

Lorsque les électrosensibles racontent

Des douleurs chroniques
aux pratiques d'auto-éviction

Dimanche 6 novembre 2011, dans le cadre de l'émission *Mise au point*, la Télévision suisse romande diffuse un reportage intitulé «La planète des ondes». Le présentateur raconte que les électrosensibles¹ «sont convaincus»² que les technologies sans fil utilisant des champs électromagnétiques (CEM), tels que les téléphones portables ou les bornes Wi-Fi, sont dangereux pour la santé. Les téléspectateurs découvrent alors des hommes et des femmes intégralement voilés par un «tissu de blindage», une cotte de maille très fine qui «empêche le passage des ondes». La journaliste explique que Béatrice, une électrosensible pour qui l'exposition aux CEM provoque des sensations de «brûlures», «a vu sa vie basculer en quelques mois» alors qu'elle «portait en permanence son téléphone portable sur elle». Face à la caméra, Béatrice raconte: «je faisais vraiment que de pleurer, je ne tenais plus debout, j'avais des brûlures. Je

suis restée comme ça pendant à peu près un an et mon médecin me diagnostiquait dépressive». Le reportage affirme qu'«à l'écart des ondes, Béatrice se sent mieux» et qu'elle a fini par quitter son domicile pour s'installer dans une «zone blanche»³. Le témoignage de Béatrice ne constitue pas un cas isolé. La consultation de sources médiatiques – reportages audiovisuels, radiophoniques et articles de presse –, ainsi que les données produites lors d'une enquête⁴, font état d'expériences similaires. S'appuyant sur les récits de vie de personnes électrosensibles, cet article a pour objectif de reconstituer les motivations et les raisons qui les ont menés à pratiquer et parfois à valoriser certaines formes d'auto-éviction. L'auto-éviction n'est pas l'auto-exclusion; cette dernière, formalisée par Furtos (2007), renvoie à des situations dans lesquelles «le sujet s'oblige à sortir de lui-même», se «déshabite», «disparaît», devient incapable de se «représenter», est

l'objet de « désobjectivation » qui le rendent incapable « d'agir en direction du souhaitable ». Au contraire, l'auto-éjection est le produit d'une activité réflexive qui implique une reconfiguration de son rapport à l'espace et à ses modes de vie et qui mène parfois à une radicalisation des projets existentiels. L'auto-éjection est en effet synonyme de ruptures avec des activités, des lieux et des personnes, autrement dit, avec des mondes et des modes de vie, par lesquels les individus éprouvent et jugent leur qualité de vie. Afin de tracer les contours de ces changements biographiques, la mise en récit de l'auto-éjection sera analysée en tant que séquence événementielle se référant à des processus de recherche de soins (*health seeking process*) incarnés dans ce que Kleinman (1980) nomme les « comportements de recours de soins » (*health care seeking behaviour*). Ce cadre d'analyse met l'accent sur l'activité interprétative des sujets, leur capacité à donner du sens et à rechercher eux-mêmes des solutions en matière de santé.

La notion de trajectoire biographique (Bertaux 1997) est ici essentielle dans la mesure où elle permet de comprendre l'expérience de ces personnes en fonction d'une continuité temporelle; elle se nourrit en effet des phases d'incertitudes, de consultations médicales, mais aussi de tout changement d'état de santé et de situations personnelles, professionnelles, familiales ou environnementales. En ce sens, l'approche anthropologique permet d'analyser ces récits moins comme la reconstitution des appréciations subjectives de patients que comme les perceptions que les acteurs ont des conséquences de leur état santé (Leplège et Coste 2001, 23). Pour saisir les contours d'une telle perspective, il convient d'interroger le devenir électrosensible non comme un événement exclusivement médical, mais comme le produit de trajectoires affectives, sociales et biographiques singulières. Les événements et les modèles interprétatifs par lesquels s'exprime le vécu de l'électrosensibilité constituent à ce titre l'expression de savoirs fondés en partie sur l'auto-expertise. Les électrosensibles peuvent ainsi être considérés

comme des références, en première personne, des connaissances et des sensations de santé (Andrieu 2012). En effet l'analyse du vécu de l'électrosensibilité montre, d'une part, que la santé n'est pas un état, mais un processus dynamique sans cesse actualisé par le vécu corporel et, d'autre part, que sa quête n'est pas réductible à la gestion de la douleur, autrement dit, au tamponnage des symptômes. En d'autres termes, elle est « le résultat d'une interaction de facteurs biologiques, psychologiques [...], sociaux, cognitifs et affectifs » qui s'influencent mutuellement tout le long d'une trajectoire de vie (Douville et Sabatier 2002, 7). Cette définition de la santé, ajustée à la trajectoire sociale et aux sensibilités individuelles, permet d'intégrer à l'analyse les spécificités et singularités qui fondent choix et pratiques en matière de santé. Dans cette perspective, nous avons identifié quatre trames narratives: 1) la symptomatologie et les relations que les protagonistes entretiennent avec la biomédecine; 2) le contexte de vie dans lequel les troubles sont apparus et vécus; 3) la période durant laquelle l'électrosensibilité est découverte; 4) les étiologies singulières et les pratiques thérapeutiques auxquelles elles donnent lieu. Les récits de personnes interrogées intègrent ainsi un nombre important de dimensions – tels que les rapports affectifs et émotionnels qu'ils entretiennent avec eux-mêmes, les autres, la médecine, le travail, les proches, la technologie ou l'environnement – permettant d'identifier des sensibilités transversales à ce que veut dire être électrosensible.

Les symptomatologies décrites, ainsi que les relations que les protagonistes entretiennent avec la biomédecine, constituent la première trame narrative par laquelle s'expriment des sensibilités intimement en lien avec les choix effectués quant aux moyens à privilégier pour traiter leurs douleurs chroniques et leurs expériences morbides.

Traitement biomédical des douleurs chroniques et des expériences morbides

Brûlures, spasmes, arythmies cardiaques, crises de colite, lancées dans les reins, migraines, douleurs, raideurs dans la nuque, rougeurs, membres qui gonflent ou se paralysent, picotements, pression sur la tête ou les tempes, vertiges, nausées, état de confusion, angoisse, insomnies, fatigue chronique et épuisement: ce sont là quelques-unes des sensations et expériences morbides fréquemment rapportées par les électrosensibles dans les médias. Loin de partager une symptomatologie commune, les personnes interrogées ont partagé leurs expériences morbides. Pour l'une, il s'agissait de migraines et de maux de ventre; pour un second, de sensations de brûlure au niveau de la jambe, mais également dans la bouche, la gorge et les bronches; pour un dernier, des sensations de picotements dans les membres et de pressions au niveau de la tête. Les troubles exprimés par les personnes interrogées articulent donc à la fois douleurs et expériences morbides sans que l'une prenne le pas sur l'autre et sans que l'une ou l'autre constitue une expérience totale au sens où l'individu ne serait « plus lié au monde que par l'éclat » de celles-ci (Le Breton 2006a, 32). En revanche, ces expériences constituent autant de symptômes et d'alarmes susceptibles d'« engager une atteinte morale, une mise en cause du rapport au monde » autant qu'un questionnement sur leur origine (Le Breton 2006a, 14). Devenues chroniques, douleurs et expériences morbides constituent en effet des « événements maladie » qui bouleversent le quotidien (Herzlich et Pierret 1984; Sindzingre et Zempléni 1982) et suscitent des réponses concrètes. Les consultations médicales ont, du reste, souvent « leur origine dans ces douleurs rétives » *a priori* banales (Le Breton 2006a, 27). Tous les interviewés ont ainsi eu recours à la médecine biomédicale en quête d'un diagnostic et d'un traitement effi-

face. Deux d'entre eux ont consulté des neurologues après avoir consulté leur médecin généraliste. Les diagnostics sont sans appel : « rien de visible », aucun dysfonctionnement neurologique. Malgré les avancées en matière d'imagerie médicale, les douleurs chroniques comme les expériences morbides échappent aux technologies de visibilisation. L'impossibilité de faire entrer ce qui est éprouvé dans un régime de visibilité constitue l'un des points nodaux autour duquel les récits des personnes interrogées peuvent être articulés et compris. Le regard scientifique, qui incarne l'« hégémonie occidentale de la vue » (Le Breton 2006b), constitue en effet un principe organisateur de ce qui est dit de l'expérience à partir de ce qui en est perçu, rendu visible. Lorsque les douleurs et les expériences morbides nourrissent « des symptômes ou des plaintes sans que rien n'indique que la chair soit altérée » (Le Breton 2006a, 46), qu'elles échappent à la preuve et qu'elles ne peuvent être réduites à un schéma de causalité biologique, se pose inéluctablement la question de savoir comment et avec quelles conséquences les individus en expriment l'origine (*disease*), en interprète l'expérience (*illness*), se perçoivent et se traitent les uns les autres (*sickness*) en fonction de leurs sensibilités respectives.

Lors de consultations médicales⁵, les personnes interrogées se sont trouvées dans deux cas de figure. Certains ont mentionné des professionnels à l'écoute, sensibles à leurs expériences et faisant preuve de l'humilité nécessaire pour reconnaître leur impuissance à traiter leurs troubles. D'autres, à l'inverse, ont fait part de traitements qui les avaient blessés. Parcourant les couloirs d'une clinique où elle était venue effectuer des tests pour un acouphène chronique, Michelle⁶ a surpris son médecin s'adressant à ses collègues : « encore une qui entend des bruits ». Pour Michelle, ces paroles ont constitué un indice exprimant l'incapacité de ce médecin à la soigner. Elle a ainsi affirmé n'avoir jamais remis les pieds dans cette clinique. D'autres ont également mentionné que, faute de lésion organique visible, leurs médecins leur avaient proposé une prise en

charge psychologique et médicamenteuse contre laquelle ils ont affirmé avoir résisté pour plusieurs raisons. Pour Michelle, en l'absence de trouble organique, l'hypothèse psychologique est vécue comme le signe d'un déclassement et d'une négation de la réalité « physique » de ses troubles. Dans le cas d'Étienne, sur lequel nous reviendrons plus en détail par la suite, la psychothérapie a d'abord été source d'effroi et d'angoisse. Sa résistance prend racine dans le présupposé selon lequel on regarde « du côté de la psychologie seulement pour expliquer des symptômes dont la pathologie organique nous échappe » (Sullivan 1998, notre traduction). Pour Étienne – qui souffre de crises d'angoisse liées au stress sur le lieu de travail, d'insomnies, d'épuisement, de douleurs gastriques, ainsi que de fortes tensions au niveau de la nuque –, la perspective d'une psychothérapie a d'abord été vécue comme une incapacité à faire face à ses troubles et n'a fait qu'augmenter ses angoisses et son mal-être. Dans un contexte de biomédicalisation croissante des comportements propre à nos sociétés contemporaines, ce présupposé peut être vécu sous la forme d'une culpabilité que le sujet est capable de renverser à condition de s'opposer aux jugements de valeur intrinsèque aux réponses médicales (Castel 1981; Ehrenberg 1999; Ehrenberg 2005; Ehrenberg 2008; Fassin 2004; Jacques 2004; Rossi 2005). En outre, sa résistance à consulter un psychothérapeute tenait au fait que, pour lui, on allait le « bourrer de cachets » et d'« antidépresseurs ». Il a ainsi expliqué qu'il s'était vu proposer des « antiacides » pour ses troubles intestinaux, des « anxiolytiques » pour ses crises d'angoisse et des « somnifères » pour ses insomnies : « c'était ça l'aide que l'on pouvait m'apporter, masquer les symptômes » sans pour autant traiter les causes. Dans le cas de Paul, qui a suivi une psychothérapie pendant laquelle on lui a prescrit des médicaments, sa résistance aux traitements tient au fait que, pour lui, les médicaments modifient qualitativement sa sensibilité et sa qualité de vie. Il a en effet expliqué que les « camisoles chimiques » le « ramollissent ». L'ensemble des expériences

et des événements racontés ci-dessus exprime la façon dont sont perçus et vécus les traitements ou les solutions proposées par la biomédecine en vue de répondre efficacement à un ensemble de troubles qui échappent à l'objectivation scientifique.

Face aux traitements proposés par la biomédecine, Michelle, Étienne, Paul et tous les autres interviewés ont ainsi fait part de leur auto-éviction progressive du système de soins conventionnel sans toutefois le quitter entièrement. Face à un contexte de vie éprouvant, certains ont eu recours à un médecin généraliste duquel ils ont obtenu un certificat médical leur ayant permis de conserver un revenu ou d'accéder à une assurance sociale. Les contextes de vie dans lesquels leurs troubles sont apparus constituent la deuxième trame narrative autour de laquelle se sont organisés leurs vécus.

Raconter l'apparition des troubles. L'auto-éviction comme pratique thérapeutique.

Les récits des personnes interrogées indiquent que leurs expériences morbides et leurs douleurs chroniques sont apparues dans des contextes de vie spécifiques. Céline a ainsi expliqué souffrir de « crises de colite » chroniques provoquant des « malaises ». Ses crises sont apparues alors qu'elle se trouvait seule en charge de deux enfants nés de deux relations hors mariage. Après avoir abandonné plusieurs fois des études, Céline finit par travailler dans un secteur tertiaire peu rémunéré. Elle se sent alors « limitée dans ses possibilités », condamnée à vivre dans l'« espace restreint » de son petit appartement où elle n'est pas en mesure d'offrir la vie qu'elle rêve pour ses enfants. Éprouvée par une situation de détresse articulant les trois dimensions (Massé 2008) que sont une « situation » socio-économique difficile, un « sentiment » de mal-être et un « être-au-monde » impliquant « un rapport à soi et à l'environnement social modelé par ces sentiments et cette situation

vécue», Céline est «prise de fatigue», se sent «abattue» sur son lieu de travail, ressent des tiraillements dans la nuque ainsi que de fortes tensions au niveau de la tête. Elle ressent également des picotements dans le visage et explique que l'un de ses bras «gonfle». Lorsqu'elle quitte le travail, les symptômes disparaissent. Mais avec le temps, ceux-ci mettent de plus en plus de temps à disparaître et finissent par s'exprimer quotidiennement. Là, elle se dit «qu'il y a un problème». Elle sent «que des choses ne vont pas», que «son corps lui parle», mais elle ne «comprend pas». Elle sait qu'elle doit «changer quelque chose, mais quoi?». «Il fallait peut-être que je change de vie», a-t-elle conclu. En outre, Céline a raconté qu'elle avait commencé par entreprendre des études d'art qu'elle a ensuite abandonnées, ne souhaitant pas faire de l'art «un métier». Elle a également travaillé une saison dans un élevage de montagne avant d'entreprendre une formation d'horticultrice et de paysagiste. À la fin de sa formation, ne trouvant pas de travail dans un jardin botanique, elle s'est résolue à travailler sous serre. Par la suite, elle a tenté de reprendre ses études en vue de terminer son BAC, mais a dû abandonner ce projet après la naissance de son premier enfant. Le récit de Céline est ainsi traversé par des désirs inassouvis et des projets de vie avortés, ainsi que par un contexte de vie qui se conjugue mal avec son désir de travailler au grand air, dans un domaine où elle pourrait exprimer sa sensibilité artistique. Le récit de Céline est représentatif de l'ensemble des récits des protagonistes interviewés. Tous ont raconté une période durant laquelle ils semblent fatigués d'être eux-mêmes, éprouvés par leur être en société (Fassin 2004; Ehrenberg 2008). Leurs récits constituent l'expression de crises composées d'une multiplicité d'exigences contraires et de contradictions (Morin 1994, 181) durant lesquelles ils éprouvent l'idée que «rien n'est interdit» mais que «rien n'est vraiment possible» (Ehrenberg 2008). La détresse et ses formes d'expression sont ici problématisés en fonction des contextes sociaux dans lesquels elles s'inscrivent. On parlera alors de souffrance

sociale, produite de la «misère de condition» (manque de ressources) et de la «misère de position» (difficultés à réaliser ses aspirations) (Bourdieu 1993) et productrice d'un sentiment de mal-être (honte, culpabilité) et d'inaadaptation, propre à un contexte où l'autonomie et la responsabilité individuelle de ses choix, de son projet de vie ou de sa santé sont aujourd'hui devenus la condition (Soulet 2007; Foucart 2007; de Gaulejac 2007; Massé 2008; Ehrenberg 2010). La souffrance n'est donc pas seulement une réalité empirique définie par une série de symptômes, elle est révélatrice de la façon dont l'individu éprouve et est éprouvé par un contexte de vie particulier.

Les récits organisés autour des technologies sont des exemples concrets de ces articulations socio-affectives. Cette trame narrative ne constitue pas seulement le moyen par lequel les électrosensibles donnent sens à leurs troubles, elle permet également d'exprimer des sensibilités et des affects liés à des objets, des pratiques et des environnements.

Paul a, par exemple, parlé de son apprentissage d'artisan qu'il a choisi pour se former à un «savoir-faire à l'ancienne» et de la chaîne de production automatisée qui, préférant les «ouvriers sur machines», n'a que faire de son art. Il a également fait part de ses «baisses de forme» traitées par son médecin comme des «problèmes psychologiques» pour lesquels on lui offre une «camisole chimique» qui le «ramollit». Paul a aussi raconté les cours suivis dans le cadre du chômage pendant lesquels il est enfermé dans une salle «éclairée au néon» remplie de «téléphones portables» et durant lesquels il est assigné à écouter des cours sur le «rendement» des entreprises alors que lui, il est «bien dehors» et «aspire à autre chose dans la vie». Il a alors fait part du fait que ce type d'environnement lui «crispe les muscles» et provoque des sensations de «surchauffe» et d'«oppression». Paul a également parlé du manque d'égard ordinaire des personnes qu'il côtoie, trop occupées à passer du temps sur leurs téléphones portables. À ce propos, il a mentionné le fait que, selon lui, «la qualité des rapports est

devenue beaucoup plus expéditive» et que les personnes qui suivent ses cours d'artisanat avec leur téléphone portable allumé «n'arrivent pas à se mettre dans l'ambiance» et qu'il devient alors impossible d'«être ensemble dans le truc». Reprenant les termes de Francis Chateauraynaud (France Inter 2010), les récits organisés autour de l'électrosensibilité permettent de rendre intelligible «la manière de saisir le monde et d'être saisi par lui». En organisant son récit autour du rapport qu'il entretient avec la technologie, Paul a exprimé la façon dont l'environnement et certaines pratiques quotidiennes l'affectent. Son récit permet de comprendre pourquoi il privilégie l'auto-éviction comme moyen thérapeutique. Il a en effet expliqué que ces «baisses de forme» étaient devenues moins fréquentes depuis qu'il a trouvé l'habitat où s'effectue l'entretien: une ancienne grange située dans les Préalpes entièrement aménagée et munie d'un poêle à bois auprès duquel nous nous sommes entretenus. Pour lui, ce lieu est «intéressant parce qu'il y a le chalet, la montagne, l'atelier au sous-sol, l'habitation [...] et le tout pour trois francs six sous». Le récit de Paul indique une convergence entre un nombre important de facteurs. Le chalet et la montagne, loin du bruit et du stress de la ville, incarnent le retour au calme et à la nature. Le lieu de résidence choisi lui a permis de trouver un logement spacieux, adapté à son style de vie et à ses capacités économiques. L'atelier constitue enfin le lieu où il peut se retirer pour prendre le temps de pratiquer ses activités artistiques et développer son artisanat sans avoir à travailler à l'usine pour gagner sa vie. Cet espace constitue aussi le moyen de partager son art, d'enseigner son savoir-faire, d'obtenir de la reconnaissance et de valoriser sa sensibilité. Face à un conflit «interne» dont la genèse est «externe» (de Gaulejac 2007), l'auto-éviction, par les changements sociaux et environnementaux qu'elle induit, constitue pour Paul un moyen de juguler ses souffrances.

Pour Paul, l'auto-éviction des grands centres urbains a modifié significativement sa qualité de vie et son récit prend la forme d'une «identité

positive» (Herzlich et Pierret 1984) pour laquelle sa sensibilité n'est pas considérée comme une pathologie, un trouble de l'adaptation, mais comme «la part la plus valorisée [...] de la personnalité» que Paul «oppose au personnage social que modèle et qu'exige la société aliénante» (*ibid.*, 275). Ces «identités narratives» (Ricoeur 1988) positives, présentes dans les récits de plusieurs des personnes interrogées, révèlent l'activité interprétative déployée à partir du vécu. Bien qu'elles «ne cessent d'être refigurées par toutes les histoires véridiques ou fictives qu'un sujet raconte sur lui-même» (Ricoeur 1985, 443), ces histoires de soi, façonnées à un moment précis d'une trajectoire de vie, rendent intelligible les relations affectives, éthiques et morales que l'individu entretient, à un moment donné, avec lui-même, les autres et l'environnement. Dans le cas des personnes interrogées, les souffrances trouvent leurs moyens d'expression dans des contextes sociaux, économiques, technologiques et culturels qui alimentent une démarche essentielle de «l'art de guérir» consistant «à symboliser l'origine de la souffrance, à trouver une image autour de laquelle un récit prendra forme» (Good 1998, 269). Affirmer et s'affirmer son électrosensibilité constitue ainsi une tentative de raconter à soi et aux autres des histoires permettant d'exprimer ses souffrances et de légitimer ses choix existentiels. Dire et affirmer son électrosensibilité constitue la troisième trame narrative autour de laquelle s'organisent les récits du vécu des protagonistes interrogés.

Dire et se dire «je suis électrosensible»: des pratiques paradoxales?

Se dire électrosensible et l'affirmer publiquement ne va pas de soi. Dire «je suis électrosensible» expose en effet l'individu au jugement. Durant l'entretien, l'un des protagonistes a par exemple affirmé: «c'est bien, je suis content de la façon dont tu abordes les questions, ce n'est pas trop accusateur. Les gens qui sont sensibles aux por-

tables, ils se font quand même pas mal traiter de niais». En effet, l'électrosensibilité est prise dans les polémiques et les controverses qui entourent les effets potentiels que peuvent avoir les CEM sur la santé. L'alerte sur l'effet que peuvent avoir les CEM à haute fréquence sur la santé a déjà été lancée il y a plus de vingt ans et le dossier des ondes électromagnétiques «a rejoint au cours de l'hiver 2007-2008, du point de vue de leur portée médiatique, les grands dossiers comme l'amiante, la radioactivité, les OGM ou les pesticides» (Chateauraynaud et Debaz 2010). Le syndrome d'intolérance aux champs électromagnétiques a fait son apparition au cours des années quatre-vingt-dix, en même temps que le développement de la téléphonie mobile et de la lutte contre la prolifération des antennes relais. Depuis, sa médiatisation croissante a fait émerger une polémique médiatique et des controverses scientifiques obligeant un grand nombre d'acteurs à se positionner sur les risques potentiels liés aux technologies utilisant des CEM. Ainsi, pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS 2005), l'hyper-sensibilité électromagnétique [...] se caractérise «par une série de symptômes non spécifiques, pour lesquels on manque d'éléments tangibles sur le plan toxicologique ou physiologique» et «ne fait partie d'aucun syndrome reconnu». Pour d'autres en revanche, tel que le Professeur Dominique Belpomme⁷, lanceur d'alerte bien connu des milieux scientifiques et politiques en matières de santé environnementale, il ne fait aucun doute que l'électrosensibilité est le fruit d'une exposition aux CEM. Il certifie ainsi «l'existence de cette hyper-sensibilité aux champs électromagnétiques nécessitant impérativement la mise de ce malade à l'abri de toutes sources électromagnétiques» (TSR 2011, 9³⁰). Si les lanceurs d'alerte travaillent au maintien de la controverse, des études menées récemment⁸ ne font état d'aucun lien entre une exposition aux CEM de haute fréquence émise par des antennes relais ou des téléphones portables et l'apparition de symptômes pouvant nuire à la qualité de vie⁹. Faute de preuves scientifiques issues de sources reconnues par les instances

politiques, les organisations internationales et une grande partie des États européens ou nord-américains préconisent néanmoins d'appliquer le principe de précaution¹⁰ et en appellent à la responsabilité individuelle.

Phénomène polémique et controversé, les discours sur l'électrosensibilité – qui appartient à ce que William Dab (2010) a appelé des syndromes médicalement inexplicables attribués à l'environnement (SYMIALE) – ont tendance à polariser le débat réitérant la dichotomie cartésienne entre *soma/psyché*: pur trouble biologique prouvant l'effet qu'ont les CEM sur la santé pour certains, pure somatisation fruit d'un trouble psychologique pour d'autres. Dans ce contexte, affirmer son électrosensibilité comprend le risque de ne pas être compris, de passer pour un original, voire pour un fou¹¹. À ce propos, plusieurs interlocuteurs ont expliqué avoir fait l'objet de tests par leur entourage. Ceux-ci consistaient, par exemple, à éteindre volontairement les téléphones portables ou le Wi-Fi afin de tester leur capacité à détecter la présence de CEM. Ce type de comportement, visant à prouver objectivement des sensations éprouvées, rappelle l'évidence des grands partages que nous opérons quotidiennement entre *soma* et *psyché* ou entre *science* et *croyance* (Latour 1997). Combinés au fait que les ondes sont imperceptibles, que l'effet des CEM est polémique et controversé et que la majorité plongée dans l'électrosmog n'attribue pas ses expériences morbides aux CEM, les expériences et les récits des électrosensibles sont traités comme douteux, à classer au rang de phénomènes psychologiques, de croyances ou simplement inconsiderés. Face à ce type de comportement, Sophie déploie des actions visant à sensibiliser son entourage. Elle a ainsi raconté: «j'ai un de mes meilleurs amis, il déteste la fumée de cigarette. Je l'ai invité manger avec sa femme et je me suis dit, je vais faire le truc. J'ai allumé une cigarette et je lui ai soufflé la fumée en pleine figure. "Pffff", "icchhht", "qu'est-ce qu'il te prend de me jeter la fumée en pleine figure?" Je lui ai répondu, "tu sais, moi ça fait déjà une heure et demie

que tu me souffles tes ondes. Maintenant, il l'éteint même dans la voiture, mais il a fallu cette expérience-là pour qu'il se rende compte». Rendant sensible à l'autre ce qui est à même de produire sensation, émotion et sentiment, pratiquant l'analogie, Sophie a rendu intelligible la façon dont des comportements habituels constituent des manières de se traiter les uns les autres pouvant affecter la vie en commun. Pour Sophie, dire publiquement son électrosensibilité et rendre perceptible ce qu'on peut ressentir face à un comportement ordinaire a été le moyen de négocier des sensibilités qui font le quotidien de la vie en commun. Cet exemple montre bien dans quelle mesure – pour Sophie, comme pour le chercheur – «la relation entre argumentation publique et émotion privée demeure extrêmement difficile à articuler» et à expliciter (Chateauraynaud et Debaz 2010, 23). En situation d'interaction, il est effectivement non seulement impossible de tout dire, mais il est parfois non souhaitable et/ou non souhaité d'aborder certains points sensibles. La façon dont nous nous adressons les uns aux autres a ainsi tendance à «écraser les modalités de formation des expériences sensibles sur lesquelles prennent appui les personnes pour forger des témoignages, acheminer des indices et affûter des arguments» (Chateauraynaud et Debaz 2010, 23). Le paradoxe tient alors au fait que l'électrosensibilité n'est pas réductible à la situation, mais que les acteurs n'ont pas toujours la possibilité, l'envie ou la présence d'esprit d'expliquer ce que «je suis électrosensible» veut dire. En d'autres termes, affirmer son électrosensibilité constitue une «synthèse imaginaire» (Billeter 2012), une «énigme» (Good 1998, 342) non explicite, susceptible d'induire jugement, manque de reconnaissance, doute ou incompréhension.

Si affirmer son électrosensibilité dans l'espace public n'est pas un acte anodin, se l'affirmer à soi-même n'est pas non plus sans conséquence. Les récits des électrosensibles interrogés font en effet état de périodes de crise durant laquelle ceux-ci ont découvert et pris plus ou moins au sérieux l'hypothèse de l'électrosensibilité.

Conformément à la proposition de Morin (1994, 182), leurs récits font ainsi état d'une période d'«amplification» des troubles et d'«accélération» des événements menant à des formes plus ou moins radicales d'auto-éviction. Durant cette période, plusieurs protagonistes ont dit avoir consulté des sites Internet tenus par des lanceurs d'alerte. Ces sites Internet publient notamment des informations qui nourrissent les discours catastrophistes, font éprouver la menace de maladies graves (tel que le cancer) et laissent présager une mort programmée. Jeanne a découvert l'électrosensibilité lors d'une séance de shiatsu. Lorsqu'elle a «commencé à sentir» qu'elle était électrosensible, elle est allée lire des «rapports de recherche» dans lesquels «on trouve tous les symptômes que l'on risque d'avoir, tous les côtés néfastes». Jeanne a alors expliqué qu'elle allait chercher des informations sur Internet, «ça crée des peurs» parce qu'on est «face à un phénomène contre lequel on est totalement impuissant». Elle a alors «tout essayé» parce que dans ce type de situation, «on ne sait plus à quel saint se vouer». Elle a alors expliqué que son médecin généraliste «est tout à fait à même de répondre à ses questions» et que grâce à lui, elle a «un peu arrêté d'avoir peur». À ce propos, Dab (2010) insiste sur le rôle et l'importance de former des réseaux de professionnels capables «de recueillir, d'analyser et d'offrir une réponse» aux patients souffrant de syndromes médicalement inexpliqués. Les récits de certaines personnes interrogées indiquent en effet que la découverte de l'électrosensibilité est intimement liée à une période de crise les ayant mené à des formes d'auto-éviction radicale fruit de leur instinct de survie. C'est le cas de Céline, mais aussi de Joséphine. À passer 50 ans, cette dernière a raconté avoir fait des efforts considérables pour suivre une formation professionnelle. Durant cette formation, elle est prise d'un «problème au cœur» et de douleurs dans le bras. Son médecin lui affirme que «pour lui c'est nerveux». Elle éprouve alors une «grande fatigue», repousse son dernier examen et consulte un radiesthésiste qui lui affirme qu'elle est

«malade des nerfs». Il s'ensuit une spirale durant laquelle Joséphine consulte jusqu'à trois médecins par semaine pour différents symptômes: fourmillements dans les membres, sensations de brûlure, paralysie temporaire de la main et des doigts de pied. Joséphine découvre alors l'électrosensibilité et prend contact avec une association qui lui conseille de partir à la campagne. Elle raconte qu'elle «ne dort plus» et qu'elle est persuadée qu'elle va «mourir». Elle tente alors de se réfugier dans tous les appartements qu'elle a sous la main, elle erre à la recherche de «zones plus calmes» où «il n'y a personne» et elle finit par se réfugier dans une grotte où elle a élu domicile.

Le récit de Joséphine pourrait être interprété de façon univoque comme une «perte de confiance dans le social et l'environnement» ayant entraîné un processus de rupture du lien social et d'exclusion (Dab 2010). Ce cadre interprétatif normatif est fréquemment utilisé par certains électrosensibles qui tentent de s'instituer en tant que réfugiés environnementaux victimes des CEM susceptibles de constituer une nouvelle «figure de l'intolérable» (Fassin et Bourdelais 2005). Les récits recueillis indiquent que l'auto-éviction est pourtant irréductible à un discours sur l'exclusion. Ces discours normatifs ont en effet tendance à écraser les singularités individuelles aux profits de situations types censées être vécues de la même manière par tous. Les récits des électrosensibles interrogés indiquent qu'il convient d'éviter de polariser la réflexion autour de la dichotomie *inclus/exclu* en prenant en compte la pluralité des sentiments, des émotions et des désirs exprimés autour du vécu de l'auto-éviction. En effet, les personnes interrogées ne vivent pas ses modalités de façon univoque. Traversée par certaines tensions voir contradictions, elle n'est réductible ni à un subir ni à solution magique permettant à l'individu de recouvrer sa santé. Interprétée en terme d'identité positive par certains, la mise en perspective de ses conséquences est notamment susceptible d'engendrer angoisse et peur d'adopter un mode de vie non désiré. Jeanne a en effet affirmé que certains «vont vivre en

ermite», qu'elle, elle n'a «*pas envie d'en arriver là*». Jeanne, comme d'autres, a ainsi raconté mettre en œuvre des pratiques d'auto-évacuation ciblées consistant à arrêter de fréquenter certains lieux ou à s'enfermer temporairement dans un appartement «*blindé*»¹² afin de limiter les interactions avec les mondes qui les éprouvent. Pour Joséphine, qui s'est retirée dans une grotte, comme pour Michelle, qui se retire souvent dans son appartement du centre-ville, l'auto-évacuation est vécue à la fois comme un moyen et comme un paradoxe dans la mesure où elle les empêche d'entretenir certaines relations sociales ou de faire des activités urbaines et culturelles telles qu'aller «*au musée*» ou «*au cinéma*». Dans le cas de Céline en revanche, qui, à l'instar de Joséphine, vit elle aussi dans une grotte, l'auto-évacuation constitue un moyen de se mettre à distance de certaines pressions sociales (telles que la relation au travail, au lieu de vie ou à la famille par exemple), de renouer petit à petit avec un environnement et une temporalité qui lui permette d'effectuer des activités qu'elle valorise telle que prendre le temps de lire, de se cultiver ou d'effectuer quelques rares activités en pleine nature. Céline, qui passe la majorité de son temps dans sa grotte, limite en effet ses sorties afin de prévenir «*toute rechute*». Ainsi, loin de peindre une fresque romantique et idéalisée de la figure «*exotique*» que peut représenter l'électrosensible pour le lecteur, nous souhaitons insister sur le caractère pragmatique, intuitif et expérientiel que constitue le choix de l'auto-évacuation. Celle-ci ne constitue pas un point de chute totalement subit pas plus qu'une pratique thérapeutique miraculeuse. Elle est en revanche constituée de multiples tentatives expérimentées menant à des ajustements ou à des révisions de ses inscriptions au monde fondées sur d'autres valeurs, d'autres types de relation à soi, aux autres et à l'environnement.

L'auto-évacuation constitue donc à la fois un moyen thérapeutique permettant de mettre à distance des environnements éprouvants et une injustice forçant l'individu à rompre avec des modes de vie désirés. Pour comprendre comment les personnes interrogées

ont exprimé s'arranger avec cette tension, il nous faut développer la quatrième trame narrative que constituent deux modèles étiologiques : l'allergie et l'intoxication.

Allergie ou intoxication ? Étiologies intuitives et pratiques thérapeutiques privilegiées

Durant les entretiens, les protagonistes se sont référés à deux modèles permettant de représenter l'électrosensibilité : l'allergie et l'intoxication. *A priori*, les deux modèles appartiennent au modèle *exogène* de la maladie dans la mesure où ils sont «*dus à l'action d'un élément étranger (réel ou symbolique) au malade qui, du dehors, vient s'abattre sur ce dernier*» (Laplantine 1993, 76). La différence entre ces deux modèles, non exclusifs, réside dans leur façon de raconter, d'incriminer et de donner sens aux rôles que tiennent les facteurs exogènes dans la production de la douleur et des expériences morbides. Le modèle de l'électrosensibilité comme allergie est présent dans les récits de tous les interviewés. Dans ce modèle, les douleurs chroniques et les expériences morbides sont la cause de la qualité des traitements que les humains réservent à eux-mêmes, aux autres et à l'environnement. L'électrosensibilité est perçue et vécue comme une injustice et constitue un modèle narratif qui «*incarne et cristallise l'agression sociale*» (Herzlich et Pierret 1984, 204). Raconté le vécu de l'électrosensibilité révèle que la qualité des «*liens qui les insèrent dans la société et qui les unissent aux autres sont à interroger, voir à modifier*» (Herzlich et Pierret 1984, 226). Ce modèle narratif se retrouve tout particulièrement chez Jeanne, Michelle, Sophie ou Paul et revête la forme d'une identité positive (plus ou moins affirmée selon les cas) privilégiant l'auto-évacuation comme modalités pratiques d'auto-santé (Andrieu 2012) revêtant parfois des formes d'affirmation de soi

organisé autour de l'affirmation de son électrosensibilité.

Par opposition, les électrosensibles qui s'engagent sur le modèle de l'intoxication ont tendance à privilégier une étiologie intuitive centrée sur le corps. Dans cette perspective, l'électrosensibilité n'est plus le produit d'environnements ou de traitements qu'il convient de modifier ou d'éviter, elle est le symptôme d'un corps intoxiqué, devenu trop sensible et peu résistant. Focale est mise sur des pratiques de drainage ciblant un corps qu'il faut désintoxiquer et renforcer à l'aide de régimes alimentaires, de substances vertueuses, voir en effectuant des chélation chimiques clandestines. À ce propos, Étienne a expliqué avoir souffert d'un «*burn-out*» produit de sa difficulté à gérer «*le stress au travail*». Il a expliqué avoir eu «*trop de choses à gérer, trop de choses sur ses épaules*». Durant cette période, Étienne raconte souffrir de troubles intestinaux, de «*raideurs*» provoquant de «*fortes douleurs dans la nuque*», d'«*angoisses*», d'insomnies et d'épuisement. Au cours de l'entretien, il affirme également être «*très sportif*», n'avoir jamais cessé de faire du sport et de travailler malgré les violentes douleurs, l'épuisement et l'angoisse. Persuadé de pouvoir s'en sortir seul, il a toujours «*soigné le mal par le mal*» et a refusé d'«*être*» malade, de lâcher prise et d'opter pour l'arrêt maladie. Son choix de traiter son corps plutôt que de privilégier l'auto-évacuation trouve sa cohérence des expériences passées propres à un parcours biographique singulier. Premièrement, le choix de privilégier l'hypothèse de l'intoxication trouve sa justification du fait qu'il a «*peint des kilomètres de tuyaux avec de la peinture à base de plomb*»¹³. Deuxièmement, cette hypothèse lui a permis de développer des pratiques thérapeutiques en accord avec son refus de lâcher prise et de pratiquer l'auto-évacuation. La discipline diététique et les régimes alimentaires sans gluten, sans lactose et sans protéine animale qu'il s'impose ont non seulement comme objectif de drainer et désintoxiquer son corps, mais d'en améliorer la performance. Étienne a ainsi dit s'être rendu compte que depuis qu'il avait

«radicalement changé sa bouffe», son corps «marchait vachement mieux». Durant l'entretien, Étienne a privilégié la question de l'intoxication. Pour autant, celui-ci n'a jamais occulté la dimension socio-environnementale à l'origine de ses douleurs et de ses expériences morbides. Celui-ci a en effet expliqué avoir consulté un psychologue avec qui il s'est rendu compte «qu'il y avait aussi des blocages par rapport au travail» et qu'il n'y avait pas «seulement l'électrosensibilité et l'intoxication». En ce sens, l'étiologie intuitive ainsi que les pratiques de désintoxication d'Étienne peuvent être comprises comme autant de moyens de tenter une désensibilisation susceptible d'éviter l'auto-éviction.

Conclusion

L'électrosensibilité constitue une synthèse imaginaire apparue progressivement sous la forme d'une intrigue irréductible aux qualités des expériences par lesquelles les personnes interrogées ont exprimé un sens à leurs douleurs chroniques et à leurs expériences morbides. Le récit, nous rappelle Byron Good (1998, 249), est le fait de «lier par l'imaginaire les événements tels qu'ils ont été vécus, pour en tirer une histoire» permettant d'exprimer quelque chose du monde vécu. En ce sens, l'ensemble des trames narratives, développées par les personnes interrogées, rend compte d'un même souci: exprimer les sensibilités par lesquelles ceux-ci éprouvent et sont éprouvés par le monde. De ce fait, les récits de vie et les étiologies intuitives qu'ils contiennent ne se réduisent pas à représenter le mal et à donner sens au vécu, ils expriment des sensibilités par lesquelles les personnes électrosensibles interprètent et jugent leur qualité de vie. Douleurs et expériences morbides engagent en effet une interrogation sur soi, son rapport aux autres et à l'environnement qui influence, voire transforme, les perceptions, les appréhensions morales ainsi que les façons de juger et de s'engager dans le monde. L'élaboration du rapport à soi, aux autres et au monde se construit

en effet par des processus de subjectivation c'est-à-dire par la médiation d'un corps toujours affecté par les situations sociales dans lesquelles il s'inscrit. C'est pourquoi l'électrosensibilité nous parle autant d'une quête de santé, de pratiques thérapeutiques et d'auto-éviction que d'affects, de sentiments, d'émotions et de subjectivité. Dès lors, l'auto-éviction révèle des connaissances corporelles et d'auto-santé produit d'une sensibilisation par laquelle l'individu a appris à porter une attention particulière à ce qui l'affecte et par lesquelles il développe des actions intuitives qui lui permettent d'agir «sur lui-même par des soins qui affectent la totalité de son être» et de son existence (Andrieu, 2012:43). S'intéresser aux récits délivrés par des électrosensibles est ainsi l'occasion de questionner – sans les réfuter – les présupposés sémiotiques et représentationnels par lesquels nous effectuons nos choix et jugeons notre qualité de vie ainsi que sur l'intérêt anthropologique qu'il y a à tenir compte des sensibilités par lesquelles nous agissons et jugeons intuitivement.

Bibliographie

- Andrieu B. (2012), *L'autosanté. Vers une médecine réflexive*, Paris, Armand Colin.
- Bertaux D. (1997), *Les récits de vie: Perspective ethnosociologique*, Paris, Nathan Université.
- Billeter J. F. (2012), *Un paradigme*, Paris, Allia.
- Bourdieu P. (1993), *La misère du monde*, Paris, Seuil.
- Castel R. (1981), *La gestion des risques: de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris, Minuit.
- Chateauraynaud F. et Josquin D (2010), Le partage de l'hypersensible: le surgissement des électrohypersensibles dans l'espace public, *Sciences sociales et santé*, 28, 3, p. 5-33.
- Cordey M. (2011), *Comment devient-on électrosensible? Du déclassement de l'expérience à l'expérience de la souffrance: crise, quête de sens et construction de soi*, mémoire de Master en sciences sociales, Université de Lausanne, http://prdfmp.unil.ch/BCU_SSP/browsers-record.php?action=browse&recid=4807

- Dab W. (2010), Les syndromes médicalement inexpliqués attribués à l'environnement: un révélateur de la relation entre l'environnement et la santé, *Sciences sociales et santé*, 28, 3, p. 35-40.
- Dab W. (1997), «Précaution et santé publique. Le cas des champs électriques et magnétiques de basse fréquence», in Olivier Godart (dir.), *Le principe de précaution: dans la conduite des affaires humaines*, Paris, La Maison des sciences de l'homme, p. 199-212.
- Douville O. et Colette S. (2002), *Cultures, insertions et santé*, Paris, L'Harmattan.
- Ehrenberg A. (2010), *La société du malaise*, Paris, Odile Jacob.
- Ehrenberg A. (2008), *La fatigue d'être soi: dépression et société*, Paris, Odile Jacob.
- Ehrenberg A. (2005), La plainte sans fin. Réflexions sur le couple souffrance psychique/santé mentale, *Cahiers de recherche sociologique*, 41-42, p. 17-41.
- Ehrenberg A. (1999), *Le culte de la performance*, Paris, Hachettes Littératures.
- Fassin D. (2004), Et la souffrance devint sociale, *Critique*, 680-681, 1, p. 16-29.
- Fassin D. et Patrice B. (dir.) (2005), Introduction Les frontières de l'espace moral, in *Les constructions de l'intolérable*, Paris, La Découverte, p. 7-15.
- FNS (2011), «Résultats du Programme National de Recherche sur les éventuels risques sanitaires émanant des rayonnements électromagnétiques», Brochure grand public, consulté le 30.03.2015, http://www.nfp57.ch/f_kommunikation_publikationen.cfm
- Foucart J. (2007), Aspects sociologiques de la souffrance. Fluidité sociale et souffrance, in Marc-Henry Soulet (dir.), *La souffrance sociale. Nouveau malaise dans la civilisation*, Fribourg/Suisse, Academic Press/Saint-Paul, p. 73-83.
- France Inter (05.11.2010), «Les Hypersensibles 1. Nous autres. Portrait de ces "chimosensibles" et "électrosensibles" qui souffrent...», reportage d'Inès Léraud, invité Francis Chateauraynaud, consulté le 18.03.11, <http://www.electrosensible.org/b2/index.php/accueil/>
- Furtos J. (2007), Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale, *Mental'idées*, 11, p. 24-33.
- Gaulejac V. (de) (2007), Violences innocentes et souffrance au travail, in Marc-Henry Soulet (dir.), *La souffrance sociale. Nouveau malaise dans la civilisation*, Fribourg/Suisse, Academic Press/Saint-Paul, p. 139-152.
- Good B. J. (1998), *Comment faire de l'anthropologie médicale? Médecine, rationalité et vécu*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo.
- Herzlich C. et Janine P. (1984), *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui: de la mort collective au devoir de guérison*, Paris, Payot.
- Jacques P. (2004). Souffrance psychique et souffrance sociale, *Pensée plurielle*, 8, 2, p. 21-29.

Kleinman A. (1980), *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, Berkeley, University of California Press.

Laplantine F. (1993), *Anthropologie de la maladie: étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, Paris, Payot.

Latour B. (1997), *Nous n'avons jamais été modernes: Essai d'anthropologie symétrique*, Paris, La Découverte.

Le Breton D. (2006a), *Anthropologie de la douleur*, Paris, Métailié.

Le Breton D. (2006b), *La saveur du monde. Une anthropologie des sens*, Paris, Métailié.

Leplège A. et Joël C. (2001), *Mesure de la santé perceptuelle et de la qualité de vie: méthodes et applications*. Paris, Estem.

Massé R. (2008), Souffrance psychique et détresse existentielle: la question du sens de la détresse au défi des mesures épidémiologiques, *Revue Médicale Suisse*, 4, p. S26-S29.

Morin E. (1994), *La sociologie*, Paris, Fayard.

OFSP (2010), «Fiches d'information CEM», consulté le 30.03.2015, <http://www.bag.admin.ch/themen/strahlung/00053/00673/index.html?lang=fr>

OMS (2014), «Champs électromagnétiques et santé publique: téléphones portables», Aide-mémoire n° 193, consulté le 30.03.2015, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs193/fr/>

OMS (2005), «Champs électromagnétiques et santé publique: hypersensibilité électromagnétique», consulté le 30.03.2015, http://www.who.int/peh-emf/publications/facts/fs296_fr/en/

Ricœur P. (1988), L'identité narrative, *Esprit*, 7-8, p. 295-314.

Ricœur P. (1985), *Temps et récit. 3. Le temps raconté*, Paris, Seuil.

Rossi I. (2005), Médicalisation de la vie, enjeux de société, in Collectif, *Eloge de l'altérité*, Fribourg, Hébe, p. 19-31.

Sindzingre N. et Andràs Z. (1982), «Anthropologie de la maladie», *Bulletin d'Ethnomédecine*, 15, p. 3-22.

Soulet M.-H. (2007), «Vulnérabilité sociale et souffrance individuelle», in Marc-Henry Soulet (dir.), *La souffrance sociale. Nouveau malaise dans la civilisation*, Fribourg/Suisse, Academic Press/Saint-Paul, p. 9-16.

Sullivan M. D. (1998), The Problem of Pain in the Clinicopathological Method, *The Clinical Journal of Pain*, 14, 3, p. 197-201.

Notes

1. Les personnes sensibles aux champs électromagnétiques se dénomment communément par le terme «électrosensible» ou «électrohypersensible».
2. Les auteurs utilisent les «italiques entre guillemets» pour indiquer des sources primaires autrement dit des éléments issus du corpus de données.
3. Les «zones blanches» sont des lieux souvent éloignés des grands centres urbains dans lesquels les CEM produits par les technologies de l'information et de la communication sont inexistantes ou résiduellement trop faibles pour être mesurés. Il peut s'agir de forêts, de montagnes, de grottes ou de gorges par exemple.
4. Cette enquête a été réalisée en 2011 par Michael Cordey dans le cadre d'un mémoire de Master dirigé par Ilario Rossi et intitulé «Comment devient-on électrosensible? Du déclassement de l'expérience à l'expérience de la souffrance: crise, quête de sens et construction de soi», http://prdfmp.unil.ch/BCU_SSP/browsecord.php?action=browse&recid=4807
5. Les protagonistes ont mentionné avoir consulté différents médecins. Indépendamment de la spécificité de leurs itinéraires thérapeutiques, ils ont consulté des médecins généralistes, des médecins du travail, des neurologues ou encore des psychologues.
6. Pour des raisons d'anonymat, nous utilisons des noms d'emprunts pour chacun des interviewés.
7. Le professeur Dominique Belpomme est membre de l'ARTAC. Son affirmation répétée selon laquelle il aurait mis au point un protocole capable de diagnostiquer le SICEM (Syndrome d'intolérance aux champs électromagnétiques) chez ses patients à l'aide d'encéphalogramme fait de lui un lanceur d'alerte, une figure scientifique et un médecin incontournable de la controverse qui entoure les effets des CEM sur la santé au niveau de la scène médiatique francophone.
8. L'étude INTERPHONE a été rendue publique par l'OMS en 2005. Elle mentionne notamment qu'«un certain nombre d'études ont recherché les effets des champs de radiofréquences sur l'activité électrique du cerveau, les fonctions cognitives, le sommeil, le rythme cardiaque et la pression artérielle des volontaires examinés. À ce jour, la recherche n'a apporté aucun élément de preuve significatif d'effets néfastes pour la santé provoqués par l'exposition aux champs de radiofréquences à des niveaux inférieurs à ceux qui induisent un échauffement des tissus (OMS 2014). En Suisse, les résultats de onze recherches effectuées dans le cadre du programme national de la recherche scientifique (PNR 57) par l'Université de Zurich intitulé *Rayonnement non ionisant. Environnement et santé* ont été publiés en 2011. L'une des études prospective de laboratoire intitulée *Étude de cohorte prospective sur l'influence des champs électromagnétiques haute fréquence sur la qualité de vie associée à la santé* portait précisément sur «la question de savoir si les champs électromagnétiques peuvent au quotidien provoquer des symptômes ou nuire à la qualité de vie associée à la santé» (consulté le 30.03.2015, http://www.nfp57.ch/f_forschung_epidemiologie.cfm).
9. La «Brochure grand public» publiée par le Fonds National de la recherche scientifique (FNS) précise à ce propos que «les scientifiques n'ont pas non plus trouvé d'indices selon lesquels les personnes qui se décrivent comme «électrosensibles» réagissent différemment des autres aux champs électromagnétiques» tout en précisant que certaines questions concernant l'effet de la téléphonie mobile sur le cerveau «restent en suspens» et qu'il faut «poursuivre les recherches» afin de mieux cerner l'effet des expositions prolongées aux CEM proches des valeurs légales limites (FNS 2011, 19-21). Dans sa note «à l'intention des chercheurs», l'OMS précise enfin que «[...] des études laissent à penser que certaines réactions physiologiques des individus se plaignant de HSEM [Hypersensibilité électromagnétique] auraient tendance à se situer en dehors des valeurs normales» (OMS: 2005). Pour William Dab qui a travaillé sur la controverse entourant les CEM produits par des basses fréquences, le problème est «que les risques que l'on cherche à mesurer sont faibles, les disciplines scientifiques sont conduites à fonctionner à la limite de leur capacité de détection» (Dab 1997: 205).
10. Sur le site de la Confédération suisse, on peut ainsi trouver une liste de précautions d'usages (OFSP 2010, <http://www.bag.admin.ch/themen/strahlung/00053/00673/index.html?lang=fr>).
11. Durant l'enquête, parlé d'électrosensibilité avec des personnes de notre entourage a révélé que certains d'entre eux pensaient que l'électrosensibilité était «purement et simplement à classer du côté de la folie».
12. Différents types de blindage empêchant le passage des CEM existent sur le marché. Leur prix et leur efficacité fluctuent en fonction des produits. Parmi ces moyens de blindage, il existe des peintures anti-ondes, des autocollants transparent pour

blinder les fenêtres ainsi qu'un grand nombre de techniques artisanales parfois inventées par les électrosensibles eux-mêmes tels que des baldaquins de fortune pour le lit ou des casquettes doublées d'aluminium par exemple.

13. Selon les personnes interrogées, l'intoxication aux métaux lourds peut provenir de plusieurs sources telles que les plombages, l'exposition à des pesticides ou à des peintures au plomb par exemple.