



HAL
open science

Étude anthropologique sur les cas de saturnisme infantile de source non identifiée en Île-de-France en 2009 : vol 2, chronique ethnographique

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 2, chronique ethnographique. 2010. halshs-00485275

HAL Id: halshs-00485275

<https://shs.hal.science/halshs-00485275>

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

2. Chronique anthropologique



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

Préambule	5
Famille LFED : « La fillette entre deux filles, avant le dernier-né, aîné « social » d’une mère divorcée née en France »	6
Préparation de la visite	6
<i>25 mars 2009, extraits du tableau de synthèse des cas inexplicables du 101</i>	6
13 mai 2009, visite à la PMI	6
20 mai 2009, visite à domicile	7
Bilan de la visite.....	9
10 juin 2009, réunion de synthèse à la DDASS 101, discussion	9
Famille LPD6 : « La petite dernière de 6 ans qui ne relève plus des services de la PMI » ..	11
Préparation de la visite	11
<i>26 juin 2009 (Mail du technicien sanitaire)</i>	11
<i>26 juin 2009 (Mail de ALEP & AED)</i>	11
<i>29 juin 2009 (Mail du technicien sanitaire)</i>	11
<i>29 juin 2009 (Mail de l’infirmière de PMI)</i>	11
<i>29 juin 2009 (Mail de ALEP & AED)</i>	11
1er juillet 2009, synthèse avant la visite	12
1er juillet 2009, visite à domicile	12
Bilan de la visite.....	13
<i>8 septembre 2009 (Mail de AED)</i>	14
Famille LPGP : « Le petit gaucher d’un pavillon et ses frères et sœurs drépanocytaires et handicapé »	15
Préparation de la visite	15
<i>23 juin 2009 (Mail de St. Égron)</i>	15
2 juillet 2009, visite à domicile	16
Bilan de la visite.....	18
Suivi après visite des anthropologues	19
<i>21 juillet (Mail de St. Égron)</i>	19
<i>22 juillet (Mail de St. Égron)</i>	19
4 août 2009, visite à domicile par Bayo Tarrigbé	19
Bilan de la visite.....	20
<i>12 août 2009 (Mail de St. Égron)</i>	20
17 août 2009, bilan provisoire.....	20
Famille LGSC : « Le gamin au sourire crispé, qui dessine à l’envers »	21
Préparation de la visite	21
<i>Conclusion de l’enquête environnementale</i>	21
<i>7 juillet 2009 (Mail de St. Égron)</i>	21
8 juillet 2009, nouvelle synthèse avant la visite à domicile	22
9 juillet 2009, visite à domicile	23
Bilan de la visite.....	27
Famille LF11 : « La fillette de 11 ans, grande pour son âge, « en retard »	28
Préparation de la visite	28
<i>5 octobre 2009 (Mail du technicien sanitaire)</i>	28
<i>12 octobre 2009 (Mail du technicien sanitaire)</i>	28
14 octobre 2009, visite à domicile	28
Bilan de la visite.....	34
Famille PEDP : « Le pica de l’enfant du duplex dont le père est parti en Afrique au moment où sa mère était enceinte »	35
Préparation de la visite	35

12 août 2009 (Mail de St. Égron)	35
6 octobre 2009 (Mail de St. Égron).....	35
19 octobre 2009, CR de l'entretien téléphonique avec l'infirmière du service d'hygiène de la mairie.....	35
21 octobre 2009, visite à la PMI	35
21 octobre 2009, visite à domicile	37
Bilan de la visite.....	40
Famille LGPF : « La gauchère et son petit frère vivant dans un habitat insalubre aux WC collectifs installés à l'étage d'en dessous »	
41	41
Préparation de la visite	41
4 novembre 2009 (Mail de St. Égron).....	41
16 novembre 2009, CR de l'entretien téléphonique avec S. Aouici	41
17 novembre 2009, CR de l'entretien téléphonique entre AED et la puéricultrice, de la PMI.....	42
18 novembre 2009, visite à la PMI	43
18 novembre 2009, visite à domicile	44
Bilan de la visite.....	48
La visite refusée pour logement trop petit	
49	49
Préparation de la visite	49
4 novembre 2009 (Mail de St. Égron).....	49
19 novembre 2009 (Mail de S. Aouici).....	49
Famille LAGS : « L'aîné guéri dont la petite sœur fait tomber les tableaux de la voisine du dessous, propriétaire de chien »	
50	50
Préparation de la visite	50
4 novembre 2009 (Mail de St. Égron).....	50
16 novembre 2009, CR de l'entretien téléphonique avec S. Aouici.....	50
18 novembre 2009, visite à la famille	51
Bilan de la visite.....	56
Famille APLF : « L'aîné du premier lit d'une femme drépanocytaire homozygote divorcée »	
57	57
22 juillet 2009, conclusions de l'enquête environnementale de HSD.....	57
12 août 2009 (Mail de St. Égron)	57
12 octobre 2009 (Mail de AED à St. Égron)	58
12 octobre 2009 (Mail de St. Égron)	58
14 octobre, visite à domicile	58
Bilan de la visite.....	62
9 novembre 2009 (mail de St. Égron).....	62
19 novembre 2009 (mail de S. Aouici).....	62
26 novembre 2009, visite au domicile de la tante.....	62
Bilan de la visite.....	65

Préambule

L'objet de cette recherche anthropo-épidémiologique en santé publique est d'aider à l'avancement de la compréhension des causes de l'intoxication saturnine infantile.

Une cohorte d'une centaine de cas, relevée par la DRASSIF en Île de France, est remarquable et inquiétante. Les enfants signalés appartiennent à des familles logées ou relogées dans des immeubles récents, voire très récents ou dans des bâtiments anciens où la source de sels de plomb, le « gisement », n'a pas pu être identifiée par les services compétents.

Sur cette centaine de cas, seuls ceux de familles originaires d'Afrique subsaharienne (à une exception près) ont été considérés, du fait de la spécialisation africaniste des ethnologues. Néanmoins, une lecture rapide des noms de famille de la centaine de cas signalés révèle une majorité écrasante de familles originaires de ces régions, notamment soninké du Mali et du Sénégal, ce qui est conforme à l'histoire des migrations des trente dernières années.

Ces chroniques anthropologiques reprennent les visites à domicile de neuf familles (sept familles sont originaires du Mali et du Sénégal, une du Congo-Brazzaville, une de Haïti), dans l'ordre chronologique où elles ont été réalisées entre mai et novembre 2009. Trois visites programmées n'ont finalement pas eu lieu mais nous ne faisons état dans ce document que d'un de ces cas, à titre illustratif. C'est pourquoi il est donc question dans ce document de dix familles. 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 neufs 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.

Pour chaque famille, toujours dans l'ordre chronologique, nous différencions deux types de documents (signalés par deux types de police différentes) :

- une sélection d'écrits fournis par le personnel médicosocial (des extraits de mails ou de documents comme les « Enquêtes environnementales ») et constituant les informations mises à notre disposition ;

- ceux produits par nos soins : comptes-rendus de conversations téléphoniques et de réunions ; synthèse des informations éparses ; comptes-rendus ethnographiques et analyses des visites aux PMI ou aux familles ; bilans des visites.

Des annexes reprennent en sus les documents liés aux visites (photographies, dessins d'enfants).

Deux versions de cette « chronique anthropologique » ont été produites : une première partiellement anonymisée à usage interne des prestataires ; et cette nouvelle version anonyme, conforme aux règlements éthiques, tenant compte des remarques et critiques faites par les partenaires, pouvant être « publiée ».

Un document de synthèse de 58 pages est associé à ce document.

Famille LFED : « La fillette entre deux filles, avant le dernier-né, aîné « social » d'une mère divorcée née en France »

Préparation de la visite

25 mars 2009, extraits du tableau de synthèse des cas inexpliqués du 101²

5 ans, 2^{ème} dans la fratrie, parents originaires du Sénégal, profession du père, néant ; profession de la mère, caissière ; nombre de frères, 2 ; nombre de sœurs 1 ; pica, oui ; plombémie, 199 µg/l en 10/08 et 290 µg/l en 01/09; voyages à l'étranger, demande de relogement, relogement effectuée = NR ; fréquente l'école où les mesures XRF sont négatives, sauf sur la grille extérieure de l'école ; les mesures XRF à domicile sont négatives, sauf sur les volets et corps de garde ; P.C. négatifs.

Conclusion/source potentielle : malgré le comportement de pica qui s'est nettement atténué, la plombémie de suivi est en augmentation. Fratrie de quatre enfants dont une a une imprégnation à 87 µg/l. Une accessibilité des peintures au plomb a été mise en évidence sur le portail de l'école (peinture au minium).

13 mai 2009, visite à la PMI

Nous avons d'abord cherché à rencontrer les personnels de PMI qui connaissent le mieux et suivent l'enfant signalée, la deuxième de la fratrie, en dernière section de maternelle, et sa cadette. En fait, il y a trois filles et un dernier-né garçon.

Le médecin de PMI vacataire qui la suit, une femme, est présente une fois par semaine et la famille ne fait pas l'objet d'attention particulière. D'emblée, on note un décalage entre la mobilisation « d'en haut » sonnante l'alerte (municipale, départementale et régionale), et celle des acteurs de la PMI.

Le médecin de PMI : l'enfant s'exprime beaucoup moins... Stigmatisée par la maman... Petit canard boiteux... Elle est triste... Le dernier, il est toujours joyeux. ... Elle, elle est assez fermée.

L'infirmière puéricultrice : - C'est elle-même (la mère) qui a contacté ... ministère de la santé, conseiller général,...

Elle a écrit à plein de gens.

Madame (la mère de l'enfant signalée) n'est pas connue du service.

*CDI chez *(grand magasin).*

Le taux de la cadette de l'enfant signalée (3^{ème} enfant) est remonté après avril 2008.

L'enfant signalée est en grande section de maternelle.

Premier dosage de plomb en octobre 2008 après le congé parental = 199 µg/l.

Elle mangeait des écailles de peinture

Deuxième dosage en janvier 2009 = 290 µg/l.

2 mois plus tard = 202.

De façon « confidentielle », il est question de « viol » par l'ancien mari.

² Adressé par la DRASSIF - Service santé Environnement

20 mai 2009, visite à domicile ³

La mère de l'enfant signalée est française, née en France en région parisienne. Elle est retournée au Sénégal dans le village d'origine de sa famille près de Matam en milieu toucouleur⁴ à l'âge de 15 ans. C'est une belle jeune femme ronde, habillée « à l'africaine » (c'est-à-dire de vêtements majoritairement à base de tissus-pagnes) qui s'exprime dans un français riche, mâtiné d'accent « caillera » de banlieue française. Elle décrit le choc ressenti lors de son retour au pays : adolescente française, brusquement rappelée à l'ordre des codes et des politesses africains, notamment quant à son regard direct lors des salutations.

Elle 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.

Le grand père maternel de l'enfant signalée réside à proximité dans un immeuble indemne de plomb. Il est décrit par sa fille comme un homme pieux, marabout ou en tout cas dispensateur de conseils et d'écritures coraniques : un homme sage et tolérant vis-à-vis de l'extérieur, rigide vis-à-vis de sa fille. Une amulette islamique de protection est suspendue à l'intérieur, au dessus du seuil de l'entrée du salon de la mère de l'enfant signalée, rédigée par son père.

Malgré des études arrêtées tôt, la mère de l'enfant signalée est lettrée, parle et comprend parfaitement le français, y compris, lors de l'entretien, des notions complexes d'ordre psychologique tenant aux rapports avec son mari, à sa relation à ses enfants et à leurs relations entre eux. Elle est membre d'une association militante et très au fait des droits et des usages sociaux de l'intoxication saturnine et du mal-logement. Elle a écrit plusieurs courriers à plusieurs institutions dans une lange parfaite pour les alerter sur le cas de son enfant et demander un relogement : la source d'intoxication n'étant pas identifiée dans le logement, cela ne peut lui être accordé, alors qu'il y a un problème de relogement, car le propriétaire voudrait récupérer l'appartement.

Nous constatons un « bon » aménagement et un fort investissement de l'appartement : ensembles assortis de meubles, buffet-vitrine récent permettant d'exposer une vaisselle diversifiée et abondante, fauteuils et canapés en bon état, nombreuses photos et décorations murales, télévision et magnétoscope-DVD,...

Elle travaille chez * à Paris comme vendeuse et a pris un congé parental à la naissance de son dernier né. Elle n'a jamais fait garder ses enfants à proximité de son lieu de travail, ce qui aurait pu être une piste, compte tenu de la densité d'immeubles « plombés » dans ce quartier.

La fratrie compte quatre enfants, trois filles et un garçon dernier né qui porte le nom du père de la mère, évoqué ci-dessus.

L'enfant concernée est la deuxième de la fratrie, isolée par rapport à son aînée, (en surpoids, qui fait du judo) et sa cadette (très charmeuse, trop ? 74 µg/l)

³ Alain Epelboin, en compagnie de l'infirmière puéricultrice de la PMI, qui visite la famille à domicile pour la première fois.

⁴ Les Toucouleurs ou *Haalpulaaren* ou *Foutankobé* constituent un peuple d'Afrique de l'Ouest parlant une variante de la langue pular, vivant principalement dans le nord du Sénégal où ils représentent 13 % de la population, dans la vallée du fleuve Sénégal, en Mauritanie et au Mali. Ils sont avec les Soninkés une des populations qui a effectué des migrations urbaines massives, tant dans les capitales nationales qu'en France, tout particulièrement en aval de Paris à proximité des centres industriels.

qui ont un lien préférentiel. Après en avoir discuté avec la mère, cela semble la marginaliser, surtout dans ses phases oppositionnelles.

Lorsque dans la causerie, il est affirmé que les enfants intoxiqués ou à pica sont souvent les mêmes que ceux qui sont victimes d'accidents domestiques ou de la voie publique, la mère sursaute en se rappelant que cette même enfant a du être emmenée aux urgences pour une intoxication domestique.

Le dernier-né, « l'aîné social », le premier fils survenu après trois filles, est le « petit roi » de la maison : dans ce type de culture, le premier fils d'un couple est très fortement attendu et investi, permettant de prolonger la lignée familiale patrilinéaire, ce qui est souvent marqué par l'attribution du prénom du grand père ou d'un « oncle » paternel.

À part l'aînée, les enfants sortiraient très peu et passeraient leur journée dans le 2/3 pièces : les rares espaces de jeux à proximité de l'immeuble sont déclarés infréquentables sur un fond d'idéologie sécuritaire.

Un des murs du couloir de l'appartement (sans plomb) est totalement gratté par l'enfant signalée, y compris jusqu'à une hauteur nécessitant l'emploi d'un tabouret : mais la famille semble parler du pica au passé et ignorer où et si elle continue à gratter.

Bien que déclarée séparée au regard des institutions françaises (y compris virtuellement dans le cadre des stratégies permettant d'échapper aux rigueurs de la loi française antipolygamie), la mère de l'enfant signalée semble dire ne pas pouvoir (ne pas vouloir ?) divorcer en raison des pressions familiales (problème du remboursement de la dot, mariage préférentiel entre « cousins », conformisme et prestige du père,...). Contrairement à une information « confidentielle » circulant dans le réseau des intervenants médicosociaux consultés, il apparaît peu probable qu'elle ait subi des *viols* de la part de cet homme qui est le père légitime de ses enfants et qu'elle continue à rencontrer, ne serait ce que lorsqu'il vient prendre ses enfants certains week-ends. Cette dernière information est nouvelle et permet d'emblée d'élargir le champ des lieux possibles d'intoxication saturnine de l'enfant signalée (et de sa sœur).

Quels sont les logements, les cages d'escalier fréquentés par l'(les) enfant(s) : l'appartement de la (ou des) coépouse(s) ? Celui du père ? De parents d'amis de connaissances ?

La mère dit ignorer où il les conduit, signifiant que cela ne la regarde pas : son état matrimonial (certainement une autre épouse, voire d'autres enfants) ou son statut de divorcée, les conditions de l'entretien, la méfiance vis-à-vis des représentants de l'institution que l'on s'efforce éventuellement de détourner à son profit par des omissions ou des mensonges, ne lui permettent pas de révéler trop d'informations sous peine d'accusations de manque de discrétion et/ou de malveillance par le père de ses enfants.

La source d'intoxication se situe (s'est située ?) vraisemblablement durant ces temps. C'est très difficilement vérifiable, car pour le prouver il faudrait mettre à plat les déplacements durant ces week-ends où les enfants, au-delà de la résidence du père et de la (des) coépouses, sont amenés à des visites familiales dans divers lieux de l'Île de France. Un contact direct avec le père serait nécessaire, non pas pour le

mettre en cause, mais attirer son attention sur les risques encourus par ses enfants en certains lieux et les causes de leur comportement.

Bilan de la visite

Les « gisements toxiques » grattés par l'enfant ne sont pas identifiés : pourtant, les déplacements avec le père « divorcé », sans compter des déplacements avec la mère (baptêmes, mariages, condoléances), peuvent offrir des opportunités toxiques. Un enfant atteint de pica peut tout aussi bien l'exhiber en grattant des endroits visibles que des endroits discrets peu accessibles à l'observation des adultes.

La causalité du comportement pathogène de l'enfant ne peut pas être affirmée au détour de cette investigation, mais différents facteurs de risque ont été repérés : situation entre-deux de la gamine, survenue de cadets biologiques et d'un aîné social garçon, conflits parentaux, menace d'expulsion, volonté de relogement et insatisfaction de la mère, absence d'activités extrascolaires, enfermement dans l'appartement, personnalité particulière de l'enfant,...

Concrètement, il est proposé dans les actions à venir de mieux s'appuyer sur la mère (intelligente, biculturelle, lettrée, « bien formée », non isolée socialement) et en dépassant son discours revendicatif.

L'enfant aurait sans doute besoin d'un soutien, d'une aide. Pour les prochaines vacances, il serait opportun que ces enfants bénéficient d'un accès facilité en centre aéré.

Une attention particulière doit être accordée à la 3^{ème} fille.

10 juin 2009, réunion de synthèse à la DDASS 101, discussion ⁵

L'infirmière du CAM (Comité d'action médicale) présente a repris contact avec la famille dans le cadre de l'enquête environnementale après la mise en cause de sources d'intoxication lors des gardes des enfants par le père. Elle rapporte des fréquentations de restaurants Mac Donald et des sorties au parc : il apparaît peu probable qu'il les emmène exclusivement et systématiquement en ces lieux.

Les autres personnes présentes complètent également des informations en leur possession. Malgré un discours personnalisé (les enfants sont appelés par leur prénom durant toute la réunion), la connaissance des dossiers est partielle. Les informations obtenues par les divers intervenants sont contradictoires. Les dossiers

⁵ Les structures / institutions impliquées dans les cas de saturnisme (mais qui n'étaient pas toutes convoquées à cette réunion) sont :

- Les PMI (médecin, infirmière, puéricultrice) [on représentées].
- Les éventuels services de coordination santé des villes [un représentant d'une des villes concernée était présent].
- La DRASSIF (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'île de France) qui gère le protocole futur éventuel, coordonne et mobilise, structure régionale qui est alertée depuis un peu plus d'un an (et qui était représentée par Marie-Noëlle FRISCH Ingénieur d'Etudes Sanitaires DRASSIF - Service Santé Environnement).
- Les DDASS (celle du « 101 » était représentée en la personne de Stéphanie Égron).
- Les opérateurs/ techniciens DDASS (en charge des prélèvements de plomb, non conviés).
- Le centre anti poison (non convié).
- Les opérateurs mandatés éventuellement par les DDASS (notamment celle du 101) pour des missions d'incitation au dépistage (le CAM, comité d'Aide médical (ONG) était représenté par 2 personnes, Marion Gaudel et Ségolène Guillaumat).

entres intervenants ne sont pas confrontés et les données obtenues ne sont pas croisées. Les courbes de plombémie ne sont pas systématiquement croisées avec les événements familiaux.

Certains intervenants disent s'interdire de poser certaines questions aux familles, parce que « *cela relève de la vie privée des gens* », alors que la vie de ces familles est déjà disséquée. Il faut souligner que les enfants d'une même famille, sans compter les parents, sont souvent suivis par de multiples intervenants relevant d'institutions et de disciplines diverses (PMI, hôpital, médecine scolaire, justice : médecins, infirmières, puéricultrices, assistantes sociales, techniciens de santé) qui communiquent peu entre eux et qui souvent pensent chacun avoir le monopole de l'attention de leurs interlocuteurs.

Les personnels de la PMI concernée par le cas de « la fillette entre deux filles, avant le dernier-né, aîné « social » d'une mère divorcée née en France » n'ont pas pu être présents, ce qui est dommage. Est-ce en rapport avec le peu de mobilisation autour de ce cas, leur emploi du temps trop chargé ou bien ont-ils été invités trop tard à la réunion organisée en un lieu éloigné de leurs aires de travail ?

Famille LPD6 : « La petite dernière de 6 ans qui ne relève plus des services de la PMI »

Préparation de la visite

26 juin 2009 (Mail du technicien sanitaire) ⁶

Je viens d'avoir l'infirmière à la PMI, qui vous accompagnera mercredi 1er juillet chez la famille [concernée]. Le RDV est fixé à 10h30 dans le centre de PMI.

Comme prévu, elle vous fera un petit point sur la famille avant d'aller lui rendre visite. Elle est joignable au ..., elle se charge de prévenir la famille.

Comme je vous le précisais dans mon précédent mail, il s'agit d'une famille d'origine malienne. La petite fille intoxiquée est la petite dernière d'une fratrie de six et c'est la seule intoxiquée. On n'a pas retrouvé de plomb chez elle dans les peintures, ni dans les poussières. Il y a un peu de plomb dans la terre (ils habitent en rez-de-jardin), mais les concentrations retrouvées dans le sol ne peuvent expliquer les plombémies (206 µg/l en janvier 2007, 313 µg/l en avril 2007 et 178 µg/l en novembre 2007).

La petite a été suivie par la PMI depuis l'âge de 13 mois jusqu'à l'âge de 4 ans. Puis la famille a cessé de consulter la PMI pendant 2 ans. La PMI a repris contact avec Madame dernièrement.

26 juin 2009 (Mail de ALEP & AED)

En complément du dossier de la petite dernière d'une fratrie de six, auriez vous :

- les plombémies manquantes jusqu'à aujourd'hui : la dernière citée date de novembre 2007 !
- les noms et âges de la fratrie.
- toute information complémentaire disponible.

29 juin 2009 (Mail du technicien sanitaire)

Je vous transmets le questionnaire rempli lors de l'enquête environnementale dans lequel vous trouverez toutes ces info.

Nous n'avons pas d'autre résultat de plombémie; nous attendons les résultats de la dernière prise de sang que le médecin de PMI a prescrit dernièrement.

29 juin 2009 (Mail de ALEP & AED)

Nous restons très troublés : qu'est-ce qui nous fait dire que cette enfant est toujours en intoxication active ?

29 juin 2009 (Mail de l'infirmière de PMI) ⁷

Pas de résultats de plombémie depuis novembre 2007 ; nouveau prélèvement ce jour.

Noms et âge de la fratrie :

L'aînée, née en 07/1988

Le deuxième, né en 12/1993

La troisième née en 05/1994

La quatrième née en 05/1997

La cinquième née en 12/1999 et la sixième (l'enfant signalée) née en 03/2003

8 personnes dans un appartement type F1 avec 2 chambres.

29 juin 2009 (Mail de ALEP & AED)

Merci beaucoup. Nous restons troublés : nous intervenons pour une affaire de

⁶ Adressé par le technicien sanitaire.

⁷ Infirmière de la PMI

saturnisme et la dernière plombémie date de 18 mois ! Le saturnisme "actif" de cette gamine est-il avéré ?

1er juillet 2009, synthèse avant la visite

Il s'agit de la première visite en tandem des deux ethnologues à une famille concernée par un saturnisme inexpliqué d'un enfant.

Bien qu'il ait été décidé dans la convention de recherche de ne centrer l'étude des anthropologues que sur des intoxications inexplicées et *récentes* au plomb, ce n'est pas le cas avec la petite dernière d'une fratrie de six

Nous constituons un dossier à partir de l'ensemble des éléments rassemblés. Ils remontent à 2007, date de l'enquête environnementale, suite à une hospitalisation pour convulsion de l'enfant en 2006 dans une autre ville. Un bilan sanguin a été effectué et la plombémie découverte (206 $\mu\text{g/l}$ en janvier 2007, 313 $\mu\text{g/l}$ en avril 2007, 178 $\mu\text{g/l}$ en novembre 2007), ainsi qu'une anémie. L'enquête environnementale date de la même année (16 juillet 2007).

Un diagnostic négatif a été effectué dans le logement (et notamment dans la chambre). L'analyse d'un prélèvement de terre a montré la présence de plomb en faible quantité »

Le personnel de la PMI (l'infirmière, ainsi que le médecin de la PMI) que nous rencontrons disent n'avoir aucun contact particulier avec la famille depuis 2007, la famille ne s'étant pas manifestée et n'ayant pas été signalée, car étant « *sans problème particulier* ». Par ailleurs, l'enfant concernée, la dernière de la fratrie, ayant aujourd'hui plus de 6 ans, ne relève plus des services de la PMI.

La PMI a tout de même contacté tout récemment la famille, sur demande de la DDASS « 103 », pour lui proposer une ponction sanguine pour contrôler la plombémie. Les résultats de cette dernière ne sont pas encore connus au moment où la visite est prévue, ce qui rend notre présence (et l'enquête) caduque. Par ailleurs la dernière analyse effectuée, qui date de 2007, attestait d'une baisse. Le médecin de la PMI ayant examiné l'enfant, sur la demande récente de la DDASS « 103 », la trouve en bonne santé apparente, sans signe particulier laissant croire à la persistance de l'intoxication.

Le déplacement et l'analyse que nous effectuons arrivent en retard. Il s'agira donc d'une enquête rétrospective sur une intoxication saturnine vraisemblablement éteinte d'une gamine de 6 ans et demi, dont le dernier prélèvement date de deux ans.

1er juillet 2009, visite à domicile ⁸

Après avoir rencontré le personnel de la PMI, peu au fait du dossier qui est pour eux obsolète, et malgré notre sentiment du peu de pertinence de cette visite, nous nous rendons chez la famille.

L'infirmière, une personne originaire de la région, nous accompagne ; peu coutumière des visites à domicile, elle s'y rend également pour la première fois. Nous y resterons environ trois-quarts d'heure, ne cherchant pas à prolonger une visite qui nous semble peu légitime du fait de l'absence de plombémie récente.

La famille habite un deux pièces en rez-de-chaussée, dans une rue du centre

⁸ ALEP & AED, en compagnie de l'infirmière de la PMI.

ville, dans une maison ancienne (construction dans l'entre deux guerres ?) transformée en habitat collectif qu'elle loue à un propriétaire privé. L'entrée de l'immeuble mène à une cour, servant à entreposer les poubelles et séparée du jardin de rez-de-chaussée tout en longueur dont la famille a la jouissance exclusive. 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, mais le diagnostic plomb n'en n'a pas mis en évidence.

L'espace habitable de la famille, également tout en longueur, compte deux pièces principales. Le séjour, dans lequel on pénètre, et dans son enfilade la cuisine (qui dessert la salle de bain et les toilettes) que l'on traverse pour atteindre la chambre qui donne sur le jardinet. La chambre est un bâtî plus récent, rajouté, peu susceptible donc de receler du plomb et sans signe apparent de « grattage ». L'ensemble, l'appartement tout comme le jardinet, est propre et bien tenu. Les meubles du séjour sont dans un état neuf (canapés-lits) et l'appartement est bien équipé (machine à laver, ordinateur, télévision). De l'encens, destiné à purifier l'atmosphère, brûle.

La dégradation spontanée de certains endroits humides (les toilettes) pourrait représenter un risque, mais le diagnostic plomb a été négatif.

Nous nous présentons à la mère qui, rentrée il y a peu de son travail matinal (ménage), attendait notre venue en s'adonnant à la préparation du repas (poulet frite). Elle a l'air fatigué et préoccupé par notre visite et ne se déride qu'en peu d'occasions.

La mère, dans un français compréhensible, dit avoir bien identifié les endroits que sa fille, quand elle avait 4 ans, « grattait ». Elle désigne le mur nord de la pièce principale contre lequel est disposé aujourd'hui une grande armoire. Quand sa fille était petite, au moment de l'intoxication, les lits y étaient disposés et l'enfant avait accès là à un gisement potentiel, diagnostiqué sans plomb. Sa fille, dit-elle, est la seule de la fratrie à avoir eu ce comportement. Elle est maintenant une petite fille sans problème particulier, qui suit bien à l'école.

Nous apercevons fugacement l'enfant signalée, la petite dernière de la fratrie de six qui court rejoindre ses frères et sœurs dans la chambre. Ils s'y tiendront tranquillement (trop ?) pendant toute la durée de notre entretien, obéissant très certainement à des consignes données par la mère en raison de notre présence.

Ils sont six enfants, dont deux garçons. La fille aînée de 21 ans est absente du logement au moment de l'entretien (au travail). À notre arrivée, la mère réveille le fil aîné, livreur de pizzas, qui travaille tard. Il vient nous saluer avant d'aller prendre sa douche. Les autres enfants se tiennent sagement dans leur chambre et nous saluent quand nous la traversons pour nous rendre au jardin.

Bilan de la visite

La mère, bien que dans une situation familiale qu'elle dit peu épanouissante (logement trop exigü, revenus très faibles, première épouse dans une famille soninké du Mali, polygame), semble réussir à concilier ses différents rôles (entretien de la maison, éducation des enfants, cuisine, travail).

L'entretien et notre visite des lieux où elle réside sont pour elle l'occasion de

s'inquiéter de ses demandes nombreuses et non abouties de relogement ; dont elle nous informe, nous montrant les récépissés de ses démarches et des refus. Elle nous laisse donc volontiers visiter son appartement qu'elle semble avoir du mal à investir: les murs sont nus, l'appartement peu personnalisé, aménagé de la façon la plus fonctionnelle possible.

Nous repartons en nous fixant comme délai les résultats de l'analyse effectuée quelques jours auparavant pour connaître la plombémie.

8 septembre 2009 (Mail de AED)

Nous avons eu le technicien sanitaire au téléphone. À propos de la benjamine de la famille, la plombémie recherchée presque au moment de notre passage révèle un taux à $107 \mu\text{g/l}$, un peu plus bas que précédemment. S'agit-il d'un relargage à partir des stocks osseux ?

Famille LPGP : « Le petit gaucher d'un pavillon et ses frères et sœurs drépanocytaires et handicapé »

Préparation de la visite

23 juin 2009 (Mail de St. Égron) ⁹

La visite demain est confirmée, auprès de Monsieur LPGP, le chef de famille, qui a priori sera là, ainsi que plusieurs des enfants.

Le pavillon se trouve à proximité de la gare SNCF.

J'ai joint la sœur aînée des enfants signalés qui n'a pas réellement sauté de joie lorsque je lui ai expliqué que l'on projetait une visite sans elle demain après midi.

Monsieur est d'accord, mais la sœur aînée des enfants signalés me rappelle à l'instant pour me dire que ni sa mère ni sa belle-mère ne seront là dans l'après midi. Du coup, notre visite n'est plus la bienvenue... Je l'informe que nous pouvons passer plus tard. Elle doit me rappeler...

Pour rappel, Monsieur a une épouse "officielle" [Madame LPGP 1] qui a eu huit enfants, et une autre [Madame LPGP 2] qui a divorcé en 2006 (et pas 2007 comme je vous l'avais dit).

Les enfants de Madame LPGP 1 :

- LPGP 1-8 (né en 10/2006), prélevé récemment, imprégné à 80 µg/l
- LPGP 1-7 (né en 09/2001), prélevé récemment, imprégné à 90 µg/l (2007 : 118 µg/l)
- LPGP 1-6 (né en 12/1996), pas de retour de prélèvement à ma connaissance, enfant avec handicap mental, en établissement spécialisé (l'infirmière de la ville m'a toujours dit que Issa avait une place très spéciale au sein de la famille, très protégé).
- LPGP 1-5 (né en 01/1995)
- LPGP 1-4 (né en 04/1992)
- LPGP 1-3 (né en 01/1991)
- LPGP 1-2 (né en 02/1989), prélevé en 1992 à 145 µg/l
- LPGP 1-1 (né en 06/1987), prélevé en 1996 à 166 µg/l

Les enfants de Madame LPGP 2 (divorcée de Monsieur, mais résidente dans le même pavillon) :

- LPGP 2-7 (née en 03/2004), 1ère DO mars 2005 (0.77 µmol/l), oscille depuis entre 500µg (suite à une chélation) et 250 µg aujourd'hui
- LPGP 2-6 (né en 09/2001), 1ère DO mars 2005 (1.16 µmol/l), aujourd'hui à 250 µg. intoxication constante
- LPGP 2-5 (11/1995)
- LPGP 2-4 (né en 12/1993), intoxiqué depuis 1995 à 135 µg, plombémies régulières pendant 10 ans (drépanocytaire), toutes supérieures à 100 µg
- LPGP 2-3 (né en 02/1992), même profil, prélevé régulièrement entre 94 et 96, oscille entre 330 µg et 160 µg. Pas de plombémies récentes.
- LPGP 2- 2 (né en 03/1990), même profil, prélevé entre 1992 et 2005, monté à 300 µg, en 2005 à 45 µg.
- LPGP 2- 1 (né en 10/1998)

La sœur aînée des enfants signalés (née en mai 1986), ne vit plus au domicile, a un fils de 3 ans, pas encore prélevé. La concernant, aucun retour du CAP, plombémies

⁹ Chargée de mission DDASS 101 - Cellule saturnisme

faites mais pas de traces...

Vous pouvez constater aisément qu'il me manque énormément d'informations concernant ces enfants, certains sont drépanocytaires, mais je n'ai pas le détail.

Les travaux supprimant l'accessibilité "visible pour nous" dans le pavillon (< 1949) ont été faits en novembre 2007. De nouveaux contrôles ont été faits récemment et ils se sont avérés négatifs, donc *a priori*, plus de source de plomb dans la maison.

2 juillet 2009, visite à domicile ¹⁰

Petit pavillon « en meulière » très jointoyée, en angle avec toiture biscornue, construit vraisemblablement entre les deux guerres, en tout cas à une époque où les matériaux (enduits, peintures, fixatifs, protections de boiserie) à base de sels de plomb étaient utilisés ou accessibles.

Sur le côté, un espace bétonné extérieur en pente avec des fauteuils de bureaux et un canapé, prolongé par un terrain privatif qui sert à stocker des matériaux (portes, pneus, scooter,...) en vue de la préparation de containers de marchandises à revendre en Afrique (Soninkés d'origine malienne) : il est affirmé que les enfants concernés par l'intoxication n'y ont pas accès. L'observation des traces et des déchets au sol ne permet pas d'identifier d'aires de jeu licite ou illicite (déchets de friandises, piétinements, mégots,...), tant des aînés que des enfants. Néanmoins, s'agissant d'un terrain sis à proximité de voies de chemin de fer et de zones industrielle, une pollution du sol ne serait pas à exclure.

Des travaux complémentaires, postérieurs à la construction ont permis la réalisation d'un escalier couvert extérieur en béton sur le côté de la maison permettant d'accéder au rez-de-chaussée surélevé. Il n'y a pas de marquage du statut différentiel des espaces par des déchaussements imposés, même si des chaussures encombrant le palier.

Au sous-sol, la vaste cuisine et des pièces non visitées, au rez-de-chaussée surélevé, des chambres non visitées et la pièce de réception avec des papiers peints déchirés et des meubles usagés où nous sommes reçus (isolés) dans un premier temps : une horloge avec image de la Kabba de la Mecque, annonçant les prières remplace l'amulette protectrice coutumière au-dessus du seuil interne de la porte.

Le grenier est aménagé en chambre collective pour les aînés garçons, avec décoration personnalisée à la tête de chacun de la demi douzaine de lits, téléphones portables récents, vêtements griffés, consoles de jeu vidéo, téléviseur avec lecteur de DVD. Une micro aire de jeu de jeunes enfants est repérée par ses lésions de grattage sur les parties latérales entre la 6^{ème} et 7^{ème} marche de l'escalier menant au grenier, espace des aînés, interdit aux plus petits : typiquement, une limite au delà de laquelle les plus petits se font chasser par les aînés, mais où ils sont tolérés s'ils se font oublier. Aussi, en raison de ce scénario « imaginaire » un prélèvement de peinture est effectué qui se révélera négatif.

On constate des salissures et une dégradation très systématiques des parties accessibles aux mains des plus petits, bas de mur, papiers peints, linteaux de porte, pans de mur au dessus du canapé de la pièce de réception,....

Il n'y a pas d'odeur d'encens, révélatrice d'un ménage mené à son terme.

¹⁰ ALEP en compagnie de Bayo Tarrigbé, puéricultrice de la PMI et de Stéphanie Égron.

La densité d'occupation de l'espace est très élevée, vu le nombre de personnes résidentes.

Des meubles usagés, peu d'investissement décoratif qui laissent entendre, au-delà de problèmes économiques, un déficit d'investissement de la famille dans ce pavillon, pourtant intéressant pour une famille nombreuse.

La causerie est au départ monopolisée par la fille aînée, scolarisée en France dans sa jeunesse, très moderne, mariée, un fils, vivant à proximité, souvent présente. Il faut un temps assez long pour dépasser son discours revendicatif et pouvoir communiquer directement avec le reste de la famille, dont le père, décrit par sa fille comme très pieux (cf. l'horloge islamique annonçant les prières au dessus du seuil interne de la porte du salon), peu amateur de thérapies maraboutiques, ce qui se révélera faux. En fait, il se montrera plutôt débordé par les fortes personnalités de sa famille, notamment celle de sa fille aînée.

Nous faisons comprendre, qu'au-delà des responsabilités du bailleur du logement, le problème de l'intoxication saturnine des plus jeunes est aussi un problème qui incombe à la famille : c'est la famille (notamment la fratrie) qui peut savoir où jouent ces enfants, où ils consomment des fragments de revêtements muraux et de sols, que ce soit à domicile ou ailleurs ; que par ailleurs, il faut s'interroger sur les raisons de leur comportement, identifier des traits spécifiques de leur personnalité, penser leur intoxication en terme d'expression de frustrations et/ou de souffrance. L'existence d'une pollution saturnine de l'habitat, n'implique une intoxication active (un pica) que si un certain nombre de conditions matérielles et psychosociales sont réunies, dont la personnalité spécifique de l'enfant, sa susceptibilité, les offenses dont il est l'objet, consciemment ou inconsciemment.

En d'autres termes, en cas de pica, c'est sa cause qu'il faut rechercher et pas seulement les gisements de plomb que l'on finira bien par localiser (?).

LPGP 2-7, la dernière née de la deuxième épouse en voie de divorce (née en 03/2004, 1ère DO mars 2005 ($0.77\mu\text{mol/l}$), qui oscille depuis entre $500\mu\text{g}$ suite à une chélation et $250\mu\text{g}$ aujourd'hui), LPGP 2-6, son aîné immédiat, âgé de 8ans (né en 09/2001, 1ère DO mars 2005, $1.16\mu\text{mol/l}$, aujourd'hui à $250\mu\text{g/l}$. intoxication constante) sont les deux enfants « signalés ».

Ils sont tous deux les enfants de la deuxième épouse, officiellement divorcée (ou mise en conformation avec la loi française antipolygamie ?). Comme sa coépouse au visage fermé, elle comprend le français et sait se faire comprendre quand elle le désire.

Selon la fille aînée, les deux épouses, malgré des querelles de temps en temps, s'entendent bien : un des deux enfants saturnins ne cesse de jouer avec son demi-frère, indemne, ce qui confirme les propos précédents sur la relative bonne entente des deux épouses.

Nous découvrons que l'aîné des deux enfants saturnins est gaucher : cela est révélé au moment des salutations quand il présente sa main gauche. Cette observation permet d'évoquer le statut peu enviable des gauchers contrariés dans de nombreuses cultures, et tout particulièrement en islam, où la gauche est réservée à la souillure : ceci permet de faire dire que cet enfant est effectivement très sensible, facilement blessable, oppositionnel, peu obéissant. Il ne s'agit pas ici d'établir une

corrélation obligatoire entre gaucherie et comportements psychopathologiques de l'enfant dans un contexte culturel répressif, mais de prétendre saisir un des éléments d'un faisceau de facteurs permettant de comprendre pourquoi cet enfant exprime une souffrance, révélée par l'intoxication saturnine.

À partir de cette observation, un entretien au grenier avec les aînés permet de les sensibiliser au fait que les solutions au problème résident dans la mobilisation familiale autour de ces enfants « souffrants », par ailleurs en danger du point de vue des accidents domestiques (chutes dans les escaliers, brûlures, intoxication aux produits ménagers), accidents de la voie publique, inadaptation scolaire, etc. Que c'est aussi à eux, les aînés garçons, de s'intéresser à leurs petits frères, de jouer aux consoles vidéo ou de faire du sport avec eux, bref de les distraire et si possible les sortir.

Au cours de l'entretien avec le père, en présence des mères, les maladies et malheurs frappant d'autres membres de la fratrie et en particulier les modèles de causalité africains sont passés en revue. L'intoxication saturnine, « malheur » annoncé par les personnels médicosociaux ne fait pas l'objet d'interprétation traditionnelle. Par contre les drépanocytoses qui concernent des enfants de la première épouse sont attribuées exclusivement aux lignées de la mère : ce qui peut être entendu en terme d'héritage génétique et/ou sorcellaire.

Quant à l'enfant handicapé de la deuxième épouse, dont il a été dit qu'il était l'objet de beaucoup de soins, le père indique que dans ses lignées paternelles, divers cas de handicaps existent. En clinique transculturelle africaniste,¹² cela signe souvent des relations intimes entre des humains (individus et/ou lignées) et des djinns¹³ : ce qui est confirmé par le père, puisque son grand-père, grand guérisseur, était célèbre pour s'être attaché les services de djinns. La causerie est alors amenée sur le fait de savoir si les dits djinns ne continueraient pas « à suivre » cette famille et être responsables de maux et d'infortunes. Peut-être convient-il d'interroger des aînés au pays ?

Bilan de la visite

Les histoires de ces deux enfants et du reste de la fratrie polygame sont certainement à mettre en rapport avec d'autres maux et malheurs frappant la famille (divorce des parents, pauvreté, surdensité d'occupation de l'espace, mauvais entretien du logement, drépanocytose, handicap,...), que ce soit d'un point de vue psychologique ou d'une lecture du sens du mal mettant en exergue des esprits humains malfaisants, esprits de l'environnement, ancêtres,...

Une enquête aussi rapide n'a pas permis d'identifier de gisement actif toxique, mais de poser la question du rôle de la gaucherie. C'est une « découverte » intéressante qui ne suffit pas à expliquer tout, mais qui est un élément pertinent parmi d'autres éclairant la causalité de son intoxication.

Les conditions de la visite n'ont pas permis une observation et un contact direct avec les enfants : une « *fillette de voisines* » (2/3 ans ?), gardée semble-t-il

¹² Par le terme « transculturel » on signifie tenir compte d'une pluralité de références.

¹³ Esprits divers, païens et musulmans, aux comportements anthropomorphes, susceptibles de rendre malades (épilepsie, mort, handicaps, stérilité, ...) les personnes qui les voient ou les rencontrent sans être protégées, ou au contraire qui confèrent des pouvoirs à leurs alliés humains.

régulièrement dans cette maison, assez remuante, cherchant sans succès à attirer l'attention sur elle, avec une couche, ce qui paraît étonnant vu son âge et ses capacités d'élocution, devrait susciter l'attention discrète des services médicosociaux.

Il est convenu que notre accompagnatrice, puéricultrice de la PMI, suive la famille pour voir ce que donnent ces nouvelles pistes et de les revoir début août avec Anne Élène Delavigne et si possible un technicien pour expertiser les zones de grattage actif identifiées par la famille ou explorées par l'équipe en fonction des usages des enfants.

Suivi après visite des anthropologues

21 juillet (Mail de St. Égron)

Pour information, les prélèvements de peinture (entre-marche d'escalier) mélangés à du plâtre et prélevés dans le pavillon de la famille se sont révélés négatifs concernant la recherche de plomb acido-soluble.

22 juillet (Mail de St. Égron)

Un rapide point d'étape, me permettant déjà de conclure que les RV sont difficiles à mettre sur pieds :

La puéricultrice de la PMI, ne revient de congés que lundi.

La sœur aînée des enfants signalés n'est disponible que mardi et sera les semaines suivantes en vacances. De plus, elle m'a avoué avoir été perturbée par notre passage et est mal à l'aise avec votre soit disant tactique pointant du doigt "leur ethnie". Après avoir désamorcé un peu le sujet (merci l'association dans laquelle elle fait du bénévolat), j'ai tenté de lui faire comprendre que notre démarche était participative, qu'on bossait avec eux et que sans nous, aucune réponse ne leur sera *a priori* apportée concernant ces intoxications saturnines. De son point de vue, nous n'offrons aucune garantie de résultat et surtout, nous venons mettre le nez dans leurs affaires (ça, c'est mon point de vue).

4 août 2009, visite à domicile par Bayo Tarrigbé ¹⁴

Sont présents au domicile :

Madame LPGP 1, première épouse, Madame LPGP 2, deuxième épouse divorcée de Monsieur LPGP.

Monsieur, rentré du travail au cours de ma visite.

LPGP 1-8, LPGP 1-7, LPGP 1-6, LPGP 1-2, LPGP 2-7, LPGP 2-6, LPGP 2-2.

Madame LPGP 2 dit ne plus vouloir que le docteur ** (de l'hôpital) s'occupe de LPGP 2-7. Selon elle, le médecin n'a aucun respect pour elle et sa famille. LPGP 2-7, la sœur aînée des enfants signalés (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.

Au niveau de la prise en charge de LPGP 2-7, la famille dit suivre le protocole indiqué pour gérer les crises dues à la maladie (deux prises du traitement et si les douleurs persistent se rendre à l'hôpital).

C'est ce qui a été fait dernièrement, cependant le médecin mécontent de la prise en charge de l'enfant leur a crié dessus, du coup la famille semble complètement perturbée et souhaite changer de médecin et d'hôpital.

En ce qui concerne LPGP 1-8, la famille explique que c'est un enfant qui ne mange pas beaucoup. Sa mère dit le forcer à manger.

Monsieur rajoute que tous ses enfants ont un taux de globules rouges inférieur à la moyenne, néanmoins il dit être conscient la gravité de la situation.

¹⁴ Puéricultrice de la PMI

Madame me dit avoir obtenu un logement qu'elle va occuper en septembre 2009.

Durant le mois d'août, LPGP 1-7 et LPGP 2-6 vont au centre de loisir l'après-midi. Pour LPGP 2-7, la famille m'a demandé une lettre pour lui permettre de s'y rendre pendant le mois d'août.

Bilan de la visite

Il me semble que la famille est consciente de l'état de santé des enfants et souhaite trouver des solutions pour résoudre le problème.

12 août 2009 (Mail de St. Égron)

Dans un mail du 27/07, je vous faisais part de la réaction plutôt agressive la sœur aînée des enfants signalés lorsque je l'avais eu au téléphone pour l'informer que nous souhaiterions revenir. Bien que n'habitant pas sur place, elle m'en avait à demi mot interdit l'accès ...

Entre temps, la puéricultrice qui nous a accompagné est retournée sur place et a également joint la sœur aînée des enfants signalés au téléphone. Je vous ai transmis le CR de sa visite. Il semblerait donc que Madame LPGP 2 quitte réellement le pavillon avec ses enfants début septembre, car elle aurait eu une proposition de relogement. Monsieur s'est quant à lui montré ouvert à toute intervention extérieure pouvant aider ses enfants à aller mieux, donc y compris la nôtre. Il a conscience qu'il existe de nombreux problèmes dans sa famille et avec ses enfants et souhaite que cela change. La sœur aînée des enfants signalés s'est montrée avec la puéricultrice beaucoup moins agressive qu'avec moi, en adoptant un discours beaucoup moins tranché.

Une des mamans doit se rendre à la PMI où travaille la puéricultrice très prochainement, une date pour une visite sera alors convenue. Nous avons convenu avec la puéricultrice de la PMI que la présence de la sœur aînée des enfants signalés n'était pas indispensable, et qu'une VAD le matin serait peut être plus intéressante (l'ambiance est plus détendue, Monsieur rentre du travail et tout le monde est au sous sol dans la cuisine), échappant ainsi à l'artifice protocolaire du soit disant salon où nous avons été accueillis en juillet.

17 août 2009, bilan provisoire

La puéricultrice de la PMI, attend la visite de la famille demain mardi à la PMI. Elle est retournée deux fois déjà au domicile. Le médecin hospitalier était inquiet, car le dernier bilan n'était pas positif et se demandait si le traitement (par voie orale 3 cuillères / jour) était pris régulièrement. La visite à domicile a permis d'insister sur l'importance de prendre ce traitement.

Demain, le médecin de la PMI refait une ordonnance et la puéricultrice a prévu de se rendre à domicile ensuite toutes les semaines. Le fait que la seconde épouse, la mère des enfants intoxiqués déménage en septembre va bouleverser les données familiales et peut-être solutionner le problème, pour l'instant encore très confus.

Compte tenu de l'excellent contact de la puéricultrice de la PMI avec la famille, coutumière des visites à domicile, bien sensibilisée à la recherche de facteurs explicatifs, il n'est plus prévu de nouvelle visite des ethnologues chez « le petit gaucher et ses frères et sœurs drépanocytaires et handicapé » .

Famille LGSC : « Le gamin au sourire crispé, qui dessine à l'envers »

Préparation de la visite

Conclusion de l'enquête environnementale¹⁵

Aucun élément issu de l'enquête environnementale ne permet d'identifier pour l'instant la source d'intoxication au plomb. La technicienne de la DDASS révèle la présence de plomb sur des parties dégradées sur les plinthes du salon et les bâtis de portes du salon, de la chambre et de la cuisine, cependant l'enfant n'a pas de comportement particulier, type syndrome de pica d'après les parents, mais son principal lieu de jeux est le logement en dehors de l'école (donc à proximité des plinthes et bâtis de portes dégradés).

Hypothèse :

L'enfant s'intoxique dans le logement avec un comportement que les parents n'auraient pas remarqué.

L'enfant s'intoxique dans un autre lieu que le logement (école ?)

En attente des résultats des plombémies des autres enfants qui ont été orientés vers un dépistage, de l'impact des conseils de prévention donnés suite à la mission d'information et de prévention (notamment conseils de bloquer l'accès aux parties dégradées du logement qui révèlent la présence de plomb) sur les résultats de la prochaine plombémie de contrôle de « Paul », le 3^{ème} garçon sur 4, et suivi de la piste d'un éventuel autre lieu d'intoxication (école) avec les parents.

Madame doit rappeler pour donner les réponses de l'école par rapport aux habitudes et comportement de "Paul" là-bas et nous informer des résultats des plombémies des trois autres enfants.

Monsieur se demandait si un des tuyaux de canalisation d'eau de l'appartement ne serait pas en plomb.

Salle de bain : peinture qui s'écaille sur un autre tuyau de canalisation, testé par la technicienne de la DDASS, recherche négative.

Plinthes du salon (qui n'avait pas été changées pendant les travaux de 2000), testé par la technicienne de la DDASS, recherche positive : Madame va en bloquer l'accès (déplacer fauteuil ou mettre un carton).

Les volets du salon ont été testés positifs par la technicienne de la DDASS, sûrement lié à la couche précédente de peinture, car volets repeints par propriétaire il y a 8 mois environ.

Parties communes testées négatives par la technicienne de la DDASS..

7 juillet 2009 (Mail de St. Égron)

Je vous confirme donc la visite au domicile de la famille ce jeudi.

La puéricultrice à la PMI qui suit la famille, est également destinataire, que vous soyez tous informés simultanément. Elle serait disponible à 14h jeudi. Je vous laisse prendre contact pour confirmer le rendez-vous (elle ne travaille pas le mercredi, mais un message peut être laissé à la PMI).

J'ai chargé l'infirmière du CAM de confirmer la visite auprès de la famille.

Le dossier concernant cette famille est connu à la Ddass depuis 2008, car avant de recevoir la DO concernant l'enfant, ce logement nous a été signalé comme une entrée "Habitat". Bien que la date de construction de l'immeuble, postérieure à 1949, ne

¹⁵ Effectuée le 21/04/2009 par l'infirmière du CAM (Comité d'aide médicale)

prête pas à soupçonner la présence de peintures au plomb, un diagnostic a tout de même été fait. La présence de plomb accessible avait alors été confirmée sur les volets/garde corps et les travaux de recouvrement effectués dans la foulée par le propriétaire (Agence *).

En 04/09, réception d'une DO à la DDASS pour une intoxication à 346 µg/l de l'enfant "Paul" né en 02/05. L'entrée "Habitat" se transforme donc en entrée "Santé", ce qui est assez inhabituel.

Une enquête environnementale a donc été demandée par la DDASS au CAM pour tenter de trouver l'origine de l'intoxication, le logement étant exclu. L'infirmière s'est rendue à domicile, accompagnée d'une technicienne DDASS. Des mesures supplémentaires ont été faites, et quelques une se sont révélées légèrement positives (au dessus de 1mg/cm²) sur des plinthes et des bâtis de porte... Les mêmes mesures étaient négatives en 2008 lors du diagnostic fait par l'opérateur agréé. Un problème de calibrage avec l'appareil n'est pas à exclure.

Ceci n'explique en aucun cas le résultat de la plombémie classe III, "Paul" n'ayant pas de pica.

Il semblerait qu'une prescription pour une plombémie de suivi ait été faite, mais que la maman ne se soit pas rendue à la PMI. À vérifier.

L'enquête en elle-même n'a pas apporté d'éléments nouveaux (voyages à l'étranger, nourriture, profession des parents, travaux, lieux de garde... les questions habituelles) ou de pistes à explorer.

À noter que c'est le papa qui était présent lors de l'entretien qui a eu lieu le 21/04, car Madame était semble t-il à l'étranger.

L'enfant est scolarisé en maternelle.

La fratrie est composée de quatre garçons : nés en 2008, en 2005, en 1997 et en 1993.

C'est Madame qui sera présente jeudi après midi, joignable au tel.

8 juillet 2009, nouvelle synthèse avant la visite à domicile

Nous avons un entretien téléphonique avec le médecin de la PMI, qui ne peut être présente au moment de notre passage. Nous lui expliquons notre rôle : identification des gisements de sels de plomb dans l'espace domestique et/ou social et géographique de la famille ; mise à plat de l'histoire du saturnisme avec l'histoire de vie de la famille ; identification des causes possibles du pica (itératif et/ou chronique) soupçonné ; proposition d'actions hygiéniste et médico-psycho-sociale. Notre interlocutrice, médecin, nous donne du docteur (dans les faits, le tandem est formé d'un médecin anthropologue et d'une ethnologue), mais n'hésite pas, au cours de la conversation, à arguer du secret médical quant à des informations essentielles (plombémie, accident domestique), qu'elle a le sentiment de divulguer indûment. Elle se sent concernée par le cas, faisant elle-même partie du groupe de pilotage sur le saturnisme et est amenée à ce titre à participer aux réunions sur la ville ou le département. Dans le cadre de la PMI, elle organise un dépistage systématique des enfants résidant dans des habitations « dégradées » (nous explique la puéricultrice). 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.

La mère (originaires du Congo Brazzaville), qui a allaité "Paul" durant quatre mois, résidait précédemment dans une autre municipalité du département depuis 1994, en HLM. Avant, elle travaillait dans un magasin, actuellement elle est à la recherche d'un emploi.

Le père est cuisinier.

À l'école maternelle (où il est rentré en septembre 2008, après la crèche), rien n'a été remarqué de particulier par rapport aux autres enfants.

L'enfant suce son pouce.

Madame doit rappeler pour donner les réponses de l'école par rapport aux habitudes et comportement de "Paul" là-bas.

9 juillet 2009, visite à domicile¹⁶

Après avoir relu attentivement le dossier disponible et expliqué notre démarche à notre accompagnatrice, nous gagnons le lieu où habite la famille : habitat pavillonnaire, parsemé d'immeubles de type HLM.

L'immeuble visité, aligné le long d'une avenue est adossé à un grand immeuble moderne, abritant des bureaux administratifs. Au rez-de-chaussée du petit immeuble de trois étages en briques bicolores où réside la famille est installé un magasin d'alimentation « exotique ». La façade en bon état présente trois fenêtres par étage, sauf au troisième où il y a une seule fenêtre en chien assis : pas de dispositif de séchage du linge ni d'encombrants visibles. En fait, les fenêtres de l'appartement visité donnent sur l'arrière de l'immeuble

Il n'y a pas de tags, graffitis, zone de jeu sur les murs au niveau des mains d'un jeune enfant, notamment de chaque côté de la porte d'entrée. Le digicode n'est pas en fonctionnement ce qui nous permet d'entrer facilement.

Le vestibule, où se trouvent des boîtes aux lettres neuves (avec la marque d'anciennes boîtes aux lettres ôtées, laissant apparaître une peinture originelle), ouvre sur un petit espace clos en plein air contenant les poubelles, donnant sur un jardin/terrain vague inaccessible. L'espace poubelle ne semble pas accueillir de jeux d'enfants : pas de traces d'écritures ou de grattage sur les murs revêtus d'un enduit de ciment. Par contre le pied et la montée de l'escalier au niveau du rez-de-chaussée [cf. photos] attirent l'attention. Le mur est abîmé par l'usure du passage, mais également par des grattages volontaires comme s'il avait été gratté à hauteur d'un enfant, y compris les entre-marches verticaux. Cette notion de grattage actif à hauteur de mains d'enfants semble confirmée par la sensation du toucher très lisse des trous. Par ailleurs, la couleur de la couche de fond appliquée sur le plâtre lors de la construction de l'immeuble, sous les couches ultérieures de peinture, laisserait penser à une peinture à base de sels de plomb. On retrouve le même matériau de recouvrement originel à l'emplacement des anciennes boîtes aux lettres. Un prélèvement au couteau des zones suspectes est effectué pour analyse en ces deux endroits pour être confié à St. Égron, mais se révélera négatif. Par ailleurs, il semble que les conduites d'adduction d'eau soient en plomb.

¹⁶ ALEP & AED en compagnie de la puéricultrice.



La montée de l'escalier, jusqu'au deuxième étage où habite la famille, est peu détériorée et ne semble pas marquée par des lésions de grattage actif, ni par des graffitis : l'ampoule grillée ne facilite pas l'inspection. Le palier du deuxième étage, très investi par la famille, est encombré par un séchoir à linge, ainsi que par un meuble volumineux. Le mur du palier intermédiaire entre le deuxième et le troisième étage est identifiable comme un espace fréquenté (au présent et/ou au passé) par des enfants, avec quelques gribouillis et graffitis peu élaborés et des « lésions » de grattage des murs.

C'est Madame, belle femme ronde de 35 / 40 ans, parlant parfaitement le français, avec un accent, une musique et des variantes dialectales du français du Congo Brazzaville, qui nous reçoit, en présence de ses deux plus jeunes enfants, le dernier né et "Paul", enfants du même père, qui se réveillent de la sieste (il est 14 h 30 environ). La télévision est allumée dans le salon. On constate aisément que le logement, qui compte deux pièces et une cuisine desservies par un même couloir, a été refait il y a peu. Suite à la visite d'avril 2009, la famille a recouvert de lino les plinthes suspectes dans le salon. L'appartement est très petit, peu investi en terme de décoration : à l'exception d'une Vierge à l'enfant en porcelaine ou résine, posée sur la télé et une photo d'un enfant dans un cadre, les murs sont nus, mais avec un bon équipement audio, vidéo-TV et informatique.

L'entretien se déroule lentement. Madame tient son dernier-né sur les genoux tandis que "Paul" s'installe à ses pieds et se met à feuilleter un cahier dans lequel son grand frère a dessiné des joueurs de catch très musculeux. Après une courte manifestation de timidité au moment des salutations, il se décrispé peu à peu et montre les dessins de son frère, en riant très fort et avec éclats : il rit « trop » fort avec un sourire crispé, excessif.



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 [cf. dessin]. Ceci, combiné à ce drôle de masque facial, avec un sourire forcé découvrant largement ses dents lorsqu'il regarde un adulte (en particulier sa mère), attire notre attention. Puis, il danse en imitant le hip hop ou saute comme un joueur de catch et finalement joue avec des Lego à l'entrée du salon avec son petit frère. 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. Il semble très « tenu ». Elle le reprend ainsi que son petit frère de un an, quand ils se mettent à se rapprocher de nous, acceptant et/ou cherchant le contact physique.

La mère vient du Congo Brazzaville, de la capitale Brazzaville, mais sa famille vient du sud du pays, le « Pool », zone de conflits armés intenses à la fin du XX^{ème} siècle, avec reprise d'hostilités en 2002. Elle a quitté ce pays il y a 17 ans, avant les guerres, qu'elle n'a vues qu'à la télévision.

Elle a suivi son mari qui était installé en France et a eu rapidement des papiers (en 1994). Le père de ses enfants vient du même quartier de Brazzaville et leurs familles se connaissent. Elle est actuellement célibataire (divorcée ?). Le père vient voir ses enfants et les sort (seulement le deuxième et "Paul") le samedi quand il ne travaille pas. Il réside dans une maison neuve, mais n'y emmènerait pas "Paul". Il les sortirait, non chez des amis, car il n'en n'aurait pas dit-elle, mais « au restaurant ou au parc ». Ce point est cependant à creuser, la réponse semblant trop standard : c'est-à-dire, trop conforme à une image « placebo », renvoyée à la société française. Les circonstances de l'entretien ne nous autorisent pas à pousser la

causerie plus avant, notamment sur son statut matrimonial et les circonstances du divorce, et les paternités biologiques et donc l'investissement différent du (ou des) père selon les enfants.

Elle dit que son fils sort peu, est presque toujours à la maison, qu'il ne part pas en vacances (pas plus que ses autres enfants), qu'elle n'est pas allée à l'église (à proximité) depuis deux mois et ne verrait personne bien qu'elle ait un frère en région parisienne. Ce peu de rapports sociaux déclarés, cet isolement social affiché nous questionne. Est-il réel ou est-ce un moyen d'éviter des questions sur son statut matrimonial ou bien sur ses ressources relevant de l'économie informelle. Passe-t-elle par des phases de dépression ?

Elle-même est intriguée et préoccupée par l'intoxication saturnine de son fils et ne comprend pas où il pourrait « *avoir attrapé cela* »; elle dit avoir pensé à la garderie ou à l'école de son fils.

Elle s'est demandée aussi si cela ne viendrait pas de l'eau. La famille boit de l'eau minérale depuis avril 2009 : on peut se poser la question de l'influence du passage du questionnaire de l'enquête habitat sur ce changement de comportement, inutile et coûteux par rapport aux revenus de la maisonnée.

Après que nous lui ayons (ré)affirmé que l'intoxication élevée signifie qu'il ne peut s'agir que d'une démarche « active » de son fils, nous essayons d'envisager d'autres possibilités en retraçant l'emploi du temps quotidien de l'enfant.

Depuis la naissance du dernier, elle a laissé son emploi de femme de ménage. Elle emmène "Paul" à la maternelle située à proximité vers 7 h 30 - 8 h. Parfois, elle le met au dos, car « *il est capricieux* ». Il mange à la cantine. Le soir, il revient vers 18 h - 18 h 30. C'est son frère de douze ans qui le ramène. Nous voyons-là un moment éventuel où "Paul" aurait l'occasion de « traîner », de jouer dans l'escalier (ou ailleurs) et ainsi de gratter et d'ingérer des sels de plomb, si les murs fréquentés en contiennent. Malheureusement ce frère est absent et nous ne pouvons donc pas nous entretenir avec lui sur ce qui se passe en l'absence de la mère.

Nous expliquons à la mère que l'intoxication au saturnisme est souvent l'expression d'une souffrance de l'enfant, une demande de sa part de plus d'attention. Elle écoute attentivement et répond qu'elle n'a rien remarqué de tel, qu'elle a toujours essayé d'être présente pour lui, « *une bonne mère* ».

Une des solutions pour régler le problème de l'intoxication, expliquons nous, est que ces enfants se dépensent et se distraient. La mère s'est renseignée, dit-elle, pour le centre de loisir, mais le tarif lui semble trop élevé pour ses revenus. Avec la puéricultrice, nous discutons des possibilités d'une prise en charge : de l'existence aussi d'un parc sur la commune avec des activités gratuites. La puéricultrice lui propose de reprendre contact avec son assistante sociale pour envisager cela concrètement.

"Paul", né en février 2005, est le troisième enfant d'une fratrie de quatre garçons : l'aîné, 16 ans, est élève dans un lycée professionnel où il apprend la mécanique ; le suivant, 12 ans est au collège et le petit dernier a un an.

La plombémie de "Paul" est de 20 µg/l en février 2007 (à deux ans), de 30 µg/l en février 2008 (à 3 ans) et de 346 µg/l le en avril 2009 (à 4 ans). Ce taux important a donné lieu à une déclaration obligatoire (DO) auprès de la DDASS « 101 ». Un

nouveau test a été demandé en juin 2009 par le médecin de la PMI ; le rendez vous est pris pour le lundi suivant notre visite. On ne sait donc pas si la sensibilisation de la mère réalisée depuis la découverte du taux élevé de “Paul” trois mois auparavant a eu un impact, notamment les conseils de bloquer l'accès aux parties du logement qui révèlent la présence de plomb. Les dosages de plombémie des autres enfants ont été prescrits, mais n'ont pas été réalisés.

Bilan de la visite

Il s'avère qu'au troisième mois de grossesse (février 2008, plombémie à 30 $\mu\text{g/l}$), 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), l'enfant a été amené aux urgences, car il avait absorbé de l'eau de Javel.

L'intoxication saturnine découverte 14 mois plus tard, a pu se mettre en place durant ce temps : son début correspondrait à un moment de bouleversement affectif de l'enfant qui apprend l'arrivée prochaine d'un concurrent : sensation de délaissement (réel ou imaginé) et jalousie de l'enfant mal gérées, sans compter les éventuels troubles de l'harmonie familiale suscités par cette nouvelle. Les huit ans d'écart entre “Paul” et son aîné immédiat semblent dus au fait qu'ils n'ont pas le même père.

Cette souffrance de l'enfant a pu perdurer après la naissance de son cadet, notamment quand sa mère a voyagé au Congo avec le dernier né : c'est le père seul qui était présent lors de l'entretien avec l'infirmière de la CAM qui a eu lieu le 21/04 2009. La dernière plombémie avait atteint 346 $\mu\text{g/l}$. Le divorce, qui n'a pas été convenablement précisé chronologiquement, est certainement un cofacteur important de l'intoxication de l'enfant.

Étant donné le type d'immeuble, il est étonnant qu'il ne contienne pas de plomb : nous souhaiterions pouvoir disposer du détail du protocole des prélèvements de revêtements et de sols. Nous ignorons où précisément ils ont eu lieu. Cherche-t-on à hauteur d'enfant et là où un enfant est susceptible de se tenir et de jouer, y compris dans l'environnement immédiat de l'appartement comme la cage d'escalier, et aussi dans des lieux discrets, « secrets » ?¹⁷

En raison de son très jeune âge, l'enfant n'a pas accès à des loisirs en dehors de sa maison : il serait bien que l'enfant puisse être pris en charge, de façon avantageuse financièrement, par les structures existantes.

Considérant que l'intoxication saturnine à de tels taux est un signal de souffrance de l'enfant et/ou de la famille, le suivi médicosocial consécutif à notre lecture doit être fait par des personnels médicosociaux et non pas seulement par des techniciens sanitaires.

Compte-tenu de la personnalité particulière du « gamin au sourire crispé qui dessine à l'envers », un avis de psychologues ne serait pas inutile.

¹⁷ Le procédé que doit suivre le technicien est décrit dans l'arrêté du 25 avril 2006 relatif au diagnostic du risque d'intoxication par le plomb dans les peintures. Le diagnostic doit être réalisé à la fois dans le logement et dans les parties communes.

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

Préparation de la visite

5 octobre 2009 (Mail du technicien sanitaire)

L'enfant intoxiquée est une fille de onze ans qui présente un comportement de pica assez prononcé. Sa plombémie était de 114 µg/l en août 2009. Elle s'appelle "Jeanne" et habite dans le « 103 ». La maman a sept enfants, les trois aînés sont nés à Haïti et les quatre autres (qui sont avec elle) sont nés en Guyane. Le papa est resté en Guyane. "Jeanne" vit donc avec sa mère et ses trois frères (19 et 8 ans) et sœur (15 ans). Sa maman est femme de ménage à Paris et travaille tous les matins de bonne heure et les soirs tard. "Jeanne" mange le plâtre des murs du logement (elle en amène dans son cartable à l'école) ; elle mange également les craies en classe. Il y a très peu de plomb dans le logement, uniquement sur du minium au niveau des fenêtres mais ça n'explique pas l'intoxication car, d'une part les concentrations en plomb sont assez faibles, d'autre part ces endroits-là ne sont pas "grattés" par "Jeanne".

12 octobre 2009 (Mail du technicien sanitaire)

En ce qui concerne l'historique de la plombémie de "Jeanne", voici les données dont nous disposons :

- 107 µg/l en mai 2009,
- 114 µg/l en août 2009.

La plombémie a été prescrite par un médecin des urgences pédiatriques de l'hôpital où "Jeanne" a été amenée par sa mère parce qu'elle avait mangé de la peinture.

La puéricultrice (qui connaît également la maman de "Jeanne") sera là de façon certaine; en ce qui me concerne j'essaierai de me rendre disponible également... »

14 octobre 2009, visite à domicile ¹⁸

Nous avons accepté de visiter cette famille, alors que nous n'étions guère chauds pour intervenir, compte tenu de notre incompétence vis-à-vis des cultures haïtiennes. Une « imposture » du point de vue africaniste, mais certainement pas du point de vue d'une anthropologie du malheur.

Avant même de visiter la famille, nous nous interrogeons sur cette gamine de onze ans, « trop âgée » pour un pica infantile : quel est le profil de l'enfant ? Comment est-elle à l'école ? A-t-elle des copines ? Quels sont ses résultats scolaires ? Jusqu'à quel âge a-t-elle fait pipi au lit ? Quelle est sa maturation sexuelle, intellectuelle ? Faut-il penser à une maltraitance, notamment sexuelle ?

Madame, la maman de "Jeanne", qui est l'enfant concernée par l'intoxication au plomb, n'habite pas très loin de la gare RER. Nous la dépassons en voiture juste en arrivant chez elle. Elle fait du ménage sur Paris tôt le matin (et d'ailleurs aussi le soir) et revient chez elle vers 10 heures, l'heure fixée pour notre RDV.

Elle habite dans un appartement privé au rez-de-chaussée d'un immeuble moderne de six étages, situé dans une zone d'habitations dense faite de petits collectifs - pas de tours immenses. Les abords sont piétons et déserts quand nous y arrivons. Bien que l'on soit mercredi, le froid qui vient d'arriver (mais c'est très ensoleillé ce jour-là) n'engage pas les enfants à sortir nous expliquera Madame dans

¹⁸ AED en collaboration avec une technicienne et un ingénieur sanitaires

un premier temps. Sinon les enfants joueraient dehors, parfois au ballon, mais « *certain même lancent des pierres* » précise-t-elle à propos d'autres enfants. Donc en fait des lieux jugés dangereux !

La végétation est bien entretenue ; les pelouses et massifs bien taillés et non piétinés. Nous arrivons par l'arrière de l'immeuble, là où sont situés les parkings, et l'ensemble est bien tenu et propre : aucun graffiti ni tag, une ou deux inscriptions discrètes, peu de détritrus par terre, à peine quelques mégots.

L'entrée de l'immeuble fait la même impression. Pourtant, la maman relate qu'elle a de mauvais rapports de voisinage avec son voisin du dessus. Elle discutait une fois, raconte-t-elle, avec quelqu'un qui passait dans l'allée sur laquelle donne ses fenêtres, et ce dernier a lancé de l'eau sur son interlocutrice. Elle exprime à plusieurs moment de notre entretien (qui va durer deux heures) une grande méfiance (défiance) pour l'extérieur, ce qui s'exprime par un discours contradictoire quant aux sorties à l'extérieur de ses enfants. En fait, elle nous précise que ses enfants sont toujours devant la télé ou l'ordinateur, une façon positive d'exprimer qu'ils ne « *traînent pas dehors* ». Mais elle nous dit aussi que ses enfants, comme les autres, jouent dehors ou vont au parc voisin quand c'est la saison.

« "Jeanne" ne sort pas, non ! » « *Elle est toujours seule* » « *elle ne va pas chez ses copains-copines* ».

"Jeanne", quant à elle, parlera, avec les yeux brillants de plaisir, de sa meilleure amie, « Sylvie », chez qui elle est allée une fois, le 24 septembre, à l'occasion de son anniversaire. Elle ne la voit pas le mercredi, précise-t-elle encore : de toute façon, « Sylvie », est en garderie (centre aéré ?), ses parents travaillant. Madame dit avoir croisé la maman de « Sylvie », deux fois dans la rue, mais semble ne pas souhaiter favoriser la relation sur d'autres moments comme nous le suggérons.

Elle finit par dire qu'elle ne souhaite pas que ses enfants jouent dehors, que cela lui fait peur, qu'ils risquent de faire de mauvaises rencontres.

En arrivant, mes deux accompagnatrices, qui sont déjà venues pour un entretien, montrent la fenêtre de la chambre de "Jeanne" dont le store est bloqué en position basse et ne se relève plus : la chambre qui donne sur le devant de l'immeuble (en rez-de-chaussée) ne voit jamais la lumière du jour [on ne sait pas depuis combien de temps]. La maman dit qu'elle n'arrive pas à obtenir sa réparation de la part du propriétaire.

C'est aussi un phénomène assez courant dans des familles africaines ou antillaises de constater une obturation des fenêtres : par crainte des regards (y compris « *mauvais œil* »), des pénétrations d'objets invisibles maléfiques et/ou, avatar moderne sécuritaire, des balles de carabine.

Elle dit aussi avoir de gros problèmes avec le système électrique et devoir par exemple brancher le réfrigérateur sur une prise de la salle de séjour ; les sols sont abîmés (le lino est déchiré dans le séjour) et la salle de bain serait également à refaire. Le technicien sanitaire l'encourage à aller voir une assistante sociale de la mairie qui l'aidera à réclamer ses droits. Madame souhaiterait déménager et demande à mes accompagnatrices directement et assez rapidement au début de l'entretien - elle réitérera sa demande au moment où nous partons -, si c'est en leur

pouvoir de l'aider ; elle les confond avec des assistantes sociales, puisqu'elle demande à un autre moment si elle « *reste avec elles ou doit aller voir une autre assistante sociale ?* » Le technicien sanitaire, très impressionnée par le courage de cette maman « *qui s'occupe si bien de ses enfants en étant toute seule pour ce faire* » s'engage à parler de son dossier à la mairie, à condition qu'elle aille déposer une demande de logement social ; ce dernier est prêt, dit la maman, mais elle a été découragée par les délais d'attente. Elle nous cite l'exemple de sa nièce qui a déposé une demande il y a sept ans. Déménager en HLM soulagerait son budget, elle paie 860 euros par mois.

Le logement comporte un séjour où elle nous reçoit. Une cuisine où nous n'irons pas et qui est dans le noir, dans laquelle débouche un cagibi aménagé en chambre. De l'autre côté de la petite entrée, desservis par un couloir, une salle de bain, des toilettes, un cagibi où sont rangés les chaussures, et les deux chambres.

Cela fait quatre ans qu'ils sont arrivés dans ce logement. Madame a eu sept enfants au total, mais elle y a habité seule, d'abord avec trois de ses enfants : La fille, qui a aujourd'hui 15 ans et est à l'école lors de notre visite, "Jeanne" qui a aujourd'hui 11 ans et le dernier garçon 8 ans. Il y a quelque mois (?) un de ses fils, de 19 ans, les a rejoint ; il habitait avec son père -qui est en France et pas en Guyane- et ne s'entendait plus avec sa belle-mère. Elle lui a aménagé le cagibi. Sinon, Madame trouve qu'un garçon doit être avec son père.

Elle a trois autres grands enfants de 23, 27 et 32 ans, en Guyane et en Haïti. Elle a même six petits enfants. Elle a pu retourner en Guyane l'été dernier.

Cela fait six ans qu'elle est en France. Elle est d'abord arrivée chez sa sœur, dans le « 101 » où elle a résidé quelques mois avant de trouver cet appartement. C'est cette sœur qui a révélé l'habitude de "Jeanne" de manger le plâtre des murs et qui s'en est plaint. Après, sa sœur et son mari ont acheté une maison sur la même commune. Ils continuent de se voir, mais c'est surtout sa sœur qui lui rend visite.

L'école primaire, dit-elle, est tout près et les enfants s'y rendent seuls. "Jeanne" s'occupe de son petit frère. Madame travaille en effet au moment où les enfants se réveillent et se préparent seuls pour l'école, et quand ils en sortent. Le soir, elle repart vers 16 h 45 et revient vers 21 h 30. Les enfants la voient cependant le midi puisqu'ils ne mangent pas à la cantine ; elle prépare le repas du soir que sa fille aînée fait réchauffer. Le soir, "Jeanne" se couche un peu tard, car elle attend le retour de sa mère qui « *l'envoie au lit vers 11 h* ».

Malgré son absence -ou du fait de son absence- et du temps que les enfants passent seuls et sur lequel elle n'a de fait pas de prise, elle exprime, comme on l'a vu, une grande volonté de contrôle et de maintien de ses enfants à domicile et essaye de les surveiller de près. Elle est elle-même très bien mise, coquette, habillée tout en blanc immaculée, jusqu'aux chaussures.

La maison elle-même est très meublée, très investie, très fleurie. La tapisserie du séjour où elle nous reçoit est bleue et vient d'être refaite. Cette pièce comporte deux tables : une petite table ronde servant de desserte (avec par exemple le médicament contenant du fer dont "Jeanne" prend un comprimé tous les jours et un tube de crème (Dexeryl ®, un traitement des états de sécheresse cutanée, fréquente sur peau noire, surtout en hiver) et une table à manger autour de laquelle nous nous

asseyons pour discuter. Il y a un buffet surmonté d'un miroir, surchargé de photos de famille, d'objets de porcelaine et de fleurs artificielles ; en face, une bibliothèque contenant la télévision. Un grand canapé d'angle permet de la regarder avec devant une table basse. Le dernier garçon viendra s'y asseoir un moment et regardera défiler les images (sans son).

Madame montre les endroits abîmés par “Jeanne” ; il n'en reste que les traces, car elle les a tous rebouchés proprement (et promptement) avec du plâtre. L'ensemble de la maison est ainsi bien aménagé et bien tenu, avec astuce, pour user au maximum du peu d'espace disponible. On sent que Madame souhaite ne pas se laisser déborder malgré un emploi du temps qui la tient loin de ses enfants. Elle fait le maximum pour leur donner « *une bonne éducation* ».

Elle se révèle très effrayée de notre venue à trois, très inquiète de la gravité de la « maladie » de “Jeanne” et de ses capacités à y faire face seule. Elle redira à plusieurs reprises combien elle compte sur une aide extérieure : « *je ne vais pas y arriver sans vous* », parlant à la fois de “Jeanne” et d'un re- logement.

C'est ainsi que “Jeanne” est suivie à l'école par une psychologue scolaire [information nouvelle], une dame qu'elle dit « *très gentille* ». Elle semble la voir avec plaisir, peut être pas aussi souvent ni aussi régulièrement qu'elle le souhaiterait, car elle dit « *que cette dame n'a pas toujours le temps, que c'est quand elle a le temps* ». Nous laissons nos coordonnées pour cette dame sur la demande de la maman qui veut les lui transmettre ; la maman a tenu aussi à ce que chacune d'entre nous prenions note de son numéro de téléphone.

Il semble que c'est l'école, par le biais ensuite du médecin traitant, qui est à l'origine du signalement du saturnisme : ensuite, il a fallu à la DDASS retrouver le nom de la maman qui n'avait pas été noté dans le dossier hospitalier, et cela grâce à l'école. En effet, le maître avait remarqué que “Jeanne” mangeait des craies et a alerté la maman ; on a aussi retrouvé des endroits écaillés à l'école. La maman, du coup semble-t-il, a alors pris acte du fait que “Jeanne” mangeait du plâtre chez elle. Et pas en petite quantité, si on en croit les traces : sur environ 70 cm de hauteur et 10 cm de large par exemple dans le cagibi aux chaussures. Dans la chambre de “Jeanne”, les lieux de grattage se situent à la hauteur de l'épaule de “Jeanne” ou plus haut. Avec force aussi, car la maman raconte que “Jeanne” utilisait un marteau.

“Jeanne”, sur ma demande, m'a emmenée dans sa chambre : contenant deux lits superposés, dont elle occupe celui du haut, une armoire, un bureau avec un ordinateur. À l'entrée de la chambre sur la gauche, elle montre une trace de grattage. Seule avec elle, nous essayons de la faire parler plus librement. D'après ses réponses, peu distinctes, mais prononcées avec un sourire timide, elle se cache pour le faire (sa maman n'était pas là quand elle a mangé dans le cagibi aux chaussures, ni dans la chambre), n'en parle pas avec ses amies/son amie, ni à l'école, sauf avec la psychologue. À la question de savoir si cela lui fait du bien, elle fait signe que non ; de savoir si cela la calme parce qu'elle est énervée par quelque chose, elle semble acquiescer. La maman nous rejoint ensuite et nous voyons que, comme lors de la conversation dans le séjour, “Jeanne” lui jette des coups d'œil, guettant son approbation après chaque réponse. “Jeanne” semble une enfant très docile. Et c'est aussi comme cela que sa maman la décrit, toujours très gentille, très serviable :

trop ?

“Jeanne” est très grande, même pour son âge, un peu enveloppée : « *elle met les mêmes pantalons que moi* » dit sa maman, elle-même bien en chair. Elle est très souriante et réservée, au moins en notre présence et celle de sa mère. Pendant tout l'entretien, sa maman lui ayant demandé d'y assister à notre demande, elle reste assise sur une chaise à l'entrée du salon, et écoute, paisible, manipulant sa boîte de médicament, prise sur la desserte. Elle répond peu, semble-t-il par timidité (/peur/lenteur/inhibition ?), quand cherchant à l'impliquer dans cette conversation qui la concerne, nous nous adressons à elle. Sa maman l'engage aussi à répondre.

Dans son jean moulé et tee shirt court, on voit qu'elle commence à avoir des formes de jeune fille. Sa maman précise cependant qu'elle n'a pas encore eu ses règles, alors que sa fille aînée les a eu à onze ans. Elle pense que “Jeanne” est plutôt comme elle, qui les a eu « *tard* », à treize ans. Aux questions pour savoir si elle s'intéresse aux garçons, la maman répond et affirme que non et reviendra sur ce point en nous raccompagnant hors de l'immeuble : non, elle est « *même très réservée* » précise-t-elle. Elle se demande aussi si elle ne devrait pas consulter un médecin pour vérifier qu'il est normal qu'elle n'ait pas encore ses règles.

Sur ses rapports avec les frères et sœurs, “Jeanne”, dit sa maman, était contente de voir son grand frère venir habiter à la maison : c'est dans ce sens qu'elle a interprété la réflexion de “Jeanne” sur le fait que « *les enfants sortant du même ventre devraient être dans la même maison* ». Discours révélateur d'une souffrance liée à une famille dispersée ? Éclatée ? Nous apercevons le grand frère qui nous saluera discrètement avant de sortir régler une question avec la banque.

Les sœurs partagent la même chambre. La maman partage sa chambre avec son dernier fils (elle le sert contre elle en disant cela) et un temps avec son grand fils, avant de lui aménager le cagibi. Celui-ci a aussi dormi sur le canapé du salon.

La maman charge le petit frère de dire à “Jeanne” que « *maman va taper si elle mange encore du plomb* » ; n'ayant pas eu l'opportunité de le leur demander directement, nous ne savons pas comment le grand frère ou la grande sœur prennent cela en charge. La maman elle-même est restée vague sur le sujet.

“Jeanne” dit aller à l'école avec plaisir. « *Ce qui est difficile* dit-elle, *c'est de répondre aux questions* ». Elle a redoublé, explique-t-elle, parce qu'elle est arrivée en cours d'année à l'école, du fait du déménagement : elle était « *en retard* » et n'a jamais pu rattraper ce retard. Cela marche mieux cette année. L'instituteur avait appelé la maman pour lui proposer le redoublement qu'elle avait accepté.

Elle dit ne pas trop aimer le sport non plus, qu'ils font surtout de la course/endurance. Ils vont commencer la natation, qu'elle préfère. Sa maman ajoute sans précision qu'elle l'envoie de temps en temps le samedi à la piscine à côté.

Très vite, la maman nous questionne sur la « *maladie* » de sa fille et revient plusieurs fois sur les symptômes, les possibilités de soins. Elle dit qu'elle a peur, qu'elle prie tous les jours : elle est bien catholique comme le suggérait la statuette de la Vierge à l'Enfant.

Elle nous pose des questions, comme si c'était la première fois qu'elle avait l'occasion de rencontrer des personnes compétentes. Elle demande si les enfants qui ont ça vont mourir. Et elle commence même à pleurer discrètement. Elle cherche à

bien comprendre. Elle dit que sa fille grandit bien, mange bien, dort bien, mais pas trop : elle ne dort jamais dans la journée, reste devant la télévision ou l'ordinateur. Qu'elle n'est jamais malade et n'a jamais de fièvre, « *rien du tout* ». Elle a été propre très vite, sans *pipi au lit*.

Elle a cherché à se renseigner sur le pica et en a parlé à sa sœur du « 101 » et à celle qui est aux Antilles. Elles lui ont rappelé que la fille d'une cousine, « *qui a tellement mangé de terre quand elle était à Haïti* », a maintenant une trentaine d'années, est mariée et vit sur New York : et c'est « *une fille jolie toute blanche* ». Elle vivait toute seule avec sa maman célibataire jusqu'à ce qu'elle « *entre* » aux Etats Unis.

Elle envisage d'autres traitements, comme des lavages d'estomac ou une opération ? Est-ce que les médicaments prescrits « *chassent le plomb ?* » Quand le technicien sanitaire explique que le traitement du médecin généraliste (du fer) « *d'une certaine façon, oui aide à évacuer le plomb* », elle se dit qu'une fois cette boîte terminée, elle va en redemander. Le technicien sanitaire lui dit de bien suivre les conseils du médecin.

Finalement, la maman dit que « *cela va mieux* », que sa fille aurait arrêté de manger du plâtre suite à la visite à l'hôpital ; le prélèvement sanguin lui a fait peur et aussi le fait que sa mère l'ait menacée de l'y laisser.

Malgré cela, quand on les quitte un peu avant midi, et qu'elle nous raccompagne, on la laisse très inquiète. Nos deux accompagnatrices décident que notre présence et notre nombre surtout ont été perturbateurs et qu'elles ne viendront plus à deux.

L'entretien s'est bien déroulé dans le sens où nous avons été bien accueilli, où nous étions attendu favorablement. La maman était très avenante ; elle nous a offert à boire, de l'eau en bouteille, du jus de fruit, des glaçons. Elle parle volontiers, même beaucoup, engageant sa fille qu'elle avait appelé à ses côtés dès notre arrivée à participer (sans trop de succès), n'hésitant pas non plus à impliquer le petit frère.

Les tentatives de communication directe avec “Jeanne”, séparément de sa mère, n'ont pas été fructueuses : timide, elle est surtout restée spectatrice, peu vive à répondre (du fait d'un léger retard ?) ou bien du fait que sa maman est trop volubile (autoritaire ? directrice ?) et que “Jeanne” n'a pas la possibilité de déployer sa pensée ? La maman nous a ainsi rejoint très rapidement quand nous avons demandé à “Jeanne” de visiter sa chambre : elle lançait sans cesse des coups d'œil rapides à sa mère après chaque réponse qu'elle faisait. La personne très effacée qu'elle semble être dans la situation où nous l'avons rencontrée contraste avec la violence et le mal-être qu'elle exprime quand elle fait usage d'un marteau pour casser un mur pour récolter le plâtre à manger. Nous avons essayé de cerner les circonstances entourant cette action, sans réponse très fiable. Ses occupations et ses fréquentations quand sa mère est absente (tous les soirs après l'école) restent également floues. Il serait intéressant de rencontrer “Jeanne” sans sa mère et au milieu de sa fratrie ou de ses camarades.

“Jeanne” semble consommer des revêtements muraux depuis longtemps, en tout cas au moins cinq ans (signalement par la tante), c'est-à-dire depuis qu'elle a sept ans. Est-ce que cela pourrait être en rapport avec la naissance du petit frère, qui

a aujourd'hui huit ans, avec qui elle a trois ans d'écart ? Est-ce que les taux d'intoxication actuels sont un reste d'une intoxication saturnine plus ancienne et plus grave passée inaperçue ?

Sa maman, qui s'est appliquée à réparer et effacer toute trace sur les murs, dit qu'elle a cessé : faut-il attendre un nouveau contrôle qui pourrait avoir lieu en novembre (trois mois après le dernier qui était d'août) ?

A-t-elle accès à d'autres gisements, en dehors de l'appartement, loin de la présence de sa mère ?

La piste d'une maltraitance sexuelle, envisagée de façon théorique avant la visite, compte tenu de l'âge de l'enfant ne paraît pas pertinente : le pica a débuté à l'âge de six ans et aucun argument précis ne vient renforcer cette hypothèse.

On ne sait rien quant aux liens au(x) père(s) que les conditions de ce premier entretien ne permettaient pas d'explorer plus avant.

Bilan de la visite

Au total, il s'agit d'une fillette de 11 ans, grande pour son âge, « en retard », mais bien développée, avec un pica constaté depuis l'âge de six ans, trois ans après la naissance du petit frère, dont les facteurs de causalité n'ont pu être précisés : difficultés scolaires, enfermement dans la maison sans contrôle parental, enfant « en retard », autorité excessive de la mère, problèmes conjugaux ?

Les grandes plages de temps de l'enfant sans contrôle par la mère, ne permettent pas d'identifier les différents lieux parcourus par l'enfant, ce d'autant qu'il n'y a pas eu moyen de véritablement s'entretenir avec la fillette du fait de l'omniprésence de la mère.

Il serait nécessaire de prendre contact avec la psychologue et éventuellement la tante.

Il faut aussi envisager qu'elle n'ait plus de pica, ainsi que l'affirme la mère : les taux de plombémie actuelle ne peuvent-ils pas être mis en relation, ici aussi, avec un relargage, favorisé par la croissance au moment de la puberté ?

Famille PEDP : « Le pica de l'enfant du duplex dont le père est parti en Afrique au moment où sa mère était enceinte »

Préparation de la visite

12 août 2009 (Mail de St. Égron)

L'enfant signalé né en 06/2006 a été prélevé en mars 2009 à 120 µg/l.

Le diagnostic dans le logement post 1949 est totalement négatif. Suite à l'enquête environnementale réalisée ici par l'infirmière de la ville (qui fait tout toute seule en matière de saturnisme, exception sur le département : suivi des enfants, travail avec les PMI, diagnostics dans les logements, assistance pour les travaux, contrôles), aucune source n'a pu être trouvée, pas de comportement à risques... Mais comme nous cherchons tout de suite "où" l'enfant s'est intoxiqué et pas du tout "pourquoi", il se peut qu'on soit passé à côté de quelque chose.

Plombémie de contrôle en juillet : l'enfant signalé est à 150 µg/l, son petit frère, né en juillet 2008 = 70 µg, son aîné immédiat, né en juin 2004 = 70 µg. Il semblerait qu'il y ait une grande sœur, née en 2002, et pas prélevée.

Dans cette ville, les puéricultrices de PMI ne font pas de VAD (visite à domicile), la question ne se pose donc pas.

L'infirmière SP fera probablement la visite avec nous (de retour de congés le 24). Une de ses collègues, doit joindre la famille pour nous confirmer également un RV .

6 octobre 2009 (Mail de St. Égron)

Le RV avec la famille a été fixé à 13h le mercredi 21/10. Je ne pourrai me joindre à vous pour cette visite qui se déroulera avec l'infirmière du service d'hygiène de la mairie, en charge du saturnisme depuis plusieurs années. J'attends confirmation de la présence d'une puer de la PMI qui suit les enfants.

19 octobre 2009, CR de l'entretien téléphonique avec l'infirmière du service d'hygiène de la mairie

Famille originaire du Mali. Le père travaille dans le bâtiment ; la mère ne travaille pas.

La PMI a prescrit la plombémie, car la famille dit que l'enfant signalé a un comportement de pica. Le bâtiment est récent : « *un beau logement, duplex, avec accès jardin ; pas de cage d'escalier* » « *Rien de suspect dans l'enquête environnementale* »

L'enfant concerné a été allaité jusqu'à 16 mois.

21 octobre 2009, visite à la PMI²⁰

Nous retrouvons l'infirmière du service d'hygiène de la mairie dans son service, qui a en charge le problème de saturnisme. Raté de communication qui se révèle utile ; nous n'avons pas reçu son mail devant recenser les informations sur le dossier échangées par téléphone et devant permettre le contact téléphonique avec la PMI.

Le médecin de la PMI a prévu sans que nous soyons au courant (ou plutôt

²⁰ ALEP & AED en collaboration avec l'infirmière du Service hygiène de la municipalité et le médecin de PMI.

nous pensions ne pas avoir réussi cette mobilisation nécessaire), nous apprend l'infirmière, d'effectuer la visite avec nous.

Au-delà du recueil et de la synthèse d'informations, avant de faire la visite, il nous faut accorder nos violons : ce n'est pas facile, ni forcément indiqué de faire une visite à quatre.

Il est bien de se voir avant pour 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 paroles entendues et aux micro-événements de la vie quotidienne survenant durant la visite (dispute entre enfants par exemple),...

Nous décidons donc de passer d'abord à la PMI, plutôt que de nous rendre directement au domicile de la famille. Le quartier est calme, fait de petite maisons ouvrières et d'un ensemble d'immeubles de 5-6 étages en longueur que l'infirmière désigne comme des « *barres* » devant bientôt être réhabilitées. Il y a également des terrains vagues, « *dents creuses* » dit-elle, reprenant des termes d'urbanistes. Elle parle de l'insécurité du quartier, un de ses collègues s'étant fait attaquer et voler une moto. Dans ce quartier, anciennement occupé par des personnes d'origine espagnole, habitent maintenant massivement des Africains : « *Les jeunes qui sont en groupe ne sont pas méchants, mais font peur* ». La PMI est située face à quelques commerces.

Nous arrivons à midi, il commence à pleuvoir, le personnel est en pause dans la cuisine : des piles de vêtements propres sont disposées sur une table, à la disposition des visiteurs intéressés. Invités à prendre un café, nous expliquons notre démarche qui, répétons nous, consiste autant à localiser les gisements de sels de plomb, qu'à identifier des facteurs permettant de comprendre la causalité de ces troubles du comportement frappant un enfant. Puis, nous recueillons les impressions des diverses personnes connaissant cette famille : la maman « *qui a l'air souvent exténuée / débordée, portant un enfant dans le dos et traînant les deux autres derrière elle* ». « *Des gens sans problème, qui ne sont pas du tout du genre à laisser sortir leurs enfants dehors* » (= traîner dehors) dit une personne travaillant à la PMI qui habite une maison voisine.

La pédiatre dit avoir rencontré la famille pour le prélèvement lié à la demande de plombémie. Celle-ci a été effectuée parce qu'elle avait noté une pâleur de l'enfant, signe d'une anémie, et que la demande de plombémie permettait d'obtenir la numération, formule sanguine (NFS) gratuitement. C'est à cette occasion que le saturnisme a été découvert : « *La mère ne comprend pas, elle rigole, mais elle n'a pas compris* ».

Nous constatons tout d'abord le délai d'un an entre la prescription de la NFS en juillet 2008 et sa réalisation en avril 2009 montrant une anémie à 5,8 g/100 ml et une plombémie à 120 µg/l : 7,2 g/100 ml après traitement par fer en juillet 2009 et plombémie à 150 µg/l.

Apparemment, pas de recherche d'une autre cause d'anémie, une fois le saturnisme découvert et considéré alors comme cause de l'anémie : 7,2 g/100 ml, ce n'est pas négligeable, cela ne doit pas être *si fréquent dans le secteur*.

C'est sur ce constat que nous nous rendons chez la famille, les deux ethnologues, le médecin de PMI et l'infirmière.

21 octobre 2009, visite à domicile²¹

Nous arrivons, toujours sous la pluie, à des petits collectifs récents, donnant sur des appartements en duplex. C'est l'enfant signalé qui vient nous ouvrir la porte, habillé d'un boubou jaune vif (à la dernière mode). S'accrochant à la poignée de la main droite, il donne sa main gauche pour saluer : mais le père nous dira plus tard qu'il s'agit bien d'un droitier, qu'il mange toujours de la main droite et n'est en aucun cas « contrarié », ce que nous vérifierons. Nous nous déchaussons, invités à pénétrer dans une grande pièce par Monsieur : la pédiatre, pénètre entre la première, suivie de l'infirmière, et des deux ethnologues. Madame et les enfants s'affairent à nous apporter des chaises pendant que la pédiatre a déjà engagé la conversation et que Monsieur veut déjà nous emmener voir où son enfant a mangé le plâtre des murs. Nous protestons, affirmant qu'il ne convient pas d'aller si vite, qu'il faut d'abord s'asseoir, se présenter, qu'on ne peut pas s'entretenir calmement en restant debout, que cela va trop vite, qu'il faut faire connaissance.

Chacun prend place et la conversation démarre assez vite sur le logement. Monsieur explique « *qu'il est passé par beaucoup d'autres lieux* ».

Il est soninké, il vient du Mali, son village est à 9 km de la frontière avec la Mauritanie. Il s'agit du village de B.. Il nous dit que sa femme est une T. (nom de jeune fille).

Le fait que T. soit également le nom marital d'Anne-Élène Delavigne permet immédiatement de créer un lien supplémentaire, propre à favoriser la parole.

Monsieur a un oncle maternel (le dernier né porte son nom) à Bamako et il y passe à chaque voyage au Mali ; quelques jours à l'aller et quinze jours ou trois semaines sur le chemin du retour. Il a même acheté un terrain à Bamako, ce qui est une des formes d'épargne et de préparation de la retraite habituelle chez les personnes qui réussissent leur migration à l'étranger.

Il est arrivé en France en 1991, d'abord hébergé dans un foyer, chez des amis (famille ?) avant d'aller un temps dans un « squat », puis son patron lui a pris un appartement à son nom et enfin l'a aidé à obtenir ce logement social parce qu'il avait des connaissances : « *Oui ! Quelqu'un avec le bras long ! (= homme de pouvoir)* » commente l'un d'entre nous. Ce qu'approuve Monsieur, puisqu'il s'agit d'une marque de reconnaissance par son patron de son excellence, de ses capacités de travailleur et de quasi chef de chantier. Il est en effet exceptionnel d'obtenir aussi vite (en cinq ans, entre 2002 et 2007) un logement duplex neuf avec jardin, quand certains attendent plus de dix ans : et c'était une des interrogations soulevées à la PMI auxquelles Monsieur répond d'emblée. Il a donc emménagé le 15 décembre 2007, répondant très précisément, car cela a coïncidé avec son dernier départ au

²¹ ALEP & AED en collaboration avec l'infirmière du Service hygiène de la municipalité ainsi que le médecin de PMI.

Mali pour un séjour de trois mois.

Les quatre enfants sont nés en France, deux autres enfants au Mali : un y vit, l'autre est décédé.

Très vite, il propose une boisson, du café et du coup, Madame s'affaire à apporter une table basse, du café soluble, des tasses en plastique, de l'eau chaude, du sucre. Monsieur sera attentif à ce que le dernier né, très vif, ne se brûle pas avec les tasses de café. La pédiatre nous quittera peu de temps après, restant pourtant plus longtemps qu'elle ne l'avait prévu au départ, compte tenu de son emploi du temps surchargé.

Après qu'un contact de bonne qualité ait pu être ainsi établi, nous résumons notre recherche. Nous expliquons à Monsieur les principes auxquels ce dernier doit prêter attention pour résoudre le comportement de pica qui s'est poursuivi dans ce logement récent, indemne de source d'intoxication. Le père doit passer en revue l'ensemble des appartements et lieux fréquentés, susceptibles d'être une source de contamination pour l'enfant. Il doit prêter attention au comportement de l'enfant lors de visites ultérieures, surtout s'il s'agit de logements dans des immeubles anciens.

Nous lui demandons alors s'il a des occasions de se déplacer avec sa famille, pour rendre des *visites, salutations, baptêmes, mariages, condoléances* etc. Oui répond il, « *il n'y a pas trois samedis où je ne suis pas sorti depuis que je suis en France* » (depuis 1992), que « *nous, les Maliens, nous sommes toujours sur la route* ». Entre sa camionnette de service et sa voiture personnelle, il est souvent sollicité par son entourage pour aider à des déménagements ou autres services.

Un autre indice de cette intense sociabilité est le nombre de canapés (pas moins de quatre) dans le salon où ils nous reçoit, une vaste pièce fermée donnant sur une baie vitrée découvrant le jardin et un écran télévision de taille imposante.

Monsieur est un homme jeune, souriant, de belle prestance, très vif d'esprit, très liant, sympathique, qui est probablement un personnage important et aimé dans son réseau de relation. Cela répond à une interrogation du dossier et infirme les résultats de l'enquête environnementale pour laquelle Monsieur avait été amené à assurer que « *non sa femme ne bougeait jamais de la maison* ».

Quelles sont les raisons qui auraient pu pousser l'enfant à ce comportement de pica qui est l'expression d'une souffrance ou d'un mal être de l'enfant, nous demandons-nous ? Nous évoquons le fait que l'enfant signalé, avant dernier enfant de la fratrie, ait pu être jaloux de son petit frère : - « *Très très jaloux* » confirme le père et la mère semble acquiescer.

Une possibilité à envisager est que l'intoxication date du moment où l'enfant signalé s'est rendu compte qu'il allait avoir un petit frère. Justement ! Cela a correspondu au déménagement de la famille dans le duplex neuf et au départ de son papa pour trois mois au Mali (entre décembre 2007 et mars 2008).

À notre demande, Monsieur précise que la maman, dès qu'elle est enceinte, consomme du kaolin, « alicament » courant de la grossesse en Afrique subsaharienne, et disponible dans les magasins de produits exotiques en Europe. L'enfant ne recherche-t-il pas dans sa géophagie à retrouver sa mère, des saveurs fondatrices ? nous interrogeons-nous à haute voix.

Monsieur va se livrer au cours de cet entretien. Il évoque des sources de

revenus complémentaires informels, par exemple l'expédition en Afrique de marchandises de récupération collectées en France.

L'atmosphère va se détendre, les enfants sympathiser avec l'infirmière qui sur notre suggestion leur propose de dessiner « *un bonhomme, bonne femme, maison, parents, toi...* ». La maman, tout en écoutant attentivement, vaque à ses occupations : donner le sein au dernier né, se couper les ongles à l'écart,... Nous sommes « en famille », réfléchissant ensemble sur la santé des enfants.

C'est un temps essentiel pour observer les jeux de rôle familiaux, les interactions entre les enfants, entre eux et avec leurs parents, identifier la personnalité des personnes présentes et/ou absentes,... Cette phase d'observation est importante pour identifier des signes, convergeant en faisceau expliquant le désarroi éventuel de l'enfant saturnin.

Après une heure, d'entretien, le père, jusque-là tranquille, manifeste des signes d'énervement, parce qu'il veut fumer. Le fait de partager cet instant (deux des intervenants étant fumeurs) au fond du petit jardin, de partager la même addiction, a été un temps de « mise en phase » tranquille qui a permis une reprise de l'entretien avec intégration des données précédentes et avancement de la réflexion.

Monsieur explique qu'il est *dans le bâtiment*, mais qu'il est actuellement en arrêt maladie, qu'il a des problèmes de dos, que ce n'est pas la première fois, qu'il a eu une sciatique depuis 2002, qu'il a déjà été arrêté quatre mois pour cette même raison. Nous lui demandons comment il se soigne, si c'est avec la *médecine traditionnelle*, en désignant en même temps l'amulette africaine suspendue au cou de l'un de nous. Mis en confiance, certain d'être compris, il exhibe alors les ceintures thérapeutiques africaines, les amulettes qu'il utilise : mais dont il n'est pas trop content, ces dernières ne marchant pas comme celles qu'il utilisait précédemment. « *Cela dépend de ceux qui la font ; certains sont bons d'autres non* ». Il a trois ceintures, *qui ne valent rien* et qu'il va, soi-disant, *jeter*.

À la question de savoir si sa femme lui masse le dos avec du beurre de karité chaud (avec de la paille de fonio, Graminée sauvage, *Digitaria exilis*), comme on le fait au pays en milieu rural (sous entendu, avec nécessité que le couple s'entende bien), la réponse est affirmative, mais sans fonio. Son sourire exprime le plaisir qu'il a à rencontrer des « étrangers » connaisseurs de pratiques simples traditionnelles, éclairant l'intimité conjugale.

Il nous apprend qu'il était cultivateur et chasseur au Mali et partage avec nous ses souvenirs de chasse, cherchant les noms des espèces en français.

Monsieur revient sur son arrivée en France en 1992 (après la chute du président Moussa Traoré en 1991), une première expérience de travail dans le ménage, puis son expulsion en 1995, son mariage (sa femme lui a été promise toute jeune par son oncle maternel, c'est une cousine) et son retour en France, puis l'arrivée de sa femme en 2002.

Il parle également de la perte de son père pendant qu'il était en France : la photo de ce dernier, représenté comme un « *hadj* » (comme étant allé à la Mecque), domine le salon où nous sommes. C'est une preuve de l'attention qu'il porte à ses parents et à sa famille pour qui il souhaite le meilleur.

Il évoque aussi le fait qu'il n'a pas connu sa mère, morte quand il était petit (il

est né au Sénégal où son père était parti pour trouver du travail avant de revenir au village, rappelé par son frère) et a été élevé par une co-épouse de sa mère, dont il se sent responsable aujourd'hui. Il entretient et s'occupe de la famille restée au village (150 Euros envoyés chaque mois). Il a investi de l'argent en achetant un terrain dans un quartier excentré de Bamako, sur lequel il compte à terme édifier une maison.

Bilan de la visite

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 non usurpée, 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 souriant à ses enfants.

Notre visite a permis, non pas d'identifier le gisement responsable, mais une foultitude de lieux pensables, liés aux nombreux déplacements familiaux (majoritairement masculin ?) pour des baptêmes, condoléances, événements sociaux.

En ce qui concerne la causalité, il semble y avoir des corrélations majeures entre le début de l'intoxication et les événements familiaux : nouvelle grossesse de la mère, départ du père en Afrique pour de longs mois, dépression possible 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.

Il ne semble pas y avoir de projet polygame.

Le « pica de l'enfant du duplex dont le père est parti en Afrique au moment où sa mère était enceinte » n'a pas fait l'objet d'interprétation de causalité traditionnelle, au contraire de ce que signifient les amulettes de ceinture exhibées pour la maladie du père.

Monsieur semble avoir bien compris les enjeux (« où et pourquoi ? ») et semble pouvoir de ce fait relayer et prendre en charge le problème du saturnisme dans sa propre famille et dans ses nombreux réseaux sociaux.

Si le pica est avéré, il semble porter actuellement sur des matières sans plomb.

Les dosages de plombémie ne pourraient-ils pas correspondre à une intoxication antérieure au logement actuel, non réactivée par le pica actuel et plus en rapport avec un relargage osseux, qu'avec une intoxication active ?

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

Préparation de la visite

4 novembre 2009 (Mail de St. Égron)

2 adultes + 3 enfants : l'enfant signalée, née en 04/2003, son cadet né en 09/2005 et un garçon (en fait une fille) né en 2008.

L'aînée de la fratrie a été intoxiquée en 2005 et dépistée en novembre 2005 à 136 µg/l. L'enquête environnementale a révélé un peu de plomb accessible sur les boiseries de l'appartement : l'enfant ayant un léger pica à l'époque, nous nous étions contentés de cette explication.

Les travaux ont été réalisés en mars 2008 dans le logement et la plombémie de l'aînée de la fratrie est repassée bien en dessous du seuil de 100µg/l.

Entre temps, le petit frère, l'enfant signalé, le deuxième enfant est passé en classe III, à plus de 400 µg/l. Les travaux étant réalisés et le plomb inaccessible dans le logement, la plombémie devrait baisser, mais au contraire, elle stagne (avril 2009, toujours en classe III).

Entre temps, un bébé est arrivé et il me semble qu'une plombémie a déjà été faite.

Nous récupérons les dates de plombémie, les résultats exacts et reviendront vers vous avec les infos et une date de RV ».

16 novembre 2009, CR de l'entretien téléphonique avec S. Aouici ²²

Elle connaît la famille depuis février 2006 quand elle a mené l'enquête environnementale. Les relations étaient « tendues » avec Monsieur du fait de démêlés avec la mairie et de « cafouillages » avec les services de la préfecture.

Monsieur a été victime d'une escroquerie au logement : faux propriétaire, faux bail. L'adresse communiquée du soi-disant propriétaire dans le 17^{ème} arrondissement de Paris n'existait pas. L'immeuble appartient à la mairie qui a mené une procédure d'expulsion contre lui, comme s'il était un « squatter », alors qu'il payait des loyers (au moins pendant un certain temps). Cela s'est résolu par le paiement d'une « indemnité d'occupation » que Monsieur considère comme élevée (aux alentours de 500 euros).

L'enquête environnementale a révélé la présence de peinture au plomb dans le logement. Il y a eu un retard dans la prise en charge des travaux.

Monsieur s'est tourné vers une assistante sociale qui lui a conseillé de mener lui-même les travaux, ce qui était un « mauvais conseil » puisque du coup tout a été à sa charge. La DDE s'est substituée à la mairie « propriétaire défaillant » pour réaliser le reste des travaux non effectués, la réfection des boiseries des portes et des fenêtres. Par ailleurs, comme il y avait un autre cas d'intoxication dans l'immeuble, les parties communes ont également été refaites.

Malgré cela, d'après le mail de St. Égron, si la plombémie de la fille aînée qui

²² Infirmière de l'association HSD, habitat, santé, développement. Elle-même y travaille depuis 2005 après une formation d'infirmière et un 3ème cycle en santé publique consacré au rôle de l'infirmière coordinatrice dans les centres de prise en charge de la mucoviscidose.

a été dépistée en novembre 2005 à 136 $\mu\text{g/l}$ est redescendue à 45 $\mu\text{g/l}$ en mars 2008 après les travaux, celle de l'enfant signalé (né en 09/2005) a « doublé » en avril 2009 : il est en classe III, à plus de 400 $\mu\text{g/l}$. On ignore si le dernier né, né en 2008, est concerné (en fait une fille).

Une nouvelle plombémie est prévue en décembre. Il y a eu une consultation programmée en septembre à laquelle la famille ne s'est pas rendue : mais le père est justement passé ce lundi récupérer une ordonnance pour effectuer la plombémie, nous a appris la standardiste.

D'après l'infirmière, il y a peut être un problème au niveau du suivi de la plombémie, car elles sont toujours très espacées, rendant difficile la lecture de l'articulation des montées de plombémie avec des événements domestiques et familiaux, notamment la naissance de nouveaux enfants.

Nous voulions savoir pourquoi nos accompagnatrices pensaient qu'il fallait un homme pour cette visite. L'infirmière dit que le problème n'est pas que Monsieur soit « *autoritaire* », mais surtout qu'il soit « *têtu* ». Il n'a eu que des interlocuteurs féminins et elle le sent réticent à « *se plier à une organisation* ». Elle donne deux exemples.

Les RDV sont difficiles à fixer, du fait des horaires de travail de Monsieur. Il ne veut (peut) pas prendre un jour de congé et il juge que sa femme ne peut les gérer. Finalement, il aurait « *fait du forcing* » et le RDV a été fixé non le matin, mais l'après midi comme cela l'arrangeait. Il est agent d'entretien dans un hôpital en banlieue parisienne.

Second exemple donné : suite à la découverte de l'intoxication, on lui a proposé un relogement qu'il a refusé parce que « le logement était situé en face d'un cimetière » .

Lui-même a constitué des dossiers de relogement dans le cadre du droit au logement opposable en donnant une adresse de domiciliation à Paris dans un foyer. Le dossier a été suivi par des assistants sociaux de l'association HSD dans le cadre des travaux d'aménagement, d'où les informations disponibles.

Il est d'origine malienne, en France depuis plus longtemps que sa femme.

Il a été marié à une Française dont il a eu un fils et dont il aimerait obtenir la garde : ce pourquoi il tient à être relogé dans un grand appartement et à ce que les problèmes d'intoxication de ses autres enfants soient réglés. Pour l'instant, ils sont cinq (trois enfants et les parents) dans un deux pièces très petit, où il n'est pas question d'obtenir la garde du fils du premier lit. Il est « *très remonté contre la mairie* ».

17 novembre 2009, CR de l'entretien téléphonique entre AED et la puéricultrice, de la PMI

Très surprise d'avoir une ethnologue au téléphone et pas contente que ce ne soit pas HSD qui fasse le relais avec eux. Ne trouve pas l'appel légitime. Elle nous reproche à la fois d'être extérieurs et parachutés, et par ailleurs même pas du milieu médical, alors qu'elle doit communiquer des données confidentielles du dossier médical : « *Pourquoi ce n'est pas les infirmières ? Alors qu'on transmet des chiffres et que vous n'êtes pas médecin, ça pose question.* ». Elle aurait souhaité plus de concertation avec HSD pour mettre en commun les informations sur les familles et

qu'ils se renseignent eux-mêmes. Elle répète plusieurs fois qu'ils connaissent bien les familles, ont des liens avec elles et sont les mieux placés pour récupérer des informations, y compris en se rendant à domicile. Elle comprend mal qu'avant même d'avoir tenté cette procédure, on recourt à des anthropologues. Elle se sent remise en cause et précise que « *le médecin a fait ce qu'il fallait, il a mené l'enquête, orienté vers l'hôpital et les consultations de contrôle* ».

Elle trouve un *post-it* annoté par le médecin dans le dossier avec les pistes à explorer pour trouver la source d'intoxication : « *les visites de la famille dans un foyer, la vaisselle au plomb ou les conséquences des travaux* ». Elle commente toutes ces pistes par des exemples relevant de sa propre expérience. « *On a fait notre boulot* », « *on donne les conseils en suivant le dépliant de la CPAM (Caisse primaire d'assurance maladie)* » Elle se demande pourquoi nos conseils auraient plus de poids que ceux qu'ils donnent, « *parce que nous allons à domicile* » ? Elle trouve en résumé « *qu'on prend les choses à l'envers* ».

Elle communique finalement les informations dont elle dispose sur la famille, les découvrant en lisant le dossier, car elle-même ne le connaît pas. Elle dit que la famille vient régulièrement. Que l'enfant concerné a du « *tempérament* » puisqu'il est noté « *opposition maximale* » et qu'il a un pica persistant. Elle le relie à sa position dans la fratrie, garçon entouré de deux filles. Il est, au moment de la visite en avril dernier, scolarisé à mi-temps et parle bien. Il est noté qu'il ne s'est pas rendu à la consultation suivante pour le contrôle du 15 mai (« *un oubli* »). La petite dernière n'a pas été prélevée en avril parce qu'elle était alors trop jeune et à la visite suivante, elle était malade : donc cela doit être fait.

18 novembre 2009, visite à la PMI²³

Avant de nous rendre chez la famille, nous passons à la PMI. La puéricultrice, prévenue, nous reçoit sans enthousiasme, débordée par les consultations du matin qui se sont prolongées, empiétant sur la pause du déjeuner.

Dans le prolongement de l'entretien téléphonique, elle expose ses réticences, en raison du déficit de communication entre les diverses instances intervenant autour de la prise en charge des cas de saturnisme. Celui d'entre nous qui est « *médecin* » réexplique pourquoi nous avons été missionnés par la DRASSIF. Il affirme notre volonté de rattacher nos visites dans les familles à l'action d'intervenants ayant déjà noué des contacts privilégiés avec ces dernières : à la fois pour des raisons d'efficacité et de respect vis-à-vis des familles et des professionnels, mais également dans un but de formation sur le terrain des personnels médicosociaux à la démarche transculturelle.

Elle explique que l'organisation des PMI fait que les familles n'ont souvent pas un seul médecin référent, mais plusieurs interlocuteurs. Dans le cas qui nous intéresse, les médecins ayant connaissance du dossier n'ont pas de permanence ce jour-là et c'est sa collègue, également absente, qui assure le suivi.

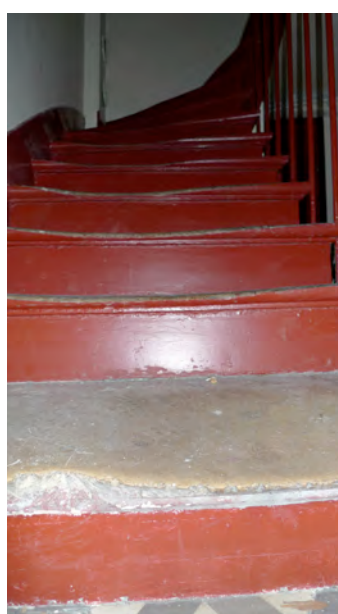
Elle comprend bien au final notre démarche qui consiste à identifier les facteurs de causalité aggravants et aussi qu'une prise en charge globale est nécessaire, qui ne passe pas uniquement par la rédaction d'une ordonnance.

²³ ALEP, AED accompagnés de S. Aouici de HSD.

18 novembre 2009, visite à domicile²⁴

Nous arrivons vers 14 h 30 dans un quartier en pleine rénovation dans un immeuble vétuste, coincé entre des immeubles de bureaux flambants neufs

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.

Nous trouvons Monsieur attablé. Commenant à travailler à cinq heures du matin comme « *polyvalent* » dans un hôpital en banlieue parisienne. Il vient de rentrer. Sa femme et ses trois enfants sont au « *Lavomatic* ». Les enfants viennent le solliciter de la part de leur mère, puis un voisin rapporte une partie du linge, avant que toute la famille ne réapparaisse, trimbalant d'énormes sacs de linge propre.

Monsieur est un homme énergique, dynamique, au français impeccable, mélange d'accent parisien et de tonalités spécifiques, une chaîne d'or autour du cou, maîtrisant une vêtue à la mode française et « négropolitaine » (cf. Manu Dibango). Un homme qui ne s'est pas contenté du vase clos social de ses compatriotes. Il a une connaissance profonde et intime des Européens et de leurs mentalités.

Aussi, très rapidement, la communication est aisée.

²⁴ ALEP & AED, accompagnés de S. Aouici de HSD.

Nous expliquons à Monsieur qu'il est important pour nous de rencontrer les enfants, d'observer comment l'enfant concerné se comporte au sein de la fratrie, s'il n'a pas une place à part, spéciale dans la famille comme l'ont par exemple les enfants qui sont gauchers ou qui « voient les djinns », ce qui pourrait expliquer un comportement où cet enfant se met en danger. Non. Et il n'a que très rarement surpris ses enfants à manger de la peinture.

L'appartement contient deux pièces, une pour le salon avec un canapé lit où Monsieur explique qu'il dort et une servante de chambre avec plusieurs lits superposés. Dans la cuisine de la taille d'un placard, Monsieur a installé une douche. Sans arrivée de gaz, ils cuisinent à partir d'un réchaud à bouteille, ce qu'il trouve dangereux. Nous acquiesçons et renforçons son propos en soulignant les proximités, entre les enfants saturnins et les victimes d'accidents domestiques ou de la voie publique.

Il n'y a pas de toilettes et il faut pour ce faire descendre au rez-de-chaussée, ce qui est peu pratique en pleine nuit, souligne Monsieur.

Il s'est beaucoup investi dans l'aménagement de l'appartement, installant des convecteurs, carrelant les toilettes collectives du rez-de-chaussée, faisant intervenir quelqu'un pour enlever le revêtement de plâtre ancien, retapissant l'appartement et le repeignant à plusieurs reprises, sécurisant un trou dans le sol avec une plaque de bois et installant un lino, etc.

L'appartement reste cependant, malgré ces efforts, en mauvais état, gagné par l'humidité, renforcée par un manque d'aération. Les murs abîmés laissent voir par endroit, au dessus du canapé, la couche de fond originelle, avec des traces de grattage par un enfant. Le mur près du lit de l'enfant signalé est également tout gratté et abîmé (sans peinture au plomb visible).

Le père dit avoir vu une fois l'enfant signalé sur le palier portant une écaille de plâtre à la bouche et sa grande sœur montre l'endroit où l'enfant signalé mangeait le mur : sur le palier, de chaque côté de la porte. Le fait qu'il soit nécessaire de passer par l'escalier pour se rendre aux toilettes multiplie les allers-retours, et les occasions pour l'enfant signalé de « grignoter ».

À l'heure actuelle, les travaux dans les parties communes de l'immeuble venant d'être achevés (commencés en 2008 et terminés en septembre 2009), on peut espérer que la source d'intoxication ne soit plus accessible. Il semble légitime d'imaginer que la contamination va diminuer en se souvenant qu'en mai 2009, elle avait doublé, passant à 367 $\mu\text{g/l}$. Cependant la contamination reste possible si les causes du trouble du comportement persistent et que l'enfant creuse volontairement pour atteindre une sous-couche originelle ou qu'il fréquente, par exemple, l'appartement des voisins qui viennent d'emménager, « *dans un état pire que celui-ci* » précise Monsieur.

La mère après être rentrée de la laverie, a téléphoné à plusieurs reprises (en soninke) et écoute sans intervenir.

Le fils aîné, non résidant, porte le nom du père de Monsieur ; la fille aînée porte le nom de la seconde épouse du père de Monsieur, la femme sans fils qui l'a élevé comme son fils après la mort de sa mère biologique, et lui a fait promettre de donner son nom à sa première fille ; le troisième porte le nom de l'oncle paternel de

Monsieur ; la quatrième, le nom de la mère de l'épouse. Les trois premiers, côté patrilinéaire, la dernière, côté matrilinéaire : c'est très conforme à la tradition.

L'enfant signalé, qui a quatre ans, le seul garçon du couple, « timide », écoute en se tortillant les propos que nous lui adressons, mais est peu désireux de communiquer avec nous. Néanmoins, il ne résiste pas à la proposition de réaliser un dessin, qui ne nous apporte pas d'information particulière, compte tenu de notre grille de lecture des dessins adaptée à des enfants plus âgés. Il rejoint les petites voisines venues jouer, qui n'ont pas de frère et semblent beaucoup valoriser son statut de garçon.

Nous expliquons aussi à la sœur aînée, qui a en charge la surveillance des plus petits qu'elle doit employer toute sa persuasion pour ne pas laisser faire son frère si elle le voit en action.



Lors de la réalisation de dessins, l'aînée de la fratrie se révèle gauchère, ce qui est intéressant, compte tenu de son passé saturnin [cf.dessin].

Il s'agit ainsi de mobiliser l'ensemble des membres de la famille susceptibles de jouer un rôle dans la prise en charge autonome de l'intoxication et de considérer les parents et les enfants comme des alliés de l'équipe médicale.

Monsieur explique son itinéraire : les villages d'origine de la famille, F. pour lui, T. pour elle, entre Kaye au Mali et Kidira au Sénégal ; son arrivée en France en 1998, « chez mon papa », un foyer de Paris 17^{ème} où logeait son père jusqu'à son relogement en

HLM ; un foyer où il a retrouvé la diaspora originaire des mêmes villages et régions que lui, « des cousins ».

Ses rapports difficiles avec son père, rigide et religieux, qui acceptait par exemple mal qu'il soit gaucher, comme c'est souvent le cas dans les sociétés islamo-africaines, où la main gauche est réservée à la souillure : « *mon père me tapait la main, il ne me parlait même pas, il attendait que je mette la main dans le plat* ». Cela fait qu'il choisit de rester habiter en foyer avec ses cousins, plutôt que de suivre son père dans son nouvel appartement en HLM. Pendant ce temps, il se forme comme vigile. Il voyage également, puisqu'il séjourne quatre mois aux Etats-Unis chez un oncle qui a une boutique de prêt à porter à New York.

Il se marie avec une Française en mars 1999, avec laquelle il a un premier fils en 1999, à qui il donne le nom de son père, selon la tradition : cette naissance accroît ses difficultés relationnelles avec son père qui n'accepte pas cette union avec une non musulmane. Ses rapports sont inexistantes avec sa belle-famille française, proche du « *Front national* », qui lui dit clairement ne pas approuver le choix de leur fille. Cette ancienne compagne est actuellement hébergée en foyer avec son fils de dix ans, dont il souhaiterait pouvoir avoir la charge, car il risque d'être placé. Il

explique qu'il est en attente des résultats d'un jugement sur cette question.

Il se marie en février 2002 avec une femme originaire d'un village proche du sien, une urbaine née à Bamako : elle le rejoint six mois plus tard. Ils ont maintenant trois enfants, un quatrième en route après une fausse couche, évènements que nous nous faisons préciser, car ils sont susceptibles d'avoir joué un rôle dans l'intoxication de l'enfant signalé, sur un fond de logement insalubre.

Il se retrouve un temps sans logement, avant d'emménager là où nous le trouvons. Il explique tout l'imbroglio autour de ce logement où il a été victime d'un escroc.

Monsieur explique les difficultés que les locataires de l'immeuble ont à se faire entendre pour qu'un minimum de travaux soit effectués par le syndic : malgré les nombreuses promesses du personnel du « *Domaine* » ; malgré les nombreuses visites d'inspecteurs d'hygiène, oubliant de signaler dans leur rapport l'absence de WC ; malgré le montant élevé de « l'indemnité d'occupation ».

Monsieur a monté les dossiers pour être relogé. Il a demandé à l'être sur Paris avec un certificat relatif au saturnisme, censé le rendre prioritaire et dont il est sans nouvelle depuis six mois. Il attend la décision du tribunal qu'il a saisi.

Suite à la discussion avec l'infirmière de HSD, il prend conscience de la possibilité de faire également une demande dans le département où il travaille (car il a de longs trajets mal commodes aux horaires qui sont les siens) et par le DALO (droit au logement opposable). Sa demande auprès de la mairie concernée (dans un département limitrophe) n'a pas été jugée recevable par la fonctionnaire à qui il s'était adressé.

Il dit ne plus vouloir vivre dans cet immeuble où il a trop souffert du fait de l'état de ses enfants.

Monsieur est très inquiet pour son fils qui est fortement intoxiqué, « *en classe IV* » dira-t-il plusieurs fois, répétant qu'un médecin lui a dit que c'était grave. Il recherche l'ensemble des papiers dont il dispose pour que nous soyons sûrs que le dossier est à jour.

Il doit récupérer une ordonnance le 7 décembre, lors de la visite à la PMI (qu'il a joint suite à un courrier de l'infirmière de HSD, s'inquiétant du suivi), afin de réaliser une nouvelle plombémie à l'hôpital. Il s'inquiète également pour la dernière née. Il se demande si l'eau n'est pas à incriminer et si elle ne rend pas aussi sa femme malade.

Il a toujours éloigné sa famille pendant les travaux, les envoyant chez une tante (dans un autre département) et même à l'hôtel, quand il s'est agi des travaux engagés par le syndic dans les parties communes. La contamination par les poussières semble avoir été bien prise en considération, mais les travaux ont duré une année.

Il évoque également les conditions d'insécurité du quartier, mal fréquenté, avec la porte d'entrée de l'immeuble qui ne ferme pas (c'est une de leur demande à la mairie) et la présence de drogués (et de seringues). Il a l'impression de « *vivre dans le risque* ». Il s'estime peu entendu dans ses requêtes : « *personne n'a voulu nous assister* » « *on m'envoie ici et là* » « *on nous dit juste « payez » et le reste on s'en fout* ». Il se sent pressé par la maladie de ses enfants (l'aînée était également

intoxiquée), par la séparation d'avec son fils (celui qui est avec sa mère) qui risque d'être placé en foyer.

Bilan de la visite

Cette situation est différente des précédentes, puisqu'elle rejoint la cohorte « classique » des saturnismes infantiles dans des logements pollués insalubres.

L'insalubrité de l'immeuble, l'exiguïté du logement, l'absence de WC privatifs et le recours à ceux de l'étage en dessous suffisent à expliquer l'intoxication des enfants.

Dans les facteurs de causalité permettant de comprendre la causalité des picas de ces enfants, on retrouve des coïncidences entre les découvertes d'intoxication et la survenue de cadets (avec trois enfants en 5 ans, une fausse couche et une grossesse en cours).

Les conditions de l'entretien, en dehors de la mobilisation de l'aînée (gauchère) et des petites voisines quant aux fragments de revêtements muraux, n'ont pas permis une observation suffisante des enfants et des interrelations familiales pour proposer un diagnostic de causalité de l'intoxication. La mère, que nous n'avons vu qu'en présence de son mari, réservée et souriante s'est jointe à la conversation, mais est inhibée par sa mauvaise maîtrise du français, qui contraste avec son dynamisme lorsqu'elle s'exprime au téléphone en soninké.

Le père, salarié, citoyen dans ses comportements (autogestion des travaux, mode d'expression des revendications, recours à la justice, enfants de plusieurs ménages, très au fait de ses droits, sachant faire un usage social du saturnisme pour obtenir un logement digne), exprime également une grande souffrance de sa situation, notamment en ce qu'elle affecte la santé de ses enfants, « la gauchère et son petit frère vivant dans un habitat insalubre aux WC collectifs installés à l'étage d'en dessous ».

Quant à la recomposition de la famille que le père revendique, avec garde du *fil*s, « le véritable fils aîné » issu du premier lit, c'est la même aventure et une affaire à suivre. Le droit coutumier africain qui confie l'enfant du divorce à la garde exclusive de la famille paternelle sous-tendra-t-il l'avenir ?

Loger cette famille dans un logement salubre est impératif : c'est nécessaire, mais est-ce suffisant ? Si les déterminants du comportement pathologique ne sont pas identifiés et corrigés, l'intoxication peut se poursuivre, au gré des visites amicales et familiales dans des logements insalubres.

La visite refusée pour logement trop petit

Préparation de la visite

4 novembre 2009 (Mail de St. Égron)

2 adultes + 6 enfants. il s'agit d'une famille polygame, l'une des deux épouses de Monsieur a quitté le domicile et habite le « 101 ».

Les enfants : née en 06/97, né en 10/99, née en 11/99, née en 11/01, née en 01/03, née le 4/01/04)

En 2006, l'anémie du troisième a entraîné un dépistage de tous les enfants des 2 fratries. Conclusion, 5 des 6 enfants intoxiqués en classe II A ou B, oscillant entre 130 et 240 µg/l (tous, sauf l'aînée).

L'enquête environnementale n'a permis de mettre aucune piste en avant. Il y a avait effectivement du plomb, mais seulement sur les volets et gardes corps. Pas de plomb dans les parties communes. À l'époque, tous les enfants étaient scolarisés sauf la cinquième qui était gardée au domicile et la seule à avoir un comportement de pica.

Ce dossier est resté un mystère pour nous et votre présence aujourd'hui nous permettrait peut être d'y voir plus clair. Certes, les intoxications sont anciennes et seuls deux enfants ont été suivis et aujourd'hui en dessous du seuil d'intoxication, autour de 60 à 70 µg.

Madame, la maman de la plupart des enfants sera là le 25, Monsieur sera également présent, parle soninké et un peu français. Je tâche entre temps d'éclaircir la composition familiale.

19 novembre 2009 (Mail de S. Aouici)

Monsieur refuse que nous allions chez lui au moment où les enfants sont à la maison, car le logement est trop petit (2 pièces). Je lui ai dit qu'il était préférable qu'on rencontre les enfants mais devant mon insistance, il a raccroché. Je lui ai donc laissé un message sur son portable (je tombe depuis systématiquement sur sa messagerie) avec des créneaux horaires en milieu de journée.

S. essaie une nouvelle prise de RDV.

Famille LAGS : « L'aîné guéri dont la petite sœur fait tomber les tableaux de la voisine du dessous, propriétaire de chien »

Préparation de la visite

4 novembre 2009 (Mail de St. Égron)

2 adultes + 3 enfants : l'aîné né en 08/2001, le cadet né en 05/2003, et la dernière née en 01/2006.

La famille habitant un hôtel meublé insalubre, les enfants se sont faits dépister en mars 2006. Seul l'aîné s'est révélé être intoxiqué, mais en classe IV (472 μg). Il y avait effectivement du plomb accessible dans leur logement de l'époque, suroccupé et inadapté à la taille de la famille. Suite à un traitement chélateur, la plombémie de l'aîné a baissé progressivement. La famille a été relogée provisoirement dans une résidence sociale en 2008, puis relogée définitivement dans un logement récent. Le problème est que l'aîné est toujours aux alentours de 200 μg , ce qui nous semble anormal étant donné qu'il n'est plus exposé depuis presque deux ans maintenant.

16 novembre 2009, CR de l'entretien téléphonique avec S. Aouici

La famille vient d'être relogée ce mois-ci ... à côté du métro.

C'est l'aîné, l'enfant signalé (né en 2001) qui est concerné, aîné d'une fratrie de quatre.

L'infirmière l'a rencontré en 2006 pour une intoxication de classe IV (472 $\mu\text{g/l}$). L'enfant était scolarisé, allait à l'étude, était le moins possible dans le logement. Ils habitaient alors dans un hôtel insalubre, mais sans peinture au plomb. C'était un hôtel « *tenu par un marchand de sommeil* » dit-elle, propriétaire d'autres hôtels, ainsi que de divers appartements dans le département. Il y a une procédure judiciaire contre lui pour « *habitation indigne* ». Monsieur avait des bons rapports avec ce gérant et pendant des travaux qu'il effectuait, ils ont pu être relogés dans une chambre plus grande. Cependant les travaux ont été effectués en présence des occupants, alors qu'il abattait des plafonds. La DDASS a été interpellée par l'association HSD et a effectué un contrôle (négatif) de la poussière.

Ils ont été relogés en 2008 (suite à l'intoxication), dans une résidence sociale ; un « vrai » appartement dit-elle, mais dans des algécos superposés. L'enfant intoxiqué, l'aîné, l'était cependant encore en 2008 (203 μg). Il est allé à l'hôpital en février 2008 et récemment pour des problèmes dermatologiques (cuir chevelu). Il a eu un traitement chélateur sous forme de comprimés. « L'hôpital » a noté son échec du fait de la « persistance de la source ».

Madame travaille (elle vendait du maïs) et Monsieur également. L'infirmière se rappelle qu'il dépendait du régime général et a même été en arrêt maladie pour un accident de travail. Madame n'avait à l'époque pas de carte de séjour, ce qui a gêné leur relogement rapide dans le parc social : la condition est que les deux membres du couple aient une carte de séjour. Elle doit être d'origine sénégalaise.

18 novembre 2009, visite à la famille²⁵

La famille vient d'emménager dans un immeuble moderne à quelques centaines de mètres de la station de métro à proximité des algécos où ils ont été aussi logés pendant environ deux ans. L'immeuble fait partie d'un ensemble, en retrait du boulevard.

Tandis que nous cherchons la bonne cage d'escalier, un gardien, noir (cela nous paraît être pertinent à relever), nous voyant prendre des photos, s'en inquiète avec humour : la résidence est sous bonne garde. Il y a aussi un peu plus loin une loge de concierge où quelques personnes, des ménagères et des personnes âgées d'une soixantaine d'années, des promeneuses de chien se rencontrent. Les abords immédiats des entrées d'immeuble sont parsemés de crottes de chien et on aperçoit un peu plus loin un jardin (peu piétiné) et deux aires de jeux aménagées pour les enfants, désertes, avec peu de traces de piétinements et de déchets spécifiques visibles.

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.

Au moment où nous nous apprêtons à frapper le code de la porte d'entrée de la cage d'escalier de la famille, une femme entre 50 et 60 ans nous ouvre quand elle apprend à qui nous rendons visite. Elle nous raconte avec humour qu'elle habite l'appartement en dessous du leur et qu'elle allait justement voir la concierge pour évoquer son problème de voisinage : les enfants courent et sautent sans cesse de 7 h du matin à 10 h du soir au-dessus de sa tête, jusqu'à faire se décrocher un tableau de son mur. Impossible de se reposer, alors qu'elle est en arrêt maladie. Elle précise qu'elle même, originaire d'Afrique du Nord, n'est pas hostile aux enfants et aux Africains en particulier, mais que les nuisances sont insupportables. Sans vouloir incriminer une famille avec quatre jeunes enfants, elle aimerait trouver une solution pacifique et elle est déjà allée voir la famille à ce sujet. Le seuil de la porte de son appartement est marqué par une mezuzah, l'amulette de seuil juive. Nous lui conseillons avec insistance de nouer une relation personnalisée avec les enfants concernés, si elle veut réussir à éviter une situation conflictuelle.

C'est l'aîné qui nous ouvre la porte, un sac poubelle à la main : il serre la main droite qui lui est tendue avec sa main droite, répondant clairement à la salutation. Nous sommes reçus par Madame au salon, une pièce avec une télévision, une table basse et plusieurs canapés et fauteuils, propres à accueillir beaucoup de monde en visite, séparée par une demi cloison de la cuisine.

Ils viennent d'emménager deux mois auparavant et l'appartement n'est pas très investi : peu de décorations aux murs, si ce n'est un dispositif avec les photos des

²⁵ ALEP & AED en compagnie de S. Aouici.

enfants au dessus d'un bébé blond, non identifié ou publicitaire ; pas d'amulettes de seuil, ni de signes religieux ; un parquet sonore, pas de tapis, ni de moquette que nous conseillerons d'acquérir rapidement pour amenuiser le bruit pour les voisins du dessous. Ceci est prévu, une fois que la cuisine aura été séparée du salon.

Dans la foulée, en miroir, l'aîné et sa mère, écoutés attentivement par la petite sœur, trois ans et demi, évoquent les nuisances générées par les aboiements des chiens des voisins du dessus et du dessous et la crainte ressentie par les plus petits lors de rencontres avec les animaux dans l'ascenseur, les couloirs ou l'extérieur.

L'aîné et sa sœur (qui porte le nom d'une tante paternelle) viennent s'asseoir à côté de leur mère sur un des canapés, voire sur ses genoux, sans qu'elle ne les repousse, au contraire. Comme d'habitude, dans ce type de culture, il n'y a pas de baisers entre la mère et les « grands » enfants. Par contre, les échanges de parole, de regards et les attouchements sont particulièrement intenses. Le dernier né, (homonyme d'un oncle maternel) dort dans une pièce séparée et le cadet, âgé de six ans et en CP (il porte un nom double, d'après celui de son oncle paternel et de son grand père maternel qui réside en France) est absent, en cours d'informatique.

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

Le père, lorsqu'il était encore célibataire, était logé dans un foyer de la porte de Paris qui n'existe plus. Puis, ils ont été à l'hôtel pendant sept ans.

Madame, est une grande jeune femme d'une trentaine d'années à peine, habillée d'une tenue cousue avec des tissus de pagnes, un grand foulard mouchoir de tête noir, dont elle se pare élégamment et diversement au cours de l'entretien, sur la tête, autour des épaules, à la main,... Elle parle un français dialectal qui nécessite une attention forte pour le comprendre, essentiellement en raison de son débit très rapide. Elle est soninké, avec des ascendances bambara, côté maternel. Contrairement à d'autres couples de ces cultures, les parents ne sont pas originaires du même village et ne semblent pas avoir de rapports de parenté directs. Elle est originaire de T. au Sénégal et son mari du Mali, de la région de Kayes. Son trajet migratoire l'a fait passer par Bamako.

Travaillant à la RATP comme femme de ménage, elle est actuellement en congé maternité depuis la naissance du dernier et pense utiliser un congé parental pour s'occuper des quatre enfants. C'est l'aîné qui prend en charge ses frères et sœur le matin, car ses parents se lèvent tôt : la mère est présente à midi pour éviter la cantine qui coûte trop cher.

À la différence d'autres femmes soninké, elle est très attentive aux propos de ses enfants, dialoguant avec eux, gérant attentivement leurs activités, les prenant chacun son tour sur ses genoux, ne les repoussant pas lorsqu'ils se collent trop à elle, en particulier la petite sœur.

L'aîné, qui a huit ans (*huit ans et demi* précise-t-il, gentiment moqué par sa mère

qui précise huit ans et trois mois), en CE2, connaît bien tout l'itinéraire de la famille qu'il décrit en même temps que sa mère. Il répond systématiquement en français à sa mère qui s'adresse à lui en soninké. Il exprime à sa mère sa crainte que notre visite l'empêche d'aller à son activité de foot en début d'après midi : un peu plus tard, il viendra exhiber ses chaussures de foot à crampons, blanches et neuves. Pour l'instant, il se prépare à partir recevoir une heure de formation en informatique, à proximité de l'immeuble.

À propos des médicaments chélateurs qu'il a eu à prendre, il parle d'un mauvais goût, mais indique qu'il n'a pas de difficultés à les avaler : - *Les comprimés c'est pas bon ! C'est facile [à avaler], mais c'est pas bon !*

Lorsque nous lui demandons de se rapprocher pour venir discuter et savoir s'il connaît les raisons de notre visite, il est immédiatement suivi de sa petite sœur très remuante, courant sans cesse d'un canapé à l'autre, qui cherche à être au centre de l'attention. L'enfant expose bien sa « maladie » l'intoxication au plomb, mais aussi celle pour laquelle il a été hospitalisé une dizaine de jour à l'hôpital : il s'agissait d'une lésion infectée à la nuque (un champignon dermatophyte probablement) à présent guérie que les médecins ont attribué à une griffure d'un chat manipulé alors qu'il était en vacances cet été chez des parents à l'autre bout de la ville. Il dit très clairement ne plus manger de peintures depuis longtemps et il est très convaincant. Mais lui et sa maman sont inquiets de ce qu'il convient de faire : « *Il faut éviter les animaux, les chats ?* » La notion de contamination infectieuse est confondue avec l'allergie au poil de chat.

Durant tout le temps de notre présence, ce garçon, 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 : par exemple, il rapporte spontanément à l'un d'entre nous qui a changé de place, son carnet oublié sur un canapé, pour que sa petite sœur ne l'abîme pas. Il témoigne également une grande affection envers sa petite sœur (qui porte le nom d'une tante maternelle) dont il supporte les agaceries. La gamine ne cesse de remuer frappant le sol de ses pieds nus. La maman la menace avec une « badine », constituée du fil électrique d'une alimentation de téléphone portable et lui frappe formellement les fesses une première fois, suscitant des pleurs modérés et de courte durée.

Malgré notre discussion sur le fait que frapper un enfant ainsi ne sert à rien et que c'est aussi tabou pour « nous » que frapper un jumeau « chez eux »²⁶, la mère réitère quelques temps plus tard pour punir la gamine hyperactive qui s'agite sans fin, en l'obligeant à regagner sa chambre où elle pleure sur son lit, sans s'arrêter, à gros sanglots. C'est son grand frère qui craque et va la consoler, lui demandant très gentiment en français, « *s'il te plait !* », de cesser de pleurer et de revenir au salon. Il finit par la prendre dans ses bras pour la ramener au salon. Quand il nous quitte pour

²⁶ Dans ces sociétés, les jumeaux sont très respectés, investis de pouvoirs, portant chance à ceux qui leur font des dons et malheur à ceux qui les offensent.

son cours d'informatique, elle court lui réclamer un baiser en guise d'au revoir.

La visite nous permet d'être rassurés en ce qui concerne l'aîné. Il travaille bien à l'école et semble tout à fait épanoui dans sa famille, suit des cours d'informatique, fait du sport. Lors de la phase de l'entretien où il est demandé aux enfants, un par un, de dessiner dans le carnet de note de l'ethnologue, l'aîné dessine sa famille de façon tout à fait harmonieuse, commençant par sa mère, son père, ses frères et sœur, oubliant de se dessiner dans un premier temps, puis se dessinant sur l'autre page, plus grand que les autres personnages [cf. dessins]. La chevelure des femmes est abondante et celle des hommes représentée par des traits hérissés. Le cadet, n'a ni bouche, ni nez : oubli ou détail signifiant ?

La famille paraît unie et Madame est une femme dynamique, épanouie dans son rôle de mère, ouverte sur la société française (travail salarié, suivi des activités des enfants,...). Les enfants se pressent autour d'elle et du petit frère réveillé que la petite sœur prend elle-même dans ses bras, sous le contrôle de sa mère et de son frère aîné.

La famille a su nouer des relations de sociabilité fortes sur son ancien lieu de résidence. Le téléphone ne marche pas encore et leur ancien gardien/agent d'entretien passe pour installer une prise téléphonique manquante, accompagné d'un enfant qui lui a montré le chemin. Madame évoque le fait que leurs connaissances et celles des enfants sont restées là-bas.

Les enfants ont de ce fait peu d'occasion d'aller chez des voisins et amis ; ils sortent peu jouer dehors du fait de la configuration du logement, au 4^{ème} étage. Elle regrette le rez-de-chaussée qu'ils occupaient auparavant et trouve problématique qu'une famille avec enfants en bas-âge soit logée en étage, au risque de déranger les voisins. Elle insiste aussi, ainsi que l'aîné, sur le fait que les voisins du dessus ont des



chiens qui aboient et dont en fait les enfants ont peur, ce qui semble renforcer ses hésitations à les laisser jouer dehors seuls. Par ailleurs, bien que cela ne soit pas dit, il est probable qu'au-delà de l'agressivité prêtée à ces animaux, leur souillure relevée par l'islam, les nombreuses crottes, n'accroissent encore la répulsion.

Au cours de la visite, le cadet, revient avec toute une bande d'enfants dont l'une s'est faite mal à la main en tombant, justement effrayée par un chien. Madame le gronde, lui reprochant de faire venir ces enfants à la maison : « *Il a ramassé les enfants, il les a amené : son père ne veut pas.* » Invoquant l'ethnie soninké de son mari, elle explique qu'il ne tient pas à ce que ses enfants jouent avec des Bambara, car cela peut occasionner des histoires entre adultes : discours discriminant (raciste ?), d'autant plus paradoxal qu'elle est elle-même d'origine bambara par sa mère.



Le cadet se dessine en tout petits personnages, le premier souriant, sans nez, et le deuxième en cowboy avec chapeau, dégainant des pistolets [cf. dessin] : 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. De la même

façon, elle s'inquiète de l'agitation de son unique fille : en effet, elle semble avoir le « profil » d'une enfant qui aurait été menacée en cas de résidence ou de passage dans un lieu pollué par les sels de plomb. En ce sens, elle devrait faire l'objet d'attentions psycho-éducatives, avec en particulier un effort pour qu'elle puisse jouer ailleurs qu'enfermée dans l'appartement dans lequel elle tourne, comme un rongeur dans une

cage.

Les enfants semblent très tenus par les parents qui font tout ce qu'ils peuvent pour favoriser leur éducation et les distraire.

Bilan de la visite

La durée de notre présence dans la famille (plus de deux heures) nous a permis 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 a donné le temps à chacun de s'exprimer, à la conversation de trouver son rythme, à une relation de s'instaurer (nous avons fini sur un café).

La famille a déménagé dans un espace vaste (les deux garçons dans la même chambre, la fille dans une chambre à part et le petit dernier avec ses parents) permettant que se déploient des relations familiales harmonieuses : les sources d'intoxication immédiates ne sont plus accessibles. L'enfant a grandi et est à même de comprendre la dangerosité d'un comportement comme le pica qui est par ailleurs « derrière lui ». La mère a également bien compris le pourquoi et le comment de l'intoxication et est à même d'exercer sa vigilance. Le dialogue, notamment avec l'enfant signalé bien investi dans sa fonction d'aîné, a permis de compléter la sensibilisation et en particulier sur les dangers auxquels est exposée la jeune sœur hyperactive : intoxication saturnine lors du passage chez des connaissances ou parents habitant des immeubles anciens, risques d'accidents domestiques (brûlures intoxications par des produits d'entretien,...), accidents de la voie publique.

On peut donc penser que les épisodes d'intoxication sont liés à des temps anciens de résidence dans des habitats insalubres, lors de moments de déstabilisation temporaire (ou de mise en place) de la famille, alors que la fratrie s'agrandissait.

« *L'activité physique est-elle dangereuse pour le cerveau en cas de plomb* », comme l'a sous-entendu une des amies de la mère ?

« *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.

Famille APLF : « L'aîné du premier lit d'une femme drépanocytaire homozygote divorcée »

22 juillet 2009, conclusions de l'enquête environnementale de HSD²⁷

Madame est drépanocytaire homozygote suivie à l'hôpital

Madame est enceinte.

L'aîné des enfants est atteint de saturnisme (âgé de sept ans). Madame rapporte qu'il présente un comportement de pica (mange le savon,...). Elle rapporte également que son fils plus jeune a le même comportement. Ce dernier ainsi que sa sœur n'ont pas été dépistés.

L'enfant a été dépisté par le médecin hospitalier lors d'une consultation (raison de la consultation ?), un contrôle était prévu en mai mais Madame ne s'est pas rendue au rendez-vous.

Les enfants sont suivis à la PMI et par un médecin généraliste.

Les deux premières adresses correspondent à des logements sociaux construits dans les années 80 et ne présente donc pas des risques d'exposition aux peintures au plomb (mesures effectuées par le technicien de la DDASS). Le troisième lieu est le logement de la tante de Madame que je vais visiter prochainement.

La personne qui domicilie la famille m'indique que contrairement aux dires de Madame, cette dernière ne vit pas chez lui mais avec son mari et une autre épouse. Pour des raisons de carte de séjour, la famille dissimule cette situation. Lors de ma visite à cette dernière adresse, j'ai rencontré une femme qui semble être l'autre épouse (elle a huit enfants). Je n'ai pu entrer dans deux pièces du logement (deux chambres), car elles étaient fermées à clé. Elle m'indique que l'une est sa chambre et l'autre la chambre de sa fille. Pourtant, il semble n'y avoir qu'une seule et même chambre pour les enfants avec trois lits superposés.

12 août 2009 (Mail de St. Égron)

Trois logements sont cités :

- le premier n'est en réalité qu'une adresse administrative (où nous allons nous rendre),
- la seconde est celle où habiterait la maman avec son époux et la co-épouse,
- et la troisième, sur une autre commune, est celle de la tante de Madame où sont gardés les enfants.

Les deux premiers logements sont de construction récente,

La troisième adresse correspond à un logement de fonction dans une ancienne usine (ferronnerie?), la tante étant la gardienne du lieu, aujourd'hui reconverti. La piste du site pollué est à écarter, car le logement a été entièrement refait et les enfants ne sont gardés qu'occasionnellement dans cet endroit (par précaution, l'infirmière va prélever du plâtre et peintures pour analyses labo).

L'enfant intoxiqué est l'aîné, né en 06/2002 (7 ans) d'une fratrie de trois. Une sœur née en 11/2004 (5 ans) et un garçon né en 06/2006 (3 ans)

Plombémie de l'aîné prélevé en mars 2006 à 46 µg/l, en mars 2009 à 145 µg/l, en juillet 2009 135 µg/l pour le contrôle.

Les deux autres enfants, la sœur née en 11/2004 = 29 µg/l, le dernier né en 06/2006 = 46 µg/l

L'intoxication n'est pas faramineuse, mais mérite toute notre attention malgré tout.

²⁷ Réalisée par S. Aouici, infirmière HSD (habitat, santé, développement), pôle médicosocial

À noter que la maman est drépanocytaire.

L'enfant intoxiqué était en consultation hospitalière à l'hôpital, car thalassémique hétérozygote. Il ne fait donc pas de crises et a bénéficié d'une plombémie pour une raison tout aussi inconnue. Ceci devrait être éclairci bientôt.

Après investigation de l'infirmière, il apparait que nous sommes en présence d'une famille polygame et que Madame tient à le cacher autant que possible.

Du fait de sa grande méfiance (la maman n'ayant pas de papiers), l'infirmière de l'association fera la visite avec nous (pas de lien avec une PMI et une éventuelle puer).

12 octobre 2009 (Mail de AED à St. Égron)

Le prélèvement de plâtre dans le troisième logement est prévu pour quand ? A-t-il été effectué ? Pour la plombémie de l'aîné, avez vous pu établir la raison pour laquelle elle a été effectuée ? Et sa date ? Il n'y a eu que deux prélèvements ? (en mars et en juillet 2009 ?)

12 octobre 2009 (Mail de St. Égron)

Pas de prélèvement fait car l'infirmière d'HSD s'est déplacée accompagnée du technicien de la DDASS qui a effectué directement des mesures. Le problème est que je ne retrouve pas le rapport, mais dans mon souvenir, c'était négatif. Je vous confirme dès que je retrouve l'info.

Mis à part la pathologie de la drépanocytose, je ne sais rien de plus. Et cela ne justifie pas une plombémie me semble-t-il. Là aussi, je tâche de vérifier et vous dirai, au pire demain par mail.

Je ne crois pas qu'il y ait eu un autre prélèvement depuis, peu justifié d'ailleurs car le délai de trois mois n'est pas écoulé. À vérifier.

14 octobre, visite à domicile ²⁸

L'infirmière de HSD a été en contact avec la famille, qui a « *un parcours pas classique* », du fait des difficultés à localiser les lieux de résidence, mais également en raison de la difficulté à obtenir des informations fiables : sa mission étant d'identifier les sources de l'intoxication, cela représente un inconvénient majeur ! Elle a ainsi dû déjà batailler pour rencontrer Madame et se rendre à pas moins de trois adresses différentes, en multipliant les messages pour que la maman la rappelle. Ce contexte s'explique par le fait que Madame est sans papier, habituée à la méfiance vis-à-vis des institutions françaises et de leurs représentants. Avec St. Égron, elles plaisantent amèrement sur le fait que la DDASS n'a pas bonne presse, du fait de sa réputation « *d'enlever les enfants aux familles* ».

Elles remarquent qu'elles reçoivent, depuis environ deux ans, des demandes spontanées de tests des peintures des appartements, afin d'accélérer un relogement en cas de pollution saturnine. Dans les faits, cela n'est guère efficace puisqu'elles ne comptent que cinq cas de relogement réalisé pour ce motif.

Madame, qui ne travaille pas, attend son quatrième enfant dans les jours/semaines à venir.

Nous allons donc nous rendre à l'adresse de domiciliation officielle, tout près de la basilique, par un dédale de rues semi piétonnes, jusqu'à un petit collectif de logements en duplex faisant penser à l'architecture méditerranéenne avec des cours intérieures.

²⁸ AED en compagnie de S. Egron et S. Aouici

Nous sommes reçus par Monsieur* (nommé dorénavant dans le texte « tuteur ») et son épouse, arrivés depuis deux ou trois ans en France. Ils viennent d'avoir un enfant (né le 29 septembre) et en ont déjà deux autres. L'épouse du tuteur ne parle a priori pas français ou en tout cas n'essaye pas, même si elle reste près de nous sur le canapé pendant une grande partie de l'entretien. Les liens avec la famille de Madame ne seront pas explicités : famille ? Voisinage ? Hôte payant ? Tous sont habillés traditionnellement, vêtements en pagne pour les femmes, grand boubou pour l'homme.

Ayant laissé nos chaussures dans l'entrée en contre-bas, nous montons quelques marches pour atteindre une vaste pièce qui constitue le salon. Un autre escalier permet d'atteindre la cuisine.

Le maître de maison, le tuteur, après nous avoir accueilli, s'assoie sur une chaise dans un coin de la grande pièce, près de la télévision qui est allumée. Lorsque nous solliciterons son avis sur l'entretien, il répondra qu'il a peu entendu nos propos, étant loin. Cette distance ne signifie pas une hostilité ou une indifférence, mais une volonté d'afficher sa discrétion, qu'il ne s'agit pas de ses affaires. En fin d'entretien, sa femme s'étant absentée, il jouera son rôle d'hôte en allant nous chercher des rafraîchissements à la cuisine.

La pièce est peu meublée, d'une bibliothèque contenant la télévision et d'un grand canapé d'angle en face. C'est là que Madame nous attend, avec à ses côtés son aîné qui y restera presque toute la durée de l'entretien (environ une heure). Ses deux autres enfants jouent dans la pièce avec les enfants du tuteur ; vers la fin, une maman, la sœur du tuteur, arrive en visite et l'ambiance change, le salon se transforme en salle de jeux et le brouhaha s'intensifie. Compte-tenu du supposé isolement de Madame, on peut constater que « *la maman au moins n'est pas isolée* », comme le dit l'une d'entre nous.

Madame parle relativement bas et pas si aisément que cela le français, comme on aurait pu s'y attendre, puisqu'elle a passé une partie de son enfance à Rouen. Elle est ensuite retournée en Afrique (Sénégal ? Gambie ?) jusqu'à son mariage, ce qui est une pratique courante chez les Soninkés migrants, pour assurer une bonne éducation à leurs jeunes gens, pour maintenir le lien avec la famille d'origine et être certains que les jeunes filles épousent un homme qui convienne à la famille. C'est aussi parfois également le moyen de réaliser une excision sans craindre la répression de la loi française.

C'est la raison pour laquelle 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. À l'infirmière, elle disait précédemment ne pas avoir engagé de démarche.

Sa famille est soninké, mais d'origine sénégalaise et non pas malienne, comptant probablement de nombreux commerçants internationaux. Actuellement, sa maman est en Gambie où elle-même a résidé. Son papa, qui l'appelle tous les dimanches sur son téléphone portable précise-t-elle avec fierté, est lui à New York. Elle a aussi un frère sur Paris.

Son mariage a été un échec et très tôt, dit-elle en indiquant l'aîné : elle ne s'est pas entendu avec son mari. L'aîné porte d'ailleurs un nom différent de ses deux autres frères et sœurs : conséquences sur les enfants ? Elle dit que le père, lui aussi, est

attentif à ce que l'aîné ne mange plus de plâtre : mais, elle a dit à la précédente visite de l'infirmière qu'elle ne voulait pas le mettre au courant. Par ailleurs, nous croyons comprendre que l'enfant qu'elle porte n'est pas du père de ses deux autres enfants, mais ce n'est pas clair. Le sujet est délicat, brouillé par le problème de la polygamie du père des deux derniers enfants qui oblige à afficher un statut de divorcée.

Elle « était » la seconde épouse de son deuxième mari. La co-épouse réside dans l'appartement du mari, un T4 très proche, dans lequel Madame nous dit aller dormir : ce qui paraît étonnant, si elle est divorcée et enceinte d'un tiers. Elle y dort avec ses deux derniers et l'aîné avec les frères et sœurs de la co-épouse. Ils sont au nombre de huit et sont plus âgés, selon l'infirmière qui a constaté aussi que des pièces étaient fermées à clef, ce qui est une situation courante en cas de polygamie, chacune des épouses protégeant son lieu de vie.

L'infirmière s'y trouvait présente, alors qu'un « *imam* » (= un vénérable Musulman ou un marabout thérapeute ?) rendait visite aux trois femmes présentes dans l'appartement : s'asseyant en face de chacune et récitant des prières.

À la question de savoir si elle cuisine dans l'appartement de son « ex-mari », détour pour tenter de localiser ses lieux de vie et sa place dans cet espace, Madame répond par la négative et vivement. C'est dans l'appartement de son tuteur qu'elle fait la cuisine. Le fait qu'elle ne puisse pas cuisiner chez son mari et sa coépouse semble confirmer qu'il y a bien divorce.

L'indétermination sur son lieu de vie n'est pas vraiment levée par l'entretien : il semble que les enfants habitent plusieurs logements. Des mesures de plomb ont pu être effectuées dans les trois lieux où les enfants séjourneraient fréquemment.

Une autre piste à explorer comme source d'intoxication possible serait l'appartement où réside son frère : elle n'a pas répondu clairement sur sa localisation.

Nous ne savons pas non plus ce qui a déclenché la demande de contrôle de la plombémie par le médecin qui suit Madame pour une drépanocytose homozygote et l'aîné, porteur d'une thalassémie hétérozygote. La lecture du carnet de santé, que Madame veut bien nous montrer, indique une anémie en fer dès la naissance, qui se poursuit par la suite. Sur ce carnet figure également une demande de suivi par une orthophoniste vers l'âge de quatre ans du fait d'un retard de langage. Mais elle dit que l'enfant s'exprimait bien en soninké et nous ne savons pas ce qui a motivé cette prise en charge.

La demande de plombémie est récente puisqu'elle date de février 2009. Nous convenons que l'infirmière doit prendre contact avec le médecin et également essayer d'accéder aux dossiers médicaux conservés dans les archives de la PMI pour comprendre pourquoi l'anémie n'a pas attiré l'attention sur une éventuelle plombémie précoce.

L'aîné et les enfants seraient souvent gardés chez une « tante » dans une commune voisine, quand la maman est hospitalisée, ce qui arrive régulièrement. L'infirmière leur a rendu visite et a pu faire des prélèvements aux endroits grattés par l'aîné qui a également gratté le mur chez son père. Il le fait quand il est tout seul, dit sa mère.

Madame a également remarqué que l'aîné rapportait de l'école des petits cailloux et des résidus de murs.

Les écoles (maternelle et primaire) sont à proximité. Les enfants s'y rendent seuls, mais l'aîné des enfants de la co-épouse va parfois les chercher. Madame a pensé que l'école pouvait être un des lieux d'intoxication, mais l'infirmière lève ce doute étant donné qu'il s'agit d'un bâtiment récent.

Madame dit aussi qu'il ne rapporte plus rien dans ses poches. Plusieurs fois, elle l'interpelle devant nous pour lui dire qu'il ne doit pas faire cela.

Nous adressant à l'aîné, nous lui demandons de nous montrer où il ramassait (ramasse ?) les petits cailloux. Il nous emmène dehors, derrière l'immeuble, dans un espace de jeux de ballon avec un téléviseur abandonné. Il n'y a pas un seul enfant au moment où nous nous y rendons, par contre de grands enfants y seront quand nous repartirons. La cour est défoncée par endroits du fait de travaux en cours, et c'est là qu'il ramasse un peu de terre. Les enfants s'y retrouvent après l'école. Sa maman lui demande où il va encore, mais sans rien obtenir. Il est probable que les alentours, l'espace piéton, les cours et les recoins, soient aussi des aires de jeux.

À la question de savoir avec quel copain il joue, et sa mère insistant pour qu'il réponde, il nous cite le nom d'un ami. Il pourrait être utile de le rencontrer ou d'autres enfants jouant avec l'aîné, pouvant nous parler de ses habitudes. Les enfants présents de la famille hôte sont plus petits que lui et peu aptes à pouvoir nous renseigner sur ce point.

L'enfant est chétif, très silencieux, presque amorphe. C'est seulement vers la fin de notre visite, à l'arrivée de la sœur du tuteur qu'il s'en ira jouer avec les autres enfants. Il ne parlera pas, répondant à peine malgré le quasi « harcèlement » de sa mère et du tuteur (de loin) à l'enjoindre à nous dire où il gratte le mur et ramasse des cailloux. Ces injonctions brutales, conséquences des questions que nous avons directement adressé à l'enfant, sont gênantes, obligeant l'enfant à se réfugier dans une situation de blocage : ce mutisme peut aussi bien signifier une timidité, une bonne éducation en présence d'étrangers, une indignation de ne pas être cru, la volonté de cacher un mensonge, une humiliation éprouvée par l'enfant.

On ne pense pas à un enfant de sept ans en le voyant, mais à un enfant plus jeune. Madame dit qu'il est souvent fatigué, s'endort dès 20 h, ce qui semble très tôt selon notre expérience dans ce type de milieu. Il se met souvent dans son coin dit-elle.

L'entretien permet de déterminer qu'il a une place à part dans l'histoire de la fratrie. Nous avons signalé son nom de famille, et donc son père, différent de celui des autres enfants.

C'est aussi le seul enfant pour lequel la maman a mangé du kaolin lors de la grossesse : elle n'a pas recommencé lors des suivantes, parce que cela lui a été déconseillé par les médecins qui la suivent pour sa drépanocytose. « En effet », à la naissance nous dit-elle, sa peau « *se déchirait* » : elle accompagne ce mot d'un geste désignant le bras ce qui fait penser à une sécheresse de la peau avec « craquelures ». qu'elle a attribué au kaolin.

C'est également le seul enfant qu'elle a tenté d'allaiter, malgré l'interdiction qui lui en avait été faite, du fait de sa maladie. Il en a été *malade* et elle n'a pas recommencé : et ses autres enfants ont été élevés au biberon.

Elle dit aussi que l'aîné est un enfant *allergique*. En fait, il a un déficit en G6PD.

Aucun de ses enfants n'a eu de problème pour être propre : le dernier qui a trois ans ne porte pas systématiquement de couche la nuit.

Bilan de la visite

L'entretien a visé à reconstituer l'histoire de vie de la famille pour identifier les lieux fréquentés par l'enfant intoxiqué. Les trois logements semblent mis hors de cause, mais les déplacements familiaux ne sont pas identifiés.

Nous avons été bien accueillies par le tuteur et Madame a répondu volontiers aux questions, mais sans s'étendre et en restant souvent dans le flou : cela étant dû sans doute à sa maîtrise incertaine de la langue française, mais surtout à la difficulté à comprendre le sens de notre recherche et à la réticence à parler trop précisément.

La visite a été un peu laborieuse du point de vue du contact avec Madame, absente ou se protégeant, ou de l'interaction non réussie avec l'enfant. Tout le monde s'est finalement animé à l'arrivée de la sœur du tuteur, comme si cela allait enfin mettre fin à « l'interrogatoire » : effectivement.

L'intoxication de l'aîné doit-elle être envisagée comme ancienne, antérieure au premier prélèvement ?

Les taux des dernières plombémies (145 $\mu\text{g/l}$ en mars 2009, 135 $\mu\text{g/l}$ en juillet 2009) signent-ils une intoxication active itérative ou la persistance de l'imprégnation, liée à la longue rémanence du plomb osseux et à son relargage progressif ? Une plombémie doit être effectuée avant la fin de l'année et on peut espérer qu'elle permettra de trancher.

De nombreux évènements familiaux, divorce(s), maladies de la mère et de l'enfant, rapports avec la coépouse,... sur un fond de précarité sociale, sont énumérés, mais insuffisamment approfondis.

Quelles étaient les raisons qui ont provoqué la prise en charge par un orthophoniste ? Un mutisme en français en classe, classique chez les enfants biculturels, ou des problèmes plus graves ?

Faut-il chercher à mieux comprendre le véritable statut matrimonial de la mère de l'enfant ? Où faut-il placer les limites éthiques de cette investigation ?

Des pistes restent à explorer : en dehors de ceux de la biomédecine, d'autres traitements et diagnostics islamo-africains ont-ils été suivis ?

Il serait intéressant de s'entretenir avec les « amis » de cet enfant et/ou les personnes, petites et grandes, qui lui manifestent une véritable affection

Nous évoquons donc une deuxième visite.

9 novembre 2009 (mail de St. Égron)

Pas de nouvelles de Madame. L'infirmière doit rappeler l'hôpital en fin de semaine (l'accouchement était prévu pour la semaine prochaine). La PMI est bien en travaux et du coup, le dossier est difficilement « récupérable » d'après la puer au téléphone. Selon les infos obtenues, peut être qu'une visite début décembre pourrait se faire.

19 novembre 2009 (mail de S. Aouici)

Elle a accouché depuis trois semaines et se trouve chez sa tante à Saint Ouen.

Elle accepte de nous recevoir chez sa tante. Le rendez-vous est fixé pour 14 heures.

26 novembre 2009, visite au domicile de la tante²⁹

²⁹ ALEP & AED en compagnie de S. Aouici

Nous arrivons en début d'après midi dans un quartier bordé par un canal, une zone de hangars et d'entrepôts, de terrains vagues avec des décharges sauvages, notamment des monceaux de vêtements. Un oncle paternel de Madame, y occupe avec sa famille un ancien transformateur transformé en maison et fait office de gardien d'un entrepôt.

Nous y retrouvons Sofia Aouici et le temps de faire le point, rentrons dans la maison en même temps que la tante, l'épouse de l'oncle, qui revient de son travail.

Madame nous y attend dans un grand salon aux murs recouverts de tentures suspendues et richement meublé avec de nombreux canapés, des rideaux assortis, de grands tapis, de nombreux tableaux coraniques encadrés de fabrication industrielle. Au fond, un escalier mène à l'étage. À l'entrée à droite, un rideau fait la séparation avec la cuisine et d'autres pièces que nous ne visiterons pas.

Madame est une femme au teint très clair, assise, recouverte d'un foulard blanc entièrement fermé autour du visage, signe de sa religiosité (ou de son appartenance à une famille maraboutique ou « noble »?). Elle sait un peu écrire l'arabe, quelques formules, mais son frère et sa tante sont plus savants qu'elle, dira-t-elle. Devant elle, le bébé, né un mois auparavant, dort paisiblement. Il s'agit d'une fillette qu'elle a prénommée d'après le prénom de sa mère. Le « *baptême* » (la fête publique, fort coûteuse à organiser) n'a pas encore eu lieu, soi-disant qu'« *il fait trop froid* ». Cette réponse a été provoquée par la remarque sur le fait que l'enfant a encore tous ses cheveux, normalement rasés lors de la dation de nom du septième jour : quoique dans certaines familles, on se contente de couper une mèche.

Ses deux plus jeunes enfants sont très propres, bien coiffés et vêtus de beaux vêtements. La gamine de cinq ans est prénommée d'après le prénom de la tante maternelle de sa maman et l'enfant signalé est un homonyme de son jeune oncle maternel.

Ils dessinent tranquillement sur des cahiers de coloriage. Ils s'amuse aussi à former des figures géométriques à partir de gâteaux au chocolat. L'aîné, homonyme de son grand père maternel, actuellement taximan aux USA est à l'école en CP (nous sommes jeudi) et dort en semaine chez son père. Elle l'attend pour le weekend, ce d'autant que le lendemain vendredi, c'est le jour de l'Ayd El Khébir au Sénégal (*Tabaski*), et que la fête est prévue en France pour le sur-lendemain, samedi. La famille a prévu d'aller acheter un mouton à l'abattoir halal pour 250 Euros. D'où les préparatifs que nous observons, vêtements neufs, tressage de cheveux, graissés au beurre de karité,...

Madame est venue chez sa tante après l'accouchement. Elle a été hospitalisée plusieurs semaines auparavant du fait de sa maladie, laissant les plus jeunes enfants à la charge de sa tante et l'aîné chez son père. Ce sont toujours des moments difficiles, dit-elle.

Elle prévoie de retourner d'ici quelques semaines chez son tuteur, chez qui nous l'avons rencontré la fois précédente, mais semble ne pas souhaiter parler de ses liens avec lui : « *un ami comme ça* ». On peut imaginer un scénario où il est en fait un sous-locataire faisant de la sous-location.

Elle a connu son premier mari en France et ignore s'il y a des liens de famille entre lui et sa première épouse.

Elle est divorcée, et nous croyons comprendre qu'il s'agit là du deuxième mari.

Quand au père du dernier enfant son profil reste flou : le deuxième mari ou un troisième ?

L'hôtesse, la tante paternelle, explique qu'elle a de la famille à Bamako, dans le quartier M, ville et quartiers que nous connaissons bien, l'une d'entre nous y ayant de la famille, l'autre y ayant séjourné à plusieurs reprises depuis 1974.

Nous reparlons des origines de Madame dont la famille de grands commerçants est passée par Dakar avec une maison familiale dans le quartier central du Plateau, à côté du marché Sandaga, encore un lieu et un pays que l'un d'entre nous connaît bien. Puis, ils se sont installés en Gambie.

Tout cela donne l'impression de familles riches depuis plusieurs générations, des commerçants, vraisemblablement de condition « noble », avec des lignées maraboutiques (par opposition à « artisans », « descendants de captifs », « griots »,...). Cela est renforcé 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.

Madame est la seule fille et la cadette (seconde) de sa fratrie ; elle a trois frères, dont le plus jeune, homonyme de son fils, est logé ici même, et qu'elle nous présente. C'est un beau jeune homme, élégamment vêtu, très moderne, parlant avec une voix douce un français très châtié. La conversation avec lui est aisée, vu son degré de compréhension de concepts abstraits. Il reste peu, le temps que l'on refasse le point pour lui de la raison de notre visite, notamment la recherche des causes et la mobilisation des proches. Il repart « *faire la prière* » à l'étage au-dessus.

Il nous apparaît donc que Madame bénéficie d'un fort soutien familial ; cela n'était pas perceptible lors de la visite effectuée chez son tuteur.

À chacun, nous expliquons la raison de la visite pour que tous se sentent concernés et œuvrent au rétablissement de l'aîné ; nous expliquons que pour s'en sortir, au-delà de la salubrité du logement, le recours aux médecins ne suffit pas. La prise en charge de l'enfant est l'affaire de toute la famille, car la souffrance qu'il révèle ne lui appartient pas seul. Il faut mobiliser ses intimes. Le demi-frère avec qui l'aîné joue le plus et dont il est très proche est immédiatement désigné, tout le monde ayant constaté la chaleur de leurs rapports. Il s'agit de l'enfant signalé, qui a neuf ans. La maman s'est déjà adressé à lui pour comprendre où l'aîné s'intoxiquait.

Il mangeait même du savon rapporte-t-elle. « *Je le tape ! Je lui fais peur ! Tu veux mourir ? Si tu continues, on va t'oublier !* »

Effrayés par cette pédagogie autoritaire, plutôt que compréhensive, nous cherchons avec elle des raisons qui pourraient expliquer pourquoi l'aîné « avait » ce comportement.

Madame nous explique que sa maladie, la drépanocytose, a débuté en Afrique, après que toute la famille soit revenue en Gambie, quittant la France et la région de Rouen quand elle avait neuf ans : arrive d'ailleurs un ami / parent de la famille qui se prépare à retourner à Rouen pour les fêtes.

« *On est tous partis et c'est moi seule qui ait eu la maladie* » dit-elle.

Elle évoque de très violentes douleurs articulaires. Elle a eu un traitement traditionnel en Gambie : on l'a bien « lavée » (applications externes des remèdes sur

le même mode que la toilette), on lui a donné des amulettes à porter. On lui a dit qu'elle avait « *piétiné quelque chose* » « *marché dessus* ». En clinique africaine, les douleurs des infarctus osseux ou autres, sont toujours dissociées du reste de la clinique biomédicale et attribuées à des agressions maléfiques, parfois des « dards » maléfiques invisibles, pénétrant la peau sans laisser de traces. Dans le cas présent il est question de « piétinement » d'un piège maléfique réalisé à son attention et/ou à l'intention d'un tiers. Nous n'en saurons guère plus sur les recours diagnostiques et thérapeutiques actuels, ne cherchant pas non plus à forcer la parole. Son affichage islamique, ainsi que l'ambiance, nous laissent supposer qu'à minima elle a recours aux remèdes curatifs et préventifs, basés sur la récitation de prières coraniques.

Elle rapporte que l'aîné est un enfant très sensible. « *Des fois, j'ai mal, il vient à côté de moi : - Maman ! Tu as mal ?* » Quand il la voit souffrir, il se précipite pour lui préparer ses médicaments. Elle dit qu'il est si bouleversé de la voir dans cet état, qu'elle s'efforce de ne pas manifester sa douleur : « *Si j'ai mal, je ne pleure pas* ».

Elle est restée presque un mois à l'hôpital pour l'accouchement et l'aîné l'a visitée le week-end.

« *La prise de sang, j'ai pas encore fait* » : un prélèvement du sang de l'aîné est prévu dans le mois, le précédent datant de six mois.

Nous prenons l'image d'une teinture qui se fixe sur les tissus puis qui est retrouvée dans l'eau de lavage pour expliquer l'hypothèse du relargage osseux et donc d'un arrêt de l'intoxication active. Mais ce diagnostic ne pourra être confirmé qu'au vu des résultats de la prochaine plombémie, qu'il est donc impératif de réaliser.

La prochaine prise de sang laissera alors « *peut être le cœur tranquille* », ajoutons-nous.

L'entretien se termine très détendu, après la prière de Madame, avec offre de boisson, une bouteille d'eau minérale scellée fraîche servie selon les normes de la politesse. Nous sommes invités, ainsi qu'il convient, à revenir samedi passer la fête de l'Ayd El Khébir avec eux.

Bilan de la visite

Il ne semble plus qu'il y ait encore des comportements de pica et ceux de ces dernières années ont été localisés dans des logements sans plomb. Il reste néanmoins possible que des visites de lieux pollués aient lieu et que le comportement de pica soit suffisamment discret et itératif pour échapper aux regards.

L'hypothèse du relargage peut-elle être envisagée ?

Dans l'histoire de « l'aîné du premier lit d'une femme drépanocytaire homozygote divorcée », nous retrouvons de nombreux facteurs générateurs de souffrances psychologiques, pouvant expliquer la mise en place d'un pica et ses fluctuations selon les temps familiaux : difficultés de gestion de la polygamie en milieu hostile, divorce(s) des parents et remariage(s) de la mère ; statut d'aîné-garçon du premier lit d'une deuxième épouse ; thalassémie hétérozygote avec un déficit en G6PD et anémie depuis la petite enfance ; drépanocytose homozygote de la mère, c'est-à-dire une maladie chronique avec des accès très douloureux et une espérance de vie limitée,....

