



HAL
open science

Étude anthropologique sur les cas de saturnisme infantile de source non identifiée en Île-de-France en 2009 : vol 1, synthèse

Alain Epelboin, Anne-Elène Delavigne

► **To cite this version:**

Alain Epelboin, Anne-Elène Delavigne. Étude anthropologique sur les cas de saturnisme infantile de source non identifiée en Île-de-France en 2009 : vol 1, synthèse. 2010. halshs-00485266

HAL Id: halshs-00485266

<https://shs.hal.science/halshs-00485266>

Submitted on 20 May 2010

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Étude anthropologique sur les cas de saturnisme infantile de source non identifiée en Île-de-France

1. Synthèse



Alain Epelboin
médecin, anthropologue

**Anne-Élène
Delavigne**
ethnologue

(UMR 7206 & USM106
« Écoanthropologie et
ethnobiologie »
CNRS-MNHN Paris)

En collaboration¹ avec
Stéphanie Égron
(DDASS)
Sofia Aouici
(HSD)
Bayo Tarrigbe
(PMI)

Pour la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Île de
France (DRASSIF)
Février 2010

¹ Nos remerciements vont aux familles, aux personnels des PMI et des services « saturnisme » des municipalités et DDASS mobilisés.

Plan

Plan	3
Introduction	5
Préambule	9
Problématique et méthodologie	11
Population étudiée	17
Discussion	22
<i>Famille EDDP : « L'Enfant Du Duplex dont le Père est parti en Afrique au moment où sa mère était enceinte »</i>	40
<i>Famille LGSC : « Le Gamin au Sourire Srispé, qui dessine à l'envers »</i>	41
<i>Famille LF11 : « La Fillette de 11 ans grande pour son âge, « en retard »</i>	42
<i>Famille LGPF : « La Gauchère et son Petit Frère vivant dans un habitat insalubre aux WC collectifs installés à l'étage d'en dessous »</i>	43
<i>Famille LAGS : « L'Aîné Guéri dont la petite Sœur fait tomber les tableaux de la voisine du dessous, propriétaire de chien »</i>	44
<i>Famille APLF : « L'Aîné du Premier Lit d'une Femme drépanocytaire homozygote divorcée »</i>	45
Conclusion	48
Recommandations	52
Bibliographie	54
Textes législatifs et de référence	56
Filmographie	56

Introduction

juin 2009 : extraits du cahier des charges de l'étude socio-ethnologique sur les cas de saturnisme infantile de source non identifiée en Ile-de-France²

1 - Contexte

Le saturnisme de l'enfant (intoxication par le plomb) est très largement lié en France à la présence de peintures à la céruse dans les bâtiments anciens (construits avant 1949). Cependant, d'autres sources peuvent contribuer à l'intoxication.

Depuis la loi de santé publique du 9 août 2004, les articles L.1334-1 et suivants du Code de la Santé Publique établissent la notion d'enquête environnementale à réaliser suite à la déclaration d'un cas de saturnisme et permettant de déterminer l'origine de l'intoxication.

L'enquête environnementale est menée sous la responsabilité scientifique et technique de l'administration sanitaire (DDASS ou Services Communaux d'Hygiène et de Santé), avec l'aide éventuelle de prestataires de service (réalisation de diagnostics,...). Elle permet de rechercher les sources les plus probables d'intoxication et d'approfondir la recherche si les premières investigations ne permettent pas de mettre en évidence une source crédible d'intoxication. Ainsi, dans tous les cas, elle commence par une visite du domicile et peut s'élargir aux autres espaces de vie fréquentés par les enfants.

Cette enquête environnementale fait partie d'une chaîne d'actions (information des familles et des professionnels de santé concernés, incitation au dépistage de la fratrie, réalisation des travaux permettant de réduire le risque) dont le but est de stopper le processus d'intoxication du cas déclaré et de prendre des mesures de prévention pour d'autres enfants, voire des adultes, qui pourraient être exposés aux mêmes sources.

2 - Problématique

En Ile-de-France, de plus en plus d'enquêtes environnementales réalisées par les services santé environnement des DDASS ne permettent pas de trouver l'origine de l'intoxication de l'enfant. Ainsi, on compte 68 cas en Seine Saint Denis depuis 2005 et 9 cas dans le Val d'Oise depuis 2007 pour lesquels aucune présence de peinture au plomb (ou présence en très faible quantité) n'est détectée dans le logement ou les lieux fréquentés par l'enfant. De plus, aucun apport particulier par l'eau, les sols ou les aliments n'est mis en évidence.

Ces cas concernent principalement des familles dont les parents sont originaires d'Afrique sub-saharienne.

3 – Objectifs de l'étude

L'objectif de l'étude demandée est d'identifier les sources potentielles de l'intoxication pour certains des cas non résolus afin de permettre aux services de mettre en place une action corrective permettant le retour de la

2 DRASSIF, service environnement. Affaire suivie par Marie-Noëlle FRISCH : P/La Directrice Régionale par intérim, La Directrice Adjointe Docteur Carole CRETIN

plombémie en dessous du seuil d'intoxication.

En complément de l'enquête environnementale et à partir d'une liste de cas donnée par les DDASS, une étude socio-ethnologique sera réalisée.

L'ethnologue sélectionné, plus au fait des rites et coutumes de certaines populations et plus à même de recueillir les confidences des familles, sera chargé d'identifier des sources plus inhabituelles d'intoxication ou des lieux fréquentés par les enfants non identifiés par les services des DDASS.

juillet 2009 : extraits de la convention de l'étude anthropologique sur les cas de saturnisme infantile de source non identifiée en Ile-de-France³

Article 2- Descriptif de l'action

L'objectif de cette étude est d'identifier les causes potentielles de l'intoxication saturnine chez des enfants pour lesquels la réalisation d'une enquête environnementale n'a pas permis aux services santé environnement des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) de déterminer l'origine de l'intoxication. Cette étude concernera une douzaine de familles sur la centaine identifiée. Les cas les plus récents (intoxication déclarée depuis 2007) et /ou les plus graves seront étudiés prioritairement.

L'étude devra :

- orienter les recherches sur les localisations de gisements de sels de plomb non identifiés, en fonction des espaces parcourus par le(s) enfant(s), dans et hors domicile ;
- enquêter sur des facteurs pouvant expliciter le comportement de l'enfant :
 - . circonstances de la naissance et du sevrage ;
 - . place de l'enfant et de son genre dans la fratrie ;
 - . présence dans la fratrie de jumeaux, de « handicapés », de drépanocytose et autres maladies aiguës ou chroniques ;
 - . personnalité et traits particuliers de l'enfant : gaucher, « susceptible », « oppositionnel », hyperactif, voire bouc-émissaire ;
 - . malheurs familiaux : précarité du logement, « sans papier », chômage, décès de parents, dysharmonies, voire psychopathologies ;
- replacer l'intoxication saturnine au sein de l'histoire de vie de l'enfant, de la fratrie, de la famille, et identifier la place du saturnisme par rapport à d'autres « évènements », maux, maladies, malheurs affectant la famille nucléaire (mono et polygame) et élargie (y compris au pays d'origine des parents) ;
- sensibiliser les familles et les professionnels sur les moyens d'agir sur l'intoxication saturnine par une réflexion sur ses causalités.

En conclusion, l'étude devra permettre :

- aux services des DDASS de mettre en place une action corrective permettant le retour de la plombémie en dessous du seuil d'intoxication par l'identification de nouvelles sources ;
- de créer un document synthétisant les informations obtenues et permettant de dégager des méthodes applicables de manière plus générale.

3 DRASSIF, service environnement, affaire suivie par Marie-Noëlle Frisch : Alain Epelboin & Anne Élène Delavigne, chercheurs CNRS-MNHN (s/c Janine Roy, présidente de ADRET), Danièle Senez, directrice régionale par intérim

Extraits de Rezkallah N. & Epelboin A., 1997 *Chroniques du saturnisme infantile (1989-1994) : enquête ethnologique dans des familles parisiennes originaires du Sénégal et du Mali.* L'Harmattan 261 pp.

P 5 Introduction. ...En 1985, à la suite de la découverte en milieu hospitalier de cas isolés de saturnisme affectant des enfants du XI^e arrondissement de Paris, des équipes de PMI ont constaté en région parisienne l'existence d'une épidémie d'intoxications saturnines. L'enquête, menée en collaboration avec le Laboratoire d'Hygiène de la Ville de Paris (LHVP), à laquelle nous avons participé en 1987, élimina les causes classiques : pollution de l'eau par des tuyaux en plomb, usage de cosmétiques dangereux à base de sels de plomb (certains khôls), conservation d'aliments acides dans des poteries vernissées à l'aide de sels de plomb, administration de remèdes à base de sels de plomb par des devins-guérisseurs.

La cause de cette endémo-épidémie est essentiellement l'ingestion orale, passive et/ou active, répétée de fragments de peinture et d'enduits muraux fabriqués à partir de sels de plomb industriels, théoriquement interdits depuis 1948, mais toujours présents et directement accessibles dans les immeubles anciens, dégradés et non entretenus...

P 6. ...L'intoxication saturnine de la population infantine française, née de parents originaires d'Afrique sub-saharienne, qui constitue la majeure partie des enfants saturnins dépistés par les services hospitaliers et de PMI en région parisienne depuis 1985, a révélé une pollution majeure de l'environnement domestique urbain: celle-ci a des conséquences graves non seulement en termes de santé publique, mais également parce qu'elle pose un très sérieux problème de politique urbaine : les peintures à base de sels de plomb (blanc de Mulhouse, céruse) n'ont été interdites définitivement qu'en 1948. La pollution concerne massivement des immeubles construits jusque dans les années 1920 dans Paris intramuros et jusque dans les années 1940 en ce qui concerne les parcs immobiliers des municipalités de la Petite Couronne...

P 7. ...L'hypothèse que nous proposons est que cette affection existe, à l'état endémique, depuis le début du siècle dans les îlots dits d'insalubrité, caractérisés par un bâti fortement dégradé et par des densités d'occupation de l'espace très élevées : elle n'a pas été identifiée en tant que telle, mais plutôt confondue avec les pathologies reconnues par les nosologies médicales de l'époque, par exemple les « tares héréditaires », la syphilis, l'alcoolisme, la tuberculose...

Nous définissons ici l'« îlot d'insalubrité » comme un microethno-écosystème aux contraintes mésologiques morbifères : sa taille peut aller de la chambre surpeuplée d'un septième étage d'un immeuble hausmannien à un immeuble, un sous-quartier de l'est parisien.

En langage anthropologique, l'endémo-épidémie saturnine est un malheur révélateur, non seulement de conditions d'habitat inadmissibles, mais également d'une difficulté d'adéquation du mode de vie des familles africaines et de leurs enfants par rapport à un écosystème nouveau aux potentialités pathogènes ignorées. Le saturnisme est la partie émergente d'un iceberg comprenant des anémies nutritionnelles, la tuberculose, les accidents domestiques et de la voie publique, l'échec scolaire, etc.

P 51-53. ...R.H. Guerrand résume à grands traits le processus⁴ :

- division extrême des logements des immeubles construits avant la deuxième moitié du XIXe siècle ;
- construction d'immeubles de standing sur le modèle haussmannien à la fin du XIXe siècle et post-haussmannien jusqu'après la guerre de 14-18. Le niveau social des occupants décroît avec les étages ; le dernier étage, voire les deux derniers étages, sont constitués de chambres avec point d'eau et toilettes communes réservés au personnel domestique ;
- édification d'immeubles sur le modèle précédent, mais de volume réduit, aux logements et parties communes « miniaturisés » ; le propriétaire occupe avec les siens l'appartement valorisé du premier ou du deuxième étage. Les étages supérieurs étant réservés aux classes moyennes ;
- édification d'immeubles mixtes de standing variable à usage d'habitation, de bureau, artisanal ou industriel ;
- édification d'immeubles de spéculation constitués majoritairement de logements de une ou deux pièces réalisés rapidement à moindre frais. Ils sont destinés au logement des employés et ouvriers des manufactures qui fleurissent à l'époque dans l'espace parisien. Les cabinets sont communs, situés entre deux étages.

R.H. Guerrand insiste sur le fait que ces derniers immeubles « ouvriers », construits médiocrement, étaient d'un rapport largement supérieur aux immeubles « bourgeois », allant jusqu'à 15 % par an du capital engagé.

Dans tous les immeubles, quel que soit leur standing, l'usage de revêtements à base de sels de plomb en premières couches, à même les plâtres et les boiseries, était la règle.

Dès le début du XXe siècle, le danger de l'utilisation des peintures et enduits à base de sels de plomb dans les locaux à usage domestique est connu puisque Jules-Louis Breton (1872-1940) : « ... obtient notamment la prohibition de la peinture au blanc de la céruse, responsable du saturnisme (1908) et joue un rôle majeur dans la première loi définissant les maladies professionnelles ouvrant droit à diverses prestations.

Il faudra néanmoins attendre 1948 pour que l'emploi des peintures à base de sels de plomb soit définitivement proscrit...

...Les enquêtes menées depuis 1985 par les services de PMI, le Laboratoire d'Hygiène de la Ville de Paris, (LHVP), Médecins Sans Frontières, Migrations Santé, les ministères de la Santé et de l'Environnement, ont permis de découvrir des enfants intoxiqués dans tous les habitats : chambres de bonne de septièmes étages du quartier du Sentier ; locaux initialement à usage industriel de l'est parisien ; immeubles antérieurs à la deuxième moitié du XIXe siècle ; immeubles constitués de logements de une ou deux pièces datant de la fin du XIXe et du début du XXe siècle non entretenus notamment au niveau des parties communes. Ces dernières catégories d'immeubles constituant un vaste parc immobilier intramuros et extra-muros posent des problèmes de politique urbaine considérables que l'on peut résumer sommairement : doivent-ils être rasés ou réhabilités ?

4 Historien, spécialiste de l'habitat social et de la vie quotidienne en milieu urbain, dont nous indiquons des références d'ouvrage dans la bibliographie.

Préambule

La petite fille de la salle d'attente d'une PMI du 93 et son petit frère » : observation de mai 2009

Dans le cadre de l'enquête exploratoire à cette étude, une visite dans une PMI d'un des deux départements concernés a permis, en salle d'attente, une observation très instructive de ce que nous considérons être au cœur de la problématique de l'intoxication saturnine infantile. Ce cas d'école, « archétypale » en quelque sorte, met en scène une petite fille de 2/3 ans (aînée « biologique ») en interaction avec sa jeune mère (soninké du Mali), son petit frère (aîné « social ») et une puéricultrice

Cette petite poupée, silencieuse, vigilante et dégourdie, habillée élégamment de vêtements taillés dans des pagnes, a réussi, en silence, en quelques minutes, sous le regard et les réprimandes molles de sa mère, obnubilée par les sourires de son dernier-né (et premier fils), à imposer son ordre dans la pièce : jeux sortis des casiers et balancés au milieu de la pièce, fauteuils retournés ou renversés, banquette située sous la fenêtre escaladée, ouverture de la fenêtre et tentative d'escalade du rebord, ... Bref, elle a le profil type de l'enfant hyperactive, attirant vainement une attention pertinente de la mère au corps de laquelle elle n'a pas accès, demandeuse de caresses, d'attouchements buccaux maternels, exclusivement réservés au dernier né.

Selon la puéricultrice animatrice, la petite fille est indemne d'intoxication saturnine.

Mais il s'agit du type même d'enfants dont le comportement à risque les expose préférentiellement aux accidents domestiques et de la voie publique : lorsqu'ils vivent ou rendent visite à des parents habitant des immeubles pollués par le plomb, le risque qu'ils s'intoxiquent activement avec les sels de plomb des revêtements des cloisons verticales est très élevé.

La puéricultrice animatrice s'efforce en vain, mais avec pertinence, d'amener la mère à s'occuper de la fillette ; elle tente, sans succès, de prendre le dernier né dans ses bras. La mère ne le supporte pas et reprend immédiatement, dès la perte de contact physique, le lien avec l'enfant par la captation du regard et des mots exclusivement à lui adressés, jusqu'à ce que rapidement il tende les bras et exige d'être repris.

Cette observation ordinaire d'une petite fille, dotée d'une mère ne semblant pas capable (désireuse) d'assurer simultanément ses tendresses à son premier fils, donc « aîné social », en même temps qu'à sa fillette « aînée biologique » relève d'une analyse de psychologie

clinique familiale ordinaire. En même temps, il convient de la replacer dans le contexte psychosocial, religieux et culturel spécifique : en particulier, l'idéologie hypernataliste qui habite de nombreuses sociétés. Avec un intervalle intergénéral très réduit, ne permettant pas toujours un sevrage affectif satisfaisant si la mère se reproduit, le conformisme traditionnel qui limite ses contacts physiques et lui fait adopter un jeu de rôle de distance avec l'enfant sevré : toute l'expression de la tendresse est alors réservée au dernier-né, *a fortiori* s'il s'agit du premier garçon de la fratrie.

Problématique et méthodologie

Le premier trait commun aux familles d'enfants saturnins parisiens est d'habiter ou d'avoir habité des îlots d'insalubrité avec des densités d'occupation de l'espace très élevées, d'autant plus marqués par la pollution toxique qu'ils sont dégradés et non entretenus.

L'intoxication saturnine d'enfants d'Île de France habitant dans des logements « toxiques » signe d'abord une pollution majeure de l'environnement domestique urbain. Elle est le témoin des politiques urbaines menées (activement ou passivement) depuis la révolution industrielle du XIX^{ème} siècle, aboutissant toujours à remplir les îlots d'insalubrité par les dernières tranches de migration économique du moment.

Très tôt, le problème politique du saturnisme infantile urbain a été souligné :

« Les actions en matière d'habitat (relogement ou travaux de réduction du plomb) demeurent encore très insuffisantes. L'urgence est aujourd'hui au relogement prioritaire des familles touchées par le saturnisme infantile, dans des conditions socialement acceptables. Le saturnisme est une maladie connue, dont la disparition ne nécessite pas de recherches coûteuses, comme par exemple certaines maladies génétiques. Les actions à entreprendre ne relèvent pas d'un savoir-faire médical, mais d'une politique courageuse du logement social et d'une véritable concertation des structures concernées à tous les niveaux, national, régional, départemental et municipal ». ⁵

Ce qui caractérise la cohorte étudiée ici, et qui a amené à solliciter des spécialistes de l'anthropologie du saturnisme infantile, c'est que les enfants n'habitent plus ces logements que l'on sait pollués, mais des immeubles à habitat social récents ou bien des logements où la présence de sels de plomb n'a pu être mise en évidence par les services compétents.

Un examen informel rapide des noms de familles de cette cohorte révèle, de même qu'aux différents temps de l'histoire récente du saturnisme infantile en région parisienne, une majorité écrasante de familles originaires d'Afrique subsaharienne, maliennes, sénégalaises, soninké pour la plupart, mais aussi peul et bambara, et quelques cas d'Afrique centrale ou de Côte d'Ivoire. Cela est conforme à l'histoire des migrations africaines des trente dernières années, marquée par les politiques de regroupement familial.

Le pointage de cette origine « culturelle » fait problème ⁶.

5 « Lettre ouverte de médecins parisiens aux députés » datée du 20 juillet 1994 et citée par Rezkallah et Epelboin, 1997

6 Comme nous le précisons déjà en 1997 (N. REZKALLAH et A. EPELBOIN), ce fait est bien connu des autorités et des acteurs de l'action médico-sociale : bien que dans le cadre des choix de traitement en France de la discrimination (discuté aujourd'hui par un sociologue comme NDIAYE,

Tout d'abord, parce que la loi républicaine française interdit la caractérisation des citoyens et des « étrangers » par leur ethnie ou leur religion. La révélation de l'identité culturelle ou religieuse doit rester le fait de la volonté de la personne.

Au delà d'usages racistes ou xénophobes, cette caractérisation culturelle risque de servir d'alibi, de masquer les problèmes politiques liés à la gestion des crises économiques, au mal logement et à la condition des catégories sociales les plus pauvres, et tout particulièrement les migrants récents.

La population de cette cohorte présente des traits socioculturels propres que nous pouvons énumérer ici, mais qui ne doivent pas servir à l'ethniciser ; il faut avoir bien présent à l'esprit que ces caractéristiques font partie du contexte social et culturel du pays de départ dans lequel s'inscrivent ces familles issues de migrants, mais que ce contexte est en transformation / mutation / adaptation / réinterprétation constante :

- idéologie hypernataliste, renforcée éventuellement par la pratique de la polygamie, aboutissant à des progénitures très nombreuses avec des intervalles entre les naissances courts, voire très courts ;

- construction du genre marquée par la circoncision et l'excision, valorisant les aînés garçons ;

- représentations du corps, de la maladie, du malheur et de la guérison mettant en branle des modèles de causalité islamo-africains spécifiques ;

- liens sociaux forts basés sur la famille élargie et le terroir d'origine, à la fois au sein de la diaspora et avec les parents restés au pays, en ville et en brousse ;

- valorisation de saveurs « géophiles » par de nombreuses femmes enceintes, dont certaines sont retrouvées dans les revêtements muraux ; ... ⁷

C'est pour cela que le recours d'ethnologues africanistes a été recherché, de même que le fait que les personnels médico-sociaux se retrouvent en situation d'aporie⁸.

L'ethnologue doit d'abord se livrer à un renversement de la problématique culturaliste⁹ dans laquelle on serait tenté de l'enfermer, en soulignant que la distance culturelle (et sociale) est, d'abord un problème de communication non résolu des personnels médico-

2009), il ne puisse exister à ce sujet de statistiques officielles de santé publique intégrant de tels paramètres.

7 Cf DELOUR M., 1989 ; EPELBOIN *et al.*, 1990 ; REZKALLAH et EPELBOIN, 1994 ; 1997.

8 In Robert : « difficulté d'ordre rationnel paraissant sans issue. »

9 Figeant l'autre dans sa culture et l'y réduisant sans considérer les aspects psychologiques, sociaux, politiques, économiques. C'est-à-dire, appréhender la culture comme un ensemble de traits culturels homogènes et figés. Alban Bensa (2006) consacre un ouvrage à cette réflexion à partir du lien entre exotisme et anthropologie.

sociaux avec ces populations.

Cette distance culturelle et sociale, que la couleur de la peau et l'apparence générale contribue à renforcer, est un écran de fumée qui empêche de penser normalement. Avant de penser « culture », il faut penser une pédiatrie « ordinaire » qui sait considérer l'enfant comme une personne, le replacer au sein de sa famille et identifier les évènements personnels et familiaux concomitants de ses problèmes.

Ce n'est qu'ensuite qu'il devient possible d'intégrer la dimension culturelle pour saisir les spécificités de la vie sociale, du déroulement de la vie quotidienne (hygiène, alimentation, jeu, sommeil,...), de la construction de la personne, du vécu des évènements ordinaires et extraordinaires, du poids des systèmes de croyance et des pratiques religieuses.

L'intoxication saturnine peut être « passive » en lien avec les poussières de plomb ingérées du fait des mains sales ou par voie aérienne, marquée par des plombémies inférieures à 99 $\mu\text{g/l}$, (classe I, CDC 1991). Elle est « active » lorsqu'elle est supérieure à 150 $\mu\text{g/l}$ (classes IIb, III, IV & V CDC 1991) : elle est alors la conséquence d'un comportement pathologique de l'enfant, d'un pica. Il ne s'agit plus d'une pratique, anodine parce que facilement corrigeable, propre à une classe d'âge, l'exploration orale des enfants en bas âge ¹⁰.

Dans le contexte de familles venues d'Afrique subsaharienne, l'appétence particulière des enfants pour des fragments de plâtres et de peintures peut-elle être mise en rapport avec la consommation coutumière d'argiles thérapeutiques par leur mère durant la grossesse de l'enfant à venir (EPELBOIN *et. al.*, 1990 ; PESSOA, 2005) ? Elles sont facilement

10 <http://www.paris-nord-sftg.com/cr.pica.0303.php3>

Extraits de : Le PICA: cause ou conséquence de carence martiale? Mars 2003, Roselyne Coline, membre de SFTG Paris-Nord

Le Pica: trouble du comportement défini par une envie irrépressible d'ingérer des substances comestibles ou non. Il en existe différents types en fonction de la substance ingérée :

Terre, argile: géophagie

Glaçon ou givre: pagophagie

Riz (souvent cru): rysophagie

Amidon, blé: amylophagie

Cailloux: lithophagie

Autres : gomme, grains de café, chocolat, amandes, cornichons, graines de tournesol,...

Deux théories s'opposent :

Le trouble alimentaire est considéré comme primitif et responsable de l'apparition d'une carence martiale. La terre, l'amidon et certains aliments ayant une capacité chélatrice sur le fer et une teneur pauvre en fer, la carence martiale peut résulter de l'ingestion massive de ces derniers. Dans ce cas, le désordre primitif est plus d'ordre psychologique.

Le trouble alimentaire est considéré comme secondaire à la carence martiale : hypothèse étayée par la disparition du pica après correction de la carence. Par ailleurs, la CM peut entraîner des troubles comportementaux ainsi qu'une altération des capacités cognitives dont le mécanisme est partiellement élucidé. Il est en effet possible que le pica soit secondaire à des altérations des neurotransmetteurs dopaminergiques provoquée par la carence martiale.

disponibles dans certains magasins de produits exotiques, importés de différents pays d'Afrique. Composées essentiellement de silicates d'alumine (comme le Smecta®), elles sont consommées en tant que remèdes des maux usuels, mais aussi pour satisfaire les « envies » de la grossesse. La mère consommatrice est amenée à en partager des fragments avec l'enfant qu'elle a dans ses bras, au même titre que les autres nourritures qu'elle porte à sa bouche devant lui. Il est donc familiarisé très tôt à ces saveurs particulières qui ne peuvent être définies par la notion de sucré.

On peut donc envisager que l'appétence pour les saveurs et consistances des fragments de plâtres et de peintures puissent être mis en rapport avec une transmission culturelle de saveurs agréables associées à ces produits.

Ces fragments de revêtements muraux et de sol peuvent aussi être pensés comme un objet transitionnel, recherché par l'enfant en souffrance, renvoyant à la mère, à des temps de la petite enfance où il n'était pas encore mis à distance du corps maternel par l'arrivée d'un concurrent. Une saveur de bouche maternelle effleurant et embaumant le visage de son enfant et dont il est souvent brutalement sevré lorsque le nouveau-né paraît dans ce type de culture à intervalle intergénéral réduit !

Lorsqu'un pica est suspecté ou avéré (ce qui est valable pour l'ensemble des cas de cette étude à un moment de leur vie), nous pensons qu'il ne suffit pas d'identifier les gisements de sels de plomb fréquentés ostensiblement ou discrètement par l'enfant, mais de nous poser la question de la causalité du comportement de cet enfant. Une des tâches que nous nous fixons est d'amener les acteurs de terrain à prendre autrement la question de l'intoxication au plomb, en la déplaçant du « où ? » au « pourquoi ? ».

Cette façon d'envisager la problématique de l'intoxication saturnine aiguë, nous est apparue dans les années 1989-1994, notamment lors du suivi d'un squat familial parisien, rue Keller, occupé par une population ouest-africaine homogène (7 familles, 150 personnes), vivant dans un immeuble uniformément pollué ; certaines fratries étaient indemnes ; d'autres étaient systématiquement intoxiquées ; enfin au sein de certaines fratries, seuls certains enfants étaient concernés.

Dans les années 2000, lors de l'arrivée d'une technique de chélation par voie orale, beaucoup plus facile à supporter que les perfusions ou injections en milieu hospitalier, la persistance d'intoxications très élevées chez certains enfants avait amené les services de l'hospitalisation à domicile pédiatrique (HAD) de l'hôpital Robert Debré à nous¹¹ faire

suivre (et former) leurs infirmières dans une vingtaine de cas, ici encore majoritairement soninké du Mali et du Sénégal. Nous avons retrouvé systématiquement des facteurs susceptibles d'expliquer la cause du comportement de l'enfant qui n'avaient pas été pris en considération : absences prolongées des parents laissant les enfants enfermés seuls très longtemps ; un enfant autiste et une autre handicapée ; la surdité, le sida ou les troubles psychiatriques de la mère : la « gaucherie » contrariée de certains enfants ; le divorce des parents ; des sevrages précoces du fait d'une nouvelle grossesse très rapprochée ; des perturbations liées à la présence de jumeaux, à la survenue d'un aîné-garçon après de nombreuses filles ; ...

Toutes ces familles, sauf deux, habitaient dans des logements exigus dans des immeubles toxiques : même si les peintures au plomb avaient été théoriquement mises hors d'accès des enfants, le relogement était la solution prioritaire.

Deux cas nous avaient particulièrement interpellés, parce que le pica des enfants et l'intoxication saturnine concomitante s'étaient poursuivis, alors que les familles avaient été relogées : l'une dans un grand HLM neuf à côté de la gare du Nord, l'autre dans un magnifique appartement « bourgeois », de type haussmannien, totalement rénové, de même que les parties communes. La première consommait et rapportait des fragments de revêtements muraux de l'extérieur, notamment de l' cole ; le deuxième avait trouvé le moyen d'accéder à une source en soulevant une latte de plancher dans le long couloir menant à la cuisine.

Nous envisageons donc que le comportement de pica puisse être un révélateur d'un trouble affectif, le « signalement » d'une souffrance de l'enfant et/ou l'expression par l'enfant d'une souffrance familiale : sur un fond de précarité et d'insuffisance économique. Le saturnisme, partie émergente de divers risques menaçant ce type d'enfant (accidents domestiques, accidents de la voie publique, inadaptation scolaire, maladies à composantes psychosomatiques importantes, ...).

L'intérêt qu'il y a à déplacer le questionnement en s'interrogeant sur un mal être éventuel de l'enfant est de comprendre, dans le contexte d'une approche globale de la santé, que le problème menaçant tel enfant ne sera pas réglé parce qu'on localisera (et neutralisera) la source d'intoxication.

La source de contamination peut-elle être mise hors d'atteinte d'une enfant attaquant les murs de chez elle au marteau pour prélever du plâtre à manger comme nous le verrons dans cette étude ? L'enfant est-il protégé de ses autres conduites à risque ?

C'est pourquoi, lors de la visite aux familles, dans le but d'identifier les causes possibles

du pica, nous sommes attentifs, tant au comportement de l'enfant (rapporté et perçu), qu'à sa place au sein de la fratrie ou aux rapports entretenus entre l'enfant et sa mère ou ses parents, à son comportement à l'école, à ses résultats, à ses copains,...

La méthodologie est celle de l'ethnographie. Les anthropologues mènent une recherche sur le terrain, sans questionnaire fermé, valorisant l'observation participante et l'accompagnement des émotions.

Population étudiée

Pour cette recherche action, nous nous sommes rendus à la fois dans les PMI et au domicile de neuf familles. Nous y avons réalisé des observations et des entretiens, obtenus quelques dessins d'enfant et pris quelques photos de lieux sans personnes visibles.

Nous en faisons une présentation détaillée **dans la deuxième partie** de ce document, dans la « *Chronique anthropologique* » qui constitue le fond de ce chapitre « résultats ».

La chronique présente de façon chronologique l'enquête menée à l'été et à l'automne 2009 dans deux départements d'Île de France, renommés dans un souci d'anonymisation le « 101 » et le « 103 »,

Dans ce document de synthèse figurent les éléments de conclusion principaux de l'enquête présentés de façon thématique avec en fin des propositions concrètes d'action et des recommandations. Il est parsemé d'extraits de la chronique, accompagné d'éléments de réflexion plus généraux, enrichis par des références à des recherches en cours ou passées que nous mentionnons dans le texte, en renvoyant à la bibliographie finale.

Chacune des visites décrites est qualifiée (en titre) à partir de caractéristiques médicales, psychologiques, sociales, économiques, culturelles, propres à la situation de la famille ou au lieu de la visite, en partant de l'enfant intoxiqué. Ces descriptifs donnés à chacun des neuf enfants et leur famille fournissent des « profils » à la fois simplistes et pertinents et une première catégorisation pour l'analyse. Ils sont repris dans un acronyme en quatre lettres. ..

- Famille LFED : « La Fillette Entre Deux filles avant le dernier-né, aîné « social » d'une mère divorcée née en France »
- Famille LPD6 : « La Petite Dernière de 6 ans qui ne relève plus des services de la PMI »
- Famille LPGP : « Le Petit Gaucher d'un Pavillon et ses frères et sœurs drépanocytaires et handicapé »
- Famille LGSC : « Le Gamin au Sourire Srispé, qui dessine à l'envers »
- Famille LF11 : « La Fillette de 11 ans grande pour son âge, « en retard »
- Famille EDDP : « L'Enfant Du Duplex dont le Père est parti en Afrique au moment où sa mère était enceinte »
- Famille LGPF : « La Gauchère et son Petit Frère vivant dans un habitat insalubre aux WC collectifs installés à l'étage d'en dessous »
- Famille LAGS : « L'Aîné Guéri dont la petite Sœur fait tomber les tableaux de la voisine du dessous, propriétaire de chien »
- Famille APLF : « L'Aîné du Premier Lit d'une Femme drépanocytaire homozygote divorcée »

Sept familles sont originaires du Sénégal et du Mali, une du Congo Brazzaville et une de Haïti et Guyane. Cinq habitent dans des logements modernes, un dans un logement ancien sans présence de sels de plomb attestée, deux dans des immeubles anciens où la source de plomb a été neutralisée, un où les gisements sont accessibles.

Les neuf familles ont toutes occupé un temps des logements toxiques, avant d'être relogés.

Sur les quatorze enfants signalés, quatre ont moins de 3 ans ; sept ont entre 4 et 9 ans et trois ont plus de 10 ans.

Sept pica étaient avérés et deux suspectés : bon nombre ne semblaient plus d'actualité.

Dans les neuf familles visitées, quatre femmes travaillent dans le ménage, une comme caissière, deux ne travaillent pas et une est malade, une n'est pas renseignée. Sur les six pères de famille présents, un homme est dans le bâtiment, un autre cuisinier, un autre polyvalent dans un hôpital public, trois non renseignés.

Dans cette étude nous avons souvent eu affaire aux femmes. Elles ont en effet été nos interlocutrices sept fois sur neuf, y compris par le biais d'une fille, adulte et elle-même mère, présente aux côtés de son père et de ses mères. Cela s'explique par le fait que sur neuf familles visitées, cinq étaient monoparentales, composée de femmes divorcées, séparées ou seules avec leurs enfants. L'une, en situation de polygamie, s'est séparée pendant l'enquête et a obtenu un logement propre. Dans une des trois familles où les parents étaient en couple, le père était absent lors de l'entretien.

À l'exception de deux, toutes ces femmes travaillaient ou avaient travaillé : l'une étant en congé maternité lors de l'entretien, l'autre ne pouvait pas travailler du fait d'une maladie invalidante. Toutes faisaient des ménages, une était caissière.

Trois des femmes rencontrées ont été scolarisées en France.

Dans un des cas, il s'agit de la fille aînée, qui a été jusqu'au bac : elle est mariée, a un fils, vit à proximité de chez ses parents.

La deuxième a passé son enfance à Rouen : pré-adolescente, à 9 ans, elle est partie en Gambie jusqu'à son mariage.

Une autre est née en région parisienne qu'elle a quitté à l'âge de 15 ans pour le Sénégal, dans le village d'origine de sa famille en milieu toucouleur.

C'est une pratique courante, là-bas et ici pour assurer une « bonne éducation » aux jeunes gens de les faire circuler dans la famille. En situation de migration (interne ou externe au pays), y compris entre la capitale et le village, cela permet de maintenir le lien avec la

famille d'origine (« la grande famille ») et d'être certain que les jeunes gens épousent des personnes qui conviennent. C'est aussi parfois également le moyen de réaliser une excision sans craindre la répression de la loi française. Cet itinéraire fait que l'une d'entre elle a raté le choix de la nationalité française à dix huit ans : elle a déjà vu un avocat trois fois et espère régler bientôt sa situation. L'autre est revenue en France à l'âge de vingt ans, mariée. Deux de ses sœurs sont dans la même situation et ont divorcé après leur retour.

Dans quatre autres cas, les personnes ont bénéficié d'une migration familiale déjà bien établie et de réseaux communautaires de sociabilité dans les foyers sociaux, réservés aux travailleurs migrants célibataires.

Ainsi, un de ces jeunes pères de famille est arrivé en France en 1998 dans un foyer de Paris dans le 17^{ème} arrondissement où habitait son père. Dans ce lieu, il a retrouvé la diaspora originaire des mêmes villages et régions que lui, « *des cousins* ». Ses rapports difficiles avec son père, rigide et religieux, ont fait qu'il choisit d'y rester plutôt que de suivre son père lorsque ce dernier obtint un logement en HLM.

Deux autres pères rencontrés, arrivés en France après la chute du président Moussa Traoré en 1991, ont également été d'abord logés dans des foyers, l'un Porte de Paris (qui n'existe plus), puis chez des amis.

Une femme haïtienne, proche de la quarantaine, a d'abord été hébergée chez sa sœur quelques mois, il y a six ans de cela, avant de trouver l'appartement où nous la visitons.

Plusieurs des femmes ont suivi en France leur mari qui y était installé. Une des mères a quitté le Congo Brazzaville, il y a 17 ans, avant les guerres récentes qu'elle n'a vues qu'à la télévision. Elle a obtenu rapidement des papiers, en 1994. Le père de ses enfants, dont elle a divorcé, vient du même quartier de Brazzaville et leurs familles se connaissent.

Deux autres se sont mariées avec des hommes qui leur avait été promis jeunes ou originaires de village proche. Une troisième est soninké, avec des ascendances bambara, côté maternel, originaire de Tambacounda au Sénégal et son mari du Mali, de la région de Kayes.

Dans ce contexte, pour la plupart des familles visitées, la communication a été facile, la langue n'a pas été une « barrière », si tant est qu'elle puisse l'être quand il y a une véritable envie de communiquer. En effet, d'autres facteurs jouent : l'entretien a été d'autant moins facile que la personne en face de nous était en situation difficile ou conflictuelle avec des institutions, renforcée en cas de « faux » divorce ou d'absence de papiers.

La causerie a été d'autant plus facile qu'elle était dans une position aisée, ayant « réussi » sa migration.

Un de nos interlocuteurs est ainsi un homme énergique, dynamique, au français impeccable, fait d'un mélange d'accent parisien et de tonalités spécifiques, une chaîne d'or autour du cou, maîtrisant une vêtue à la mode française et « négropolitaine » (terme vulgarisé par le musicien Manu Dibango). Il a été marié à une Française dont il a eu un fils et dont il aimerait obtenir la garde : il a une connaissance profonde et intime des Européens et de leurs mentalités. Aussi, très rapidement, la communication est aisée.

La plupart des personnes rencontrées maîtrisent le français : du français dialectal africain, compréhensible avec un peu d'attention, à un français « riche, mâtiné d'accent « caillera » de banlieue française », pour une des femmes née en France.

Le repérage de tels interlocuteurs permet que, lors de l'entretien, des notions complexes d'ordre psychologique tenant à la place de l'enfant signalé dans la fratrie soient abordés.

Dans un des cas, nous verrons que la mère, qui a vécu en France jusqu'à l'âge de 9 ans, parle relativement bas et pas si aisément que cela le français, comme on aurait pu s'y attendre. Mais cet avis sur sa maîtrise du français doit être nuancé par sa situation sociale et le contexte où elle nous reçoit : peut-être sans papier, seconde épouse divorcée, rencontrée chez un logeur avec qui on identifie mal ses relations.

Lors de deux des visites, les mères sont des auditrices attentives, réservées et souriantes, mais inhibées par une mauvaise maîtrise du français, qui contraste pour l'une d'elle avec son dynamisme lorsqu'elle s'exprime au téléphone en soninké.

On nous dira en PMI de l'une d'elles « *la mère ne comprend pas, elle rigole, mais elle n'a pas compris* ». Ce « rire » peut exprimer effectivement une incompréhension linguistique, mais aussi une gêne de ne pouvoir s'exprimer correctement, voire un désaccord.

Pour les trois femmes s'exprimant le plus difficilement, il faut noter qu'elles ne travaillent pas, que les enfants ne sont *a priori* pas inscrits à des activités extérieures et qu'elles ont donc moins l'occasion d'exercer leur français. Néanmoins, ce sont des femmes « modernes », pour le moins inscrites dans une urbanité dès le pays d'origine. D'une façon générale, nos interlocuteurs ne viennent pas directement d'un milieu rural, comme c'était fréquemment le cas dans la génération des années 1990 : ils ont vécus dans une grande ville, Bamako, Dakar ou Brazzaville et sont parti prenant de réseaux mondialisés, eux-mêmes ou par le biais de leur famille, dans le continent africain, mais également en Europe et aux Etats-Unis.

La plupart des migrants auxquels nous avons eu affaire venaient de familles relativement « aisées » : le fait même d'avoir de la famille et des réseaux en migration en est le signe. L'une des femmes rencontrées donne l'impression d'une appartenance à une famille

riche depuis plusieurs générations, des commerçants, vraisemblablement de condition « noble », descendants de lignées maraboutiques (par opposition à « artisans », « descendants de captifs », « griots »,...). Cette impression est renforcée par la « richesse » de l'aménagement et de la décoration des lieux, avec en particulier la religiosité exprimée par l'affichage de très nombreux tableaux coraniques.

Dans trois des familles, on a affaire à des personnes ayant une démarche très « citoyenne », au fait de leur droit et des enjeux du mal-logement et de l'intoxication saturnine. L'une des mères a ainsi écrit plusieurs courriers à des institutions, dans une langue parfaite, pour les alerter sur le cas de son enfant et demander un relogement. Dans une autre famille, la causerie est au départ monopolisée par la fille aînée, scolarisée en France dans sa jeunesse, membre d'une association de défense de mal-logés. Les discours de ces personnes sont donc volontiers agressifs dans un premier temps, adressés au représentant d'institutions accusées de la pérennisation de leur situation. Il revient alors au visiteur de prendre sur lui en expliquant son rôle, très distinct de celui d'un assistant social. Une fois le discours revendicatif, non pas apaisé, mais dépassé, cela permet de mener une véritable réflexion en commun avec des interlocuteurs attentifs et dynamiques.

Discussion

Culturalisme et santé publique

Les cas les plus récents (intoxication déclarée depuis 2007) et /ou les plus graves de la cohorte de la DRASSIF ont été étudiés prioritairement : il s'agissait essentiellement de familles originaires de l'Afrique sub-saharienne. Du fait du champ de compétence des anthropologues intervenants, les quelques familles originaires d'autres continents n'ont pas été retenues pour l'étude.

Les anthropologues sont, de par l'histoire de leur discipline et de sa méthodologie, des traducteurs et des médiateurs dans le cadre de situations interculturelles (comme d'interactions sociales plus largement) du fait de leur familiarité du fonctionnement de la vie quotidienne et des systèmes de représentation de telle société ou de tel groupe social et culturel.

Dans la recherche qui nous concerne, le facteur ethnique et culturel a été clairement écarté comme cause de l'intoxication quelques années après la découverte de l'endémo-épidémie au profit de causes avant tout sociales, liées à un habitat dégradé réservé à une population défavorisée de toute origine.

La problématique nouvelle, c'est que le saturnisme affecte encore des enfants de familles relogées dans des immeubles récents et/ou anciens, indemnes de pollution saturnine.

En dépit de cela, les causes de l'intoxication sont encore rapportées à des facteurs culturels ou ethniques -quoique de façon sous-jacente ou inconsciente- par les services qui en ont la charge. Le rapport aux familles de migrants est parfois emprunt de stéréotypes « culturalistes » (c'est-à-dire de surinterprétation des données en termes culturels), susceptibles d'entraver une prise en charge correcte des familles.

Il s'agit donc pour nous de faire valoir dans l'approche du saturnisme, comme plus généralement lors de toute maladie (= « séquence de malheurs »), les bénéfices de la prise en compte du système de représentation du corps, de la santé, de la maladie, du malheur, du guérissage, propre aux personnes concernées – indépendamment de l'origine sociale ou ethnique, mais en considérant une trajectoire psychologique, sociale et culturelle propre, une histoire de vie.

« L'anthropologie (...) doit pouvoir donner du sens à des comportements jugés aberrants du point de vue de la logique épidémiologique médicale, pas seulement auprès de minorités culturelles ou dans des contrées exotiques,

mais également « chez soi » et / ou à côté de chez soi »¹³.

Détailler les « symptômes » individuels, comme nous le faisons dans ce rapport (et le contexte de cette recherche action) ne signifie pas que nous ne prenons pas en considération les forces matérielles et politiques qui affectent les enfants de ces familles économiquement fragiles et vulnérables et qui les contraignent¹⁴ : chômage, travail au noir, renouvellement ou mise à jour pénible des documents administratifs, discriminations quotidiennes, mais aussi situation clandestine au regard de la loi, notamment pour les deuxièmes épouses.

Il revient aux ethnologues d'explicitier ces situations, d'en renouveler la lecture à partir de paradigmes différents.

Les dossiers médicaux

Munis de la synthèse des informations collectées par la CIRE (Cellule Inter Régionale en Epidémiologie), par téléphone et/ou physiquement, nous avons recueilli les témoignages et collecté les informations auprès des personnels médicosociaux (infirmière, médecin, puéricultrice, technicien de santé, ingénieurs) qui sont (ont été) en contact avec la famille signalée ou son dossier : et tout particulièrement, s'ils existent, ceux qui ont déjà visité la famille à domicile. En fait, de préférence, les personnels de la PMI fréquentée, les plus aptes à relayer les résultats de l'enquête et à infléchir leur action en fonction des nouvelles lectures de la maladie. Nous n'avons pas établi de contacts directs avec les personnels hospitalier et la médecine de ville, plus difficilement accessibles, nous basant sur les informations des dossiers de DDASS ou de PMI.

Faire coexister les calendriers des deux ethnologues avec les possibilités des familles - que l'on doit voir dans la mesure du possible « réunies », un parent, l'enfant concerné, si possible en présence de la fratrie - et celle des services délégués des DDASS (deux associations sur le terrain sont les correspondants de l'une d'entre elle), mais aussi le personnel des PMI ou de la ville qui suivent et connaissent au mieux les familles n'a pas été facile.

Le discours de certains interlocuteurs fait croire à une connaissance intime des dossiers et à une fréquentation des familles : cela est accentué par le fait que dans les diverses réunions et rencontres, les enfants sont appelés par leur prénom. Cette « familiarité » masque souvent

13 Epelboin, 2009 ; également les travaux des chercheurs de l'UMR 7206 MNHN/CNRS : Manceron, 2008 ; 2009 ; Delavigne 2004a ; 2004b.

14 Démarche à laquelle enjoint l'anthropologue américain Ph. Bourgois (2001) dans une réflexion épistémologique de la discipline visant à l'inscrire dans l'actualité des enjeux sociaux contemporains.

une connaissance partielle des cas et le fait que les dossiers soient rarement complets. Des plombémies récentes manquent.

Les référents locaux, susceptibles d'être le mieux en contact avec les familles et l'enfant concerné (à l'instar du personnel des PMI), ne sont pas toujours au fait des dossiers, certains étant considérés comme obsolètes ou classés.

Les informations en possession des diverses structures sont parfois contradictoires, pour ce qui a trait aux renseignements d'ordre biographique : dates de naissance, genre de l'enfant, place dans la fratrie. Divers renseignements d'ordre médical font parfois défaut : dates et taux des différents prélèvements liés à l'intoxication, raisons du dépistage, maladies associées de l'enfant et de la famille,...

Les courbes de plombémie sont faites, quand il ne manque pas trop de dosages, mais elles ne semblent pas croisées avec les évènements familiaux.

À plusieurs reprises nous sommes amenés à intervenir alors que les dernières plombémies connues datent (par exemple de 18 mois) et que l'enfant peut fort bien ne plus s'intoxiquer activement. La visite peut alors sembler caduque et nos interventions intrusives, peu légitimes, voire inquiétantes pour les familles et l'enfant. Dans plusieurs cas, nous repartons en fixant comme délai [au-delà du cadre contractuel de l'étude] les résultats d'une analyse à effectuer pour connaître l'état de la plombémie.

Les raisons pour lesquelles les plombémies ont été prescrites ne sont pas identifiées systématiquement.

Dans une des PMI visitées, le médecin est très sensibilisé au problème, faisant elle-même partie de groupes de pilotage sur le saturnisme. Elle est amenée à ce titre à participer aux réunions sur la ville ou le département. À la PMI, elle organise un dépistage systématique des enfants résidant dans des habitations « dégradées ». C'est dans ce cadre qu'ont eu lieu le dépistage précoce de l'enfant qui nous concerne, ainsi que celui de son petit frère.

Cette entrée « habitat » ne semble pas systématique partout, notamment lors de squats.

La recherche de plombémie peut être effectuée parce que l'enfant a un comportement suspect. Pour tel enfant, c'est la PMI qui a prescrit la plombémie après que la famille a évoqué un comportement de pica : dans une autre, c'est la tante qui a hébergé la gamine durant des travaux puis l'instituteur qui l'a vu manger de la craie, qui l'a signalé à la maman, ce qui déclenche les démarches du médecin généraliste de la famille. Dans plusieurs cas, la plombémie est prescrite suite à une hospitalisation : pour convulsion pour un des enfants rencontrés ou suite à un accident domestique (ingestion d'eau de Javel).

Pour une des familles rencontrées pour laquelle l'entrée « habitat » n'était pas pertinente

puisqu'elle résidait dans un logement neuf sans plomb, le médecin a noté une pâleur de l'enfant, signe d'une anémie : la demande de plombémie permettait d'obtenir la numération, formule sanguine (NFS) gratuitement. C'est donc à cette occasion, et par « ricochet », que le saturnisme a été découvert.

Ainsi que nos commanditaires nous le font constater, la prise en charge institutionnelle du saturnisme est très variable. Le suivi varie (« est aléatoire » nous a-t-on aussi dit), selon les acteurs, les villes, les départements, l'âge des enfants (en PMI avant 6 ans, ensuite en médecine de ville) et l'interprétation de la procédure qui multiplie les intervenants et les niveaux d'intervention : entre les structures et les médecins signalant l'intoxication, ceux réalisant les traitements, qui suit véritablement l'enfant ? La multiplication des intervenants est une autre caractéristique puisque les services de la DDASS eux-mêmes peuvent être amenés à déléguer à des associations sous-traitantes qui nous accompagneront dans notre enquête (c'est le cas d'une des DDASS dans la région de l'enquête).

Outre un empilement de compétences, nos demandes de renseignements révèlent le fonctionnement très compartimenté des différents systèmes de santé : médecine de ville, scolaire, hospitalière, municipale, PMI,... Et les différents corps de métiers impliqués, de même que les personnes, n'ont pas tous la même conception de la confidentialité et du secret médical. Les psychologues et les psychiatres construisent souvent les bases de leur efficacité sur un non retour de l'information (ou très sommaire) concernant leurs patients aux professionnels qui les leur ont adressés. Le secret médical est une base éthique fondamentale, mais il sert parfois de « bouclier » ou à masquer une connaissance insuffisante du dossier.

Par le biais de l'étude et du fait de notre volonté de rassembler des informations précises sur les cas qui nous ont été soumis, nous mettons en lumière des déficits de connaissances, de mauvais suivis, voire des négligences quand la démarche s'est limitée à rédiger des ordonnances. Certains de nos hôtes se sont d'ailleurs sentis remis en cause. Une de nos interlocutrices, précise par exemple que *« le médecin a fait ce qu'il fallait, il a mené l'enquête, orienté vers l'hôpital et les consultations de contrôle »*.

Au delà de ces problèmes que nous soulevons et qui sont propres à l'exercice même de la mission qui nous a été confiée, il faut noter l'excellente collaboration que nous avons eu avec la plupart de nos interlocutrices, une fois que nous avons réussi à expliquer le renversement de problématique que nous opérons : pas seulement « où » mais « pourquoi » cette souffrance ? Elles partagent alors sans réserve les informations écrites disponibles, fouillent leurs mémoires.

En fait, le personnel sur le terrain est trop débordé ou en nombre insuffisant pour consacrer suffisamment de temps à des cas complexes.

On constate aussi parfois de la résignation, voire du fatalisme chez certains personnels sous prétexte de la barrière de la langue, avec mise en avant de la spécificité culturelle.

L' « enquête environnementale »

Un des facteurs déclenchant l'intervention des ethnologues est le fait que l'enquête environnementale n'ait pas permis d'identifier la source de l'intoxication.

Au delà des protocoles réglementaires qui fixent la réalisation de l'enquête environnementale et du diagnostic plomb établis pour la première par l'INVS et pour le second par l'arrêté du 25 avril 2006 relatif au diagnostic du risque d'intoxication par le plomb dans les peintures, la façon concrète dont ces dernières sont menées¹⁵ n'est pas toujours précisée. Il n'y a pas de plan des lieux, même sommaire, indiquant les localisations précises des prélèvements et en particulier leur hauteur.

Elles ne sont pas toujours accompagnées de renseignements d'ordre administratifs précisant par exemple qui sont les référents locaux (PMI, médecins généralistes etc.) et mentionnant le contexte de signalisation et de suivi des cas.

L'intoxication aigüe par l'eau (saturnisme hydrique) est une source d'intoxication environnementale rare, nécessitant non seulement des canalisations en plomb, mais des stagnations d'eau acide et qui a été écartée en Île de France depuis 1987. Les questions sur ce sujet font croire à des personnes peu fortunées qu'il serait bénéfique de ne consommer que de l'eau en bouteille. C'est aussi une source d'inquiétude supplémentaire : tel de nos interlocuteurs se demande « *si un des tuyaux de canalisation d'eau de l'appartement ne serait pas en plomb* ». Tel autre de nos interlocuteurs se demande si l'eau n'est pas à incriminer qui rend sa femme malade. Il faut les rassurer, comme si nous étions les premiers à qui ils ont fait part de leurs soucis, alors que cette question a certainement été éliminée par les différents interlocuteurs à qui il l'a posée.

De même, la mise en cause brutale des vaisselles en terre vernissée (type plats à tajine d'Afrique du Nord) : si tant est que leurs revêtements contiennent des sels de plomb, le danger est peu lié aux usages courants (fragments de vernis mélangés aux aliments), mais à la conservation spécifique d'aliments acides, ce qui n'est pas le cas dans les populations

15 Car ce qui intéresse l'anthropologue, ce qui fait la force des diagnostics que cette discipline est susceptible de poser, est l'interprétation qui est faite des textes, normes, règles, codes etc.

concernées. Si intoxication il y avait, elle concernerait à part égale les différents consommateurs de la maisonnée, adultes et enfants.

De même le maquillage à base de khôl, d'usage très limité pour les populations incriminées. Une étude spécifique devrait éventuellement être faite auprès de populations de culture « indienne » où l'usage des maquillages semble beaucoup plus massif chez les tout petits.

Le questionnaire s'enquiert de l'usage « de boissons rituelles ou autres porte-bonheur » : interrogés dès 1987, nous avons souligné que les remèdes et amulettes prescrits par les guérisseurs et les marabouts ouest-africains ne contenaient pas de sels de plomb et rarement du plomb métal : ou alors sous la forme de rares plombs ou balles de fusil au milieu d'écrits coraniques ou de poudres végétales, plutôt réservés aux adultes. Lorsque les enfants portent des parures ou des porte-bonheur métalliques, il est exceptionnel qu'ils soient en plomb.

D'autres usages du plomb concernent des techniques de divination (Maghreb, Europe de l'Est¹⁶), basées sur la précipitation de plomb fondu dans de l'eau : en admettant même que cette eau soit appliquée sur le corps ou ingérée, il s'agit de plomb métal non absorbable et non pas de sels de plombs.

Cette question « boissons rituelles ou autres porte-bonheur » est très marquée par un questionnement « culturaliste » de l'intoxication, qui envisage en terme de mystère et de choses cachées les recours à des médecines dites traditionnelles : c'est-à-dire qu'on surinterprète les données en termes culturels.

D'autres points de l'enquête environnementale semblent susceptibles de brouiller les pistes, notamment ceux en lien avec une source indirecte de contamination : par exemple le « *lieu de résidence de la mère dans son enfance ; important de préciser si région minière, si implantation de fonderie et de hauts fourneaux* ». À notre connaissance, il n'y a pas de hauts fourneaux en Afrique de l'Ouest et centrale. Le seul plomb fondu, en-dehors des usages industriels, est celui des chasseurs préparant les balles des fusils traditionnels. Une épidémie d'intoxication saturnine infantile aigüe a été découverte en 2008 au Sénégal à Thiaroye sur Mer et Colobane dans l'agglomération urbaine du Cap vert : elle était très localisée, en rapport avec des récupérations de restes de batteries automobiles pour la revente du plomb (cf. OMS/WHO).

Par contre en Afrique, on ne sait rien des plombémies des enfants qui ont grignoté les revêtements muraux des maisons édifiées du temps de la colonisation, aux époques où les

16 Cf vidéo : Maria Vivod, 2000.

sels de plomb étaient communément employés.

Des données plus complètes sur la famille¹⁷ pourraient compléter l'ensemble, lorsque l'origine de l'intoxication n'est pas retrouvée :

- des informations sur le quartier et l'îlot où réside la famille, notamment en terme de datation du parc immobilier ;
- des informations sur la famille nucléaire et élargie : origine, parcours migratoire, déménagements, composition, présence de parents en France ;
- des informations sur l'enfant : état de santé, scolarisation, place dans la fratrie, place dans la famille, caractère, ...
- des informations sur les déplacements en Île de France de l'enfant ou de la famille à l'occasion d'évènements sociaux (baptêmes, morts, mariage, réunions associatives, religieuses, visite à des voyageurs en partance pour le pays à qui on remet des messages, de l'argent ou des colis pour la famille, préparation de voyage au pays ...) en s'efforçant d'identifier la période de construction des immeubles fréquentés.

La préparation de la visite

Pour nous accompagner, nous privilégions donc les interlocuteurs familiers de la famille et veillons à ne pas être en nombre trop important.

Se voir avant permet de bien expliquer les places et les rôles de chacun face à la famille et les conditions particulières de nos entretiens d'ethnologues, mais aussi de cliniciens du social : respect des codes de gestion de l'espace (se déchausser sans demander si nécessaire) ; salutations adaptées ; prise en compte de la scénographie de l'espace pour déterminer les places assises de chacun dans des espaces souvent limités ; respect des silences permettant à la parole de fleurir ; contrôle des réflexions et réactions ethnocentriques des intervenants par rapport aux causeries et aux micro-événements de la vie quotidienne survenant durant la visite (dispute entre enfants par exemple, grignotage à l'heure de midi, etc.).

En fait, cet accompagnement est un temps d'enseignement sur le terrain de la conduite d'une visite, associant observation des lieux, des objets, des personnes et entretiens rebondissant sur les propos verbaux, non verbaux, conscients, non conscients, dits et non dits des locuteurs.

Le principe de la visite est d'essayer d'instaurer un lien cordial, fait de respect et de confiance, propre à libérer la parole des personnes de sorte à obtenir des réponses aussi sincères et précises que possible. Pour ce faire, il faut prendre son temps et ne pas brûler les

17 Une des intervenantes mandatées avoue ne pas oser poser certaines questions sous l'allégation que « cela relève de la vie privée des gens » : elle a raison, mais en même temps la vie de ces familles est déjà disséquée et le traitement des familles pas toujours délicat.

étapes exigées par la politesse, mais aussi accepter la temporalité de celui qui nous reçoit. Cela signifie concrètement prendre le temps des salutations, de se déchausser éventuellement, de s'asseoir, d'expliquer la raison de la visite, puis tâcher de faire connaissance pour ensuite pouvoir bien discuter, de façon détendue.

Il n'est donc pas facile de mener un entretien avec plusieurs personnes observatrices, même si elles restent en retrait : cela intimide, cela ne donne pas la même souplesse qu'individuellement pour créer une intimité permettant les conditions d'énonciation nécessaires pour obtenir une bonne prise de parole et des informations complètes.

Les ethnologues que nous sommes essaient de jouer sur des éléments de connivence : en faisant valoir leur connaissance éventuelle de la culture, de la langue, des usages du quotidien, du lieu d'où sont originaires les personnes, de connaissances sur la religion et les guérisseurs ; en faisant jouer des liens d'amitié ou de parenté classificatoire éventuels. Il ne s'agit pas de faire du « culturalisme », mais de montrer une familiarité propre à susciter une confiance nécessaire au bon déroulement de la conversation, à sa meilleure compréhension et à la récolte de renseignements utiles.

En arguant d'une familiarité avec la culture et la société d'origine de son interlocuteur, il n'est donc pas question de brandir une différence qui serait pensée comme radicale de « l'autre exotique » et de le tenir ainsi éloigné de soi, ni d'arguer que cette « spécialité » serait un préalable au dialogue. Par la familiarité avec telle ou telle culture et société étrangère, et plus encore par un positionnement éthique lié à la formation elle-même, il s'agit de savoir resituer et comprendre l'autre dans son histoire et dans son itinéraire de vie propre ; et ainsi d'être à même de tenir compte des contextes familiaux, sociaux, économiques de départ et d'arrivée (puisqu'il s'agit de migrants) dans l'entretien et pour l'analyse.

Nous expliquons nos objectifs qui consistent, tout en ne négligeant pas la recherche de la localisation des sources de l'intoxication, à rechercher ses causes dans des bouleversements psycho-sociaux ayant affecté et/ou affectant l'enfant.

Nos objectifs sont :

- une mise à plat de l'histoire du saturnisme ;
- une reconstitution de l'histoire de vie de la famille et caractérisation sociologique ;
- une identification des événements familiaux survenus avant et pendant l'intoxication saturnine ;
- un repérage d'évènements associables à l'histoire de la maladie de l'enfant signalé ;
- une identification des espaces fréquentés par l'enfant et sa fratrie :

-> au domicile, y compris les parties communes de l'immeuble et les aires de jeu extérieures ;

-> dans le quartier, selon les déplacements de l'enfant (école, chemin de l'école, commerces, lieux de garde en l'absence de la mère, voisins, amis,...) ;

-> à distance du quartier (foyers collectifs, lieux de culte, parents, connaissances, amis, ...)

- un repérage de gisements de sels de plomb fréquentés par l'enfant ;
- une observation de l'enfant signalé et de ses interactions avec la famille ;
- une sensibilisation et une mobilisation de l'enfant et des résidents à partir de la synthèse des informations ;
- une concertation avec les personnels concernés quant à la réorientation de la prise en charge des familles en fonction des données recueillies ;
- une proposition de prise en charge hygiéniste et médico-psycho-sociale, renouvelée par l'approche anthropologique ;
- une formation professionnelle en situation et après l'action à la démarche transculturelle.

Certaines intervenantes (il s'agit principalement de femmes) ayant un sens avéré du « terrain » et également une formation adéquate, sont accueillies dans les familles avec plaisir, par leur prénom, les enfants se précipitent sur elles : leur présence semble rassurante pour les familles.

Mais les rapports avec les familles des enfants intoxiqués peuvent être tendus du fait des controverses et des polémiques politiques dans lequel ce problème de santé publique vient prendre place et/ou qu'il suscite : difficultés d'accès au logement, statut du migrant, précarité administrative, chômage, ...

Dans bon nombre de cas, nos visites inquiètent et nous ne gagnons pas toujours la confiance de nos interlocuteurs.

Nous ne perdons pas de vue que pour les personnes qui nous reçoivent chez elles, nous, médicosociaux et ethnologues, sommes les représentants d'institutions médico-sociales diversement appréciées. Sous prétexte de savoir-faire, nous nous autorisons une irruption dans leur intimité, pas toujours facile à supporter, surtout dans les conditions de mal logement où beaucoup se trouvent : un entretien, par exemple, n'aura finalement pas lieu parce que le père de l'enfant voit mal comment tous nous recevoir dans l'espace beaucoup trop exigü qu'il habite avec sa famille.

Telle personne rencontrée, membre d'une association défendant les mal logés, a le sentiment qu'on « *vient mettre le nez dans leurs affaires* », se dit mal à l'aise avec ce qu'elle appelle « *une tactique pointant du doigt "leur ethnie"* ».

La démarche anthropologique, décrite comme « participative » par une des accompagnatrices, peut être vécue comme intrusive, parfois par certains membres des familles concernées.

La visite à domicile

Nous prêtons attention aux usages des lieux, susceptibles de nous fournir des informations utiles à la compréhension de l'environnement de la famille. L'observation commence dès la PMI, puis dans le quartier où réside la famille, si possible jusqu'au lieu du sommeil de l'enfant.

« Ma méthode, lorsque je débarque intimidé sur une *terra incognita*, c'est de baisser les yeux et d'observer les traces et les déchets situés à mes pieds et de tenter, comme un archéologue, de reconstituer par leur décryptage l'histoire du lieu et des corps qui l'habitent. Puis, peu à peu, mon regard se relève et cherche à percevoir l'organisation sociale, spatiale et symbolique de l'espace domestique mise en scène dans des lieux servant à des activités fondamentales : travail, soin des enfants, sommeil, alimentation, repos, jeux, toilette, prière, élimination des déchets corporels et domestiques... »¹⁸

Les abords de l'habitation de la famille sont une source d'informations utiles à la compréhension de l'environnement de la famille et à son usage social.

La lecture anthropologique de la façade montre un investissement des fenêtres pour le séchage du linge ou l'entreposage de denrées emballées dans des sacs plastiques, typique de logements exigus à densité d'occupation de l'espace élevée. L'observation du linge donne des informations très précises sur le nombre d'occupants, l'âge, parfois le sexe et parfois l'origine culturelle. Les familles nombreuses africaines sont particulièrement repérables par les nombreux sous-vêtements d'enfants, suspendus par taille croissante, et les tissus-pagnes caractéristiques. La présence de plantes vertes au balcon, dans ce type de façade, révèle généralement un très ancien occupant de culture européenne, ce qui n'est pas le cas ici.

Le hall de l'immeuble et la cage d'escalier ont été refaits. La boîte aux lettres de Monsieur, neuve, sans doute installée par ses soins, est à l'écart de celles des autres, regroupées dans un bloc collectif ancien, plus ou moins défoncées...

Les fenêtres des façades sont uniformes avec des voilages et des rideaux et quelques fleurissements des rebords de fenêtres : il n'y a pas d'encombrants, de débordements de sacs ou d'objets, pas de linge à sécher,

pas d'obturation de fenêtres, etc., indicateurs de familles nombreuses et parfois caractéristiques de familles nombreuses d'origine africaines. Ces indices donnent à penser une occupation homogène et ancienne de l'immeuble par une population de « classe moyenne », dont de nombreux retraités, ce qui sera confirmé ultérieurement...

Nous prêtons attention aux alentours immédiats de l'immeuble, identifions les aires de jeu licites et illicites. Nous décryptons le contenu des poubelles et des aires de déchets, révélateur des activités qui se déroulent en ces lieux : emballages de sucreries, mégots, cannettes de boisson, crottes de chien, mouchoirs, coton-tiges, ...

Le local des poubelles, le pied et la montée de l'escalier aux différents étages, les paliers sont des espaces collectifs susceptibles d'être investis comme aires de jeux par les enfants qui y laissent tags, graffitis, traces d'écritures ou de grattage sur les murs à une hauteur révélatrice de l'âge de l'auteur.

Une porte ouverte sur un escalier mène aux caves. Cette entrée, dans un état relativement dégradé à hauteur d'enfant, pourrait être un gisement potentiel de contamination, si sels de plombs il y avait.

Les dégradations des revêtements muraux peuvent être le fait de l'humidité, de frottements involontaire de passants ou de chocs d'objets transportés, mais également « volontaires ». Les « lésions actives » à hauteur de mains d'enfants sont souvent repérables par leur poli, très sensible au toucher, qui contraste avec les trous accidentels, plus rugueux.

Le fait d'être à domicile permet de se rendre compte des sources potentielles d'intoxication en lien avec la configuration des lieux et leur usage.

Ainsi dans telle famille, l'appartement a été refait entièrement par le père lui-même de sorte à mettre le plomb hors de portée de son enfant. Mais il n'y a pas de WC dans le logement. Il est donc nécessaire de passer par l'escalier pour se rendre au rez-de-chaussée, deux étages plus bas, dans des toilettes collectives que le père a carrelées. Ce qui multiplie pour l'enfant les occasions de « grignoter » les plâtres et les peintures des parties communes non refaites : le bailleur, dans ce cas précis, a tardé pour les rénover.

Autre exemple : l'appartement de la famille concernée est refait, les parties communes de l'immeuble sont refaites : une partie de la source d'intoxication n'est donc plus accessible. Cependant l'appartement des voisins est « *dans un état pire que celui-ci* » nous apprend le père de famille concernée, alors que nous voyons arriver les enfants de la famille accompagnés de ces petits voisins, leurs camarades de jeux. La contamination reste donc encore à portée de main de l'enfant intoxiqué, à fortiori s'il a un pica.

Des murs nus, un appartement peu personnalisé, aménagé de la façon la plus fonctionnelle possible sont souvent l'indice d'une difficulté à investir un logement mal adapté et que l'on accepte d'autant plus mal qu'il est vu comme la source potentielle de la maladie d'un de ses enfants. Un papa ayant énormément investi dans la réhabilitation de l'appartement, aussi bien du point de vue du confort de base absent (arrivée d'eau), de sa sécurisation (trou dans le sol) que liés à la présence de plomb, déclare ne plus supporter cet appartement lui ayant apporté tant de malheurs, où plusieurs de ses enfants ont été successivement intoxiqués.

Observer comment l'enfant concerné se comporte au sein de la fratrie, s'il n'a pas une place à part dans la famille, l'entente entre enfants,... est essentiel pour identifier des facteurs explicatifs et casser la chaîne de causalité du/des malheur/s. Il est important de repérer la place de l'enfant dans la fratrie (a fortiori, au sein de fratries nombreuses, mono et polygame), les liens préférentiels (amicaux ou hostiles) qui lient les enfants entre eux, au-delà des jeux de rôle conventionnels : la sensibilisation et la mobilisation des aîné(e)s autour de la souffrance exprimée par un cadet.

Un moyen classique complémentaire pour communiquer avec les enfants et libérer leur parole est de leur proposer de se dessiner, ainsi que leur famille et leur maison : puis, de leur faire commenter leur dessin. Cette méthode n'est pas toujours productive, notamment avec des enfants trop jeunes. C'est parfois un bon moyen de découvrir des traits de la personnalité de l'enfant et le regard qu'il porte sur son environnement.

K. se dessine en tout petits personnages, le premier souriant, sans nez, et le deuxième en cowboy avec chapeau, dégainant des pistolets : il inquiète sa mère parce qu'il aime se bagarrer. Elle regrette de l'avoir inscrit au judo, car elle pense que cela risque d'encourager son agressivité : cela lui apprend aussi à la canaliser, précisons-nous.

Parfois, ces dessins peuvent révéler des souffrances non verbalisées, voire des traits psychopathologiques :

À la suite de sa sœur, il commence à dessiner lui-même un bonhomme « avec capuche » dans le cahier qui lui est présenté : mais il le dessine à l'envers, c'est à dire les pieds en haut de la feuille, avec, semble-t-il, des organes ou des dessins sur le vêtement à capuche, le tout barré de traits dispersés. Ceci, combiné à son drôle de masque facial, avec un sourire forcé découvrant largement ses dents lorsqu'il regarde un adulte (en particulier sa mère), attire notre attention.

Le « bon » entretien est celui qui, sur la durée (1 heure 30 - 2 heures, en fonction bien sûr de la disponibilité des familles), finit pas se dérouler dans une atmosphère détendue. Les

enquêteurs se retrouvent finalement « en famille ». Chacun se sent libre de se laisser aller à être soi-même à l'instar de ces mamans modérément francophones, qui, pendant que nous nous entretenions avec leur mari ou leur fille aînée adulte, vaquent à leurs occupations, tout en gardant une oreille attentive.

La durée de notre présence dans une famille permet d'observer et de nous entretenir avec l'enfant concerné par l'intoxication saturnine et avec sa fratrie. Sans être obligé de forcer la parole (respect des silences), cela donne le temps à chacun de s'exprimer, à la conversation de trouver son rythme, à une relation de s'instaurer : ici nous allons faire une pause cigarette avec notre interlocuteur, là nous finissons sur des boissons, un café.

L'entretien s'est bien déroulé. La famille était accueillante, tranquille, anticipant l'avenir, plutôt que subissant le présent, en harmonie. Le père dans une position de réussite sociale, propre à ce qu'il soit à l'écoute et ouvert à notre visite et à notre message. La mère en retrait, inhibée par son mauvais français, mais attentive, participante et souriante à ses enfants.

Dans une des familles, la mère a bien identifié les endroits que sa fille, quand elle avait 4 ans, « grattait » et désigne le mur nord de la pièce principale contre lequel est disposée aujourd'hui une grande armoire. En fait, le diagnostic était négatif.

Dans une autre famille, c'est la grande sœur (de 7-8 ans) qui montre l'endroit où l'enfant concerné, son petit frère, mangeait le mur : sur le palier, de chaque côté de la porte.

Les parents vont aussi parler de leur enfant, de son comportement.

Sa mère le décrit comme pas timide, plutôt plus éveillé que ses autres frères, posant beaucoup de questions, autant sur ce qu'elle prépare quand elle est à la cuisine, que sur des personnages qui apparaissent sur l'écran du téléviseur. Elle nous dit qu'il a de bons rapports avec ses frères aînés, même si ces derniers lui interdisent par exemple l'usage de l'ordinateur.

L'ensemble des membres de la famille, même élargie, peut être mis à contribution, de préférence ceux qui ont un rapport privilégié affectueux avec l'enfant. S'intéresser aux homonymes portant le même prénom que l'enfant (et de la fratrie) permet de savoir dans quelle lignée l'enfant se situe, avec qui la famille se sent liée de préférence, qui au contraire est éventuellement écarté, laissé de côté. C'est pourquoi les ethnologues que nous sommes s'attachent à reconstituer la généalogie des familles à partir de l'identification des homonymes en traçant un schéma de parenté des membres de la famille sur plusieurs générations.

Dans telle famille rencontrée, le choix des prénoms ou plus précisément les homonymies montre un équilibre entre la lignée paternelle et maternelle : ceci, sans qu'il soit possible d'extrapoler compte tenu du peu d'informations

disponibles en faveur d'une figure maternelle, d'une personnalité bien affirmée, même si le discours de la mère ne cesse d'exprimer une soumission au pouvoir et à la volonté du père.

La fratrie et plus largement les enfants présents (cousins, copains de jeu etc.) peuvent se sentir impliqués. Dans les familles rencontrées, les aînées sont obligées de prendre en charge les plus jeunes : les enfants nombreux forment de petites communautés, s'élevant et s'éduquant entre eux, constituant aussi parfois des coteries antagonistes. Les horaires de travail des parents, le non-recours à des modes de garde payants font que les enfants sont laissés à la charge d'aînés très jeunes ou parfois livrés à eux-mêmes. Cela crée des plages de temps hors de la vue et du contrôle des adultes, notamment au retour de l'école. Cette situation est fréquente chez les personnes rencontrées, car les parents travaillent souvent en décalé (très tôt le matin, très tard le soir) du fait du type d'emploi qu'ils exercent majoritairement (ménage de bureau).

Dans telle famille, la mère emmène l'enfant à l'école, mais vers 18 h - 18h 30, c'est son frère de douze ans qui le ramène. Nous voyons-là un moment éventuel où il aurait l'occasion de « traîner », de jouer dans l'escalier et ainsi de gratter et ingérer du plomb si les murs en contenaient. En fonction de cette déduction, nous demandons aux parents d'y être attentifs, ou aux frères et sœurs.

Dans telle autre famille, la maman travaillait à la RATP comme femme de ménage. C'est l'enfant intoxiqué qui prenait alors en charge ses frères et sœur le matin.

L'enfant lui-même doit être sensibilisé individuellement, d'une façon adaptée à son âge et à sa personnalité.

Dans une des familles visitées, l'enfant est plus âgée que la moyenne mais elle reste spectatrice, peu vive à répondre, sans doute du fait de l'omniprésence de sa mère. Cette dernière nous rejoint très rapidement alors que nous avons essayé de créer une situation d'aparté avec elle dans sa chambre. Ses occupations et ses fréquentations quand sa mère est absente (tous les soirs après l'école) restent floues. Rencontrer l'enfant sans sa mère et au milieu de sa fratrie ou de ses camarades pourraient être intéressants dans ce cas.

Tel autre enfant expose bien sa « maladie » l'intoxication au plomb, mais aussi celle pour laquelle il a été hospitalisé une dizaine de jours à l'hôpital (un champignon dermatophyte probablement). Il dit ne plus manger de peintures depuis longtemps et il est très convaincant. Durant tout le temps de notre présence, cet enfant qui porte le nom de son grand-père paternel comme c'est l'usage pour l'aîné, montre maturité, retenue et sens des responsabilités, qualités tout à fait conformes à son statut d'aîné. Il a l'esprit très vif, est attentif à nos échanges avec sa mère et à la situation, n'hésitant pas à se mêler, à bon escient, à la conversation. La visite nous permet d'être rassurés

en ce qui le concerne : il travaille bien à l'école et semble tout à fait épanoui dans sa famille, suit des cours d'informatique, fait du sport.

Dans une des familles, la première visite à une maman, écartelée entre plusieurs logements, sans doute divorcée et a priori hébergée avec ses enfants chez une personne mal identifiée chez qui nous nous rendons, ne nous permet pas de faire ressortir des facteurs explicatifs précis de l'intoxication de l'enfant. Une seconde visite à cette même femme, alors logée temporairement chez un oncle paternel, dans un contexte familial chaleureux, fournit une toute autre image, des conditions dans lesquelles l'enfant a développé sa pathologie.

Le premier entretien a permis de déterminer que cet aîné-garçon a une place à part dans l'histoire de la fratrie : un nom de famille (un père) différent ; le seul enfant pour lequel la maman a mangé lors de la grossesse du kaolin, cela lui ayant été ensuite déconseillé par les médecins ; le seul enfant qu'elle a tenté d'allaiter, malgré l'interdiction qui lui en avait été faite ; c'est aussi un enfant porteur d'une thalassémie hétérozygote et d'un déficit en G6PD.

Le deuxième entretien montre qu'il s'agit d'un enfant très sensible et très affecté à chaque fois que sa mère souffre : sa maman, drépanocytaire homozygote est souvent malade et fait de nombreux séjours à l'hôpital.

Mais l'enfant a des relations très privilégiées, mobilisables au sein de la famille élargie partageant les mêmes lieux de résidence que lui, avec un demi frère plus âgé auquel l'enfant est très lié et un oncle maternel homonyme.

Le fait de chercher à se faire préciser des événements de la vie de famille (trajet migratoire, arrivée en France, réseau social, rapport avec la belle famille, conditions de travail, ...) est à relier avec la volonté de comprendre ce qui peut déstabiliser un enfant et l'engager à un comportement à risque : pica, mais également accidents domestiques. Cela a été par exemple le cas d'un enfant « amené aux urgences, car il avait absorbé de l'eau de Javel » dans les temps où il a découvert la grossesse de sa mère.

Représentations de la maladie

Deux jeunes mères, toutes les deux nées en France, étaient membres d'associations de défense des mal logés et il a fallu beaucoup de tact pour dépasser le discours revendicatif et entamer une réflexion sur les localisations possibles des gisements et la causalité du pica.

La mauvaise observance des familles aux prescriptions médico-sociales, notamment les prises de sang, est immédiatement interprétée en terme de désintérêt des familles ou d'incompréhension liée à une non maîtrise de la langue française ou encore à un fatalisme culturel. Alors que bien souvent, cela révèle des dysfonctionnements du système médico-

social lui-même : notamment des déficits de coordination et de circulation des informations entre les différents acteurs et institutions publiques et privées (PMI, scolaire, hôpital, ville), surtout après 6 ans lorsque l'enfant n'est plus suivi par les PMI.

La personnalité ou les compétences de certains professionnels sont aussi mises en question : à tort ou à raison, certains sont jugés trop autoritaires, brutaux, inattentifs aux propos de leurs patients.

Madame dit ne plus vouloir que le docteur ** (de l'hôpital) s'occupe de son enfant. Selon elle, le médecin n'a aucun respect pour elle et sa famille. L'enfant, la sœur aînée adulte (que j'ai eu au téléphone) et leur mère s'accordent à dire que le médecin ne les écoute pas lorsqu'elles ont des demandes ou des explications à donner et que constamment elle leur crie dessus.

On peut noter aussi le report sur les familles des rigidités de ce système médico-social très hiérarchisé et autoritaire. C'est le cas pour cette famille où les acteurs de santé attendent du père, très au fait de ses droits, une réactivité immédiate à leurs injonctions.

Des bruits circulent sur cette maladie, qui sont anxigènes pour les familles : « *L'activité physique est-elle dangereuse pour le cerveau en cas de plomb ?* », comme l'a sous-entendu une des amies d'une des mères chez qui nous allons. Tel père répète à plusieurs reprises les propos tenu par un médecin l'informant de la gravité de l'intoxication de son fils « *en classe IV* ». Après avoir eu sa fille aînée de concernée, il s'inquiète également pour sa dernière née.

Dans une autre famille, une maman nous questionne sur la « maladie » de sa fille et reviendra plusieurs fois sur les symptômes, les possibilités de soins. Elle nous dit sa peur, qu'elle prie tous les jours. Elle nous demande si les enfants qui ont ça vont mourir et commence même à pleurer discrètement. Elle a eu du mal à nous laisser partir, nous redisant à plusieurs reprises qu'elle « n'y arriverait pas toute seule » (elle est divorcée), combien « elle comptait sur nous ».

Elle nous confond avec des assistantes sociales et s'appuie sur le saturnisme pour obtenir un relogement satisfaisant.

Les visites elles-mêmes peuvent inquiéter. Dans plusieurs familles, nous nous présentons à trois. Dans une des familles, une des techniciennes a avec elle une mallette (contenant le nécessaire à un prélèvement) : cette situation (notre nombre, le matériel) a été très impressionnante pour la maman qui nous recevait.

Mais les familles rencontrées apparaissent lors des entretiens en quête de renseignements et attentives à nos explications. Comprendre rassure. Le papa cité plus haut nous présente l'ensemble des papiers dont il dispose pour vérifier et faire valoir que son dossier est bien à jour. Il doit récupérer une prescription de plombémie à la PMI qu'il a contactée suite à un courrier de l'infirmière s'inquiétant du suivi, afin de la faire réaliser à

l'hôpital.

La nécessité du suivi n'est pas toujours bien intégrée ou bien admise. Les prises de sang sont mal vécues autant par la mère que par l'enfant, tant la ponction sanguine que la pénétration de l'aiguille.

« *Que faut-il faire par rapport aux prises de sang ?* » La maman reviendra plusieurs fois sur cette dernière question : on sait combien les prises de sang sont anxiogènes et mal supportées, aussi bien par l'enfant que les parents dans ces cultures où le sang est associé à une force vitale, très prisée des sorciers anthropophages. Par ailleurs l'enfant va très bien et la nécessité d'une prise de sang n'est pas ressentie, face à une maladie qui, par ailleurs, n'a jamais été cliniquement décelable chez lui. La dernière plombémie semble dater : on ne dispose pas de résultats récents. C'est donc pour cela, mais avec réticence, que l'infirmière, remettra en fin de visite à la maman une prescription de dosage de plombémie, afin de clore cette histoire de saturnisme qui ne semble plus d'actualité.

Les traitements ne sont pas non plus bien compris et les concepts de la chélation rarement mémorisés.

Une maman envisage les possibilités de traitement, comme « *des lavages d'estomac ou une opération ?* » Est-ce que les médicaments prescrits « *chassent le plomb ?* ». L'intervenante DAASS expliquant que le traitement du médecin généraliste (du fer) « *d'une certaine façon oui aide à évacuer le plomb* » la maman se dit « *qu'une fois cette boîte terminée elle va en redemander* ». Comme si c'était, ici encore, la première fois qu'elle entendait ce discours.

Un objectif des visites des ethnologues est la « traduction », l'explicitation aux familles de la raison qui nous amène, de ce malheur, de ce qu'on en sait et de comment on le traite : mais aussi de leur rôle. À la suite des visites, il serait satisfaisant de constater que les parents ou un des parents ou la fratrie a bien compris le « pourquoi » et le « où » de l'intoxication et est à même d'exercer sa vigilance.

La conviction d'être bien compris de ses interlocuteurs passe par l'écoute, le déclenchement de prises de parole et non pas seulement la distillation d'informations. Et il est évident que l'ethnologue n'a pas le monopole de la bonne écoute, ni de la bonne pédagogie. Intervenir au sein de ce système, c'est accepter d'être un intervenant de plus et ne pas se faire d'illusions quant à la prétention, en une seule séance, à obtenir des résultats durables.

Cela oblige à réfléchir à l'homogénéité et aux contradictions des discours et pratiques des très nombreux interlocuteurs des familles à domicile, en ville, à l'hôpital, en PMI :

médecins, techniciens, ingénieurs, assistantes sociales, enseignants, éducateurs, psychologues, ethnologues, ... La diversité des modes pédagogiques (verbaux, non-verbaux, gestuels, écrits, photographiques, vidéo,...) utilisés peut aboutir aussi bien à brouiller le message, qu'à déclencher un déclic renouvelant la compréhension et la mobilisation.

Pour expliquer le phénomène du relargage de métaux lourds par les tissus osseux à distance de l'intoxication active, nous avons pris une image de scène du quotidien, celle d'une teinture fixée sur un tissu et qui se dissout très lentement à chaque lavage. Elle est aussi issue de l'univers de références des personnes, puisque les tissus teints à la main par des teinturières traditionnelles africaines, parfois des connaissances, sont courants.

Un mode d'explication propre aux cultures des personnes peut également être proposé par l'ethnologue qui sollicite certaines croyances pour déclencher une prise de parole dans un registre habituellement ignoré par les « Blancs » : « *mauvaises langues* », non respect d'interdits, actions de malfaisants, vision horrifique d'oiseaux durant la grossesse, vision d'esprits du monde non-visible,...

On peut aussi y recourir pour comprendre pourquoi certaines propositions d'actions correctives ne sont pas forcément bien reçues : la proposition adressée à telle famille de changer les idées à l'enfant concerné en l'emmenant au parc local pourrait sembler saugrenue, justement du fait de la présence d'un canal, lieu où peuvent se tenir des génies de l'eau (par exemple des *mamiwata*), dont la famille préfère se tenir éloignée.

Que ce soit dans cette cohorte d'enfants ou dans les expériences antérieures, le saturnisme, répétons-le, « maladie annoncée par la biomédecine », ne fait pas l'objet de recherche de causalité traditionnelle : ceci est d'autant plus constant que les manifestations cliniques sont rares. Et lorsque celles-ci existent, pica, asthénie ou hyperactivité, pâleur anémique, douleurs, convulsions, ... elles ne sont pas rattachées à l'action des sels de plomb, mais à d'autres causes. Dans une des familles de la cohorte, nous avons ainsi constaté que le saturnisme de l'enfant n'a pas fait l'objet d'interprétation de causalité traditionnelle ; au contraire, c'est bien ce que signifie le père quand il nous parle de maux dont il souffre et de la façon dont il y remédie sous la forme d'amulettes de ceinture qu'il va jusqu'à nous montrer.

Pica, saturnisme et évènements familiaux

En rassemblant les informations à partir de diverses sources (dossier transmis suite à l'enquête environnementale, discussions avec les puéricultrices, médecins de PMI, discussions avec les familles, avec l'enfant etc.), nous avons tenté de retracer l'histoire de l'intoxication de chaque enfant. Dans ce cadre explicatif, il s'agit de confronter les données liées aux taux d'intoxication (les évolutions des plombémies) avec les événements familiaux ayant affecté ou affectant l'enfant. Il nous importe donc de comprendre quels événements dans la vie de l'enfant ont eu lieu pendant la période où la plombémie a été découverte ou a « grimpé ». Des dossiers incomplets ou une plombémie dont l'origine est difficile à dater sont cependant une entrave à ce mode de lecture.

Pour trois des familles (LFED, LPD6 et LPGP), il n'y a pas assez d'information pour croiser les données.

Famille EDDP : « L'Enfant Du Duplex dont le Père est parti en Afrique au moment où sa mère était enceinte »

Le tableau montre qu'entre octobre 2007 et janvier 2008, il y a de nombreux événements déstabilisants pour l'enfant : mais on ignore de quand date le pica.

Plombémies		Évènements familiaux	
		juin 2006	Naissance de l'enfant signalé, 3 ^{ème} enfant
		octobre 2007	Fin de l'allaitement (qui a duré 16 mois)
		décembre 2007	Emménagement dans un HLM
		janvier 2008 à mars 2008	Voyage du père au Mali
		janvier 2008	Révélation publique de la grossesse de la mère
juillet 2008	Prescription de la NFS pour suspicion d'anémie	juillet 2008	Naissance du petit frère, (l'enfant signalé a alors 2 ans)
avril 2009	120 µg/l	??	Signalement de pica dans le logement neuf par la famille à la PMI
juillet 2009	150 µg/l		

Famille LGSC : « Le Gamin au Sourire Srispé, qui dessine à l'envers »

« Paul » est l'enfant signalé, sans pica révélé. Entre février 2008 et avril 2009, de nombreux évènements sont susceptibles d'avoir troublé l'enfant : naissance d'un petit frère, entrée à l'école, voyage de la mère, divorce (?). Ses deux aînés sont nés en 1997 et 1993.

Plombémies		Évènements familiaux	
		février 2005	Naissance de l'enfant signalé, 3 ème enfant (deux aînés nés en 1993 en 1997)
		juin 2005	Fin de la période d'allaitement de 4 mois
		???	Entrée en crèche
février 2007	20 µg/l		2 ans
février 2008	30 µg/l	février 2008	3 ans : annonce de la grossesse de sa mère Accident domestique : l'enfant signalé ingère de l'eau de javel
		août 2008 (?)	Naissance d'un petit frère
		septembre 2008	Entrée à l'école maternelle
		01/11/08	L'enfant signalé suce son pouce, depuis (?)
			Divorce des parents ?
avril 2009	346 µg/l	avril 2009	4 ans : voyage de la mère au pays avec petit frère, en laissant la garde au père. Appartement refait

Famille LF11 : « La Fillette de 11 ans grande pour son âge, « en retard »

« Jeanne », l'enfant signalée de onze ans dont le pica date probablement et persistait jusque récemment : interrompu par la peur des prises de sang ? Ce pica, signalé par la tante et l'instituteur, est-il lié à la venue en France et ou à une absence temporaire de la mère ? La piste d'un abus sexuel a été écartée.

Plombémies		Évènements familiaux	
		1998	Naissance de l'enfant signalée en Guyane, avant dernière d'une fratrie de 7
		2001	Naissance du petit frère (elle a 3 ans)
		2003	Arrivée en France chez une sœur de la mère (elle a 5 ans)
			Signalement du pica par la tante (pendant absence/voyage de la mère en Guyane ?)
		2005	Emménagement dans le logement actuel alors que la rentrée scolaire a déjà eu lieu (elle a 7 ans)
		Fin 2008-2009 (« il y a quelques mois »)	Emménagement du grand frère de 19 ans (elle a 10/11 ans)
		?	Signalement du pica par l'école et mise en place d'un suivi psychologique
mai 2009	107 µg/l	mai 2009	Urgences pédiatriques ingestion de peinture
août 2009	114 µg/l.		

Famille LGPF : « La Gauchère et son Petit Frère vivant dans un habitat insalubre aux WC collectifs installés à l'étage d'en dessous »

L'appartement est pollué. La vie de l'enfant signalé est « marquée » par les travaux d'aménagement et de réfection de l'appartement, puis des parties communes, ainsi que d'une fausse couche, des grossesses et des naissances successives de deux enfants.

Plombémies		Évènements familiaux	
		avril 2003	Naissance de l'aînée de la fratrie résidentielle
		septembre 2005	Naissance de l'enfant signalé
novembre 2005	136 µg/l (l'aînée de la fratrie résidentielle)		
En mars 2007	100 µg/l (l'aînée de la fratrie résidentielle) 249µg/l (plombémie de primo-dépistage de l'enfant signalé)		
		mars 2008	Travaux de réfection de l'appartement
mars 2008	45 µg/l (l'aînée de la fratrie résidentielle)	2008	Naissance de la 3 ème enfant
avril 2009	45 µg/l (plombémie de contrôle de l'aînée) > 477 µg/l (plombémie de contrôle de l'enfant signalé)		Fausse couche de la maman
		mai 2009	Oubli du « contrôle de plombémie du 15 mai » ?
mai 2009	367 µg/l. (l'enfant signalé)		Maman enceinte du 4ème
		septembre 2009	Absence à la consultation programmée Fin des travaux de réfection des parties communes
	191 µg/l (l'enfant concerné) 73 µg/l (plombémie de primo-dépistage de la benjamine)	Décembre 2009	Arrivée de voisins de jeux résidant dans un appartement pollué

Famille LAGS : « L'Aîné Guéri dont la petite Sœur fait tomber les tableaux de la voisine du dessous, propriétaire de chien »

Les faits sont parlants, le recouplement est difficile car les datations précises manquent.

Plombémies		Évènements familiaux	
		août 2001	Naissance de l'aîné, l'enfant signalé
		mai 2003	Naissance du cadet
mars 2006	472 µg /l (l'enfant signalé)	janvier 2006	Naissance de la première fille Hôtel insalubre
2008	203 µg/l ((l'enfant signalé)	2008	Relogement en résidence provisoire
		février 2008	Hospitalisation pour abcès du cuir chevelu
2009	200 µg/l		Naissance du 4 ème enfant Emménagement en HLM

Famille APLF : « L'Aîné du Premier Lit d'une Femme drépanocytaire homozygote divorcée »

Les informations précisément datées manquent pour un recoupement vraiment parlant : un ou deux divorces (?), mésentente des parents ou des femmes dans le cadre de la polygamie, errance entre plusieurs logements (?), périodes d'hospitalisation de la mère.

Plombémies		Évènements familiaux	
		juin 2002	Naissance de l'enfant signalé
		novembre 2004	Naissance d'une petite sœur
mars 2006	46 µg/l		Plombémie demandée en raison de « l'errance » domiciliaire de la mère
		juin 2006	Naissance d'un petit frère
		?	Périodes d'hospitalisation de la mère Divorce (s) ?
février 2009	Non réalisée		demande de plombémie pour l'enfant signalé
mars 2009	145 µg/l		
juillet 2009	135 µg/l		
		octobre 2009	Hospitalisation de la mère Naissance de la 4 ^{ème} enfant

Les évènements que l'on peut mettre en lien avec une intoxication sont tous ces moments de déstabilisation temporaire de la famille et de l'enfant. Ici naissance d'un petit frère, ailleurs maladies de membres de l'unité résidentielle et de la famille élargie, morts de parents, chômage, précarité, disputes et divorce des parents, survenue de nouvelles grossesses et naissances.

Tel enfant a été amené aux urgences, pour accident domestique, au 3^{ème} mois de la grossesse de sa mère (avec une plombémie à 20 µg/l), moment où ces dernières sont en général rendues publiques en Afrique (pour des raisons entre autre de croyances en des

agressions maléfiques provoquant des avortements) ; 14 mois plus tard, soit lorsque son petit frère a huit mois, on découvre une plombémie de classe III, révélatrice d'une intoxication active, même si le pica n'a pas été découvert par les adultes. Il paraît difficile de ne pas établir de corrélations entre le saturnisme et l'arrivée du petit frère, un moment de bouleversement affectif, de délaissement (réel ou imaginé) ou de jalousie de l'enfant mal gérée, sans compter les éventuels troubles de l'harmonie familiale suscités par cette nouvelle.

Parmi les autres évènements familiaux susceptibles de contribuer à la mise en place d'un pica, l'état de santé, physique et psychologique de la mère est une donnée essentielle. Dans la série suivie avec l'HAD pédiatrique de Robert Debré dans les années 2000 (non publiée), nous avons retrouvé une mère atteinte de sida, une mal-entendante (confondue avec une absence de francophonie), des pathologies mentales plus ou moins installées. Dans cette série, nous soulignons le cas d'un garçon aîné de mère drépanocytaire homozygote, souffrant, aux dires de sa mère, au rythme de ses propres souffrances, sans compter les hospitalisations répétées.

Dans nos observations antérieures, il était classique de retrouver un saturnisme chez des enfants laissés longtemps livrés à eux-mêmes ou à la charge des aînés, du fait des horaires de travail, tôt le matin et tard le soir : les parents se débrouillant pour revenir faire manger les enfants à midi à la maison, plutôt que de les laisser à la cantine, jugée d'un coût prohibitif. Les sources d'intoxication étaient retrouvées sur le parcours menant à l'école, en particulier dans la cage d'escalier, et au sein du domicile de chaque côté de la porte d'entrée, quant ils y étaient enfermés. Cela a été le cas d'un des enfants de cette série, mais avec des peintures sans plomb.

Dans une des familles, notre visite a permis, non pas d'identifier le gisement responsable, mais une foultitude de lieux « probables », liés aux nombreux déplacements familiaux (majoritairement masculin ?) pour des baptêmes, condoléances, évènements sociaux. En ce qui concerne la causalité, il semble y avoir des corrélations majeures entre le début de l'intoxication et les évènements familiaux : nouvelle grossesse de la mère, départ du père en Afrique pour de longs mois, dépression de la mère après l'arrivée seule sans le mari dans le nouveau logement,... Sans compter la sciatique du père et la mort du grand père.

Dans cinq familles au moins, les parents semblent divorcés. Dans d'autres on ne sait pas si l'affichage du divorce de la deuxième épouse est dû à une conformation factice à la législation française concernant la polygamie, ou s'il est réel.

Le divorce des parents, quelle que soit la culture peut impliquer une souffrance de

certains enfants pouvant provoquer ou contribuer à la mise en place ou persistance d'un pica. Divorce signifie également un système de garde alterné, avec dans les cas suivis d'enfants vus seuls avec leur mère, une ignorance des espaces parcourus par les enfants quant ils sont avec leur père.

Ainsi cette affirmation selon laquelle le père divorcé de tel enfant intoxiqué vient voir ses enfants et les sort le samedi quand il ne travaille pas, non chez des amis « car il n'en n'aurait pas » dit son ex-femme, mais « au restaurant ou au parc ». Ce point est à creuser, la réponse semblant relativement standard.

De même dans une autre famille où une réponse, conforme à ce qu'il est attendu d'un « bon » père, résume les week-ends passés avec le père à la seule fréquentation de parcs et Mac Donald. Ce qui a pu effectivement avoir lieu occasionnellement, mais n'explique pas les espaces sociaux et géographiques parcourus et ne permet pas d'identifier précisément les sources d'intoxication éventuellement fréquentées.

Dans une famille ordinaire, même résidente dans une banlieue lointaine, les opportunités et obligations de visiter et recevoir des parents ou connaissances peuvent être plus nombreuses qu'il n'y paraît, avec des opportunités de visite de lieux « toxiques ».

Face à la multiplicité des lieux fréquentables, il risque d'être illusoire de croire pouvoir identifier systématiquement la (les) source(s) de contamination.

Ce déplacement du questionnement (du « où ? » au « pourquoi ? ») permet, quand cela est possible, de rendre les familles (parents, parentèle, fratrie ou l'enfant lui-même) actrices de ce désordre de santé qui les affecte. La compréhension du facteur déclenchant et la surveillance des lieux potentiellement contaminés fréquentés par la famille et l'enfant permettent une prise en charge curative et préventive de l'intoxication. Mais il ne s'agit pas là de renvoyer la balle (un problème de société) dans le camp des familles, déchargeant ainsi les institutions de leurs responsabilités et devoirs.

Conclusion

Nous voudrions, avant de terminer, rendre hommage au dévouement et à l'écoute des personnels médicosociaux de terrain rencontrés, essentiellement des femmes, et tout particulièrement celles que nous avons/qui nous ont accompagnés.

Mais il nous faut ajouter qu'en PMI, comme à l'hôpital (et ailleurs), on ne sait pas toujours écouter les patients, à fortiori si la langue paraît un obstacle. On pose une question, mais on ne laisse pas le temps d'y répondre et on y répond soi-même, sans se rendre compte de son ethnocentrisme.

Cette incapacité à laisser fleurir les silences, cette manie d'imposer immédiatement son point de vue sont des traits fréquents de l'exercice du pouvoir et du savoir, et tout particulièrement lors de relations interculturelles. De même, lorsque des médecins sont en présence d'autres médico-sociaux, des hiérarchies de prise de parole sont souvent immédiatement mises en place, gênant le travail multidisciplinaire. Les ethnologues n'échappent pas non plus à la règle, mais ils s'efforcent ici d'en avoir conscience !

Le « malheur », ici l'intoxication au plomb d'un enfant « annoncée » par la biomédecine, est traité dans ce cadre anthropologique non pas isolément, non pas en soi, mais dans un contexte de vie et comme un symptôme d'une souffrance de l'enfant et/ou de sa famille.

Il ne s'agit donc pas d'opposer ni de choisir entre interprétations biologiques, psychopathologiques et explications culturalistes, mais d'aller au-delà. Comme le sociologue Pap Ndiaye contourne les aspects identitaires de la « *condition noire* » en parlant de minorité et de partage d'une expérience sociale : « *le critère d'appréciation n'est plus l'identité particulière, mais le tort subi par une personne au titre de son appartenance à un groupe minoré* » (2008 : 21).

La distance culturelle et sociale ressentie par les intervenants médico-sociaux avec les familles africaines qu'ils ont à rencontrer dans le cadre de leur exercice fait qu'ils se déprennent des raisonnements habituels de la psychologie et de la pédiatrie, principalement en ne croisant pas suffisamment l'histoire de la maladie et les événements familiaux.

Si il est avéré que la plombémie élevée révèle bien une intoxication « active » de l'enfant, et non pas un processus de relargage du plomb fixé dans les tissus osseux, et qu'il n'existe pas de gisement toxique dans l'environnement connu de l'enfant, c'est que l'enfant trouve sa provende ailleurs.

Il faut aussi penser que le gisement grignoté par l'enfant peut être visible à tout un chacun, ou au contraire, secret, inaccessible sans un accompagnement intime de l'enfant.

«Il n'y a pas trois samedis où je ne suis pas sorti depuis que je suis en France (depuis 1992). Nous les Maliens, nous sommes toujours sur la route ».

Telle femme qui semblait dans un grand isolement social se révèle au contraire très sociabilisée, avec les visites et les déplacements que cela implique, chez l'un ou chez l'autre (parentèle proche, famille élargie maternelle et paternelle, anciens voisins, amis, compatriotes, coreligionnaires, commerçants,...) pour les naissances, les mariages, les deuils, les fêtes religieuses et associatives, les préparatifs de vacances au pays d'un proche, des transactions commerciales, etc.

Dans les situations de divorce, comme dans les familles recomposées, les enfants naviguent entre les résidences de leurs parents et la mère peut ignorer les lieux fréquentés par l'enfant lors des temps de garde par le père et son autre épouse. Lorsque l'enfant grandit, surtout les aînés garçons, l'idéologie patrilinéaire valorise la garde chez le père ou la famille paternelle, avec des temps de visite de la mère limités, sans que le consentement éclairé de l'enfant ait été véritablement sollicité.

Les pistes indiquées ci-dessus permettent de proposer des réponses à la situation d'aporie (au sens d'« embarras » ou d'« impasse »), qui a initié la collaboration d'ethnologues, mais ne signifient pas que le gisement discret fréquenté par l'enfant sera obligatoirement identifié et éliminé.

Si les facteurs de causalité de son pica n'ont pas été identifiés et « travaillés » avec l'enfant et avec la famille par les équipes soignantes, cela ne le fait pas cesser pour autant.

Même relogé dans un immeuble neuf, l'enfant atteint de pica peut trouver des opportunités au cours de la vie quotidienne et/ou lors des déplacements familiaux pour satisfaire son addiction.

Une fois un gisement identifié, sa mise à distance ne suffit pas à résoudre le problème. C'est sans doute un point à retenir dans cette étude où beaucoup des enfants intoxiqués habitaient un logement dénué de sels de plomb.

Il faut admettre que l'existence d'une pollution saturnine intense de murs ou de sols n'implique une intoxication active (un pica) que si un certain nombre de conditions psychosociales et familiales sont remplies : la personnalité spécifique de l'enfant, sa susceptibilité, sa sensibilité aux événements familiaux, l'attention dont il est l'objet, sont déterminantes. Cela implique une prise de conscience qu'une partie des solutions réside également dans la mobilisation familiale autour de ces enfants souffrants, par ailleurs en

danger du point de vue des accidents domestiques (chutes, brûlures intoxication aux produits ménagers, électrocution, accidents de la voie publique, inadaptation scolaire,...).

Et donc, c'est la cause du pica qu'il faut rechercher et pas seulement les gisements de plomb (que l'on finira peut-être par localiser ou neutraliser).

En cas d'intoxication active, il s'agit de mettre en avant, dans le dialogue avec les familles, leur compétence à prendre en charge l'intoxication de leur enfant, parallèlement à l'intervention des services spécialisés et aux demandes éventuelles de relogement.

Il s'agit de réfléchir ensemble sur les causes pouvant expliquer ce comportement (un sevrage précoce, une jalousie, une grande sensibilité de l'enfant, ...): puis de tenter d'y remédier, de façon curative par rapport à l'enfant concerné et préventive par rapport à un autre enfant de la fratrie, qui risquerait pour des raisons semblables, de développer le même trouble du comportement.

Il s'agit aussi en les informant des circonstances psychologiques déclenchant des phases de pica, de les amener à une surveillance active de l'enfant dans les lieux à risque qui ne se situent pas forcément chez eux, mais chez les personnes à qui ils rendent visite ou à qui ils laissent l'enfant en garde.

Au cours de cette étude, nous avons retrouvé une bonne partie des facteurs de causalité que nous proposons dans la convention initiant cette recherche, sur la base de nos travaux antérieurs : grossesses, fausses couches, naissances, discorde, séparation et remariage des parents, accidents, « gaucherie », maladies de l'enfant et de membres de la famille, chômage, déménagements, deuils, ...

On s'aperçoit donc que le relogement dans un habitat salubre, condition nécessaire impérative, n'est pas suffisant dans certains cas, lorsque les causes du pica n'ont pas été déterminées et levées. Ce qui s'est passé pour l'aîné, à présent « guéri », risque de se reproduire, de se « transférer », sur un plus jeune de la fratrie.

Le recours à des anthropologues ne relève pas d'une approche culturaliste stigmatisante, mais d'une approche holistique, prétendant à ne pas intervenir sur des organes et des fluides pollués par un métal lourd, mais sur une personne : c'est-à-dire un individu, avec sa personnalité propre, interagissant avec son corps social, la (les) société(s) et son environnement (visible et non visible, écologique et surnaturel).

En d'autres termes, nous pensons avoir répondu aux demandes de la convention de « *l'étude anthropologique sur les cas de saturnisme infantile de source non identifiée en Ile-de-France* » qui avait pour objectif « *d'orienter les recherches sur les localisations de gisements de sels de plomb non identifiés, en fonction des espaces parcourus par le(s)*

enfant(s), dans et hors domicile », « *d'enquêter sur des facteurs pouvant expliciter le comportement de l'enfant* » et de faire des recommandations.

Recommandations

Lorsqu'une intoxication saturnine est découverte chez un enfant (et/ou une fratrie) résidant dans un immeuble où l'absence de sels de plomb est attestée sur la base de la date de construction et des expertises des services compétents, nous proposons trois niveaux de recommandations venant compléter le dispositif existant :

Améliorer le contenu des dossiers et le suivi de l'enfant

- assurer un suivi des dosages de plombémie permettant de distinguer un relargage osseux, (témoin d'une intoxication ancienne dans les logements antérieurs « toxiques »), d'une intoxication active provoquée par un pica discret ou affiché ;
- prévenir les risques de rupture de suivi lorsque l'enfant après 6 ans ne relève plus du champ d'intervention des PMI ;
- faciliter et dédramatiser autant que faire se peut les prises de sang. La mauvaise observance de cet acte médical, tout particulièrement traumatisant dans certaines configurations psychologiques et culturelles, provoque un manque de mesures de plombémie et compromet la qualité du suivi ;
- améliorer la circulation des informations et la coordination entre les multiples intervenants concernés par le saturnisme, et plus globalement par la prise en charge de la santé de la fratrie ;
- améliorer la concertation des structures concernées à tous les niveaux, national, régional, départemental, municipal et associatif.

Approfondir l'enquête sociale et environnementale

En cas d'intoxication active, révélée par des plombémies élevées (classes > 2a), l'enquête environnementale doit être approfondie, élargie au psychosocial, de l'espace du quartier à celui de l'Île de France.

- revisiter les chemins de retour de l'école et les haltes « buissonnières » (terrains vagues, halls d'immeubles, appartements et cages d'escaliers de copains), notamment quand les enfants sont confiés à la garde de leurs aînés ;
- préciser l'histoire de vie des parents, leur niveau de maîtrise du français oral et écrit, leur scolarité (arabe, langue nationale et française) en France et au pays ; leurs qualifications et compétences, professionnelles et extraprofessionnelles ;
- reprendre l'historique et les lieux des déménagements du père et de la mère depuis l'arrivée ou la naissance en France ;
- identifier les lieux de résidence et les rythmes de fréquentations des familles maternelle et paternelle des parents ;
- repréciser les espaces visités ou habités par les enfants, en dehors de la résidence connue, en particulier en cas de familles séparées, recomposées ou polygames ;
- identifier en terme de risque les logements visités lors des déplacements familiaux ordinaires ou extraordinaires : parentèle proche, famille élargie maternelle et paternelle, anciens voisins, amis, compatriotes,

coreligionnaires, commerçants ;

- préciser sur un plan joint à un questionnaire environnemental simplifié les emplacements précis où les diagnostics plomb ont été réalisés.

Identifier et agir sur les facteurs psychosociaux déclencheurs d'intoxication aigüe et/ou de pica

- envisager que des facteurs psychologiques puissent être à l'origine et/ou jouer un rôle essentiel dans l'intoxication saturnine aigüe ;

- repérer la place de l'enfant dans la fratrie en fonction de son rang et de son genre ;

- identifier la place de l'enfant dans la famille élargie par l'identification de ses homonymes adultes ;

- appréhender le plus finement possible la personnalité de l'enfant et les événements marquants de sa vie, notamment les incidents et accidents domestiques ;

- identifier au cours de la vie de l'enfant des événements familiaux dont le vécu douloureux a pu être générateur de troubles du comportement et de conduites à risque : grossesses, fausses couches, naissances, discorde, séparation et remariage des parents, accidents, maladies de l'enfant et de membres de la famille, chômage, déménagements, deuils, ...

- croiser l'histoire de la vie de la famille et celle de l'enfant ;

- ne pas surestimer les obstacles linguistiques et la distance socioculturelle ;

- utiliser les compétences intellectuelles révélées par des discours revendicatifs (légitimes et illégitimes) des parents pour leur faire comprendre la physiologie de l'intoxication, le rôle déclenchant des facteurs psychologiques et obtenir leur mobilisation ;

- stimuler la prise en charge de l'enfant saturnin (comme de tout enfant ayant une conduite à risque) par la famille, les aînés de la fratrie et tout particulièrement les personnes entretenant un lien préférentiel et valorisant avec lui ;

- favoriser l'accès des enfants aux activités de loisir extradomiciliaires, sportives et éducatives ;

- mobiliser le conseil de psychologues cliniciens, ethnopsychologues, psychiatres, lorsque les conduites à risque de l'enfant peuvent être mis en rapport avec des traits psychopathologiques ;

- améliorer la formation des personnels médicosociaux à une approche multidisciplinaire des familles : psychologie, sociologie, histoire et anthropologie ;

- améliorer la communication des personnels médicosociaux avec les familles issues de la migration par des formations mettant en regard la culture de soi et la culture de l'autre ;

- mettre en place des vacations d'ethnologues et d'ethnopsys sur le terrain (domiciles et institutions) permettant le déblocage de situations d'aporie, (au sens d'« embarras », ou d'« impasse »), quand des personnels médicosociaux mettent, à tort ou à raison, la distance sociale et/ou culturelle en avant : qu'il s'agisse de saturnisme, de drépanocytose, de diabète, de sida ou de soins palliatifs.

Bibliographie

- Alban BENSA, 2006 : *La fin de l'exotisme : essai d'anthropologie critique*, Toulouse Anacharsis, Essais, 364 p.
- Philippe BOURGOIS, 2001 (1995) : *En quête de respect ; le crack à New York*, Paris, Seuil, liber, 327 p.
- Anne-Élène DELAVIGNE, 2004a : « Aliments purs, aliments sain(t)s, la dimension identitaire : des peurs alimentaires au Danemark », *Etudes rurales*, janvier-juin : 169-170.
- Anne-Élène DELAVIGNE, 2004b « Les nouvelles figures mythiques de la peur : la représentation des salmonelles au Danemark », *Ethnologie Française*, XXXIV, C. Boujot (ed.), " Nature ambiguë, poisons d'origine biologique et expériences toxiques ", 3 : 471-479.
- M. DELOUR, 1989 : « Une nouvelle pathologie pour l'enfant migrant ? Le saturnisme infantile », *Migrations Santé* 59 : 3-7.
- Alain EPELBOIN, 2009 : « L'anthropologue dans la réponse aux épidémies : science, savoir-faire ou placebo », *Bulletin Amades* (Anthropologie médicale appliquée au développement et à la santé) n° 78.
- Alain EPELBOIN, Nadia REZKALLAH, A. COMMEAU, F. GAULIER, 1990 : « Géophagie, culture et prévention des accidents domestiques : réflexions anthropoépidémiologiques à propos du saturnisme d'enfants africains vivant dans l'est parisien », *Migrations Santé*, n° 62 : 3-10.
- Didier FASSIN, 1998 : « Introduction : Politique des corps et gouvernement des villes. La production locale de la santé publique », in *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*, Paris, La Découverte, collection « Recherches » :7-46
- Didier FASSIN, 2003 : « Naissance de la santé publique Deux descriptions de saturnisme infantile à Paris (1987-1989) », *Genèse*, N°53, 4, Belin : 139-153.
- Didier FASSIN, et Anne-Jeanne NAUDÉ, 2004 : « Plumbism reinvented. Childhood Lead Poisoning in France, 1985–1990 », *American Journal of Public Health*, November, 94 (11) : 1854–1863.
- Roger-Henri GUERRAND, 1966 : *Les origines du logement social en France*. Paris, Editions Ouvrières,, 359 p.
- Roger-Henri GUERRAND, 1985 : *Les lieux, histoire des commodités*, Éditions La

- Découverte, Paris., 210 p
- Roger-Henri GUERRAND & Francis RONSIN, 1990 : Le sexe apprivoisé Jeanne Humbert et la lutte pour le contrôle des naissances - Éditions La Découverte, 191 pages
- Roger-Henri GUERRAND, 1992 : *Mœurs citadines. Histoire de la culture urbaine, XIXème-XX ème siècles*, Éditions Quai Voltaire, Paris
- Patrick JEDYNAK, 1990 : « Les familles noires africaines de Paris : le quartier de la place de la Réunion », *Revue européenne des migrations internationales*, Vol. 6, n° 3 : 83-98.
- Martine LEDRANS (Réseau national de santé publique) et Jocelyne BOUDOT (Direction générale de la santé), ss Date : *Surveillance du saturnisme infantile en France. Bilan des activités de dépistage*, 31 pp. (http://www.invs.sante.fr/publications/saturnisme/saturnisme_infantile_france.pdf)
- Vanessa MANCERON, 2008 : « Les oiseaux de l'infortune et la géographie sanitaire. La Dombes et la grippe aviaire », *Terrain*, 51(2) : 161-173.
- Vanessa MANCERON, 2009 : « Grippe aviaire et disputes contagieuses. La Dombes dans la tourmente », *Ethnologie Française*, 39 (1) : 57-68
- Anne-Jeanne NAUDÉ, 2000 : « Le saturnisme, une maladie sociale de l'immigration », *Hommes et migrations* n°1225 « Santé, le traitement de la différence » : 13-22
- Pap NDIAYE, 2008 : *La condition noire. Essai sur une minorité française*, Calman lévy, Sciences humaines, 440 p.
- Christian NICOURT et Jean Max GIRAULT, 1997 : « Dans la ville polluée, des écoliers... », *Les annales de la recherche urbaine* n° 75, « L'école dans la ville » : 143-150.
- Giovanna PESSOA, 2005 : « Le goût de l'argile. La géophagie des femmes africaines dans le quartier de Château Rouge (enquête) », *Terrains & Travaux* 2, N° 9, p. 177-191
- Nadia REZKALLAH et Alain EPELBOIN, 1994 : « Anthro-épidémiologie du saturnisme en région parisienne : représentations et comportements de familles soninké vis-a-vis du "saturnisme" », *Anthropologie, santé, maladie : autour d'études de cas*, 142 p.
- Nadia REZKALLAH et Alain EPELBOIN, 1997 : *Chroniques du saturnisme infantile (1989-1994). Enquête ethnologique auprès de familles parisiennes originaires du*

Sénégal et du Mali, Paris, L'Harmattan, 257 p.

Abdelmalek SAYAD, 1999 : *La double absence ; des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*, Paris, Seuil, collection Liber, 438 p.

WHO, Feb. 2009, *Senegal : Outbreak of lead intoxication in Thiaroye sur Mer*

<http://who.int/>

Textes législatifs et de référence¹⁹

Arrêté du 25 avril 2006 relatif au diagnostic du risque d'intoxication par le plomb dans les peintures

(<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000269243&dateTexte=>)

Guide d'investigation des cas de saturnisme de l'enfant, *InVS Département santé environnement, juin 2006*

(<http://www.invs.sante.fr/surveillance/saturnisme/default.htm>)

Filmographie

EPELBOIN A., REZKALLAH N., BOCLET D., MARX A., 1997 : *Les petites mangeuses de peinture* : 17 mn, Coprod. CNRS-APSONAT, CNRS-LACITO, CNRS AV SMM, URA 882, LACITO, CNRS AV

- *La bande des petits Pierrots*

<http://video.rap.prd.fr/video/mnhn/smm/0204FRmangpeint1.rm>

- *Visite d'un immeuble de la rue de Charonne avec R.H Guerrand*

<http://video.rap.prd.fr/video/mnhn/smm/0204FRmangpeint2.rm>

- *Les petites mangeuses de peinture*

<http://video.rap.prd.fr/video/mnhn/smm/0204FRmangpeint3.rm>

Mondher JOUIDA 1990 *Saints attouchements pour un sommeil de plomb*, Tunisie (27 mn), Prod. Monher Jouda, SMM, CNRS-MNHN n° 0053/TN

Fabrizio SCAPIN 2004, *Du plomb dans la tête*, 59 mn Prod. AFVS.

<http://www.afvs.net/>

Maria VIVOD, 2000 *La femme-guérisseuse*, Budisava, Serbie (Biljana) 36 mn 52, Prod. M. Vivod

<http://video.rap.prd.fr/video/mnhn/smm/0676serbiegueris360.rm>

19 Auxquels nos correspondants ont fait référence.