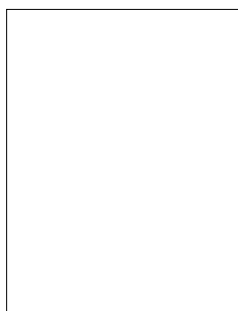


LE SATURNISME, UNE MALADIE SOCIALE DE L'IMMIGRATION



N° 1225 - Mai-juin 2000 - 13

SANTÉ, LE TRAITEMENT DE LA DIFFÉRENCE



Parce qu'il affecte essentiellement des enfants d'origine africaine, le saturnisme a été traité, dans les années quatre-vingt, comme une maladie liée à des comportements culturels spécifiques. Même après sa reconnaissance en tant que maladie de l'habitat insalubre, sa prise en charge a été freinée par les difficultés qu'entraîne le relogement des familles touchées. On a ainsi assisté à la "sanitarisation" d'une question sociale car, dans un contexte politique et social peu favorable, il est plus facile de parler d'un problème sanitaire que du logement et des conditions de vie des immigrés.

par
Anne-Jeanne Naudé*,
chercheur associé
au Centre
de recherche
sur les enjeux
contemporains
en santé publique
(Cresp), université
de Paris-XIII,
doctorante
à l'École des
hautes études en
sciences sociales
(EHESS), Paris

Le saturnisme infantile est une intoxication par le plomb des enfants en bas âge, essentiellement liée à l'habitat ancien dégradé, qui dessine ainsi la géographie de l'épidémie, concentrée dans les quartiers populaires des grandes villes. La contamination s'effectue principalement à partir des écailles et des poussières de peintures au plomb (portage main-bouche, jeux au niveau du sol des jeunes enfants), dont l'utilisation était courante dans les immeubles d'habitation avant d'être interdite en 1948. La toxicité neurologique du plomb est particulièrement préoccupante chez l'enfant, compte tenu de la vulnérabilité du système nerveux en développement et des conséquences à long terme des atteintes précoces, les complications pouvant aller jusqu'à des séquelles neurologiques graves, et parfois même la mort. Les populations d'immigration récente, essentiellement africaines, habitant des logements anciens insalubres ou peu entretenus, sont principalement touchées et exposées au risque de la maladie.

Le saturnisme infantile a été découvert dans les années quatre-vingt à Paris, donnant lieu à des interventions médicales et à des enquêtes épidémiologiques. La maladie n'a cependant fait l'objet d'une reconnaissance, au demeurant timide, comme problème national de santé par les pouvoirs publics que dix ans après la découverte des premiers cas. La mise en œuvre de mesures d'urgence sur l'habitat au titre du saturnisme sera finalement prévue dans la loi sur l'exclusion de 1998, le saturnisme étant la seule maladie inscrite dans la loi. L'analyse de la constitution d'une politique de santé publique autour d'une affection dont la spécificité est de se situer à l'interface de la santé et du social, tout en impliquant des considérations sur l'environnement le plus immédiat, celui du logement, permet d'ap-

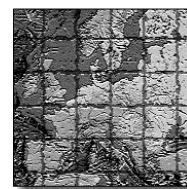
* Ce travail a été réalisé dans le cadre d'un contrat du ministère de l'Éducation nationale, de la Recherche et de la Technologie (appel d'offre 1999 pour le programme de recherche pluridisciplinaire "Action concertée incitative ville").

préhender les enjeux sous-jacents de la prise en charge de la maladie. Une telle analyse permet aussi de mesurer les conditions de logement des immigrés, loin de l'évidence immédiate qui pose d'emblée le saturnisme comme enjeu de santé publique.

LES PISTES CULTURELLES DE L'ÉPIDÉMIE

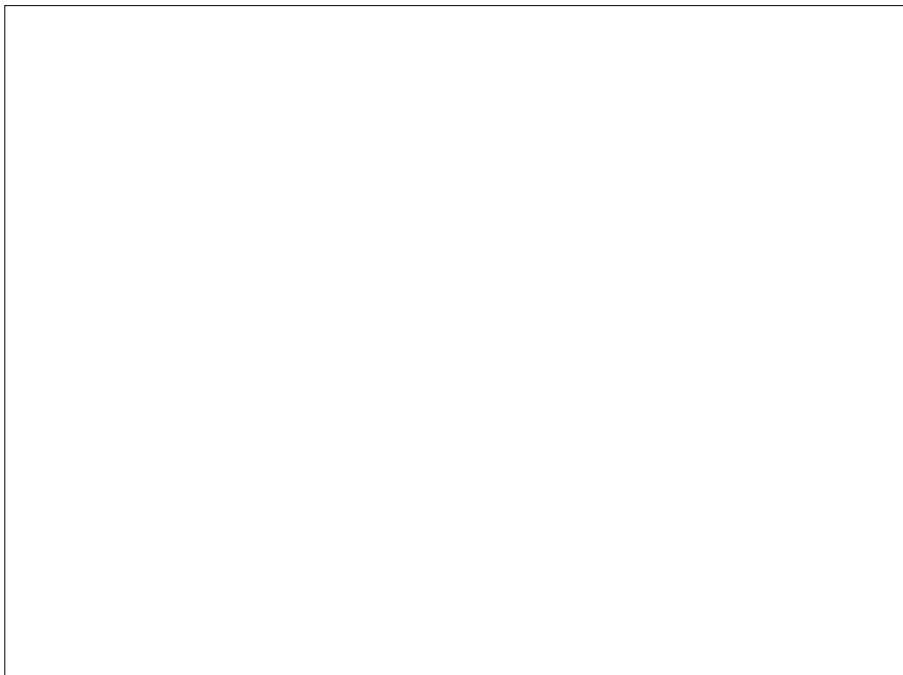
Malgré l'incertitude initiale quant à la source de contamination par le plomb des premiers enfants intoxiqués, repérés dans un hôpital parisien en 1985, des enquêtes réalisées aux domiciles de ces enfants révèlent rapidement que les peintures dégradées sont à l'origine des intoxications. Le doute, lors de la découverte de la maladie, concerne principalement une autre source d'intoxication environnementale, l'eau, à l'origine des seuls rares cas de saturnismes infantiles connus en France (saturnisme hydrique), mode de contamination toutefois écarté. Cependant, le saturnisme infantile n'est pas simplement et directement identifié comme une maladie environnementale liée aux conditions de logement. En effet, la surreprésentation d'enfants originaires d'Afrique subsaharienne parmi les premiers enfants intoxiqués pose d'emblée la question du lien entre l'origine et l'intoxication – les pratiques culturelles africaines pourraient favoriser les intoxications –, d'où une polémique sur les causes culturelles éventuelles de la maladie. Les circonstances particulières de la découverte du saturnisme, l'incertitude initiale concernant la source d'intoxication et le fait que le "saturnisme des peintures" était une maladie totalement inconnue en France à cette date, ont, semble-t-il, favorisé l'émergence de cette polémique.

Les pratiques culturelles africaines au sens large, en lien direct ou indirect avec la maladie, sont donc mises en cause pour tenter d'expliquer la prévalence d'enfants africains intoxiqués au plomb, et constituent les principaux aspects de la "culturalisation" de la maladie. Tout d'abord, d'autres sources éventuelles d'intoxication sont invoquées qui, de fait, nient la réalité des peintures toxiques mise en évidence, et concernent des objets "africains" divers et variés qui contiendraient du plomb. Ces autres sources de contamination vont de la vaisselle utilisée au khôl des femmes, en passant par les amulettes, "l'encre" des marabouts, et les "potions" que les familles feraient boire à leurs enfants. Le saturnisme est d'ailleurs communément désigné à l'époque par l'appellation "maladie des enfants de marabouts". Ces allégations



*Le saturnisme
était communément désigné,
dans les années quatre-vingt,
par l'appellation
"maladie des enfants
de marabouts".*





concernant d'autres sources éventuelles d'intoxication saturnines ont conduit les quelques personnes mobilisées dans le domaine médical et sanitaire pour lutter contre le saturnisme, au demeurant convaincues que la source d'intoxication était bien la peinture, à tester toutes ces autres sources (même les jouets) afin de prouver qu'elles ne pouvaient être responsables des intoxications.

DE SUPPOSÉS "FACTEURS DE RISQUE SURDÉTERMINANTS"

Par ailleurs, certains comportements spécifiques "africains" sont désignés comme favorisant les intoxications, notamment les pratiques géophages (absorption de substances non comestibles) qui existent dans certaines cultures d'Afrique de l'Ouest. Notamment, les pratiques géophages des femmes africaines rendraient les mères plus tolérantes au spectacle de leurs enfants suçant des fragments de revêtements muraux et inversement, les enfants habitués à la vue de leur mère "mangeant de la terre" seraient plus enclins à ingérer des substances qui ressemblent à de la terre, comme les écailles de peintures. La géophagie est considérée par les tenants de ce discours comme un comportement généralement admis dans la culture africaine, alors que cette pratique est culturellement codifiée ; elle concerne essentiellement les femmes enceintes, et les substances absorbées sont bien identifiées. En ce qui concerne les enfants, on aurait diagnostiqué un comportement de pica chez un nombre impor-

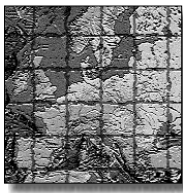
tant de jeunes Africains saturnins. Le pica est un trouble du comportement alimentaire consistant en l'absorption volontaire de substances non comestibles, identifié chez l'enfant comme un trouble psychologique et présenté, dans le cas du saturnisme, comme à l'origine d'intoxications graves. Sans nier la possibilité de cas de pica, le comportement de ces enfants est à mettre en rapport avec le comportement normal des enfants en bas âge – exploration orale de l'environnement et fréquence du contact main-bouche – qui laisse entrevoir l'éventualité d'une "psychiatisation" sans doute un peu rapide et abusive du comportement de ces enfants⁽¹⁾. Néanmoins, les pratiques géophages et le pica constituent les arguments culturels les plus tenaces du phénomène de culturalisation, bien que remis en question, dans une certaine mesure, dans les années quatre-vingt-dix, lors de la mise en évidence du rôle important des poussières de peintures au plomb dans les modes de contamination.

Enfin, les pratiques culturelles africaines au sens large sont évoquées et considérées comme des "facteurs de risque surdéterminants" responsables des intoxications. Elles concernent, d'une part, les modes de vie de ces populations africaines, supposés accélérer la dégradation des logements : la suroccupation de logements exigus liée à la polygamie et à la présence de nombreux enfants, la pratique d'une cuisine qui dégage beaucoup de vapeur et le manque d'aération des logements, etc. D'autre part, on note des arguments relatifs aux modèles familiaux et au rapport à l'espace au regard des difficultés d'adaptation des familles africaines à une nouvelle configuration et organisation familiales en France. Ces arguments concernent principalement la gestion de l'éducation, et notamment la surveillance des nombreux enfants en l'absence d'une famille élargie comme dans le pays d'origine. Les enfants sont livrés à eux-mêmes, les adultes ne sont pas assez nombreux pour s'en occuper dans un environnement qui nécessite une surveillance ; on les laisse "manger la peinture". En outre, les jeunes enfants sont enfermés dans des logements exigus et surpeuplés, ils ont peu de jouets, s'ennuient et sont de plus perturbés par les difficultés de leurs parents, ce qui favorise les tendances au comportement de pica. On observe ici une "psychologisation" liée aux conditions de vie.

LES EFFETS DE LA SURDÉTERMINATION CULTURELLE

La controverse sur les causes culturelles éventuelles de l'intoxication saturnine a pour effet de déplacer un problème de fond bien réel, l'existence d'enfants intoxiqués à partir de peintures au

1)- N. Rezkallah, A. Epelboin, *Chroniques du saturnisme infantile 1989-1994*, L'Harmattan, Paris, 1997, 261 p.



*La prise en charge effective
du saturnisme a levé le voile
sur les problèmes de la politique
du logement social, notamment
sur les difficultés rencontrées
par les immigrés africains
pour accéder à ces logements.*



plomb, à un débat sur les facteurs culturels et comportementaux africains prédisposant à la contamination, et limite implicitement le phénomène à des pratiques spécifiques d'un certain type de population. En outre, on peut s'interroger sur le rôle joué par des caractéristiques spécifiques du groupe de population concerné, ce qui conduit à mettre en perspective l'argumentation culturaliste. En effet, si en France les premiers cas d'intoxication dépistés semblent concentrés dans les populations d'origine malienne fréquentant les centres de protection maternelle et infantile (PMI), ce sont, en Angleterre, les enfants d'origine indienne qui sont les plus représentés. Aux États-Unis, les enfants le plus souvent touchés appartiennent aux communautés noires américaines et, plus récemment, aux communautés immigrées du Sud-Est asiatique. Il semble difficile

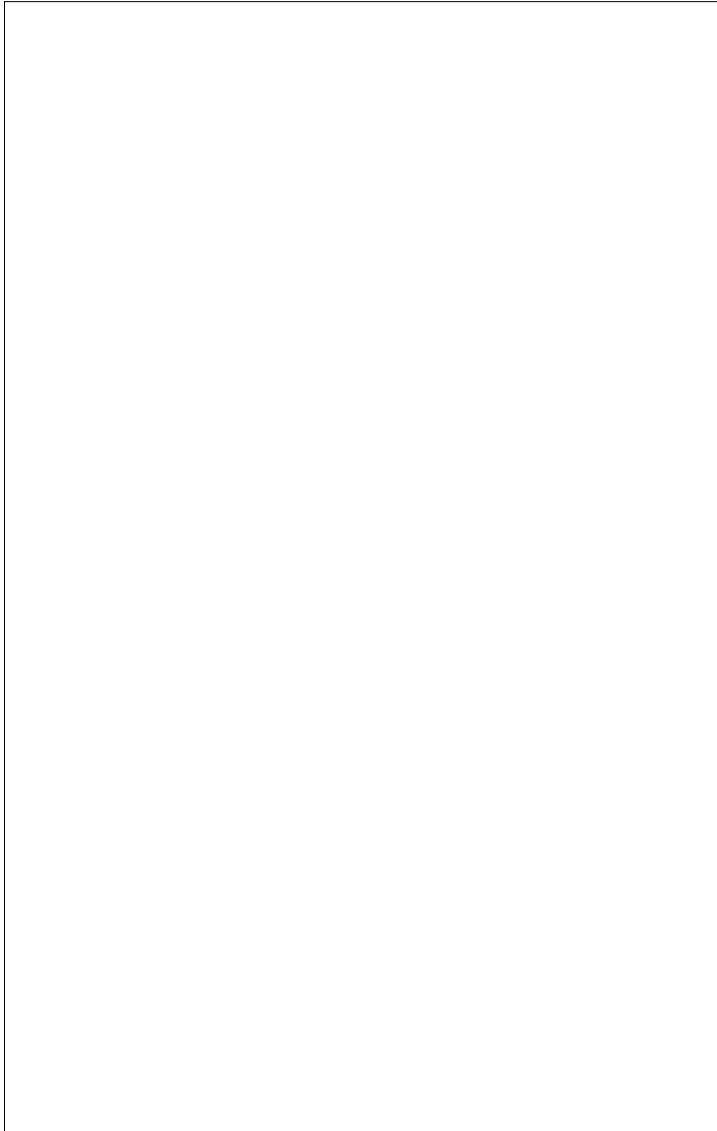
d'imaginer que des groupes de populations d'origines si différentes présentent des facteurs de risques ethniques ou culturels communs, en dehors de leur transplantation récente dans un habitat souvent dégradé.

Le fait que la maladie affecte quasi exclusivement des populations immigrées détermine le type d'inscription dans l'espace et l'action publics. La fai-

blesse de l'enjeu politique que représentent les conditions de vie des immigrés retarde l'action publique locale, ou permet tout du moins une certaine inertie, et ne déclenche pas d'emblée une mobilisation générale. En outre, l'incertitude quant à l'ampleur du phénomène, d'autant que l'origine géographique de la majeure partie de la population touchée pourrait expliquer la spécificité "culturelle" préten due du problème, permet de conforter la thèse des cas isolés. Dans ce contexte, on observe une résistance à la reconnaissance du problème et à sa prise en charge au niveau des services du logement qui conduit à une situation de blocage.

DE LA SANTÉ AU LOGEMENT

Devant l'ampleur potentielle de l'épidémie et les problèmes financiers, politiques, sociaux et juridiques que laisse entrevoir la mise en place de mesures effectives sur le plan du logement pour lutter contre la maladie – réhabilitation des logements et/ou relogement des familles –, des stratégies et tentatives de détournement se mettent en place : refus d'admettre que ce sont bien les peintures qui sont à l'origine de l'intoxication et marginalisation du problème. En pratique,



peu d'actions sont entreprises par les pouvoirs publics sur les logements, notamment pour des travaux palliatifs de réduction du risque. Les techniques de réhabilitation de logement sont de surcroît encore mal maîtrisées, coûteuses et mal adaptées.

Mais surtout, on compte peu de relogement des familles d'enfants intoxiqués au titre du saturnisme. Ces cas ne sont pas considérés comme prioritaires dans la file d'attente déjà longue pour l'obtention d'un logement social (parc HLM récent sans risque de contamination) et se heurtent au refus des bailleurs sociaux invoquant les difficultés que posent le relogement des familles nombreuses africaines et les quotas de mixité "raciale". La prise en charge effective du saturnisme lève le voile sur les problèmes de la politique du loge-

ment social, notamment sur les difficultés rencontrées par les immigrants africains pour accéder à ces logements. Dans ce contexte des débuts de l'histoire du saturnisme à Paris, les réactions des services du logement ont pour conséquence de cantonner la prise en charge de la maladie à un niveau essentiellement médical et sanitaire par des acteurs motivés.

Cependant, de médicale, telle qu'elle était initialement posée, la question devient largement sociale. Le traitement médical des enfants devant retourner dans les appartements qui sont à l'origine de l'intoxication semble de plus en plus palliatif et inadéquat ; la réhabilitation des logements et le relogement des familles apparaissent comme les seules véritables préventions. L'action publique se voit de plus en plus contrainte dans ses modalités par le caractère explosif que le saturnisme acquiert progressivement, et la maladie est peu à peu appréhendée comme le symptôme d'un problème urbain majeur, celui du logement dégradé.

LES NON-DITS DE L'INTERVENTION PUBLIQUE

À partir de la fin des années quatre-vingt, la lutte contre la maladie s'étend à certaines communes de la banlieue parisienne. La mise en place d'une politique de dépistage systématique, à partir de l'habitat, dans une commune de la "ceinture rouge" de Paris fortement mobilisée contre le saturnisme, constitue une étape importante dans son passage au rang de maladie de l'habitat insalubre et révèle un autre traitement de l'immigration : le non-dit de l'intervention publique. Le développement d'un dispositif sanitaire de dépistage à partir de l'habitat marque une rupture avec le dépistage de type clinique tel qu'il était pratiqué depuis la découverte de la maladie. Le caractère largement asymptomatique du saturnisme, souvent qualifié d'"épidémie silencieuse", explique en partie cette démarche volontariste, consistant à identifier les logements potentiellement dangereux comme point de départ de l'action sanitaire, au lieu de s'en tenir au repérage médical imparfait de la maladie.

Dans cette ville de la banlieue parisienne, la question de l'immigration est appréhendée de manière radicalement opposée aux tentatives de stigmatisation culturelles explicites observées dans la première période de l'histoire du saturnisme. En effet, l'appartenance des populations principalement touchées par la maladie à l'immigration récente africaine fait figure de point aveugle du discours officiel, tant de la part des autorités administratives et sanitaires que des élus locaux. On observe une réticence des intervenants à don-



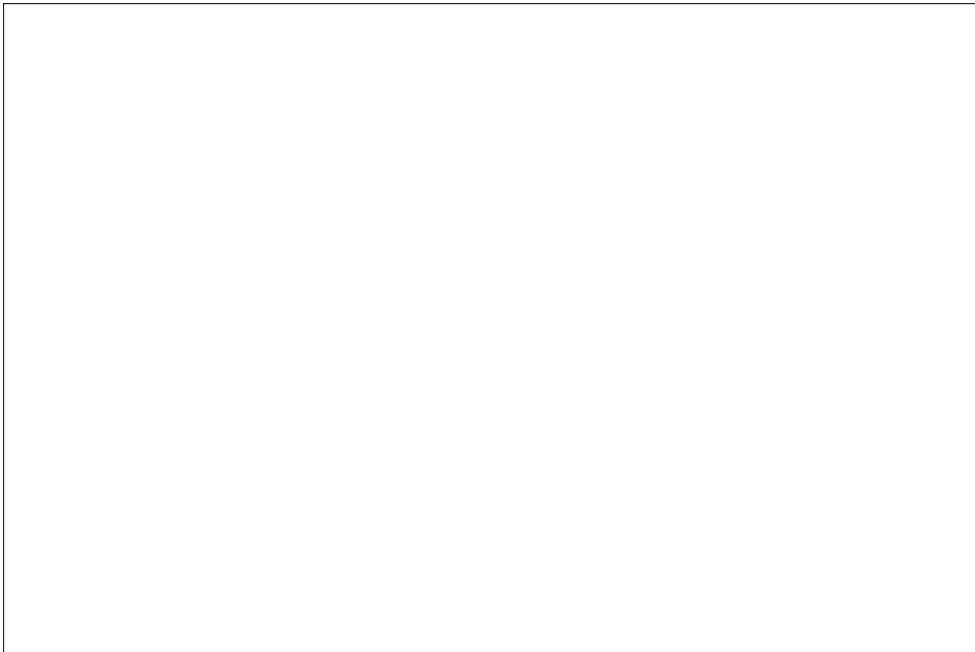
ner l'origine des populations touchées par le saturnisme et, pareillement, le fait que ce sont les populations immigrées qui se trouvent exposées au premier chef par le problème de l'habitat dégradé est passé sous silence dans les discours sur l'insalubrité dans la commune. Cette attitude reflète la volonté politique, manifeste pour la municipalité, de "*ne pas prêter à l'ethnique ce qui relève avant tout des mécanismes urbains et sociaux*", et le refus de stigmatiser des populations.

Cependant, cette attitude contraste avec la préoccupation politique locale réelle que représente la présence d'une forte population immigrée en situation précaire, dans une ville où le Front national est en nette progression. À partir de ces observations, il apparaît que la mobilisation locale contre le saturnisme infantile, notamment au niveau politique, permet de déplacer sur le terrain sanitaire la prise en charge d'un problème social, celui des conditions de logement des populations d'immigration récente, sans y faire référence explicitement, dans un climat politique local peu favorable aux mesures prises en faveur des immigrés. En effet, certaines familles immigrées d'enfants gravement intoxiqués ont bénéficié de mesures d'urgence pour un relogement. La requalification du saturnisme comme problème lié à l'habitat insalubre a permis de réintégrer dans les faits, si ce n'est dans les discours, l'immigration dans le champ des politiques locales.

Les quelques relogements au titre du saturnisme sont cependant à relativiser, si l'on considère le nombre de dossiers d'enfants intoxiqués toujours en attente et les centaines de familles vivant dans des logements dégradés. Au total, les limites de cette démarche apparaissent vite et donnent la mesure de la politique mise en œuvre, qui se borne essentiellement dans les faits à un dépistage, tant médical qu'environnemental. En outre, les problèmes liés à l'origine des populations concernées resurgissent de façon détournée. Les difficultés d'intégration sociale des immigrés se heurtent ici encore à la prise en charge effective de la maladie et se trouvent au cœur des enjeux de la politique de santé publique.

LÉGITIMER UNE QUESTION SOCIALE SUR LE TERRAIN SANITAIRE

Le déplacement sur le terrain sanitaire permet, dans un premier temps, de masquer la nature du problème en jeu mais ne la fait pas disparaître pour autant, puisqu'elle finit par ressurgir au détour des modalités pratiques de la prise charge, notamment dans les problèmes du relogement des familles africaines : les arguments



invoqués par les bailleurs sociaux concernent les difficultés de cohabitation, la peur de rupture de “l’équilibre social”, les normes des logements inadaptées aux familles polygames, etc. Ces difficultés conduisent rapidement à une situation de blocage, comme l’exprime un responsable d’un service de logement : *“On est arrivé à un seuil de difficulté de vie sociale dans nos cités [...] ; on dépiste, on dépiste [le saturnisme] et, et... on est bloqué. [En tant que bailleur social] je ne peux pas faire exploser les trois quarts de mes cités, qui sont complètement en train de basculer, l’équilibre social est en train de basculer [...], on ne va pas pouvoir en reloger d’autres pour l’instant, il va falloir digérer nos vingt-quatre familles [familles africaines d’un squat relogées], on ne peut plus reloger grosso modo un Africain dans les cités [...]. Il faut y aller par doses homéopathiques sinon on a une révolution [...]. Faut être clair, si on avait à X... des logements plombés avec à l’intérieur des familles traditionnelles, on n’aurait pas de problème, à part un problème financier d’acquisition-amélioration, on viderait et puis on relouerait pas et on relogerait.”* Ce discours montre que ce qui fait problème à propos de saturnisme c’est bien, avant tout, la population principalement concernée par la maladie : les immigrés africains.

L’analyse des enjeux autour du saturnisme infantile et de sa prise en charge révèle ainsi une logique qui dépasse un cadre strictement sanitaire. Un processus de “sanitarisation” des problèmes sociaux

se dessine autour des questions d'immigration et d'habitat insalubre en milieu urbain. Cette approche montre, en outre, la place accordée au corps malade plus qu'au citoyen étranger. Toutefois, que la question de l'immigration fasse l'objet d'une qualification culturelle ou d'un non-dit politique, les modalités pratiques de la prise en charge de la maladie restent dans les deux cas de figure essentiellement médicales et curatives, se limitant pour une large part au dépistage de la maladie et au traitement médical imparfait des intoxications, dont les dommages sont irréversibles. La seule mesure véritablement efficace est la suppression de la source d'intoxication. Néanmoins, la prise en charge médicale et sanitaire de l'épidémie saturnine permet, dans une certaine mesure et de façon localement différenciée, à travers un processus de légitimation d'une question sociale sur le terrain sanitaire, la reconnaissance d'un problème qui la déborde largement, celui des conditions de logement des populations immigrées. Elle a le mérite, ne serait-ce qu'indirectement, d'introduire sur la scène publique non seulement le problème des conditions de vie dans l'habitat insalubre, mais aussi celui de l'accès au logement social. ★

POUR EN SAVOIR PLUS SUR LE SATURNISME

- *Plomb dans l'environnement. quels risques pour la santé ?* Expertise collective Inserm, 1999, 461 p.
- M. Delour, "Une nouvelle pathologie pour l'enfant migrant ? Le saturnisme infantile chronique", *Migrations-Santé*, n° 59, avril 1989.
- A. Fontaine, "Le saturnisme infantile : un problème d'actualité", *Prescrire*, vol. 11, n° 113, 1991, pp. 599-603.
- A. Gachet, "Du plomb dans l'aile", *Plein Droit*, n° 26, 1994, pp. 29-31.
- L. Ginot, C. Peyr, A. Fontaine et al., "Dépistage du saturnisme infantile à partir de la recherche de plomb dans l'habitat : une étude en région parisienne", 1995, *Epidém. et santé publique*, vol. 43, n° 5, pp. 477-484.