer dans mes recherches, qu'ils en soient ici remerciés.

Références

- Babrow, A. S., & Kline, K. N. (2000). From « reducing » to « coping with » uncertainty: reconceptualizing the central challenge in breast self-exams. *Social Science & Medicine*, 51(12), 1805-1816.
- Barthe, Y. (2010). Le syndrome du bâtiment malsain: un problème de santé mentale? *Le concours médical*, 132(09), 371-2.
- Bartholomew, R. E., & Wessely, S. (2002). Protean nature of mass sociogenic illness: From possessed nuns to chemical and biological terrorism fears. *The British Journal of Psychiatry*, 180(4), 300-306.
- Ezratty, V. (2003). Le sick building syndrome (SBS) ou syndrome des bâtiments malsains. *La Presse Médicale*, 32(33), 1572-1579.
- Hedge, A., Burge, P. S., Robertson, A. S., Wilson, S., & Harris-Bass, J. (1989). Work-related illness in offices: A proposed model of the « sick building syndrome ». *Environment International*, 15(1-6), 143-158.
- Kermarec, F. (2010). Syndromes des bâtiments malsains. Que rechercher? Que proposer? In W. Dab (Éd.), *Le praticien et l'environnement* (Montligeon., p. 72). Paris: Véolia.
- Kermarec, F., Heyman, C., & Dor, F. (2010). Diagnostic et prise en charge des syndromes collectifs inexplicables: Guide technique. InVS. Consulté de http://www.invs.sante.fr/display/?doc=publications/2010/syndromes_collectifs_inexpliques/index.html
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping* (Vol. 1-1). New York: Springer publishing company.
- Pedinielli, J.-L. (1996). Les théories étiologiques des maladies. *Psychologie Française*, 41(2), 137-145.
- Ryd, H. (1991). My home is my castle--Psychological perspectives on « sick buildings ». *Building and Environment*, 26(2), 87-93.
- Stenberg, B., & Wall, S. (1995). Why do women report « sick building symptoms » more often than men? *Social Science & Medicine*, 40(4), 491-502.
- WHO. (1995). Sick building syndrome. World Health Organization Regional Office for Europe.