

DU KWASHIORKOR  
AU SATURNISME INFANTILE CHRONIQUE  
Une hypothèse au service de la prévention

Frédéric JESU

Dans le même temps où les médias tendent à présenter les migrations de populations d'abord sous l'angle des problèmes qu'elles posent, y compris dans le champ de la santé publique, l'opinion publique et l'attention des professionnels des secteurs médicaux et sociaux risquent paradoxalement d'être détournées des possibilités d'approfondissement des connaissances et des occasions de recherche opérationnelle que ces migrations peuvent aussi susciter.

À l'encontre d'un tel risque, je traiterai ici un thème qui invite de façon assez exemplaire à explorer de nouvelles perspectives : l'identification des différents facteurs déterminant la survenue du saturnisme infantile chronique chez les jeunes enfants d'origine africaine des quartiers nord-est de Paris, et ses conséquences pour la définition de stratégies préventives adéquates.

Encore faut-il préciser que, pour ce qui concerne ce thème, la démarche suppose également une volonté d'ouverture à la réflexion interdisciplinaire. En l'occurrence, une hypothèse sera ici progressivement dégagée ; pour être construite et formulée — dans l'attente d'être soumise, si possible, à l'épreuve d'une recherche-action<sup>1</sup> — elle a nécessité la mise en perspective et en relation d'observations et d'élaborations issues des champs sui-

---

<sup>1</sup> Un avant-projet, non présenté ici, a été proposé à cet effet dans le cadre d'un appel d'offres du ministère de l'Environnement, du ministère de l'Équipement et du Logement et du ministère chargé de la Santé.

vants : pédiatrie clinique, pédiatrie sociale, épidémiologie /p. 368/  
descriptive, toxicologie, anthropologie sociale et culturelle, sociologie, psychologie de l'enfant, psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant, santé publique, santé communautaire.

## Cadre et source des observations

J'exerce depuis dix ans, en tant que psychiatre à plein temps du secteur public de psychiatrie infanto-juvénile du XIX<sup>e</sup> arrondissement de Paris, des fonctions cliniques et de responsabilité technique d'équipes pluridisciplinaires chargées d'actions de prévention et de soins ambulatoires.

La population des quartiers qui composent cet arrondissement — mais aussi celle de plusieurs quartiers parisiens limitrophes ou de banlieue proche — se caractérise notamment par la co-existence en son sein de multiples communautés ethniques et culturelles. Cette situation résulte d'une importante tradition locale d'accueil et d'implantation, depuis un siècle, de populations portées par des flux successifs d'immigration. Les populations originaires des pays « francophones » d'Afrique noire occidentale relèvent des plus récents flux migratoires. Elles ont à faire face à d'importantes et parfois cruciales difficultés d'intégration, notamment du point de vue des conditions de vie des femmes et de leurs jeunes enfants. Ces familles, souvent de grande taille et parfois polygames, soumises aux aléas des stratégies de « regroupement familial », vivent généralement dans des logements vétustes, précaires et insalubres, faisant par ailleurs l'objet de manœuvres immobilières qui leur assurent de temps à autre de sinistres réputations médiatiques.

Mes fonctions professionnelles me mettent régulièrement en relation avec ces familles, ainsi qu'avec certains de leurs interlocuteurs institutionnels locaux : intervenants médico-sociaux (équipes de PMI, surtout, mais aussi : travailleurs sociaux, acteurs associatifs, pédiatres hospitaliers, et plus rarement médecins d'exercice libéral) et de l'Éducation Nationale (enseignants,

équipes de santé scolaire). Certaines de mes activités de recherche (notamment au Burkina Faso, en direction de la protection médico-sociale de l'enfance en danger) m'ont par ailleurs amené à m'intéresser particulièrement, outre aux fondements théoriques de l'ethnopsychiatrie, aux pratiques et aux /p. 369/ techniques de puériculture et d'éducation des jeunes enfants en Afrique noire ainsi qu'en situation interculturelle. C'est dans ces conditions que j'ai été amené à mettre en relation :

— d'une part un certain nombre d'observations directes ; et indirectes, de communications personnelles recueillies auprès de professionnels exerçant en Afrique noire, mais aussi de considérations théoriques issues de sources bibliographiques, relatives aux manifestations et à l'étiopathogénie du kwashiorkor, notamment en milieu urbain africain ;

— d'autre part les aspects épidémiologiques du saturnisme infantile chronique des jeunes enfants dans l'est et le nord-est de Paris et de sa proche banlieue, qui orientent l'attention vers différentes composantes des conditions de vie des familles d'origine africaine y séjournant ;

— enfin les différents facteurs psychoculturels susceptibles de contextualiser ces aspects épidémiologiques.

Une hypothèse, relative à la prévalence d'états dépressifs maternels chroniques assez souvent méconnus, semble pouvoir se déduire de cette mise en relation ; elle sera développée plus loin. Les enjeux de cette hypothèse ne sont pas uniquement théoriques, mais également susceptibles, si elle venait à être validée, de contribuer à accroître l'efficacité des actions de prévention primaire, voire de prévention secondaire, du saturnisme infantile chronique des jeunes enfants, tout du moins de celles menées au sein de ces populations dans l'est et le nord-est de Paris et de sa proche banlieue.

## Manifestations ethniques du saturnisme infantile chronique

Le saturnisme infantile chronique est une affection difficile à diagnostiquer, tout du moins précocement, sur le seul plan clinique. Le plomb absorbé — par voie percutanée, aérienne ou, surtout, digestive — se fixe sur les globules rouges (en compétition avec le fer) et sur le squelette ; son accumulation dans l'organisme, permet le diagnostic para-clinique de l'affection : radiographie des os longs et de l'abdomen, plombémie, dosage des protoporphyrines érythrocytaires.

Les effets toxiques du plomb se manifestent sur le tub digestif, sur la synthèse de l'hème, sur le rein et sur le système nerveux central et périphérique. À des seuils élevés de plombémie, l'atteinte de ces deux dernières cibles peut se /p. 370/ manifester par une tubulopathie et/ou par une encéphalopathie ; aiguës, sévères et mortelles en "absence de traitement. Mais à *des seuils bas ou intermédiaires, c'est-à-dire pendant une longue phase initiale, les signes cliniques sont non spécifiques* :

— les troubles digestifs sont plus ou moins communs beaucoup d'enfants : douleurs abdominales, constipations, vomissements, anorexie et parfois fléchissement de la courbe staturopondérale ;

— l'anémie a un aspect ferriprive banal (quoique rebelle au traitement martial) ;

— les signes neuropsychiques ne se distinguent guère de certains signes liés à divers dysfonctionnements psycho-affectifs ou aux carences de stimulations : troubles du sommeil, troubles du comportement (apathie et somnolence, ou agitation et agressivité, ou alternance de ces deux catégories), persistance tardive du portage main-bouche parfois associé à un pica, troubles du langage, retard ou régression des acquisitions psychomotrices et des performances intellectuelles. La responsabilité exclusive et linéaire du plomb dans ces différents troubles neuropsychiques et des conduites instinctuelles est cependant discutable (et discutée) dans la mesure où beaucoup d'enfants atteints sont ex-

posés à d'autres facteurs de risque, liés à leur environnement socio-familial, qui interagissent avec les facteurs d'intoxication (Delour 1989, Konzati 1990).

### Épistémologie du saturnisme infantile chronique

Les différentes études épidémiologiques récemment menées aux États-Unis (Center for Disease Control 1988), en Grande-Bretagne (Davies 1990), en Belgique (Limbos 1988) et en France dans la région parisienne (Carlus-Moncomble *et al.* 1987, Delour 1989, Delour & Squinazi 1989, Blondin & Squinazi 1989) ont abouti à des résultats qui constituent désormais une aide au dépistage et au diagnostic, ainsi qu'à la prévention des nouveaux cas et des ré-intoxications.

C'est ainsi qu'il est devenu classique, tout du moins en région parisienne, de dire que *l'élément majeur du diagnostic de saturnisme infantile chronique est la notion d'appartenance de l'enfant à une population à risque*, dont les caractéristiques sont les suivantes : /p. 371/ — enfants jeunes (de 6 mois à 6 ans, l'âge le plus exposé se situant entre 18 et 36 mois) : plus précisément il s'agit surtout d'enfants ayant en général acquis l'âge du déplacement au sol et, dans une même fratrie, *des enfants non encore scolarisés mais ayant déjà quitté l'environnement immédiat de la mère pour laisser la place à un puîné* ;

— enfants de familles migrantes, de niveau socioéconomique faible, et demeurant dans un habitat vétuste et délabré ; ces trois facteurs sont souvent étroitement corrélés, surtout dans les quartiers nord-est de Paris, mais il est très remarquable qu'à conditions d'habitat similaires les taux d'incidence et de prévalence du saturnisme infantile chronique sont très significativement plus élevés chez les enfants africains noirs que chez les enfants d'autres origines (maghrébines, turques ou asiatiques, par exemple). Il y a donc lieu de considérer ces enfants africains noirs présentent des facteurs de risque supplémentaires ou spécifiques qu'il convient de rechercher ; et qu'en l'absence à ce jour d'élément d'observation et d'investigation susceptibles d'orienter les hypothèses vers des facteurs d'ordre constitutionnel, ce soit surtout d'approches

sociologiques et anthropologiques qu'il faille attendre des contributions et des éclairages sur la recherche de la nature des facteurs de risque d'intoxication en cause.

### Observations sur les sources et sur les mécanismes de l'intoxication au plomb

D'un point de vue strictement toxicologique, plusieurs études en France (Joly *et al.* 1987, Delour 1939, Blondin & Squinazi 1989) ont visé à prendre en considération toutes les sources possibles d'intoxication par le plomb présentes dans l'environnement quotidien des enfants atteints ou appartenant aux populations à risque. On a pu de la sorte établir un certain nombre de faits :

— les tuyauteries d'adduction d'eau et la qualité de l'eau de ville distribuée ne semblent pas en cause :

— certaines poteries, bijoux fantaisie et ustensiles culinaires en céramique vernissée avec des maux au plomb, de même que certains fards (*kbôl*, surma) pigmentés avec des dérivés du plomb, certaines lotions capillaires à base d'acétate de plomb et au goût sucré — tous produits disponibles sur les marchés africains et importés à titre individuel — ainsi que certains remèdes de marabout ont fait l'objet d'appréciations diverses quant à leur rôle dans le processus d'intoxication (Joly *et al.* 1981, Blondin & Squinazi 1989, Epelboin *et al.* 1990) ;

— l'air et les poussières contaminés par les dérivés du plomb présents dans les gaz d'échappement des automobiles ne semblent pas pouvoir être ici particulièrement incriminés : ils ne sont pas plus chargés en plomb que l'air et les poussières ambiants que respirent et inhalent les autres enfants, non atteints de saturnisme, des quartiers étudiés ;

— la source la plus clairement et la plus indiscutablement identifiée comme cause de l'intoxication spécifique est constituée par les sels de plomb (surtout le carbonate de plomb, ou céruse), solubles en milieu acide et donc absorbables par voie

digestive, très souvent présents dans les peintures murales de fabrication artisanale et peu onéreuses qui ont été apposées sur les surfaces intérieures des habitations et notamment sur les supports boisés (cadres de fenêtres, plinthes) et métalliques (huisseries), jusqu'à ce que des réglementations de 1913 et de 1948<sup>2</sup> en interdisent l'usage dans tous les travaux du bâtiment. Lors de leur vieillissement, les peintures à base de céruse tendent à se détacher de leur support, à s'écailler et à s'effriter, et finalement à tomber en poussière entre 50 et 80 ans après leur apposition. La superposition d'autres couches plus récentes de peintures non toxiques sur une couche à base de céruse n'empêche en rien cet effritement progressif. *Dans les habitats vétustes et mal entretenus, on retrouve donc ces écailles, ces fragments et ces poussières de peinture à haute teneur en plomb soluble dans les appartements (surtout à proximité des bords de fenêtre, des portes, des plinthes et dans la poussière ambiante), dans les escaliers, dans les W.C. sur les paliers, sur certains revêtements muraux extérieurs. Et parfois dans les gravats encombrant les cours.*

/p. 373/ En pratique, les faits sinon observés<sup>3</sup> du moins relatés et recoupés entre eux mettent en évidence un certain nombre de facteurs comportementaux favorisant directement ou indirectement l'intoxication, et qui semblent spécifiques des mères et des enfants africains noirs. Ce sont :

— *des comportements maternels* : d'une part les pratiques de géophagie des mères pendant leurs grossesses, dans le but no-

---

<sup>2</sup> Décret du 1/10/1913 modifié « interdisant l'emploi de la céruse » (paru au *J.O.* du 12/10/1913) ; décret n°48-1901 du 11/12/1948 « portant règlement d'administration publique en ce qui concerne les mesures particulières d'hygiène applicables dans les établissements dont le personnel est exposé à l'intoxication saturnine » (paru au *J.O.* du 16/12/1941).

<sup>3</sup> L'observation directe, *in situ* bien que posant de sérieux problèmes éthiques et techniques (acceptation de la présence de l'observateur, durée de l'observation, taille et composition des familles, dimensions et organisation des logements, etc.) serait pourtant la plus à même d'explorer certains facteurs culturels et relationnels en jeu dans les comportements favorisant l'intoxication (Epelboin *et al.* 1990, Rabain-Jamin & Wornham 1990)

tamment de se fortifier (Epelboin *et al.* 1990), auxquelles se substitueraient en situation de transplantation des ingestions d'écaillés de peinture, ont été évoquées (Delour 1989, Blondin & Squinazi 1989 ; Epelboin *et al.* 1990)<sup>4</sup> pour rendre compte de certaines hyper-plombémies post-natales (selon un mécanisme de contamination des enfants par voie transplacentaire, puis par transmission dans le lait maternel) et de leurs conséquences sur la maturation neurologique des jeunes enfants ; en outre ces pratiques, dont l'exemple serait ainsi montré par les mères, inciteraient et rendraient très tolérés les comportements de pica, générateurs d'intoxications graves, des jeunes enfants (Delour 1989, Epelboin *et al.* 1990). D'autre part, à l'issue du sevrage de l'allaitement maternel ou mixte — traditionnellement réalisé de façon « brutale »<sup>5</sup> en cas de nouvelle grossesse —, l'enfant sevré paraît livré à lui-même et plus ou moins surveillé par une mère débordée, ou occupée par un plus jeune, ou encore — plus fondamentalement — déprimée et accablée /p. 374/ par son isolement ; il semble bien (Delour 1989) que l'on puisse considérer comme facteur lié à ces circonstances l'absence physique ou la non-disponibilité, en situation de transplantation, des relais familiaux féminins (sœurs, co-épouses, tantes, filles aînées, etc.) habituellement mobilisés lors de ces périodes en milieu rural africain. On reviendra plus loin, indirectement, sur ces observations. Procurant peu de jouets, de jeux, de sorties et

---

<sup>4</sup> Plutôt à titre d'hypothèse plausible. semble-t-il, que comme fruit d'observations directes ou d'entretiens avec les mères à ce sujet. Si cette hypothèse se vérifiait, il y aurait lieu de prendre en considération le fait qu'une conduite pensée par les mères comme étant favorable, dans une visée préventive, à leur santé et à celle de leur enfant s'avère objectivement inappropriée et le cas échéant dangereuse, tout du moins dans les situations de transplantation ici décrites.

<sup>5</sup> Si la rapidité de réalisation du sevrage, en Afrique, a pu apparaître empreinte d'une certaine « brutalité » aux yeux de nombreux observateurs européens, d'autres (Zempléni 1912, Rabain 1979) ont relativisé ce jugement en soulignant la diffusion et la continuité des échanges corporels, avant et après le sevrage, entre l'enfant et l'ensemble de son entourage immédiat et notamment sa fratrie.



plus généralement peu de stimulations à leurs enfants, ces mères les exposent à l'ennui, voire — on y reviendra aussi — à la dépression réactionnelle, générateurs dans certains cas de comportements de grattage et de suçage des doigts souillés, avec de longues stations devant les fenêtres pour profiter du spectacle distrayant de la cour ou de la rue, ou près des portes pour attendre la survenue de visites et de sorties, c'est-à-dire à proximité des zones à risque de l'appartement ou de ses abords (cf. supra). Accessoirement enfin, les habitudes rurales de recours au balai plutôt qu'à la serpillière humide pour procéder au nettoyage des sols contribue à faire voler les poussières toxiques, à favoriser leur inhalation par voie pulmonaire et à les disséminer sur les objets portés à la bouche.

— *comportements des enfants* : les enfants semblent s'intoxiquer essentiellement par voie digestive, soit activement — parfois dès le berceau, mais surtout à partir de l'âge où ils ont acquis la capacité de se déplacer seuls — en grattant les murs, les plinthes, les rebords de fenêtres et les huisseries de portes pour en détacher écailles de peinture et les manger (pica), soit en absorbant de façon plus occulte des fragments de peinture et des poussières toxiques lors du portage main bouché<sup>6</sup>. La prévalence de ces comportements et de l'intoxication qui en résulte est favorisée par l'état d'endommagement des différentes surfaces murales et des plafonds (et par la faible prégnance des critères esthétiques et de l'investissement locatif global des lieux de la part de leurs occupants, qui pourraient contribuer à la prévenir et à y remédier), par la fréquence des comportements de pica et des comportements /p. 375/ main-bouche au-delà de l'âge où on les observe quasi physiologiquement (fréquence liée, comme on l'a dit, à des facteurs de tolérance culturelle et à des facteurs psycho-affectifs et éducatifs, et peut-être aux conséquences neurologiques — même du saturnisme infantile chro-

---

<sup>6</sup> La contamination par les poteries et les cosmétiques autochtones, voire par l'ingestion de certains remèdes maraboutiques, n'est prise en considération que par les toxicologues (Joly *et al.* 1987).

nique débutant), éventuellement —par l'habituelle précocité psychomotrice des enfants africains noirs (tout du moins en Afrique) et enfin, d'un point de vue biologique, par les carences en fer et en calcium, souvent retrouvées chez ces enfants, et qui accentuent l'absorption digestive et la fixation osseuse et sanguine des sels de plomb.

### Considérations psycho-culturelles sur l'étiologie du kwashiorkor en milieu urbain

Le kwashiorkor est une maladie du jeune enfant sous-tendue par un déficit protéino-calorique de base et survenant en Afrique noire dans des régions où sévit une disette endémique. Elle s'installe progressivement; insidieusement, et se traduit cliniquement à la période d'état par une diarrhée persistante et une anorexie, par des œdèmes de carence envahissants ; par des troubles cutanés, muqueux et phanériens, enfin par une régression générale du tonus et des acquis psychomoteurs et par des troubles de l'humeur et de la vie relationnelle. Son mécanisme physiopathologique complexe conduit à la mort en l'absence de traitement, lequel repose essentiellement sur la prescription d'un régime hyper-protidique —dont l'administration et l'observance sont toutefois rendues souvent difficiles et étroitement corrélées au comportement général de l'enfant (Geber & Dean 1956, Geber 1988-89).

*Évoquer ici cette affection, en contre-point de la présentation que l'on vient de faire des principaux facteurs environnementaux humains en cause dans la genèse du saturnisme infantile chronique chez les enfants africains noirs de familles transplantées, se justifie initialement au vu de trois rapprochements possibles :*

— l'âge d'exposition maximale — à la constitution du kwashiorkor sur fond de carence nutritionnelle, comme à celle, plus lente, du saturnisme infantile chronique sur fond de précarité socio-économique — est dans les deux cas celui du sevrage, /p. 376/ et notamment d'un sevrage déterminé par le fait que la

mère est de nouveau enceinte ou accaparée par un nouveau-né<sup>7</sup>;

— les décompensations nutritionnelles qui conduisent à un kwashiorkor grave sont fréquentes dans les agglomérations urbaines et sub-urbaines, au sein de familles relativement et récemment nucléarisées, alors que ces formes graves sont plus rares en zone rurale où pourtant la malnutrition chronique est plus importante (Collomb & Valantin 1980, Mises & M'Boussou 1984, Guédeney 1986) ; le saturnisme infantile chronique survient également dans un cadre urbain aux caractéristiques existentielles auquel l'expérience de vie en milieu rural traditionnel des mères ne les a absolument pas préparées ;

— sans être superposables à l'identique, plusieurs signes cliniques et plusieurs manifestations comportementales déterminantes pour l'évolution de ces signes ressortent, dans les deux affections, de catégories proches (troubles des conduites alimentaires — anorexie, suçotements stéréotypés — , troubles psycho-affectifs. régression psycho-motrice) ; ces types de manifestations pathologiques des enfants sont susceptibles d'entraîner ou d'entretenir chez leurs mères, par des mécanismes de structure identique, des types de conduites réactionnelles d'ordre et de portée assez proches (cf. *infra*).

En d'autres termes, *l'attention est attirée dans les deux cas par le potentiel étio-pathogénique que représentent les conditions de réalisation et d'accompagnement du sevrage de l'enfant, éventuellement aggravées en situation de déracinement maternel.*

Pour ce qui concerne le kwashiorkor, après que l'hypothèse ait été avancée selon laquelle le kwashiorkor serait une forme d'anorexie mentale (Collomb & Valantin 1980), les recherches ultérieures menées conjointement par les pédiatres et les professionnels de la santé mentale se sont précisément orientées

---

<sup>7</sup> Comme le laisse déjà entendre le mot *kwashiorkor*, retenu en 1933 par le Dr Cécily Williams pour nommer le tableau clinique qu'elle venait de décrire dans le bassin de la Volta en langue ga du Ghana, signifierait : « maladie survivant chez un jeune éloigné de sa mère à l'occasion d'une nouvelle grossesse (cité par Guédeney 1986).

vers la qualité de la relation mère-enfant pendant l'allaitement puis après le sevrage (Dubois-Lebronnec 1986, Guedeney 1986) /p. 377/ ainsi que vers celle de la dynamique de l'environnement familial et de l'environnement soignant voire linguistique de l'enfant (Geber 1988-89).

Ces auteurs, à la suite d'autres ayant plus généralement décrit les conditions du développement du jeune enfant en milieu africain (Zempléni 1972, Rabain 1979, Rabain-Jamin 1990), insistent sur les particularités des relations mère-enfant, en Afrique noire, lors des premiers mois qui suivent la naissance : particulièrement symbiotiques, privilégiant massivement les satisfactions orales et cutanées, elles semblent reposer sur l'attitude plutôt passive de la mère, qui chercherait à s'adapter au mieux aux besoins et aux exigences du nourrisson, pendant que celui-ci ferait l'expérience d'un sentiment de sécurité et de toute-puissance, d'un lien structurel entre dépendance et satisfaction. L'intensité et la durée de ces premières relations laisseraient ainsi l'enfant relativement non préparé aux séparations et aux frustrations qui surviennent au moment où, sous couvert des normes de référence de son milieu et, en règle générale, sans guère de gradations préalables explicites, la mère « décide » ou plus souvent se voit imposer — notamment par la survenue d'une nouvelle grossesse — de mettre un terme, concrétisé par le sevrage, à cette expérience de plénitude vécue par l'enfant. L'éloignement de la mère se présenterait alors pour celui-ci sous la forme de l'interdiction de nourriture, et il soutiendrait l'émergence de fantasmes de dévoration et d'anéantissement mutuel.

Dès lors le risque est ouvert d'une régression des acquis et des perspectives relationnelles, d'un repli mental et comportemental consacré à la recherche nostalgique et fantasmatique de la toute-puissance perdue, et d'une réponse au sevrage — du lait, mais aussi du corps et de l'attention maternels — en termes de dépression, d'anorexie, d'agressivité ou de fuite dans les activités solitaires et stéréotypées, de refus progressif du contact.

En milieu rural africain, ce risque est habituellement prévenu et progressivement dépassé par les interventions des différents

substituts maternels de l'environnement familial /p. 378/ (ascendantes, collatérales<sup>8</sup>, alliées, amies de la mère) qui, de part et d'autre de l'épreuve du sevrage proprement dit, aident l'enfant à réduire cette angoisse de rupture, à surmonter cette crise maturative en progressant dans sa socialisation, en prenant conscience de sa propre personnalité, de son pouvoir, des moyens nouveaux que lui offre l'autonomie, et en découvrant que le monde est peuplé d'autres présences que celles de sa mère, avec lesquelles des échanges gratifiants et diversifiés s'avèrent possibles.

En situation de déracinement, en revanche, ces substituts font la plupart du temps défaut, d'une façon ou d'une autre (Rabain-Jamin & Wornham 1990). Ils font défaut pour la mère, ainsi privée des contacts qui, d'un accouchement à l'autre, lui seraient indispensables pour assurer son soutien et sa confirmation identificatoire, pour donner une valeur collective aux événements à forte charge émotive personnelle que sont grossesses, naissances et problèmes d'éducation et de santé précoces des enfants. Ils font aussi défaut à l'enfant sevré, qui ne rencontre aucune structure psychosociale adéquate pour l'aider à traverser l'épisode douloureux et angoissant du sevrage.

Dans ce contexte, les premiers symptômes, lorsqu'ils surviennent, peuvent déclencher le désarroi de la mère, l'inhibition de sa capacité à y répondre de façon adaptée, et venir accentuer l'inadéquation des échanges à l'intérieur du groupe familial restreint, le père se révélant lui-même sinon absent du moins incapable de soutenir sa femme ou de la suppléer dans sa fonction maternelle défaillante.

---

<sup>8</sup> L'observation directe (Rabain 1979 et Rabain-Jamin 1990 pour les Wolof du Sénégal ; Bonnet *et al.* 1991 pour les Mossi du Burkina Faso) a notamment contribué à mettre en évidence que la (ou les) sœur(s) aînée(s) de l'enfant figure(nt) nettement en première ligne dans l'exercice concret et quotidien de ces fonctions substitutives. En milieu urbain, et plus encore en situation de transplantation, ces fillettes ou ces jeunes filles sont en général scolarisées et donc non disponibles pendant une grande partie de la journée.

## Mise en relation des données précédentes et formulation d'une hypothèse

On aura bien entendu remarqué que l'ensemble des observations relatives à la problématique et au mécanisme de /p. 379/ constitution du kwashiorkor chez le jeune en milieu urbain d'Afrique noire, dans un contexte de déracinement maternel relatif et de malnutrition (chronique, mais la plupart du temps évaluée comme initialement non majeure dans ces cas), semble pouvoir s'appliquer au mécanisme de constitution du saturnisme infantile chronique chez le jeune enfant africain en milieu urbain parisien dans un contexte aggravé de déracinement maternel intégral et de résidence en habitat à haut risque toxique. *Mais au total, et pour mieux cerner le noyau commun structural — socio-culturel et relationnel — du processus psychopathologique en cause dans ces deux affections, on interrogera surtout la mesure dans laquelle, de part et d'autre de leur déclenchement, la mère est amenée, sur un fond dépressif personnel plus ou moins patent, à manifester un sentiment douloureux d'impuissance dans ses rapports avec son enfant et à se couper progressivement de lui et de ce qu'il représente.* Dans cette perspective, il y a en effet lieu de comprendre comment, répétant ainsi en miroir le comportement de son enfant, elle s'installe avec lui dans l'expérience commune, mais non véritablement partagée, de redécouvrir sans cesse la profondeur des sentiments d'isolement et d'abandon, et la pauvreté des moyens disponibles dans l'environnement Immédiat pour tenter d'y remédier.

*L'hypothèse* qui, pour ce qui concerne le saturnisme infantile chronique, peut se déduire de ces considérations se formule donc de la façon suivante. *Le fait, pour un jeune enfant, de résider dans un habitat à haute teneur en sels de plomb solubles est une condition nécessaire pour qu'il risque de s'y intoxiquer, mais elle est loin d'être suffisante : dans le cas des enfants africains noirs, le principal facteur associé serait l'existence chez leurs mères d'un fond dépressif plus ou moins reconnu comme tel et largement réactionnel à leur situation de transplantation dans un environnement culturel, social, linguistique et urbain auquel elles ne sont pas préparées ou pas disposées, voire pas autorisées — par leurs maris ou*

*par leurs propres contraintes Intériorisées — à s'adapter.* Les épreuves renouvelées des grossesses, des accouchements, des sevrages et des maladies des enfants viendraient révéler et aggraver la réalité de leur isolement socio-familial et affectif et de leur dépendance à l'égard de leur mari, ainsi que leur sentiment /p. 380/ d'une perte d'accès aux significations — tout du moins référées aux valeurs collectives acquises pendant leur enfance — de ces événements et la difficulté qu'elles éprouvent à se situer activement et adéquatement face à eux.

Ceux des enfants qui sont enfermés avec leur mère dans cet isolement dépressif — et dans l'habitat dégradé qui le métaphorise — et qui restent démunis comme elle d'un réseau d'étagage tendraient alors à réagir à la fois en miroir et en révolte face aux signes de cette dépression, notamment lorsqu'ils découvrent qu'ils ont accédé simultanément à l'autonomie de déplacement et à la perte apparente de la sollicitude maternelle à leur égard. Un bon nombre de leurs comportements, et en particulier ceux qui créent et entretiennent l'intoxication saturnine, pourraient ainsi être compris comme les expressions à la fois d'une dépression réactionnelle à celle de leur mère et de la recherche des moyens d'aménager, de fuir ou de se défendre de ce vécu dépressif et des fantasmes destructeurs qui le peuplent.

### Intérêt d'une validation de cette hypothèse dans la perspective des stratégies de prévention primaire et secondaire

La description des différentes stratégies de prévention, de dépistage et de traitement du saturnisme infantile chronique nécessiterait à elle seule un long développement. Pour ce qui concerne les champs de la prévention primaire et secondaire des risques d'intoxication — et de ré-intoxication après traitement — on mentionnera simplement les grands axes classiques de l'action :

— promotion et réalisation de travaux de rénovation effec-

tive des habitats, voire de déménagements ;

— sensibilisation et information des familles, et notamment des mères, sur les risques de la maladie, sur les modes de contamination et sur les différentes interventions (portant sur le traitement et l'isolement des surface à risque, et sur la surveillance des comportements et de l'hygiène des enfants) permettant de les prévenir.

Certains auteurs (Delour 1989, Epelboin *et al.* 1990) proposent en outre de promouvoir une nouvelle hygiène de vie des familles concernées et préconisent à cet effet :

/p. 381/ — d'aider les mères à organiser des sorties pour les enfants, à les faire jouer, à leur procurer des jeux et des activités qui les distraient et les détournent des comportements de pica ;

— d'encourager l'accès des enfants aux haltes-garderies, aux squares, à l'école maternelle ;

— de développer l'intérêt pour les activités ludiques, tout d'abord chez les mères pour qu'elles y fassent accéder les enfants.

À l'égard de ces diverses recommandations, la validation de l'hypothèse ci-dessus mentionnée, ou tout du moins la mise en évidence de la prévalence, dans certaines familles exposées, d'une spirale dépressive au cœur des aléas de la relation mère - enfant, aurait un double intérêt :

— éviter une approche trop volontariste de ces familles, et se prémunir d'interventions Inefficaces à terme, génératrices de déception, de démobilisation ou au contraire d'un interventionnisme redoublé, plus ou moins excessif et inapproprié, de la part des professionnels, et d'un sentiment d'incompréhension et de culpabilité accrues de la part des mères. Ce n'est pas parce que l'on conseille à une mère déprimée de mieux surveiller son enfant, de sortir et de jouer avec lui, qu'elle se sent capable ou qu'elle a le désir de le faire.

— prendre en compte le sens profond de ces vécus dépressifs et les mécanismes de leur genèse afin de rechercher les moyens de leur prévention et de leur résolution : non pas *a priori* des actes techniques spécialisés et individualisés, par exemple médico-psychologiques, dont la compréhension et



l'observance seraient probablement très faibles, mais plutôt des actions communautaires susceptibles de dégager des moyens collectifs pertinents et vraiment efficaces de réduire l'isolement des mères récemment transplantées et permettant, par exemple, de reconstituer avec et autour d'elles et de leurs enfants sinon la réalité du moins les fonctions et le rôle d'un proche réseau humain d'étayage.

Il va de soi que de telles actions — d'ailleurs déjà expérimentées dans d'autres contextes par des travailleurs sociaux et par des militants associatifs — dépasseraient largement les objectifs de prévention du seul saturnisme infantile chronique, pour rejoindre des préoccupations concernant l'anémie, les /p. 382/ accidents domestiques, l'échec scolaire, les difficultés d'intégration, etc. Cette dernière remarque contribue d'ailleurs à souligner l'intérêt et les enjeux mais aussi les difficultés propres à des actions préventives ainsi conçues, dans un environnement général et institutionnel souvent hostile ou du moins pas toujours propice à la mise en œuvre d'initiatives et de réalisation communautaires.

REMERCIEMENTS :

Doris Bonnet, anthropologue à l'ORSTOM, a bien voulu relire ce texte et y apporter de précieuses inflexions issues de son expérience et de ses travaux dans le champ de la santé et des représentations de la santé de la mère et de l'enfant en Afrique noire.

Frédéric JESU  
Psychiatre, praticien hospitalier  
chargé de mission à l'Institut de l'Enfance et de la Famille  
3, rue du Coq Héron, 75001 Paris.

BIBLIOGRAPHIE

- BLONDIN G, SQUINAZI F. (1989) « Le saturnisme infantile par ingestion de peinture : tout médecin exerçant en zone urbaine doit savoir le suspecter » *La Revue du Praticien - Médecine Générale*, 68, 18 septembre : 25-28.
- BONNET D., DUBOZ P., VAUGELADE J., BILA B (1991) Comportements maternels et malnutrition de l'enfant au Burkina Faso » Conférence de

- l'Union pour l'Etude de la Population Africaine : « Femmes, famille et population », Ouagadougou, avril.
- CARLUS-MONCOMBLE C., ORZECOWSKI C., LENOIR G. (1987) « Le saturnisme chez l'enfant ». In *Journées parisiennes de pédiatrie*. Paris, Flammarion Médecine-Sciences : 205-212.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL (1988) "Childhood lead poisoning. United States: report to the Congress by the Agency for Toxic Substances and Disease Registry" *Morbidity and Mortality Weekly Report* 37, 32, august 19 : 481-485.
- COLLOMB Henri & VALANTIN Simone (1980) « Le kwashiorkor, anorexie mentale de l'enfant » in James ANTHONY, Colette CHILAND & Cyrille KOUPERNIK (éds) *L'enfant à haut risque*. Paris, PUF : 339-346.
- DAVIES D.J., THORNTON I. (1990) "Lead intake and blood lead in two year-old U.K. urban children" *Sci. Total Environ* January : 13-29.
- DELOUR M. (198 « Le saturnisme infantile chronique : une nouvelle pathologie pour l'enfant migrant ? ». *Migration-Santé*, 59, avril : 3-7.
- DELOUR M. & SQUINAZI F. (1989) Stratégies de dépistage du saturnisme infantile : une intoxication endémique dans certaines couches exposées de la population enfantine » *La Revue du Praticien - Médecine générale* 68, 18 septembre : 61-64.
- DUBOIS-LEBRONNEC Claudine (1986) Dimension psycho-affective et culturelle de la malnutrition en Côte-d'Ivoire » *Lieux de l'Enfance*, 6-7 : 193-205.
- EPELBOIN A., REZKALLA N., COMMZAU A., GAUTIER F. (1990) Géographie, culture et prévention des accidents domestiques: réflexions anthropo-épidémiologiques à propos du saturnisme d'enfants africains vivant dans l'Est parisien ». *Migration-Santé* 62, janvier : 3-10.
- GEBER Marcelle (1988-89) « Psychothérapie d'un enfant atteint de kwashiorkor ». *Psychopathologie africain* 22, 2 : 171-190.
- GEBER Marcelle & DEAN R.F.A. (1956) "The psychological changes accompanying kwashiorkor » *Courrier CIE*, 6 : 3-15.
- GUEDENEY A. (1956) « La malnutrition et le sevrage sous les tropiques. Pour une théorie psychosomatique du kwashiorkor » *Lieux de l'enfance* 6-7 : 159-173.
- JOLY M., BALLET Y., BOUDENNE C., CHEVALLIER B., EDEL-MANN E., KOLK J.J., LEJEUNE X., PIED J.P., RAJOT P., ROCHE L., SAUVANIER D. (1987) « Les dérivés du plomb dans la peinture et la diversité de leurs impacts toxicologiques » *Journal de Toxicologie Clinique et Expérimentale* 7, 5 : 309-322.

- LIMBOS C. (1988) « L'intoxication à la peinture au plomb chez l'enfant en Belgique », *L'enfant* 3 : 81-85.
- KONZATI H. (1990) « Saturnisme à Paris » *Tribune médicale*, 337, 9 juin : 23-25.
- MISES R., M'BOUSSOU M. (1984) « Pathogénie des troubles somatiques de l'enfant et aspects transculturels : le kwashiorkor *L'Information psychiatrique* 60, 8, octobre : 905-910.
- RABAIN Jacqueline. (1979) *L'enfant du lignage. Du sevrage à la classe d'âge chez les Wolof du Sénégal*. Paris, Payot, 237 p.
- RABAIN-JAMIN Jacqueline (1990) « Mise en place de la relation au tiers et processus de détachement de la mère au Sénégal » *Neuropsychiatrie de l'Enfance* 38, 4-5 : 267-269.
- RABAIN-JAMIN J. & WORNHAM W.L. (1990) Transformations des conduites de maternage, et des pratiques de soin chez les femmes migrantes originaires d'Afrique de l'Ouest ». *Psychiatrie de l'Enfant* 33, 1 : 287-319.
- ZEMPLÉNI András (1972) « Milieu africain et développement » *Psychopathologie africaine* 8, 2 : 233-295.

RESUME :

À partir de la mise en relation transdisciplinaire de plusieurs types de données susceptibles de contribuer à éclairer les mécanismes étiopathogéniques complexes d'une part du kwashiorkor de l'enfant en milieu urbain d'Afrique noire, d'autre part du saturnisme infantile chronique dans les quartier nord-est de Paris et de sa proche banlieue, on formulera une hypothèse relative à la prévalence d'états dépressifs maternels chroniques — plus ou moins reconnus comme tels — comme facteur sociologiquement, psychologiquement et épidémiologiquement déterminant dans l'incidence et dans la prévalence du saturnisme chez les enfants de familles migrantes originaires d'Afrique noire. La validation de cette hypothèse ne serait pas sans conséquences théoriques et opérationnelles sur les stratégies de prévention primaire et secondaire déployées, notamment à l'initiative des équipes de PMI et dans une perspective de santé communautaire, à l'égard des caractéristiques de cette affection.

Mots clés: • Kwashiorkor • Saturnisme infantile: chronique • Santé des familles migrantes • Stratégies de prévention • PMI

*SUMMARY :*

FROM KWASHIORKOR TO CHILDHOOD  
LEAD POISONING :  
A CONJECTURAL PROPOSITION FOR PREVENTION

Proceeding from a transdisciplinary correlation of several kinds of datas able to enlighten the complex etiopathogenical mechanisms of kwashiorkor among children living in black African towns, and of childhood lead poisoning within north-east Parisian and suburban districts, the author states an hypothesis according to which the prevalence of mothers' chronic depression — more or less identified as such — should sociologically, psychologically and epidemiologically fix the childhood lead poisoning's incidence and prevalence among children issued of families emigrated from black Africa. The validation of such an bypotbesis could have some- theoretical and operational consequences on the level of primary and secondary prevention programmes, specially when they involve child and mother primary health care services, and from a community's health point of view, toward the characteristics of this affection.

*Key words :* • Kwashiorkor • Childhood lead poisoning • Emigrating families' health • Prevention programmes • Child and mother primary health care services.