



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale

Promotion 2002-2003

**LA LUTTE CONTRE LE SATURNISME
INFANTILE EN GIRONDE : LA DIFFICILE
MISE EN ŒUVRE D'UNE POLITIQUE
SANITAIRE ET SOCIALE**

Cécile MOREAU

Remerciements

Je tiens à remercier chaleureusement toutes les personnes qui, de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce mémoire et plus particulièrement :

M. Caillerez, Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale pour son soutien en tant que maître de stage,

Mme Arnaud, Conseillère Technique en Travail Social et M. Lemaître, Ingénieur d'Etudes Sanitaires pour leurs compétences sur le saturnisme infantile et leur disponibilité à la DDASS de la Gironde,

Mme Marmottan de la DDE pour la clarté de ses explications.

Sommaire

Liste des sigles utilisés

INTRODUCTION	1
1 LA LUTTE CONTRE LE SATURNISME INFANTILE : UNE POLITIQUE RÉCENTE ET COMPLEXE	8
1.1 Le saturnisme : la « maladie des enfants pauvres »	8
1.1.1 Les publics concernés par cette maladie	8
1.1.2 Une maladie longtemps méconnue	10
1.2 La maladie et ses effets sur la santé des enfants.	15
1.2.1 Les signes cliniques et les différents degrés d'intoxication	15
1.2.2 Le traitement et la prise en charge médicale des enfants intoxiqués	17
1.2.3 La déclaration obligatoire des cas de saturnisme	19
1.3 La politique menée par les pouvoirs publics	20
1.3.1 Le cadre général de la politique du logement	20
1.3.2 Le cadre spécifique de la lutte contre le saturnisme infantile	24
2 LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LE SATURNISME INFANTILE EN GIRONDE : DIFFICULTÉS ET BLOCAGES ...	28
2.1 Les difficultés à mettre en œuvre des actions transversales et coordonnées entre les différents partenaires	28
2.1.1 Une coordination délicate des acteurs au sein et entre les services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales	28
2.1.2 Une coordination encore insuffisante de la DDASS avec les autres partenaires de la lutte contre le saturnisme infantile	32
2.2 Le manque de moyens	39
2.2.1 Les moyens humains et financiers	40
2.2.2 Les moyens matériels : les logements	42
2.3 Des mesures de prévention insuffisantes	45
2.3.1 Une gestion difficile des ERAP	46
2.3.2 Un dépistage souhaité, mais toujours repoussé	47
2.3.3 Une formation et une information insuffisantes	48

3 PROPOSITIONS ET PISTES DE REFLEXION POUR AMÉLIORER LE DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LE SATURNISME INFANTILE.....	50
3.1 Un dispositif national perfectible.....	50
3.1.1 Améliorer la lisibilité de la réglementation	50
3.1.2 Faire du saturnisme une priorité nationale de santé publique.....	53
3.1.3 Former et informer l'ensemble des acteurs de la lutte contre le saturnisme	53
3.2 La mise en place d'un Plan départemental de lutte contre le saturnisme infantile en Gironde.....	54
3.2.1 Les choix présidant à la mise en place d'un Plan départemental de lutte contre le saturnisme infantile	54
3.2.2 Les objectifs du Plan départemental de lutte contre le saturnisme infantile.....	55
3.2.3 L'évaluation des actions entreprises	60
3.3 L'intégration de l'action menée contre le saturnisme dans une politique globale de lutte contre l'habitat indigne.....	61
3.3.1 La nécessité d'une prise en compte globale des problèmes liés à l'habitat	61
3.3.2 Les passerelles à développer entre les différentes politiques	62
3.3.3 D'une approche de santé publique à une approche par le logement.....	63
 CONCLUSION	 65
 Sources et bibliographie.....	 67
 Liste des annexes.....	 72

Liste des sigles utilisés

ADIL : Agence Départementale d'Information sur le Logement
CAF : Caisse d'Allocations Familiales
CAP : Centre Anti-Poison
CDC : Centers for Disease Control
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CTTS : Conseillère Technique en Travail Social
DDASS: Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDE : Direction Départementale de l'Équipement
DGS : Direction Générale de la Santé
DRASS: Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
ENSP : École Nationale de la Santé Publique
ERAP : État des Risques d'Accessibilité au Plomb
FSL : Fonds de Solidarité pour le Logement
GIP : Groupement d'Intérêt Public
IASS: Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale
INSEE : Institut National des Statistiques et des Enquêtes Économiques.
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
InVS : Institut de Veille Sanitaire
MDM : Médecins Du Monde
MDO : Maladie à Déclaration Obligatoire
MISP: Médecin Inspecteur de Santé Publique
PDALPD : Plan Départemental d'Action pour Les Plus Défavorisés
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
QI : Quotient Intellectuel
RMI : Revenu Minimum d'Insertion
SCHS : Service Communal d'Hygiène et de Santé
SNSSI: Système National de Surveillance du Saturnisme Infantile
SRU : Solidarité et Renouvellement Urbain

INTRODUCTION

Selon l'INSERM, 85 000 enfants de 1 à 6 ans seraient atteints de saturnisme en France¹. Cette maladie provoquée par l'ingestion de plomb ou de sels de plomb produit des effets toxiques, notamment neurologiques, rénaux et hématologiques. Si les études toxicologiques et épidémiologiques récentes montrent que le plomb doit être considéré comme une substance toxique sans véritable effet de seuil, on considère qu'une intervention médicale et sanitaire est nécessaire pour des taux établis aujourd'hui à 100 microgrammes par litre de sang ($\mu\text{g/l}$) chez l'enfant et 200 chez l'adulte.

Le plomb est un métal d'usage très ancien. En Europe, c'est dans la Grèce Antique qu'a débuté son exploitation minière. La Révolution Industrielle a entraîné de nouvelles utilisations massives dans l'agriculture, la construction, l'industrie et l'imprimerie. En 1998, la production mondiale de plomb était de 6 millions de tonnes.

Les sources d'exposition au plomb peuvent être professionnelles : extraction et métallurgie, récupération de vieux métaux, fabrication de matériaux en plomb etc. Ainsi, des sites pollués par une industrie traitant le plomb peuvent être une source de contamination importante.

Mais le plomb est également un métal partout présent dans notre quotidien : dans l'air, l'eau, l'alimentation et l'habitat ancien non réhabilité.

On trouve du plomb dans l'atmosphère et donc dans l'air que l'on respire du fait des émissions industrielles, mais surtout en raison de la pollution entraînée par les véhicules roulant à l'essence plombée. La directive européenne du 13 octobre 1998 proscrit, sauf dérogation l'usage du plomb dans les carburants à compter du 1^{er} janvier 2000 et une directive du 22 avril 1999 a fixé la valeur limite moyenne annuelle de plomb dans l'air à 0,5 $\mu\text{g}/\text{m}^3$. Ainsi, les mesures récentes prises depuis les années 90 visant à l'abandon progressif de l'essence plombée ont permis de réduire considérablement les risques pour la population. En France, les taux de contamination ont diminué parallèlement aux émissions de plomb dans l'environnement. La plombémie moyenne de la population générale est

¹ Expertise collective de l'INSERM : *Plomb dans l'environnement : quels risques pour la santé ?* Paris : les éditions INSERM, janvier 1999, 461p.

passée en vingt ans de 125 µg/l à 65 aujourd'hui. Mais à titre de comparaison, la plombémie moyenne de la population est de 23 µg/l aux États-Unis. Cette tendance à la baisse devrait se poursuivre dans l'avenir en France avec la généralisation de l'essence sans plomb et on peut d'ores et déjà considérer que le risque de contamination de la population générale par le plomb atmosphérique est aujourd'hui très faible.

L'eau de distribution peut constituer, dans certains cas, une source de contamination. En effet, une eau peu minéralisée peut dissoudre le plomb présent dans les canalisations anciennes. Le décret du 5 avril 1995 a interdit la mise en place de canalisations au plomb. L'application en France (décret du 20 décembre 2001) des normes définies au niveau européen abaisse la valeur limite du plomb dans l'eau : de 50 µg/l actuellement, le seuil devra passer à 25 µg/l fin 2003 puis à 10 µg/l en 2013. Une campagne de minéralisation des eaux et d'élimination des conduites au plomb dans les réseaux publics a été entreprise depuis déjà de nombreuses années. Les coûts de cette rénovation sont importants, mais ils sont à répartir sur plusieurs années jusqu'en 2023.

Ces effets cumulés devraient conduire à une disparition progressive de cette source de contamination.

Le plomb est également présent dans l'alimentation principalement à cause des retombées de la pollution atmosphérique (industries et automobiles) et de la contamination des sols qui touchent en priorité les cultures végétales. Mais en France, une enquête menée par la Direction générale de l'alimentation en 1998 et 1999 a montré que les valeurs moyennes de plomb retrouvées dans les aliments ne dépassaient pas les valeurs limites admises.

De plus, depuis quelques années, on observe une baisse de la contamination des aliments du fait de l'utilisation de l'essence sans plomb et de la réduction des soudures au plomb dans l'industrie agroalimentaire.

Il reste néanmoins des populations qui sont exposées à un risque important de contamination, essentiellement parce qu'elles résident dans un habitat ancien et dégradé. En effet des pigments au plomb utilisés dans les peintures jusqu'en 1948 constituent une des sources les plus importantes de contamination encore présente dans l'habitat vétuste non réhabilité. Plus de 5% des adultes et près de 2% des enfants de 1 à 6 ans auraient une plombémie supérieure à 100 µg/l et en dehors des sources industrielles locales d'émission (usine de raffinage ou de transformation de plomb), les teneurs en plomb les plus élevées se rencontrent chez les populations des centres urbains habitant de vieux immeubles insalubres. Parmi les 85 000 enfants atteints de saturnisme, seulement 5% ont été dépistés

et l'INSERM estime qu'il y a en France de 8 200 à 11 600 enfants ayant une plombémie supérieure à 250 µg/l.

L'intoxication peut donc toucher les adultes comme les enfants. Mais les plus jeunes, et particulièrement ceux âgés de moins de 6 ans, constituent une population à risque pour plusieurs raisons :

- Ils ont une absorption digestive supérieure et une capacité d'élimination rénale faible ; près de 50% du plomb ingéré passe dans le sang contre 10% chez l'adulte
- Leur système nerveux est en plein développement
- Les plus jeunes portent tout à leur bouche et ils s'intoxiquent donc plus facilement avec les poussières de plomb et les écailles de peinture.

Les jeunes enfants sont ainsi plus particulièrement vulnérables. Le saturnisme peut entraîner chez eux des troubles irréversibles du système nerveux central. Dans les intoxications importantes, la maladie provoque des retards psychomoteurs qui peuvent entraîner des séquelles importantes. De plus, les fillettes intoxiquées aujourd'hui transmettront la maladie, plus tard, à leurs enfants. En effet, le plomb stocké dans l'os est encore présent à 50%, 20 ans après l'intoxication et traverse le placenta durant le premier trimestre de la grossesse.

Les premiers cas de saturnisme sont décrits en 1894 par un pédiatre australien. Il faudra encore vingt ans pour identifier la source : de la peinture blanche sur les vérandas et clôtures des maisons.

La céruse (carbonate de plomb) est réglementée en 1915 pour l'usage professionnel des ouvriers du bâtiment en France et interdite par la loi du 31 janvier 1926 pour toute utilisation par des professionnels. Ce pigment blanc à fort pouvoir couvrant continue à être utilisé dans la fabrication artisanale de peintures murales d'intérieur et d'extérieur jusqu'en 1948, où son usage devient interdit (décret du 30 décembre 1948). Ce texte est abrogé par un décret du 1^{er} février 1988 qui interdit l'emploi de céruse, de sulfate de plomb et de toute préparation renfermant l'une de ces substances dans tous les travaux de peintures.

En 1943, Randolph Byers dépiste des cas de saturnisme infantile à Boston. Ses travaux ont un grand retentissement et avec lui commence « l'ère moderne du saturnisme ». Dans les années soixante soixante-dix, de nombreux programmes se mettent en place aux États-Unis.

En France, et plus particulièrement en région parisienne, le saturnisme réapparaît dans les années quatre-vingt. Le système de surveillance du saturnisme en Ile de France est organisé en 1992, sous le parrainage de la DRASS Ile de France, coordonné par le réseau de toxicovigilance Paris France et avec l'appui technique du Département de santé publique de la faculté X. Bichat. Il repose sur la mise en commun de données recueillies par les différents services de santé impliqués dans le dépistage des enfants intoxiqués.

Depuis 1993, le gouvernement s'est engagé dans une politique active de lutte contre le saturnisme. Le Comité technique plomb est créé en 1993 par le Ministère de la santé. Il réunit des experts, des professionnels et des représentants des Ministères du Logement, de l'Environnement et de l'Industrie. Dans une circulaire du 1^{er} décembre 1993, la Direction générale de la santé encourage financièrement les départements à s'engager dans une démarche de dépistage des enfants intoxiqués par le plomb. Entre 1993 et 1995, le Ministre de la Santé fait part de ses recommandations en matière de stratégies de dépistage et de suivi des enfants intoxiqués, d'informations à délivrer aux médecins, d'enquête environnementale et de travaux d'urgence sur le logement.

En 1996, le système de surveillance du saturnisme francilien est généralisé à tout le territoire français. La même année, la lutte contre le plomb figure parmi les cinq priorités d'action des services Santé-Environnement des DDASS.

Surtout, dans une section consacrée à l'amélioration des conditions d'habitat, l'article 123 de la loi de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 crée un chapitre intitulé « Mesures d'urgence contre le saturnisme ». Ces dispositions sont intégrées dans le code de la Santé publique aux articles L.1334-1 à L.1334-6. La loi prévoit une déclaration obligatoire par le médecin des cas de saturnisme et un signalement à la préfecture de tous risques d'intoxication au plomb dans un immeuble ou un logement (décret du 6 mai 1999 fixant les modalités de transmission à l'autorité sanitaire). Une fois alerté, et après avoir fait réaliser un diagnostic de la présence de plomb, le préfet notifie alors au propriétaire son intention de faire exécuter les travaux nécessaires pour supprimer le risque constaté (décret du 9 mai 1999 relatif aux mesures d'urgence contre le saturnisme).

Enfin, un État des Risques d'Accessibilité au Plomb (ERAP) est annexé à toute promesse de vente ou achat d'un immeuble construit avant 1948 et situé dans une zone à risque d'exposition au plomb délimitée par le représentant de l'État dans le Département.

D'autres textes de portée plus générale traitent également du saturnisme dans le cadre de la politique de lutte contre l'insalubrité. Ainsi, la loi du 10 juillet 1970 tend à faciliter la

suppression de l'habitat insalubre, la loi Besson du 31 mai 1990 entend garantir un logement décent et indépendant pour tous et la loi du 13 décembre 2000 relative à la Solidarité et au Renouvellement Urbain (SRU) renforce les contraintes pesant sur les propriétaires d'immeubles déclarés insalubres. Ces différentes procédures doivent être coordonnées afin de mener une politique de prévention et de gestion des risques efficaces sur un territoire donné.

En Gironde, département dans lequel j'ai effectué mon stage d'exercice professionnel, l'affaire du « Village Andalou » a servi de révélateur au problème du saturnisme. L'opinion publique s'est mobilisée pour le relogement de populations tziganes sédentarisées dont les enfants étaient lourdement atteints. Ce village au Nord de Bordeaux était une ancienne décharge reconvertie en cité HLM. En juillet 2000, des prélèvements sanguins effectués par Médecins du Monde (MDM) ont révélé plusieurs cas de saturnisme : douze enfants présentaient une imprégnation au plomb et six autres une intoxication. De premiers relogements sont intervenus en octobre 2000, mais en 2001, la situation s'est aggravée avec de nouveaux cas. Un comité de soutien aux familles s'est constitué. Après la déclaration d'insalubrité prise par l'État en accord avec la mairie de Bordeaux, l'évacuation des résidents a été accélérée. En décembre 2001, toutes les familles ont été relogées et la cité a été démolie.

En 2001, neuf cas de saturnisme infantile ont été déclarés à la DDASS de la Gironde. Mais selon les professionnels, il y aurait beaucoup plus d'enfants intoxiqués, et vivant toujours dans des logements anciens et dégradés. En 2002, l'affaire T. a défrayé la chronique et une action auprès du Tribunal Administratif est en cours contre le Préfet, accusé de ne pas avoir relogé suffisamment rapidement une famille dont les enfants avaient un fort taux de plombémie.

Le saturnisme infantile en Gironde constitue donc un réel problème de santé publique qui mobilise de nombreuses institutions : DDASS, DRASS, Préfecture, Conseil Général (PMI et services sociaux), DDE, SCHS de la ville de Bordeaux, et des associations comme Médecins du Monde ou Habitat et Humanisme. La diversité des partenaires et la transversalité entre les services de la DDASS induites par le thème m'intéressaient tout particulièrement en tant que future Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale. En effet, l'application de la législation relative à la lutte contre le saturnisme infantile nécessite la participation des services Santé-Environnement, Actions de Santé Publique et Lutte contre les Exclusions de la DDASS de la Gironde. Les services de la DRASS d'Aquitaine sont également présents sur ce terrain.

Actuellement à Bordeaux, il n'y a pas d'Inspecteur en charge de ce dossier, mais comme nous le verrons plus tard, il pourrait très bien trouver sa place dans ce dispositif complexe et transversal en tant que généraliste de l'action sociale auprès de spécialistes que sont les Conseillères Techniques en Travail Social (CTTS), les médecins ou les ingénieurs. Le saturnisme n'est devenu un réel problème de santé publique qu'avec la loi de lutte contre les exclusions ; or cette loi et les politiques relatives aux populations en situation de précarité font partie intégrante de mon cursus à l'ENSP et de mon futur métier d'Inspecteur. L'étude du travail des différents services de la DDASS et de leurs partenaires dans ce domaine d'intervention a été extrêmement enrichissante dans le cadre de ma formation ainsi que dans un objectif plus professionnel.

Dès lors, la question qui se pose est la suivante : **Pourquoi la politique de lutte contre le saturnisme infantile est-elle difficile à mettre en œuvre en Gironde ?**

Plusieurs hypothèses en découlent :

- Il existe des lacunes en matière de transversalité et de coordination entre les différents partenaires.
- Les moyens financiers, humains et matériels sont trop limités au regard des objectifs posés et de l'étendue du problème.
- Les mesures de prévention sont encore insuffisantes.

Mon travail de recherche a débuté et s'est poursuivi par la lecture d'ouvrages et de revues qui m'ont paru riches d'enseignements et dont la liste figure en bibliographie.

J'ai utilisé la technique de l'entretien semi-directif pour interroger les personnes ressources des différents services DDASS-DRASS, les médecins de la PMI et les agents des SCHS, les responsables du service logement de la DDE, et MDM pour son regard plus caustique sur l'ensemble de la politique suivie². Pour ce faire, j'ai réalisé une grille d'entretien³ qui a été amenée à évoluer en fonction des personnes interrogées et bien sûr de leurs réponses. Mais globalement, les thèmes retenus et les questions posées ont été les mêmes, afin de pouvoir réaliser une étude comparative des réponses apportées.

² Voir annexe n°1 : Liste des personnes interrogées.

³ Voir annexe n°2 : Grille d'entretien.

La technique de l'observation directe m'a paru intéressante à développer à l'intérieur même de la DDASS, auprès des personnes en lien avec le saturnisme afin de mieux appréhender leur façon d'organiser la transversalité entre les services. J'ai également consulté les dossiers consacrés à cette problématique et assisté à de nombreuses réunions⁴ entre les différentes institutions partenaires, nécessaires à la coordination de leurs actions.

Ces observations de terrain et cette dizaine d'entretiens réalisés dans l'institution concernée m'ont permis de valider mes hypothèses et d'envisager quelques préconisations.

Ainsi, il apparaît que la lutte contre le saturnisme infantile est une politique complexe qui pose quelques difficultés d'application en Gironde. Mais un nouveau processus est en marche ; avec quelques améliorations, il permettra de mener une politique efficace de santé publique et de lutte contre l'habitat indigne à l'échelle de tout le département.

⁴ Voir annexe n°3 : Réunions relatives au saturnisme infantile.

1 LA LUTTE CONTRE LE SATURNISME INFANTILE : UNE POLITIQUE RECENTE ET COMPLEXE

« Maladie des taudis », « des îlots insalubres » ou des « enfants pauvres » le saturnisme infantile est intrinsèquement lié à des conditions de vie précaires et à un habitat vétuste. L'étude des populations touchées, de la maladie et de ses effets sur la santé des enfants nous conduira à la description des actions menées par les pouvoirs publics pour lutter contre le saturnisme infantile.

1.1 Le saturnisme : la « maladie des enfants pauvres »⁵

Le saturnisme infantile est essentiellement lié à l'habitat ancien dégradé qui dessine ainsi la géographie de l'épidémie, concentrée dans les quartiers populaires des grandes villes. La reconnaissance de cette maladie a pris du temps et ce n'est qu'à la fin des années quatre vingt dix qu'elle a été considérée comme un véritable problème de santé publique.

1.1.1 Les publics concernés par cette maladie

Les populations d'immigration récente, essentiellement d'origine africaine, habitant des immeubles anciens, insalubres ou peu entretenus, sont principalement touchées et exposées au risque de la maladie. D'une part, leurs logements ne sont pas adaptés à la taille de leur famille souvent très nombreuse et les appartements sont donc en situation de suroccupation. D'autre part, ces populations cumulent les handicaps sociaux : situation irrégulière, faible maîtrise de la langue française et donc difficultés à comprendre les campagnes de sensibilisation, mauvais suivi sanitaire des enfants, manque d'hygiène et de moyens pour faire rénover leur logement.

De plus, ces familles en situation irrégulière sont souvent réticentes à effectuer des tests sur leurs enfants. Leur irrégularité devient visible aux yeux des autorités françaises et elles craignent de se voir enlever leurs enfants. Tout un travail d'information et de persuasion doit donc être fait par les assistantes sociales de secteur et par les médecins de la PMI.

⁵ Module interprofessionnel de santé publique, *Prévenir le saturnisme infantile : la maladie des enfants pauvres*, ENSP, 2001.

La prise en charge du saturnisme infantile et des autres pathologies liées à la misère est donc indissociable de la prise en charge sociale. Une bonne connaissance des lois et des réglementations qui permettent de soigner les malades en situation précaire est nécessaire tant pour les médecins que pour les travailleurs sociaux.

En effet les « sans-papiers » peuvent bénéficier de l'aide médicale à domicile, même s'ils sont clandestins, à condition de prouver qu'ils sont en France depuis trois ans (article 186 du Code de la Famille et de l'Aide sociale). Mais pour les hospitalisations motivées par des urgences, l'aide médicale hospitalière n'est pas liée à la durée du séjour. Dans les deux cas, le financement est assuré principalement par le Conseil général.

Quand leurs papiers sont régularisés, les familles finissent par être immatriculées à la sécurité sociale et avoir éventuellement une carte de santé. La régularisation est donc un préalable à l'accès réel aux soins. De même, les familles ne peuvent pas bénéficier de logements sociaux tant que leur situation n'est pas régularisée ce qui peut prendre six mois lorsqu'un enfant est atteint de saturnisme.

Ainsi, comme dans toutes les pathologies à forte composante sociale, la solution passe fondamentalement par la réduction des inégalités sociales.

En outre, les gens du voyage sont souvent victimes du saturnisme⁶. Ils pratiquent habituellement des activités de ferrailage et la grande majorité des habitations est située le long de voies à très grande circulation automobile. Les familles qui résident sur des terrains vagues et logent en caravane, mobil home ou cabanon de fortune ne disposent généralement pas d'eau chaude, de toilettes ou de douches. Dans ces conditions, on ne peut espérer une hygiène rigoureuse et systématique telle que le rendrait nécessaire l'activité de récupération des métaux. Quand bien même les parents seraient très vigilants à ce que les enfants ne s'approchent pas des aires de ferrailage, le vent, la poussière collée sous les chaussures ou sur les vêtements et la fluidité des revêtements de sols suffisent à importer dans les habitations des dépôts polluants susceptibles de contaminer toute la famille et plus particulièrement les enfants. La précarité et la vétusté des logements, ainsi que l'exiguïté des caravanes font que les familles sont sans doute plus exposées à tous ces facteurs de pollution par le plomb.

⁶ CHARLEMAGNE J. *Tsiganes et santé : de nouveaux risques ?* Paris : Etudes tsiganes, 2000, 153p.

1.1.2 Une maladie longtemps méconnue

Le saturnisme infantile a été redécouvert dans les années 80 et a permis de lever le voile sur les logements insalubres de cette fin de XXe siècle. Mais une approche purement « culturelle » a parfois retardé la prise en compte de ce réel problème de santé publique.

A) Le lien santé - social

Selon Monsieur Fassin⁷, la lutte contre le saturnisme est le « parangon de l'hygiénisme contemporain ». On peut définir l'hygiénisme comme le moment de convergence entre une technologie de gouvernement des populations (mise en place d'instruments pour mesurer l'état de santé et mesures de santé publique pour l'améliorer) et les préoccupations liées à la découverte de la question sociale. Apparu à la fin du XVIIIe siècle, il s'est développé surtout au XIXe siècle. A la fin du XXe siècle, on peut parler d'un néo-hygiénisme lorsque parallèlement au développement de l'épidémiologie, la redécouverte de l'exclusion, de la précarité et de certaines formes de délinquance a fait parler de « nouvelle question sociale ». Ces inégalités sociales ont leur traduction dans la santé. Dans ce contexte, l'étude du saturnisme permet de montrer comment une réalité sociale prend soudain la dimension d'un problème de santé publique.

Mais la lutte contre le saturnisme présente à cet égard une double originalité. D'une part, on a affaire à un problème sanitaire relativement peu visible : l'intoxication des enfants par le plomb est imperceptible jusqu'à un stade avancé de la maladie et on a souvent parlé à son sujet de « maladie silencieuse ». D'autre part on se trouve confronté à un enjeu environnemental renvoyant à un passé refoulé : à travers cette pathologie des logements vétustes on renoue avec la grande question des îlots insalubres. C'est donc contre cette double réalité que va devoir se construire la politique de lutte contre le saturnisme. Les médecins, les ingénieurs et les travailleurs sociaux qui découvrent le problème au milieu des années quatre-vingt en France se heurtent en effet d'un côté, à l'incrédulité de ceux pour qui, dans une société d'affluence, une telle maladie ne peut qu'être limitée à des situations extrêmement rares, et de l'autre à la mauvaise foi de ceux qui ne veulent pas que soient portées sur la place publique les conditions déplorables de logement de populations qui s'avèrent presque exclusivement étrangères.

⁷ FASSIN D. « Les scènes locales de l'hygiénisme contemporain. La lutte contre le saturnisme infantile : une bio-politique à la française » in BOURDELAIS P. *Les hygiénistes : enjeux, modèles et pratiques (XVIII-XIXe siècles)*. Paris : collection Histoire et société, 2001, Chapitre 19.

Les enquêtes réalisées dans ces années-là prouvent que l'habitat vétuste est bien en cause, puisque par comparaison, dans un groupe témoin d'enfants vivant dans des logements en bon état, aucune contamination n'est constatée. Une fois reconnue l'origine de l'intoxication, c'est son extension qui est remise en cause. Découvert à Paris, le saturnisme a longtemps été considéré comme une maladie parisienne. Au début des années quatre-vingt-dix, le saturnisme infantile est enfin rapporté à sa cause (les conditions d'habitat) et considéré comme un fléau national (dont l'État s'empare alors). Les Journées d'étude « Saturnisme et peintures au plomb » qu'organise la DRASS d'Ile de France et qui se déroulent au Ministère de la santé en octobre 1990 consacrent cette double reconnaissance étiologique et géographique, en même temps qu'elles affirment le nouvel engagement de l'action publique. Mais il faudra encore huit ans pour que la lutte contre le saturnisme trouve sa place au sein de la législation française avec la Loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998. Le saturnisme infantile est d'ailleurs la seule pathologie explicitement mentionnée dans ce texte.

Pour que la réalité, la cause et l'extension du saturnisme infantile lié aux vieilles peintures des logements vétustes soient enfin reconnues, il a fallu l'engagement de nombreux acteurs sociaux, dont la conviction était renforcée par les données épidémiologiques. C'est pour cela que M. Fassin fait le lien avec l'hygiénisme, en tant qu'il lie une méthode d'objectivisation et une préoccupation sociale.

Le problème de l'habitat vétuste n'a pu être débattu et n'a donné lieu à une législation spécifique qu'à partir du moment où l'on en a fait une question de santé, après l'intoxication de ces enfants, parfois à l'origine d'encéphalopathies mortelles. Il y a d'une part un phénomène de médicalisation qui permet de transformer en langage médical des faits relevant de troubles du comportement dans le cas des fous, d'actes délictueux dans le cas des toxicomanes, de problèmes sociaux dans le cas du saturnisme. D'autre part, on constate que dès qu'un problème est médicalisé, il devient consensuel et il est alors possible de le traiter. Ainsi, M. Fassin utilise à propos de la santé l'expression de « dernier langage du social ». La seule manière d'énoncer un problème social est parfois de le faire à travers la reconnaissance donnée au corps souffrant. Mme Naudé⁸, quant à elle parle de « sanitisation » 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

⁸NAUDE A. « Le Saturnisme, une maladie sociale de l'immigration ». *Hommes et migrations – Santé, le traitement de la différence*, mai-juin 2000, n°1225, pp.13-22.

conditions de vie des immigrés. Il s'agit d'un véritable trait anthropologique de nos sociétés, plus émues par un enfant malade que par une famille vivant dans des conditions indignes.

La politique de lutte contre le saturnisme s'appuie donc aujourd'hui sur l'indignation que ne peut manquer de susciter dans l'opinion publique la persistance d'une maladie de la misère et de l'insalubrité indigne d'un pays riche au début du XXI^e siècle.

Les acteurs de la lutte contre le saturnisme ont enfin compris que les responsables de cette maladie sont les logements et non les parents. Il faut continuer à le dire. Non seulement les familles voient leurs enfants tomber malade, mais en plus, il existe une certaine tendance à les culpabiliser, à les conseiller : « Vous devriez emmener vos enfants au parc », « Vous devriez leur laver les mains ». Ces précautions ne servent pas à grand chose si l'appartement est toxique.

La prise en charge effective du saturnisme lève 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. Ainsi, de médicale, telle qu'elle était initialement posée la question redevient largement sociale, et la maladie est peu à peu appréhendée comme le symptôme d'un problème urbain majeur, celui du logement dégradé.

A la fin des années quatre-vingt, 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. Il apparaît donc que la mobilisation locale contre le saturnisme infantile permet la prise en charge d'un problème social, celui des conditions de logement des populations vivant en situation de grande précarité, et bien souvent d'immigrés. Les familles ont pu bénéficier 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, l'immigration dans le champ des politiques locales. 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 en charge, notamment dans les problèmes de relogement des familles africaines.

Un processus de sanitarisation se dessine autour des questions d'immigration et d'habitat insalubre en milieu urbain. La prise en charge médicale et sanitaire de l'épidémie permet dans une certaine mesure et de façon localement différenciée la reconnaissance d'un problème qui la déborde largement, celui des conditions de logement des personnes en difficulté. 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.

B) L'approche culturelle

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.

Le saturnisme infantile n'a pas été simplement et directement identifié comme une maladie environnementale liée aux conditions de logement. En effet la surreprésentation des enfants originaires d'Afrique subsaharienne parmi les premiers enfants intoxiqués a posé d'emblée la question du lien entre l'origine et l'intoxication. Ainsi, on a pensé que les pratiques africaines pouvaient favoriser les intoxications d'où une polémique sur les causes culturelles éventuelles de la maladie. Divers objets « africains » ont été mis en cause : la vaisselle, le khôl des femmes, les amulettes, l'encre des marabouts et les « potions » que les familles feraient boire à leurs enfants. Le saturnisme était d'ailleurs communément désigné dans les années quatre-vingt par l'appellation « maladie des enfants de marabouts ». Ces allégations concernant d'autres sources d'intoxication ont conduit les personnes mobilisées dans la lutte contre le saturnisme à tester toutes ces autres sources (même les jouets) afin de prouver qu'elles ne pouvaient être responsables des intoxications.

Par ailleurs certains comportements ont été désignés comme favorisant les intoxications ; notamment les pratiques géophages (absorption de substances non comestibles) qui existent dans certaines cultures d'Afrique de l'Ouest. Ces coutumes rendraient les femmes plus tolérantes au spectacle de leurs enfants suçant des fragments de revêtements muraux. Inversement, les enfants habitués à la vue de leur mère « mangeant de la terre » seraient plus enclins à ingérer des substances qui y ressemblent, comme les écailles de peintures. Mais la géophagie est une pratique culturellement codifiée et les substances absorbées sont bien identifiées. En ce qui concerne les enfants on aurait diagnostiqué un comportement de pica chez un nombre important de jeunes africains atteints de saturnisme. 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 ce constat, 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). Néanmoins, les pratiques géophages et le pica constituent les éléments 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 peinture au plomb dans les modes de contamination.

Enfin, les pratiques culturelles africaines au sens large sont parfois évoquées et considérées comme des « facteurs de risques surdéterminants » responsables des intoxications. Elles concernent d'une part les modes de vie de ces populations africaines, supposées 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. D'autre part, on note des arguments relatifs à l'éducation, et notamment à la surveillance des enfants en l'absence d'une famille élargie comme dans leur pays d'origine. En outre les jeunes enfants sont enfermés dans des logements exigus et surpeuplés, ils ont peu de jouets, s'ennuient et sont perturbés par les difficultés de leurs parents ce qui favorise les tendances aux comportements de pica. On observe ici une « psychologisation » liée aux conditions de vie.

La controverse sur les causes culturelles éventuelles de l'intoxication saturnine a pour effet de déplacer un problème de fond bien réel à un débat sur les facteurs comportementaux africains prédisposant à la contamination et limite implicitement le phénomène à des pratiques spécifiques d'un certain type de population. Or, si en France les premiers cas dépistés semblent concentrés dans les populations d'origine malienne, ce sont en Angleterre les enfants d'origine indienne qui sont les plus touchés, et aux États-Unis, les communautés noires américaines et asiatiques. Dès lors 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 emménagement dans un habitat souvent dégradé.

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 pour traiter des intoxications dont les dommages sont parfois irréversibles.

1.2 La maladie et ses effets sur la santé des enfants.

Le saturnisme peut provoquer de graves séquelles chez les enfants, mais lorsqu'il est diagnostiqué et déclaré suffisamment tôt, le traitement médical et l'éloignement des peintures au plomb peuvent être très bénéfiques.

1.2.1 Les signes cliniques et les différents degrés d'intoxication

Les manifestations cliniques du saturnisme infantile ne sont pas spécifiques de cette intoxication et elles sont d'apparition tardive. Le saturnisme est un diagnostic à évoquer en priorité chez un enfant appartenant à une population à risque et atteint de troubles neurologiques d'apparition récente. L'effort de détection doit aussi porter sur les enfants asymptomatiques, quand ils appartiennent à une population à risque élevé. En effet, les signes cliniques du saturnisme infantile sont assez atypiques. Les symptômes les plus souvent rapportés sont d'ordre neurologique et digestif : dégradation de l'humeur, tendance dépressive, hyperactivité, nausées, diarrhées, constipation, anémie, asthénie, anorexie, céphalées et même encéphalopathie (convulsions et coma).

Le plomb absorbé par les enfants pénètre dans leur organisme par voie digestive ou aérienne, par inhalation de poussières contaminées. Le plomb se diffuse rapidement via la circulation sanguine vers différents organes, comme le cerveau, et vers les tissus fortement calcifiés comme les dents et les os.

Si la demi-vie du plomb dans les tissus mous et dans le sang est d'environ trente jours, sa demi-vie dans l'os est très longue : de un à vingt ans selon la nature de l'os.

Il existe une diffusion régulière du plomb du compartiment osseux vers le sang, qui est liée à la résorption osseuse physiologique. En dehors de toute exposition, le taux de plomb dans le sang total (plombémie) reflète ce relargage endogène et peut être ponctuellement augmenté lorsque le plomb est mobilisé dans les situations où le métabolisme osseux est modifié (grossesse, allaitement, ménopause).

Le dépistage du saturnisme infantile repose tout d'abord sur le dosage de la plombémie qui nécessite un prélèvement sanguin et requiert l'emploi d'une technique rigoureuse, basée sur l'utilisation de la spectrophotométrie d'absorption atomique. Mais des prises de sang régulières peuvent être traumatisantes pour de jeunes enfants et le test n'est pas toujours fiable. Les laboratoires les effectuant doivent être agréés au préalable et même dans ces conditions, on estime que la marge d'erreur est de plus ou moins 40 µg/l. Un appareil permettant de mesurer par voltamétrie la plombémie en pratique courante à partir de sang

capillaire a été mis sur le marché en 1999 ce qui pourrait considérablement améliorer les stratégies de dépistage. D'autres techniques permettent de mesurer l'accumulation du plomb dans le tissu osseux au niveau du tibia ou des phalanges. De même les taux de plomb dans les cheveux ou dans les dents sont des marqueurs rétrospectifs d'exposition cumulée de la plombémie qui permettent, en complément de la plombémie de mieux estimer l'exposition réelle. Même si ce dosage manque de sensibilité et de spécificité, cette méthode peut être utilisée pour suivre les enfants déjà intoxiqués, mais elle est rarement pratiquée.

En cas d'exposition ponctuelle récente, la plombémie s'élève dès le début de l'intoxication et chute souvent très vite. En cas d'intoxication chronique, la plombémie peut fluctuer, mais reste à un niveau élevé. Des concentrations supérieures à 700 µg/l peuvent être détectées lors d'intoxications aiguës, alors qu'une concentration inférieure à 100 µg/l traduit en l'état actuel des connaissances l'absence d'intoxication.

Le plomb affecte différents systèmes de neurotransmission impliqués dans la mémorisation et l'apprentissage. Des plombémies comprises entre 100 et 400 µg/l sont associées à une diminution des fonctions cognitives. Les études épidémiologiques⁹ ont montré des associations entre l'exposition au plomb et des troubles du développement psychomoteur ou intellectuel jusqu'à l'âge scolaire. De plus des problèmes du comportement (hyperactivité, inattention, impulsivité) ont été observés et mis en lien avec l'exposition. Plusieurs études ont conclu à une persistance des effets du plomb sur le développement neuropsychique de l'enfant d'âge scolaire lorsque l'exposition a eu lieu durant la petite enfance voire en phase prénatale. Des niveaux croissants d'exposition sont corrélés à des scores décroissants pour les indices globaux du développement intellectuel, estimé par le quotient intellectuel (QI).

Pour des plombémies supérieures à 400 µg/l, le plomb a des effets toxiques au niveau hématologique, rénal, cardiovasculaire et thyroïdien. En outre des études épidémiologiques récentes suggèrent un effet cancérigène du plomb.

Dans les intoxications les plus sévères (plus de 700 µg/l), peut survenir une encéphalopathie avec hypertension intracrânienne, coma, convulsions. Le risque de séquelle grave, voire de décès est alors important.

⁹ Op. Cit. Expertise collective de l'INSERM : *Plomb dans l'environnement : quels risques pour la santé ?*

Enfin, les femmes enceintes et leur fœtus sont particulièrement exposés au risque de cette maladie. Du fait de la perméabilité de la barrière placentaire au plomb sanguin, la libération accrue de plomb endogène à partir du stock osseux durant la grossesse constitue une source d'intoxication pour le fœtus qui accumule le toxique dans le cerveau et le squelette. Le plomb stocké dans l'os chez la mère peut également être transféré à l'enfant lors de l'allaitement.

1.2.2 Le traitement et la prise en charge médicale des enfants intoxiqués

Les modalités de prise en charge d'un enfant intoxiqué par le plomb sont déterminées par la valeur de la plombémie, selon les recommandations de la Commission de Toxicovigilance.

Modalités de prise en charge des enfants en fonction de la plombémie

(Groupe de travail sur le saturnisme infantile, DGS, 1993)

Classe	Plombémie	Interprétations - Recommandations
I	<100	- Absence d'intoxication - Répéter le dosage tous les 6 mois, jusqu'à l'âge de 3 ans si l'enfant appartient à un groupe à risque ; après 2 résultats inférieurs à 150µg/l, le délai entre deux dosages peut être porté à 1 an.
II A	100 - 149	- Répéter le dosage tous les 3-4 mois, jusqu'à l'âge de 3 ans ; après 2 résultats inférieurs à 100µg/l ou 3 résultats inférieurs à 150 µg/l, le délai porté entre deux dosages peut être porté à un an. - En cas de dépistage dans une communauté d'un nombre important d'enfants dont la plombémie dépasse 100 µg/l, des actions de prévention primaire devraient être mises en œuvre.
II B	150 - 249	- Rechercher des sources de plomb dans l'environnement de l'enfant. Rechercher une carence en fer. Donner des conseils diététiques et d'hygiène aux parents. - Répéter le dosage tous les 3-4 mois. - Si 2 dosages consécutifs impliquent une plombémie de cet ordre, une enquête environnementale avec des prélèvements et une décontamination doivent être envisagés.
III	250 - 449	- Confirmer le résultat en répétant le dosage, puis adresser l'enfant à une structure médicale capable d'évaluer l'intoxication et le cas échéant de la traiter. - Identifier et éliminer les sources de plomb.
IV	450 - 699	- Confirmer le résultat en répétant le dosage, puis adresser l'enfant à une structure médicale capable d'évaluer l'intoxication et le cas échéant de la traiter. - Le traitement de l'intoxiqué ainsi que l'identification et l'élimination des sources devraient être commencées dans les 48heures.
V	>700	Confirmer le résultat en répétant le dosage ; adresser l'enfant en milieu hospitalier : c'est une urgence médicale. - Le traitement doit être entrepris sans délai. Parallèlement les sources de plomb seront identifiées et éliminées.

Le premier traitement est l'éloignement des sources d'intoxication au plomb. L'identification de ces sources est obtenue généralement grâce à l'enquête effectuée au domicile par les services d'hygiène. Si l'éviction rapide et efficace de la source d'intoxication s'impose, elle reste malheureusement exceptionnellement réalisée. L'impact des mesures palliatives de suppression de l'accessibilité au plomb sur la santé de l'enfant a été bien démontré. Une diminution de la plombémie a ainsi été observée chez les enfants déménageant dans un habitat sans plomb ou complètement rénové selon des règles strictes. Des conseils aux familles ou des interventions de dépoussiérage régulier peuvent contribuer à une diminution des chiffres de plombémie, dans une mesure plus modeste.

Le traitement médical est principalement basé sur l'utilisation de chélateurs¹⁰, toujours associés à une hyperhydratation dont l'objectif est de mobiliser le plomb des tissus et d'augmenter l'excrétion urinaire. Le protocole thérapeutique (posologie, nombre de cures) et l'urgence du traitement dépendent de la plombémie mesurée. Une surveillance en cours de traitement permet de l'adapter. Les enfants traités par des chélateurs doivent bénéficier d'un nouveau bilan de leur intoxication 10 à 21 jours après la fin de la chélation, afin de voir les effets des soins prodigués. Après la fin du traitement chélateur, un suivi médical régulier au moins mensuel est souhaitable pendant un an pour dépister les recontaminations.

La disponibilité d'un nouveau chélateur oral efficace et bien toléré devrait rendre les traitements de l'intoxication par le plomb plus simples à mettre en œuvre, en particulier grâce à la possibilité de l'administrer en ambulatoire. Mais les risques toxiques de ces nouveaux traitements ne sont pas encore évalués à l'heure actuelle.

Enfin, certaines manifestations cliniques peuvent nécessiter un traitement symptomatique. Ainsi, le médecin peut procéder à la correction des éventuelles carences martiales (carences en fer) ou phosho-calciques et des erreurs diététiques. L'administration de fer et de vitamine D peut donc être bénéfique dans certains cas et une prise en charge nutritionnelle adéquate doit être préconisée.

¹⁰ Les chélateurs sont « des substances capables de fixer des ions métalliques en formant avec eux un complexe soluble, non toxique et rapidement éliminé par les reins ». MANUILA L. *Dictionnaire médical*. Paris : Masson, 8^e édition, 1999, 663p.

1.2.3 La déclaration obligatoire des cas de saturnisme

L'article L.1334-1, introduit dans le Code de la Santé publique par la Loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions prévoit que tout médecin qui dépiste un cas de saturnisme chez une personne mineure doit, après information de la personne exerçant l'autorité parentale, le porter à connaissance, sous pli confidentiel au Médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP) de la DDASS. Ce dernier informe ensuite le médecin responsable du service départemental de la PMI. En l'état actuel des connaissances, un cas de saturnisme est défini par une plombémie supérieure ou égale à 100 µg/l de sang.

De plus, le décret du 6 mai 1999 (articles D. 11-1 et D. 11-2 du Code de la santé publique) a inscrit le saturnisme de l'enfant mineur dans la liste des « maladies qui nécessitent une intervention urgente locale, nationale ou internationale » et dans la liste des « maladies dont la surveillance est nécessaire à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé publique » au sens de la Loi du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme.

Ce signalement permet à la DDASS de réaliser une enquête environnementale dans les lieux de vie de l'enfant afin de rechercher les sources de contamination. En cas de repérage de peintures dégradées contenant du plomb, le préfet impose au propriétaire du logement concerné la réalisation de travaux, afin de supprimer cette accessibilité au plomb et d'éviter que l'enfant continue à s'intoxiquer.

Le saturnisme infantile représente un cas particulier parmi les Maladies à Déclaration Obligatoire (MDO) pour trois raisons. Il s'agit tout d'abord de la seule MDO qui ne soit pas une maladie infectieuse. Ensuite, l'obligation de déclaration du saturnisme infantile a été introduite par la Loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions avant son inscription dans la liste des MDO. Enfin, il existe parallèlement au dispositif de déclaration obligatoire de saturnisme, un Système National de Surveillance du Saturnisme Infantile (SNSSI). Ce système prévoit l'enregistrement d'informations nominatives pour toutes les plombémies réalisées chez les enfants en France. La déclaration obligatoire ne peut remplacer le SNSSI car celui-ci permet d'atteindre des objectifs différents, même s'il conserve un caractère facultatif.

Le SNSSI a été établi au plan national par l'arrêté du 19 janvier 1995 et sa circulaire d'application du 9 mai 1995. Il s'agissait alors d'étendre au plan national une expérience francilienne. C'est un dispositif continu d'enregistrement d'information sur l'ensemble des plombémies réalisées, quel qu'en soit le résultat. Il sert à suivre et évaluer les actions de

prévention, de dépistage et de prise en charge. La prescription de toute plombémie chez un enfant doit être effectuée à l'aide d'une fiche spécifique, remplie par le médecin traitant. La fiche est adressée au laboratoire. Celui-ci inscrit sur la fiche les résultats des dosages et la renvoie au médecin prescripteur. Il adresse également une copie de la fiche au médecin du Centre Anti-Poison (CAP) compétent en fonction du lieu de domicile de l'enfant. Le Centre saisit les données de toutes les fiches qu'il reçoit sur support informatique. Un numéro d'anonymat est attribué à chaque enfant. Le fichier anonyme peut faire l'objet d'exploitations régionales. Il est également transmis périodiquement au Centre Anti-Poison de Paris (CAPP). Le CAPP est chargé de faire fonctionner le SNSSI au niveau national. Il reçoit les données anonymes sur disquettes envoyées par les CAP régionaux et les agrège pour constituer une base nationale. Celle-ci est exploitée sur le plan épidémiologique avec l'aide de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), sous le contrôle du Comité scientifique du SNSSI.

Les deux systèmes, SNSSI et déclaration obligatoire continuent à coexister. Un dispositif intégré est prévu, mais il n'est pas encore fonctionnel. Il repose sur l'utilisation d'une fiche commune pour les trois procédures : signalement, notification et surveillance SNSSI.

Afin de lutter contre cette maladie de la pauvreté, le législateur a mis en place un dispositif précis et complexe.

1.3 La politique menée par les pouvoirs publics

Le saturnisme est étroitement lié aux conditions de logement des personnes défavorisées, c'est pourquoi la lutte contre cette maladie doit s'appréhender d'une manière globale au travers de la politique du logement et d'une manière particulière grâce aux mesures d'urgence de lutte contre le saturnisme introduites par la loi du 29 juillet 1998.

1.3.1 Le cadre général de la politique du logement

Les années quatre-vingt-dix vont voir émerger de nouvelles politiques du logement en France, avec une dimension sociale forte. Le droit au logement y est affirmé, et les notions d'insalubrité, d'habitat indigne et de logement décent sont définies. Tous ces concepts sont en lien direct avec la lutte contre le saturnisme infantile dû à un habitat vétuste et dégradé.

A) La consécration du droit au logement pour tous

La Loi du 31 mai 1990, dite « Loi Besson », visant à la mise en œuvre du droit au logement précise dès son article 1^{er} que: « Garantir le droit au logement constitue un devoir de solidarité pour l'ensemble de la nation. Toute personne ou famille éprouvant des difficultés particulières, en raison notamment de l'inadaptation de ses ressources ou de ses conditions d'existence, a droit à une aide de la collectivité dans les conditions fixées par la présente loi, pour accéder à un logement décent, indépendant et s'y maintenir ».

Cette loi rend obligatoire l'élaboration d'un Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées (PDALPD), élaboré et mis en œuvre conjointement par l'État et le Conseil général, en collaboration avec les collectivités territoriales, les bailleurs sociaux, les Caisses d'allocation familiales, les associations à vocation humanitaire et sociale. Il définit les catégories de personnes concernées, analyse les besoins et fixe des objectifs à atteindre par bassin d'habitat. Ce plan est rendu public. Il institue un Fonds de Solidarité pour le Logement (FSL) cofinancé par l'État et le Département qui permet d'accorder des aides financières aux personnes et familles défavorisées.

En complément des dispositifs d'actions existant pour favoriser le logement des plus démunis, la Loi du 29 juillet 1998 d'orientation, relative à la lutte contre les exclusions traite dans son Chapitre II du Titre I de l'accès au logement et dans son Chapitre III du Titre II des mesures relatives au maintien dans le logement.

Son objectif est de mieux garantir le droit au logement :

- en précisant le cadre et les conditions d'intervention des PDALD ;
- en définissant mieux les besoins des personnes défavorisées et en fixant des objectifs précis à atteindre ;
- en cadrant mieux les interventions des FSL afin d'éviter des distorsions géographiques et en renforçant leurs moyens financiers ;
- en améliorant la reconnaissance du rôle des acteurs associatifs en favorisant notamment la rémunération de la médiation de la gestion locative ;
- en favorisant la continuité des aides au logement.

Elle a pour but d'accroître l'offre de logement en facilitant, par des mesures techniques, la construction d'appartement, en luttant contre la vacance par la création d'une taxe et améliore les conditions de réquisition des logements vacants.

Elle réforme le régime de l'attribution des logements locatifs sociaux en instaurant un numéro d'enregistrement départemental garantissant la transparence des attributions.

La Loi du 13 décembre 2000 relative à la Solidarité et au Renouvellement Urbain (SRU) a quant à elle pour objectif de rendre les politiques urbaines plus cohérentes et de favoriser les mécanismes de solidarité dans les villes.

B) La notion d'habitat insalubre

Afin de lutter contre l'habitat insalubre et dangereux, la Loi SRU a profondément modernisé les procédures d'insalubrité et de péril dont les conditions de mise en œuvre et les effets de droit ont été largement unifiés. Elle a en outre renforcé les moyens d'intervention des pouvoirs publics en matière d'insalubrité et d'établissements d'hébergement recevant du public. Par ailleurs, elle a amélioré la prise en compte de la situation des occupants d'immeubles insalubres ou en péril en leur assurant une meilleure protection.

La lutte contre l'habitat insalubre est une compétence de l'État : elle est mise en œuvre par un arrêté préfectoral déclarant l'insalubrité et prescrivant les mesures nécessaires pour y remédier après consultation des personnes concernées (propriétaires et occupants) et avis du Conseil Départemental d'Hygiène (CDH). Les arrêtés d'insalubrité sont précédés d'une enquête d'insalubrité et doivent respecter une procédure précise. Cette procédure figure au Code de la santé publique modifié et complété par la Loi SRU (articles L. 1331-26 à L. 1331-31 du CSP). La protection des occupants figure au Code de la construction et de l'habitation, également modifié sur ces points par la Loi SRU. Une circulaire du 2 mai 2002 relative à l'application des dispositions de la Loi SRU concernant l'habitat insalubre a précisé les conditions d'application de ces nouvelles mesures.

Ainsi, selon cette circulaire, « est insalubre tout immeuble, bâti ou non, vacant ou non, dangereux pour la santé des occupants ou des voisins du fait de son état ou de ses conditions d'occupation ». La loi a de plus précisé que des immeubles ou des logements vacants pouvaient être déclarés insalubres, de façon à prévenir toute vente de taudis et éviter les squats.

Le législateur a donc inséré dans le Code de la santé publique deux procédures distinctes pour lutter contre l'insalubrité et le saturnisme. Ces procédures comportent à la fois des différences et des points communs. Leur articulation et la détermination des passerelles qui les relient sont fondamentales pour une plus grande efficacité de l'action de l'État dans ce

domaine. Mais étant donné la complexité des textes et leur présentation distincte, ce travail d'articulation reste difficile à réaliser sur le terrain.

C) La notion d'habitat indigne

En 2001, le gouvernement a décidé d'engager un Plan quinquennal d'éradication de « l'habitat indigne », expression qui regroupe les immeubles insalubres, les immeubles menacés de ruine et ceux présentant un risque d'exposition de leurs occupants à une intoxication par le plomb. Le renforcement des actions porte notamment sur une large détection des situations d'insalubrité, la mobilisation des capacités de relogement, la mise en œuvre accrue des possibilités de faire exécuter les travaux nécessaires, l'appui aux propriétaires et le développement du rôle de l'Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat (ANAH).

Le programme est organisé au niveau départemental et comprend une contractualisation avec les villes qui le souhaitent. Onze départements pilotes ont été sélectionnés afin d'engager ce travail avant la fin de l'année 2001 : Bouches-du-Rhône, Gard, Hérault, Pas-de-Calais, Rhône, Paris, Var, Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne. Ces départements pilotes ont travaillé à la préparation d'un projet de plan grâce à la collaboration entre les DDE et les DDASS. En octobre 2001, le plan d'éradication de l'habitat indigne a été présenté devant le Conseil des Ministres.

De nombreuses actions sont en cours pour la mise en place de ce programme qui sera étendu à l'ensemble du territoire national.

La circulaire du 30 avril 2002 relative à la lutte contre l'habitat indigne précise les modalités d'intervention des pouvoirs publics dans ce domaine. Ainsi, « l'éradication de l'habitat indigne constitue une priorité absolue de l'action du Gouvernement, compte tenu des enjeux fondamentaux qu'elle recouvre en matière de santé publique et de lutte contre les exclusions par le logement ». Elle doit être expressément prévue dans les politiques locales de l'habitat et les actions de renouvellement urbain, ou d'amélioration de l'habitat, et être explicitement prise en compte dans les différentes formes d'action contractuelle ou de programmation entre les collectivités territoriales et l'État.

D) La notion de logement décent

La Loi Besson faisait déjà référence au droit d'accéder à un logement décent. Le décret du 30 janvier 2002 reprend cette notion en la précisant.

Est décent le logement qui ne laisse pas apparaître de risques manifestes pouvant porter atteinte à la sécurité physique ou à la santé et doté des éléments le rendant conforme à l'usage d'habitation. Le bailleur d'un logement loué, nu ou meublé à titre de résidence principale est tenu de délivrer un logement décent.

Un logement décent doit présenter plusieurs caractéristiques :

- il doit satisfaire à des conditions au regard de la sécurité physique et de la santé des locataires (bon état du gros œuvre, solidité, réseaux d'électricité et de gaz sécurisés, bonne ventilation etc.)
- il ne doit pas être frappé d'un arrêté d'insalubrité ou de péril
- il doit comporter des éléments d'équipement et de confort (chauffage, électricité, eau potable, coin cuisine, installation sanitaire intérieure etc.)
- il doit respecter des normes de surfaces ou de volume.

Mais cette notion concerne les relations contractuelles existant dans le cadre de la location entre le bailleur et le locataire d'un logement. A l'inverse de l'insalubrité dont le traitement dépend uniquement de l'action publique, les litiges portant sur la décence du logement relèvent totalement et exclusivement du juge du contrat de la location (le juge d'instance).

1.3.2 Le cadre spécifique de la lutte contre le saturnisme infantile

Les pouvoirs publics français ont engagé un programme d'actions destiné à protéger les enfants d'une intoxication au plomb. Le dispositif de lutte contre le saturnisme a été mis en place par la loi du 29 juillet 1998¹¹, et précisé par le décret du 9 juin 1999¹². Ces actions visent à renforcer la prise en compte du risque lié à la présence de peintures au plomb dans les bâtiments et à traiter les situations d'urgence (situations à risque immédiat). Ainsi, l'action des pouvoirs publics comprend deux volets : un niveau curatif et un niveau préventif.

¹¹ Section 2 « Amélioration des conditions de vie et d'habitat », article 123 de la Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

¹² Décret n°99-483 du 9 juin 1999 relatif aux mesures d'urgence contre le saturnisme et modifiant le Code de la santé publique.

- A) Le volet curatif : traiter les situations d'urgence (articles L. 1334-1 à L. 1334-4 et R. 32-1 à R. 32-7 du Code de la santé publique)

La réglementation prévoit le déclenchement d'un dispositif par étapes lorsqu'il y a signalement. Il existe deux types de signalement :

- le signalement par le corps médical d'un cas de saturnisme à 100 µg/l
- le signalement d'un risque d'accessibilité au plomb dans un immeuble ou partie d'immeuble occupés par des enfants mineurs.

Le Préfet de département fait alors procéder à un diagnostic sur cet immeuble ou partie d'immeuble, par ses propres services ou par un opérateur agréé.

Le diagnostic a pour objectif de déterminer s'il existe un risque d'intoxication au plomb pour les mineurs habitant ou fréquentant régulièrement l'immeuble. La méthodologie est définie dans l'arrêté du 12 juillet 1999.

Le diagnostic est positif lorsqu'il existe une accessibilité au plomb résultant de la présence de surfaces dégradées avec une concentration de plomb supérieure à un seuil défini par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et du logement en fonction de la technique de mesure utilisée.

Dès qu'un diagnostic est positif, le médecin de la DDASS est informé. Il invite les familles de l'immeuble ayant des enfants mineurs à consulter un médecin. Un avis sur les travaux à exécuter est demandé soit aux services administratifs compétents, soit à un opérateur agréé. Les travaux à réaliser sont palliatifs. Il peut s'agir de la mise en place de matériaux de recouvrement sur les surfaces comportant du plomb ou le remplacement de certains éléments. A terme, des travaux définitifs devront être envisagés.

Le représentant de l'État dans le département notifie au propriétaire ou au syndicat des copropriétaires son intention de faire exécuter, à leurs frais les travaux nécessaires pour supprimer le risque constaté. Dans un délai maximum de 10 jours à compter de la notification, ces derniers devront faire connaître leur engagement à procéder aux travaux. Ils pourront pour cela bénéficier, sous certaines conditions d'aides financières (ANAH, Prime à l'amélioration de l'Habitat, Subvention de Sortie d'Insalubrité). Sans réponse du propriétaire, le Préfet fera d'office exécuter les travaux. Le coût de leur réalisation demeure à la charge des propriétaires.

Si le propriétaire s'est engagé à réaliser les travaux, les services du Préfet procèdent, un mois après la notification de la décision, à un contrôle des lieux afin de vérifier que l'accessibilité au plomb est supprimée. Ce contrôle comprend une inspection des lieux permettant de vérifier la réalisation des travaux prescrits et une analyse des poussières.

Si la réalisation des travaux est dangereuse pour les occupants de l'immeuble, les locaux devront être libérés et le Préfet prend les dispositions nécessaires pour assurer l'hébergement provisoire des occupants. Le coût des travaux et le cas échéant de l'hébergement provisoire sont à la charge du propriétaire.

Si le locataire ou le propriétaire refusent l'accès aux locaux des personnes chargées de procéder au diagnostic, d'effectuer le contrôle ou de réaliser les travaux, le Préfet saisit le président du Tribunal de Grande Instance qui, statuant en la forme du référé, fixe les modalités d'entrée dans les lieux.

B) Le volet préventif : déterminer les zones à risque (articles L. 1334-5 et R. 32-12 du Code de la santé publique)

La réglementation prévoit la réalisation d'un État des Risques d'Accessibilité au Plomb (ERAP) lors de la vente d'immeubles d'habitation construits avant 1948 et situés dans une zone à risque. Les promesses unilatérales de vente ou d'achat de ces logements doivent comporter en annexe un ERAP. A défaut, aucune clause d'exonération de la garantie des vices cachés ne peut être stipulée à raison des vices constitués par l'accessibilité au plomb.

Il appartient au Préfet de cibler les zones à risque, en concertation avec les maires du département. Le plan des zones à risque est fixé par arrêté préfectoral.

Son élaboration peut être guidée par :

- les campagnes antérieures de dépistage du saturnisme infantile,
- les mesures de plomb dans les peintures d'un échantillon d'immeubles,
- les données du recensement de l'INSEE (suroccupation, niveau de confort sanitaire).

Pour établir le plan de zones, le Préfet doit recueillir deux avis :

- celui du Conseil Départemental d'Hygiène qui sollicite les observations des maires des communes concernées,
- celui des conseils municipaux.

L'ERAP a pour objet d'identifier les supports comportant une présence de plomb et d'en évaluer l'état de conservation. Son élaboration comprend trois étapes :

- un repérage des éléments de construction présentant des peintures à base de plomb,
- une évaluation de l'état de conservation de ces peintures,
- leur concentration en plomb.

L'état des risques à annexer aux actes de vente doit dater de moins d'un an.

Si l'ERAP révèle une présence de revêtement contenant du plomb, une note d'information doit être remise aux occupants de l'immeuble par le propriétaire. Si l'ERAP révèle une accessibilité, il doit être transmis au Préfet. Les services de la DDASS mettent alors en œuvre « en tant que de besoin » - c'est-à-dire lorsqu'il y a des enfants mineurs dans l'immeuble incriminé - les dispositions prévues dans le volet curatif.

En cas de non respect de ces dispositions, la responsabilité pénale ou civile du propriétaire peut être engagée.

Ce dispositif complexe, mais novateur en matière de précarité et de santé publique a été appliqué dans le département de la Gironde à partir du 22 décembre 2000, date de l'arrêté préfectoral décidant de classer l'ensemble du département en tant que zone à risque. Cet arrêté a été applicable le 1^{er} septembre 2001 et le 10 octobre de la même année, le premier cas de saturnisme depuis l'affaire du village andalou a été détecté à Bordeaux.

2 LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LE SATURNISME INFANTILE EN GIRONDE : DIFFICULTES ET BLOCAGES

Il ressort de l'analyse de terrain que cette politique pose des problèmes en terme de coordination, de moyens et de prévention.

2.1 Les difficultés à mettre en œuvre des actions transversales et coordonnées entre les différents partenaires

Un des objectifs de la DDASS de la Gironde pour l'année 2003 est de mettre en œuvre des actions coordonnées et transversales de lutte contre le saturnisme. Cette nécessaire coordination des acteurs concerne les services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales et les autres partenaires de la politique conduite sur le département.

2.1.1 Une coordination délicate des acteurs au sein et entre les services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales

Trois services de la DDASS de la Gironde sont concernés par cette politique, ce qui représente une dizaine d'agents aux cultures et aux profils différents. Depuis quelques temps, des efforts importants de coordination ont été faits, mais les relations avec la DRASS d'Aquitaine restent encore distantes.

- A) Une amélioration certaine de la concertation entre les services de la DDASS de la Gironde

Le service Action de Santé Publique (ASP) reçoit les déclarations obligatoires de saturnisme infantile. Un MISP informe la famille et le médecin traitant. Il suit le dossier et relance les médecins qui ne donneraient pas de nouvelles après la première déclaration d'un cas de saturnisme.

Le Service Santé Environnement (SAE) reçoit les ERAP positifs et lance la procédure saturnisme si des enfants mineurs habitent le logement. De plus, les agents effectuent des enquêtes d'habitat insalubre. Ainsi 300 à 400 enquêtes environnementales sont réalisées chaque année quand l'habitat est ancien, en mauvais état. Le service est l'un des seuls de France à disposer de tests colorimétriques pour déterminer si les revêtements dégradés

contiennent du plomb. Si le test se révèle positif et qu'il y a des enfants mineurs dans le logement, la procédure est également lancée. Le MISP est prévenu pour qu'il contacte et informe le médecin traitant ainsi que la famille d'un risque de contamination par le plomb.

Le service Lutte Contre les Exclusions (LCE) s'occupe du relogement provisoire ou définitif des familles d'enfants exposés au plomb. En collaboration avec la DDE, une CTTS et une assistante sociale gèrent les dossiers individuels et tentent de trouver des solutions au cas par cas.

Dans une grande DDASS comme celle de la Gironde (plus de 200 agents), la répartition des compétences entre trois services distincts complique la gestion du dispositif. Une perte de temps et d'information a été notée par les agents ainsi qu'un manque d'efficacité dû à la dispersion matérielle et géographique des tâches.

Conscients du manque de coordination en la matière, les acteurs de la lutte contre le saturnisme au sein de la DDASS ont décidé d'organiser des rencontres inter-services pour faire le point sur les sujets en cours. Depuis le mois d'octobre 2002, les référents saturnisme se retrouvent donc environ une heure tous les deux mois pour échanger leurs informations ainsi que leurs expériences et envisager des améliorations de la politique suivie.

Ainsi, pour l'année 2003, ces services ont retenu les objectifs suivants :

- création d'un dossier unique de suivi des situations au sein de la DDASS
- traitement efficace des dossiers de déclaration de saturnisme ou de situation de risque.

Le dossier unique a été créé dès février 2003 afin de recenser l'ensemble des informations nécessaires aux services. Il s'agit en fait d'une fiche synoptique par dossier, appelée « fiche de liaison saturnisme »¹³, commune aux différents services de la DDASS et disponible en réseau. Ainsi en cas de coup de fil urgent, dans la demi-heure qui suit, l'état actuel du dossier apparaîtra à l'écran et une décision rapide pourra être prise.

Enfin, une référente saturnisme a été désignée au sein de la DDASS pour assurer le suivi des dossiers. En tant qu'infirmière de santé publique, elle a pour rôle de coordonner l'action des agents de la DDASS et d'être l'interlocuteur unique pour les médecins et les familles.

¹³ Voir annexe n°4 : Fiche de liaison saturnisme

Mais, elle assure cette fonction en plus de ses attributions habituelles au sein du service ASP et ne dispose pas de beaucoup de temps pour assumer ce rôle.

- B) Des difficultés de coordination entre les services de la DDASS de la Gironde et de la DRASS d'Aquitaine.

Le rôle de la DRASS est de déterminer des politiques régionales de santé et de donner une impulsion en matière de lutte contre le saturnisme. Un ingénieur du service santé environnement de la DRASS s'est intéressé relativement tôt à ce problème, estimant qu'il y avait forcément des cas de saturnisme infantile dans la région et que l'on ignorait ou faisait semblant d'ignorer.

En 1999, à la suite de l'expertise collective réalisée par l'INSERM, ce service s'est donc lancé dans un travail de cartographie de l'agglomération bordelaise permettant le repérage des zones à risques. Mais cette étude, terminée en octobre 1999 n'a jamais été exploitée. Selon les mots de son principal instigateur, elle est « sortie trop tôt, à une époque où les services administratifs ne croyaient pas à un risque d'exposition au plomb en Gironde. Aujourd'hui, l'écho serait plus favorable, car le saturnisme est rentré dans les mentalités, la preuve de la dangerosité de certains logements dégradés a été apportée. »

Cette étude a tout de même permis de démontrer qu'il existait des risques d'exposition au plomb dans le département et la DRASS a incité les services départementaux à se doter de zones à risque. La direction régionale a donc rempli son rôle d'espace de réflexion et d'impulsion pour comprendre la réglementation et la faire appliquer au niveau départemental.

En outre, la DRASS s'est engagée dans la lutte contre le saturnisme infantile au travers du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) de première génération (2000-2002). L'objectif n°2 de ce programme est de « Développer la prévention et agir sur les conditions de vie ». Dans ce cadre-là, le PRAPS est intervenu pour réduire l'habitat insalubre et agir sur le saturnisme en plus des dispositions légales. Plusieurs mesures ont donc été développées¹⁴ :

- Évaluer les risques au travers d'un diagnostic global établi à partir d'un échantillon de logements.

¹⁴ DRASS d'Aquitaine, *Objectifs du PRAPS d'Aquitaine*, juillet 2000, 177p.

- Informer les professionnels de santé au travers d'une brochure d'information.
- Rendre obligatoire le diagnostic des logements faisant l'objet d'une transaction
- Informer les maires sur les précédentes dispositions et sur les aides susceptibles d'être sollicitées par les propriétaires.

En 2000, MDM, très actif dans ce domaine avait sollicité l'aide financière de la DRASS pour réaliser une action de dépistage du saturnisme infantile. Une convention a ainsi été passée entre l'association et la DRASS portant sur l'agglomération bordelaise. Des cas ont été découverts et la presse s'est emparée de l'affaire. Le scandale du village andalou a mobilisé l'opinion publique et MDM a dénoncé « l'inaction des pouvoirs publics ». La convention a donc été rapidement rompue, MDM souhaitant retrouver sa liberté de parole.

A la suite de cette affaire, les services de la DRASS, à l'époque largement impliqués dans la lutte contre le saturnisme auraient été priés de se contenter d'impulser de grandes politiques régionales et de ne pas interférer dans les affaires du département. Depuis, le service Santé Environnement de la direction régionale s'est retiré du pilotage de ces actions et a passé le relais à la DDASS.

Dès lors, la DRASS se contente de diriger les travaux de la Commission régionale d'agrément. Depuis 1999, cette instance composée de représentants de la DRASS, de la Direction Régionale de l'Équipement (DRE), des DDASS et des DDE de la région Aquitaine donne des avis sur les dossiers d'opérateurs qui sollicitent un agrément pour réaliser un diagnostic sur les logements signalés à la DDASS. Des réunions sont organisées de temps à autre pour évaluer les travaux de la Commission. Elles sont surtout un prétexte pour échanger, entre services de l'État, sur la gestion des cas de saturnisme et des ERAP, sur les difficultés rencontrées et les solutions envisagées dans chacun des départements. La commission s'est réunie en avril dernier, les points abordés lors de cette réunion étaient très vastes et recouvraient tous les champs de compétence touchant de près ou de loin au saturnisme. Or, seuls les services Santé-Environnement des DDASS avaient été conviés à cette réunion. La DRASS n'avait pas connaissance d'autres acteurs de la DDASS impliqués dans la lutte contre le saturnisme, alors que tous les agents partagent le même bâtiment. Un effort de communication entre les différents niveaux des services déconcentrés pourrait donc être fait afin de mieux partager l'information et d'entreprendre une action toujours plus efficace.

2.1.2 Une coordination encore insuffisante de la DDASS avec les autres partenaires de la lutte contre le saturnisme infantile

La politique de lutte contre le saturnisme infantile repose sur un multi-partenariat parfois lourd à mettre en œuvre, mais nécessaire au bon fonctionnement du dispositif.

A) Les différents partenaires et leurs problèmes de coordination

Chaque acteur dispose d'une culture professionnelle propre qui rend parfois difficiles les relations inter-institutionnelles et la coordination de la politique à l'échelle du département.

a) *La DDE, partenaire privilégié de la DDASS pour la mise en œuvre d'une politique transversale*

La DDE est le principal partenaire de la DDASS dans la lutte contre le saturnisme. Le service de l'Habitat, de la Ville et des Quartiers intervient plus particulièrement dans ce domaine. Ses relations avec la DDASS sont très bonnes et leur collaboration étroite. Des rencontres régulières ont lieu entre les services de la DDASS et de la DDE et des procédures formalisées permettent un travail plus efficace et plus clair. Ainsi, la DDE tient à jour un tableau intitulé « Mesures saturnisme Préfet » qui recense tous les cas de saturnisme déclarés, les ERAP positifs et les enquêtes environnementales réalisées lors des tests colorimétriques positifs ; ces deux derniers étant notés lorsqu'il y a présence d'un enfant mineur. Le nom de la famille, son adresse et l'état d'avancement de la procédure sont régulièrement mis à jour grâce aux informations transmises par la DDASS, la PMI ou le SCHS. Dès que des modifications substantielles ont été apportées, le tableau actualisé est envoyé aux différents partenaires.

La DDASS transmet à la DDE les déclarations de saturnisme, les ERAP et les tests colorimétriques positifs afin qu'elle désigne un opérateur agréé pour la réalisation d'un diagnostic de risque d'intoxication au plomb. Or, la DDE regrette que les services de la DDASS ne réalisent pas eux-mêmes ces opérations de diagnostic. Cette méthode, utilisée dans d'autres départements, comme le Rhône permet de gagner du temps et limite le travail de la DDE à la recherche de logements.

En ce qui concerne le logement, la DDE n'intervient que pour les familles relevant du Plan Départemental d'Accès au Logement des Plus Démunis (PDALPD). Pour l'instant, tous les cas de saturnisme déclarés rentrent dans les critères définis par le plan. La prévention et le traitement des difficultés liées à l'insalubrité de l'habitat constituent une orientation forte du nouveau PDALPD (2003- 2005). Ainsi, l'action n°10 du plan porte sur la mise en place de

dispositifs territorialisés et partenariaux de lutte contre l'insalubrité et le saturnisme. La DDASS et la DDE entretiennent donc des contacts réguliers lorsqu'il s'agit de reloger une famille en urgence.

La DDE sait bien communiquer avec les autres partenaires. Les agents en charge de ce dossier font toujours preuve de franchise et avouent que tout n'est pas parfait dans le dispositif mis en place.

b) La Préfecture et les difficultés à agir dans l'urgence

Les dossiers relatifs au saturnisme infantile sont classés prioritaires au niveau de la préfecture, mais pourtant, leur traitement est souvent très long et retarde donc l'évolution des suites à donner à la déclaration d'un cas de saturnisme. Deux sujets relèvent ainsi des services préfectoraux et posent problème en terme de coordination de l'action : le contingent prioritaire et la situation irrégulière des familles.

Ce contingent de logements sociaux relève de la compétence du Préfet qui réserve ces logements pour des personnes en difficulté selon des critères de priorité prédéfinis.

Mais depuis 1991, les organismes HLM de Gironde, réunis au sein d'une Conférence départementale ont signé avec le Préfet un protocole d'accord sur le contingent préfectoral. Une deuxième étape, en 1993, a vu le Préfet de Gironde déléguer la gestion de son contingent au FSL, lui reconnaissant ainsi la mission de traitement global et cohérent des difficultés d'accès au logement dans le département. Désormais, les organismes d'HLM, en contrepartie d'une nouvelle augmentation des objectifs d'attribution ont la liberté de choisir les ménages en fonction des caractéristiques du patrimoine disponible. Ce choix des organismes d'HLM est dénoncé par tous les acteurs de la lutte contre le saturnisme. Selon eux, le système fonctionne mal et il n'est pas bien géré : d'une manière générale, il faut environ 18 mois pour accéder au contingent.

De plus, les occupants en situation irrégulière ne peuvent être accueillis dans le parc social public, seul un hébergement d'urgence peut leur être proposé. La DDASS agit alors auprès de la préfecture pour demander la régularisation de ces familles, mais la procédure est longue et difficile. Actuellement, il faut compter près d'un an. Les services de l'État (DDASS et DDE) dépensent alors une énergie considérable pour trouver les solutions les plus rapides possibles pour ces familles. Un traitement au cas par cas, des contacts réguliers avec la préfecture et les bailleurs sociaux sont nécessaires. Pour résumer le sentiment partagé par l'ensemble des acteurs, aucune procédure n'a pu être formalisée et les agents sont

contraints à faire du « bricolage » pour sortir des enfants d'un logement contaminé par le plomb.

Une réflexion devrait donc être menée avec les différents services préfectoraux pour le traitement d'ensemble des ces dossiers. Mais les agents de la préfecture sont toujours les grands absents des réunions entre partenaires institutionnels. Ils y sont pourtant régulièrement invités.

c) Le Conseil général, un investissement inégal des acteurs

Les services sociaux du Conseil général sont considérés comme des acteurs de la politique de lutte contre le saturnisme, mais ils n'ont assisté à aucune des réunions auxquelles j'ai pu participer pendant mon stage et ils n'ont pas paru très impliqués dans la démarche.

Par contre, les médecins de la PMI font un travail de terrain pour lutter contre le saturnisme. Ils découvrent parfois des cas de saturnisme et ils ont un rôle important en matière d'information des familles. Des conseils d'hygiène, d'aération des logements leur sont ainsi prodigués. En six mois, le Centre Médico-Social (CMS) de Saint Michel (un quartier du centre ville de Bordeaux) a dépisté 12 intoxications provenant de 7 familles différentes. Mais les difficultés de relogement sont telles que les médecins « s'autocensurent » pour reprendre leurs propres mots afin de ne pas déborder la DDASS et la DDE de cas de saturnisme ingérables et donc intraitables.

Le médecin interrogé se considère comme un « relais de terrain » dans cette politique, mais déplore le manque d'encadrement et de soutien. Il souhaiterait qu'il y ait véritablement un coordonnateur de l'action des différents partenaires, « une personne d'expérience qui canaliserait les actions de chacun, loin des joutes administratives ». Selon lui, l'ingénieur de la DRASS, cité précédemment, a joué ce rôle antérieurement, mais s'étant retiré, aujourd'hui, personne ne veut assumer cette fonction. Cette absence de pilote entretient un certain flou sur les actions entreprises et surtout sur le nombre de cas de saturnisme déclarés. Le manque de communication sur ce point-là est certainement dommageable pour l'ensemble de la politique suivie. Lorsqu'on interroge la DDE sur le nombre de cas, elle répond qu'il y en a eu 12 depuis le 10 octobre 2001, date du premier enfant déclaré à la DDASS. Mais en réalité, la DDE raisonne en terme de logement et donc de familles et non d'enfants. Les services de la DDASS n'en savent guère plus. Leurs derniers chiffres sont ceux demandés par la DGS pour établir le bilan 2001 de la lutte contre le saturnisme en France. Selon ces chiffres, en 2001, il y a eu 9 cas de saturnisme chez des enfants mineurs

et signalés à la DDASS, 567 ERAP et 3 signalements d'accessibilité au plomb. Mais ces chiffres ne sont pas communiqués à la PMI ou à MDM. Encore relativement bas pour 2001, ils semblent avoir considérablement augmenté en 2002, mais aucun chiffre officiel n'est actuellement disponible. Ainsi la mobilisation des acteurs et des politiques en vue d'obtenir des soutiens matériels et financiers semble difficile à envisager faute de chiffres parlants et révélateurs.

d) *Le SCHS de la ville de Bordeaux, un simple rôle de transmission, parfois démotivant*

Le Service Communal d'Hygiène et de Santé a reçu une délégation de mission par l'État en matière de saturnisme et d'insalubrité de l'habitat. Ainsi, lorsqu'un ERAP positif est annexé à un acte de vente d'un logement situé à Bordeaux, le SCHS en est avisé par la DDASS. Des inspecteurs vont voir sur place si les nouveaux propriétaires ou locataires ont des enfants en bas âge. Si tel est le cas, le SCHS transmet le dossier à la DDE pour qu'elle réalise une enquête environnementale.

Lorsque les techniciens réalisent une enquête d'insalubrité et qu'il y a des enfants, ils en informent également la PMI.

Les agents du SCHS (médecin et inspecteurs) estiment qu'il n'y a pas assez de retour de la part de la DDE ou de la PMI. En effet, le SCHS transmet les dossiers et n'est plus informé de la suite qui est donnée à l'affaire. Il n'est en fait avisé que lorsqu'il y a un gros problème de relogement, comme pour l'affaire T. où la plombémie des enfants avait doublé après la réalisation des travaux en présence des enfants.

Leur rôle est ainsi purement déclaratif, ils ne sont qu'une « courroie de transmission des informations » et se sentent un peu à l'écart des autres partenaires. Pourtant, leur rôle est indispensable en matière de suivi des populations à risque, car lorsqu'un ERAP est positif, ils cherchent à savoir qui a vécu dans ce logement avant sa vente. Un courrier est donc envoyé à l'acheteur et au vendeur, ainsi qu'au notaire. Le taux de réponse est faible, mais cela permet tout de même à certains enfants d'être dépistés à temps.

e) *Médecins du Monde, une association militante*

L'association MDM est la plus critique et la plus revendicative vis-à-vis du dispositif mis en place par les pouvoirs publics. Selon un médecin de la PMI, c'est le « poil à gratter » de la politique de lutte contre le saturnisme. La première mission « saturnisme infantile » de MDM créée à Paris en 1993 est en grande partie à l'origine du volet saturnisme de la loi de lutte contre les exclusions. Une mission saturnisme a été créée en 2000 à Bordeaux au moment

de l'affaire du village andalou, donc dans une période de crise. Comme nous l'avons décrit précédemment, le premier contact avec les services de l'État n'a pas été très concluant et il en reste une certaine rancœur de part et d'autre. Mais l'association regrette de ne pas être plus souvent associée à l'action des partenaires institutionnels.

Selon les services de la DDASS, MDM est très « polémique », il sait « utiliser la presse » pour dénoncer l'action de l'État et « pousse les familles à la contestation ». Le travail de la DDASS et de la DDE serait ainsi largement compliqué par MDM qui inciterait les familles à être toujours plus revendicatives et à refuser un logement de remplacement s'il était susceptible de ne pas leur convenir. Quand on sait comme il est difficile de trouver un logement pour une famille et qu'une autre attend son tour, ces revendications peuvent effectivement paraître superflues. Ainsi, le responsable de la mission saturnisme « instrumentaliserait » les parents d'enfants atteints de saturnisme, en leur laissant entendre qu'on allait résoudre leurs problèmes personnels telle que l'irrégularité de leur séjour en France et qu'ils pouvaient avoir des exigences importantes en terme de logement. Les services de la DDASS « manient donc avec précaution la présence de MDM ».

Selon MDM, le problème est éminemment politique et le problème peut être facilement résumé : la ville de Bordeaux a une orientation politique de droite alors que le Conseil général est de gauche ce qui ne facilite pas la prise de positions communes. De plus, selon le médecin de l'association interrogé, de nombreuses personnes considèrent que le saturnisme n'est pas une priorité de santé publique. Pour certains acteurs de santé et certains institutionnels, il s'agit d'un « fantasme d'humanitaire ». Ainsi, la réalité du problème est difficile à reconnaître, les populations africaines, les gens du voyage n'intéressant pas les acteurs de terrain.

Si le texte de la loi de 1998 est aussi précis, c'est, selon ce même médecin pour que la responsabilité de l'État puisse être mise en œuvre. Une étape a été franchie dans cette loi pour pénaliser l'action publique et responsabiliser les services de l'État, ce qui est radicalement nouveau en matière de précarité. Cette loi a été impulsée par M. Kouchner, médecin et humanitaire, créateur du concept de « devoir d'ingérence ». Il existait donc une réelle volonté politique d'affirmer la responsabilité des acteurs vis à vis de la loi. Ainsi, pour la première fois, le 25 juillet 2002, la Commission d'Indemnisation des Victimes d'Infractions (CIVI) du Tribunal de Paris a décidé d'accorder réparation à treize familles dont les enfants étaient atteints de saturnisme. Le rôle de la CIVI se bornait à constater l'infraction dont dépend l'indemnisation. La détermination des responsabilités est quant à elle en cours d'examen. Cette décision bouscule les politiques publiques en matière de santé et de

logement. Les associations de défense des victimes du saturnisme infantile en ont déduit que « l'arme judiciaire est un levier de plus en plus essentiel dans les affaires de santé publique¹⁵ ».

Tout comme le médecin de la PMI, MDM dénonce l'absence de coordonnateur et souhaiterait davantage de « gens de terrain motivés ». Ainsi, à la DDASS de Paris, une personne issue du monde associatif coordonne la lutte contre le saturnisme. En Gironde, il manque donc un acteur qui suive les dossiers dans leur globalité, en coordination avec tous les partenaires. Ce pilote n'existe effectivement pas encore à l'heure actuelle et tous les acteurs sont d'accord pour affirmer qu'il fait cruellement défaut.

MDM est donc, selon les mots d'un de ses membres : « un acteur de terrain qui s'agite et qui dérange », aussi n'est-il pas souvent convié aux différentes réunions entre les partenaires de la lutte contre le saturnisme.

B) La mise en place progressive de réunions de coordination

Le document « Actions-Objectifs » de la DDASS de la Gironde pour 2002 prévoyait de «mettre en œuvre des actions coordonnées de lutte contre le saturnisme et d'instituer un Comité de pilotage départemental de lutte contre le saturnisme infantile¹⁶».

Ce comité de pilotage a été mis en place le 14 juin 2002 en application de la circulaire interministérielle Santé/Logement du 30 août 1999. Le Comité plénier comprend :

- des services de l'État (DDASS, DDE, Préfecture, Inspection Académique, DRASS)
- des collectivités territoriales (SCHS, Conseil Général, Ville de Bordeaux, Union des Centres Communaux d'Action Sociale, deux représentants de l'association des maires)
- des associations (MDM et Habitat et Humanisme)
- des organisations œuvrant dans le domaine de l'habitat (ADIL, PACT Habitat et développement de la Gironde, bailleurs sociaux)
- des organismes de Sécurité sociale (CAF et CPAM)

¹⁵ BISSUEL B. « Première victoire pour les victimes du saturnisme », *Le Monde*, 27 juillet 2002, p.20.

¹⁶ Voir annexe n°5 : Fiche Action-objectif de la DDASS de la Gironde, 2002.

- des professionnels de santé (CAP, Union Régionale de Médecins Libéraux d'Aquitaine, Hôpital des Enfants, Laboratoire Ruffié).

Le Comité plénier se réunit une fois par an pour une présentation du bilan de l'année écoulée et pour valider les objectifs de l'année suivante. Il a pour objectifs de coordonner les acteurs institutionnels et associatifs, de créer un réseau d'alerte et de recueil d'informations (identification des cas de saturnisme, repérage des situations à risque), de proposer des programmes d'action (dépistage, formation).

Un groupe de travail restreint a été constitué par la DDASS en accord avec la DDE pour faire le point sur le saturnisme avec un nombre plus réduit de partenaires. Théoriquement, il comprend :

- des services de l'État (DDE-DDASS, Préfecture)
- une association
- un élu
- deux représentants des bailleurs sociaux
- deux professionnels de santé
- le Conseil général (PMI et services sociaux)
- la ville de Bordeaux (SCHS).

Mais en réalité, MDM n'a pas été convié à cette réunion et pour le Comité plénier, l'association dit avoir été prévenue deux jours avant la tenue de la réunion.

Dans les faits, la première réunion du groupe restreint, à laquelle j'ai pu assister ne comprenait que la DDASS, la DDE, la PMI et le SCHS de la ville de Bordeaux. Cette absence des autres partenaires semble confirmer leur manque d'intérêt pour la question.

Alors que le COPIL plénier comprenait beaucoup de monde et ne permettait pas vraiment le dialogue, cette réunion restreinte a permis de clarifier les choses et d'exprimer les difficultés de chacun. La PMI, pourtant plus revendicative a apprécié la sincérité des partenaires institutionnels qui ont avoué leurs faiblesses et leurs lacunes. Aucune grande décision n'est ressortie de cette réunion, mais elle a permis de « huiler les rouages et de réenclencher le dialogue avec la PMI ». Ce travail conjoint est à poursuivre pour éviter les non-dits et les incompréhensions mutuelles. Ainsi, il peut paraître dommage d'avoir attendu le 28 février 2003 pour réunir un Comité restreint. Le prochain devait se tenir au mois de mai et ensuite régulièrement tous les deux mois.

Il existe ensuite des réunions techniques entre la DDE et la DDASS pour la mise au point de procédures de relogement. Les dossiers individuels sont également traités lors de ces réunions et le tableau de bord mensuel est transmis à la DDASS. Ces réunions de collaboration ont lieu très régulièrement en fonction de l'acuité des problèmes à résoudre.

En 2003, afin d'améliorer l'efficacité de la politique de lutte contre le saturnisme, les services de la DDASS consacrent deux actions sur quatre à la coordination et au développement du partenariat¹⁷. Un effort important est donc réalisé en la matière.

En plus de ces réunions spécialement consacrées au saturnisme, la DDE est à l'initiative d'un groupe de travail « Lutte contre l'habitat indigne ». Il associe les principaux partenaires concernés et a été chargé de définir le contenu de la démarche et d'arrêter une méthode de travail. La première réunion a eu lieu le 11 mars 2003 à la DDE. Depuis, il se réunit tous les deux mois pour faire le point sur l'état d'avancement de la politique d'amélioration de l'habitat des personnes démunies. Les membres de ce groupe de travail sont : la DDASS (service SAE et LCE), le Conseil général, le FSL, le SCHS, la CAF, l'Agence Départementale d'Information sur le Logement (ADIL).

La création du groupe de travail s'inscrit dans le cadre du PDALPD et répond aux attentes des partenaires en matière de lutte contre l'insalubrité, les fonctionnements actuels n'étant pas satisfaisants en terme de résultats. Les questions relatives au saturnisme sont également abordées lors de ces réunions afin d'informer les membres qui ne travaillent pas sur ce sujet des actions menées sur le terrain et des difficultés rencontrées.

Différentes réunions se mettent donc en place progressivement, mais elles ne pourront pas, à elles seules, pallier le manque de moyens qui se ressent dans toutes les institutions.

2.2 Le manque de moyens

En période de restrictions budgétaires, il est aisé de déplorer l'inadéquation entre les ambitions d'une politique et les moyens mis à disposition pour la réaliser. Mais l'acceptation des « moyens » est ici plus large et recouvre le déficit en logements sociaux et en places d'hébergement d'urgence.

¹⁷ Voir annexe n° 6 : Fiche Action-Objectif de la DDASS de la Gironde, prévisions 2003.

2.2.1 Les moyens humains et financiers

Aucun agent ne se consacre à temps plein à la lutte contre le saturnisme. Ces mesures se sont ajoutées à leurs tâches habituelles et à ce qui figurait sur leur fiche de poste originelle.

Ainsi, le service Lutte Contre les Exclusions estime à 0,2 Équivalent Temps Plein (ETP) le travail fourni par une CTTS et une assistante sociale.

Le service Action de Santé Publique consacre 0,3 ETP à la lutte contre le saturnisme, répartis entre un MISP et une Infirmière de santé publique.

Le service Santé Environnement répartit 0,3 ETP entre des Ingénieurs d'Études Sanitaires et des Techniciens.

Au total, il n'y a pas 1 ETP pour lutter contre le saturnisme à la DDASS de la Gironde. Le travail est dispersé entre de multiples acteurs qui sont tous également occupés par d'autres thèmes. L'augmentation importante du nombre d'ERAP et des cas de saturnisme déclarés laisse présager d'un risque de débordement des agents qui dans l'état actuel des choses ne peuvent consacrer plus de temps au saturnisme infantile.

En ce qui concerne les financements, seul le service SAE dispose de crédits, et c'est uniquement pour acheter les tests colorimétriques. Chaque bâtonnet coûte 11 € TTC. Pour l'année 2001, le service a reçu 465 € sur la ligne budgétaire 34 98 (90) 91§12. Un calcul rapide nous permet de constater que l'on ne peut acheter que 42 tests avec cette somme. Rapportés au nombre de logements dégradés, cela semble quelque peu dérisoire. De plus, en avril, lors de l'annonce d'un gel budgétaire de 25% sur les crédits de la DDASS, la question s'est posée de supprimer les bâtonnets, mais finalement, étant donnée leur utilité pour détecter les cas de saturnisme, leur ligne de crédit a été conservée dans le budget de fonctionnement de la DDASS.

De plus, en 2002, la DDASS a obtenu 10 000 € de crédits PRAPS pour réaliser une plaquette et une affiche en direction des professionnels médicaux et médico-sociaux.

Mais la DDASS affirme ne pas disposer d'une ligne budgétaire spécifique à la mise en œuvre des mesures d'urgence contre le saturnisme ; les crédits correspondants aux travaux des opérateurs agréés pour les diagnostics, les contrôles après travaux d'office, les avances sur travaux d'office ou hébergements provisoires des familles sont abondés sur une des lignes budgétaires de la DDE.

Ainsi, la DDE dépense 30 000 € par trimestre pour payer les diagnostics effectués par des opérateurs extérieurs.

En dehors de ces crédits spécifiques, la DDASS n'utilise pas de crédits fléchés saturnisme. Les services fonctionnent avec leurs moyens habituels.

Mais le rapport de Mme Ponchet de Langlade¹⁸ démontrait que les crédits de lutte contre le saturnisme étaient sous-utilisés. Elle cite ainsi un rapporteur du Sénat : « les crédits de lutte contre le saturnisme sont très peu consommés : les montants inscrits en loi de finances pour 2000 ont été abondés de 4,40 millions d'euros par report de crédits de l'exercice 1999 et représentaient au total 15,84 millions [...] Le taux de consommation au 30 septembre s'élevait à 3,4% soit 0,58 million d'euros. Sur les crédits disponibles en 2001, soit 24,63 millions d'euros, l'arrêté du 21 mai 2001 a annulé 7,62 millions. Le taux de consommation au 30 septembre s'élevait encore à 3,4%. L'arrêté du 14 novembre 2002, annule à nouveau au chapitre 37-40 « lutte contre le saturnisme » 230 000 euros de crédits de paiement. Votre rapporteur considère pour sa part que les dispositifs d'une loi doivent être jugés à l'aune de leur effet utile ». Mme Ponchet de Langlade ne fait que ce commentaire lapidaire : « Et pourtant j'entends dire aussi que la montée en charge prévisible inquiète les responsables sur les possibilités de progression des crédits affectés aux besoins... ».

La DDASS et la DDE, interrogées par la PMI sur les crédits mentionnés par ce rapport ont répliqué qu'il n'y avait pas d'argent disponible, surtout en période de restrictions budgétaires. Mais la circulaire du 2 mai 2002 précise que pour l'année 2002, « les crédits affectés à la lutte contre l'intoxication par le plomb et destinés aux services déconcentrés ont été considérablement augmentés ». Les DDASS et DRASS pouvaient mobiliser deux lignes budgétaires du titre IV :

- 47-12-20 à hauteur de 518 327 euros pour le financement d'actions de dépistage et de stratégies d'échantillonnage du plomb hydrique,
- 47-11-20 (crédits PRAPS) à hauteur de 1 088 484 euros. Ces crédits devaient permettre de renforcer la mise en œuvre des mesures d'urgence contre le saturnisme.

Tous les crédits disponibles ont-ils vraiment été dépensés en Gironde ? La question reste posée, mais elle a le don d'énerver les services de l'État.

En outre, l'habitude du Préfet de ne pas réclamer le coût des frais d'hébergement temporaire aux propriétaires irrite les agents de la DDASS et de la DDE qui estiment que cet argent

¹⁸ PONCHET DE LANGLADE V. *Lutte contre le saturnisme infantile : le point de vue des associations*. Paris : la Documentation française, 2002, 25p.

pourrait être mieux employé autrement. Ainsi, l'hébergement des familles pendant la durée des travaux est normalement à la charge des propriétaires. Deux solutions s'offrent à eux : ils peuvent trouver une solution pour reloger les familles ou si tel n'est pas le cas, un hébergement d'office est réalisé dont les frais leur incombent. Mais le Préfet n'envoie jamais la facture au propriétaire et c'est l'État qui paie ces frais d'hébergement provisoire. Il serait plus équitable que le propriétaire sache de combien il est redevable et qu'après, éventuellement, il puisse disposer de délais et de facilités de paiement en fonction de ses moyens. Mais à l'heure actuelle, il peut apparaître choquant que l'État ne recouvre pas les frais d'hébergement auprès des bailleurs, ceux-ci étant souvent des « marchands de sommeil » peu regardants sur la qualité des logements loués à des personnes démunies.

2.2.2 Les moyens matériels : les logements

A) Hébergement temporaire ou relogement

Les textes prévoient un hébergement temporaire des familles pendant les travaux qui vont supprimer l'accessibilité au plomb. Mais le dispositif d'hébergement d'urgence est saturé en Gironde : les personnes accueillies dans ces lieux ne trouvant pas de logement autonome, elles restent en CHRS plus longtemps que prévu et les places sont rares. Habituellement, on compare le département de la Gironde à celui de la Seine Maritime en raison de leurs mêmes indices de précarité (taux de bénéficiaires du RMI, taux de chômage) et du nombre d'habitants avoisinant. Or, en matière de CHRS, le nombre de places offertes passe du simple au double. La Gironde comptait 446 places en 1999, alors que la Seine Maritime en dénombrait 1073¹⁹.

De plus, si on sait héberger une personne seule, les CHRS et autres foyers d'accueil d'urgence n'ont que très peu de places pour recevoir les familles.

En outre, les travaux devraient être réalisés en un mois, mais ces délais ne sont jamais respectés et ce logement temporaire au début, pourrait bien durer.

Enfin, les logements sont souvent suroccupés ou insalubres et le relogement est alors obligatoire. Pour toutes ces raisons, les travailleurs sociaux avouent qu'ils ne peuvent héberger temporairement les familles et la solution du relogement définitif est souvent la

¹⁹ DDASS de la Gironde, *Garantir l'accès à la prévention et aux soins pour tous en Gironde*, Document de travail, Décembre 1999, 114p.

seule à envisager lorsque les enfants sont lourdement atteints et que personne dans leur entourage ne peut les recevoir pendant la durée des travaux.

Mais on ne peut pas contraindre des familles à être relogées. Elles sont souvent très fragiles et changer de lieu peut être déstabilisant pour elles. Elles appartiennent souvent à une communauté soudée située en centre ville de Bordeaux, et la perspective de s'en éloigner pour aller dans la Communauté Urbaine à quelques kilomètres de là leur fait peur. La DDE se sent alors démunie dans ces cas-là et ne peut pas faire grand chose car les logements du centre ville sont tous occupés ou en très mauvais état.

B) La crise du logement et le déficit de logements sociaux en Gironde

90% des cas de saturnisme déclarés concernent des enfants habitant le centre ville de Bordeaux. L'ensemble du vieux Bordeaux constitue un patchwork architectural, secret et compliqué. Ce parcellaire, commun à beaucoup de villes portuaires a débouché sur la constitution d'une série de quartiers populaires, lieux d'accueil de toutes les immigrations. Les Bordelais, fortune faite les quittaient pour aller habiter ailleurs tout en restant propriétaire. Ils s'éloignaient ainsi d'une grande promiscuité et d'un inconfort qui n'a fait que s'aggraver.

La situation bordelaise tient en quelques chiffres : il n'y a plus que 27 300 habitants dans un secteur qui en comptait 30 000 il y a encore dix ans et dans lequel on recense 23 500 logements potentiels. Selon les quartiers, de 16 à 20% de ces logements sont vacants. Les résidents sont locataires à 86%. Le parc est constitué dans les deux tiers de logements de petite taille (studios, T1 ou T2). Les logements ne sont donc pas adaptés aux familles de plus de quatre enfants et sont souvent en situation de suroccupation. Les statistiques officielles parlent aussi de 12% de logements « médiocres », mais sans faire état des dizaines de maisons qui constituent pour beaucoup de « marchands de sommeil » des sources de revenus confortables.

En Gironde, environ 20 000 personnes sont logées de façon « précaire » c'est à dire chez des amis ou des parents, dans un logement insalubre ou non adapté à la composition familiale²⁰. Le Fonds Solidarité Logement (FSL) traite de plus en plus de dossiers (près de 8000 demandes en 2001).

²⁰ Conseil général de la Gironde, *Axiales : en Gironde, la solidarité en actions*, n°14, janvier 2003, 8p.

Il existe un réel déficit de logements sociaux : le département est sous-doté et la gestion de l'attribution de ces logements n'est pas maîtrisée. Les prix grimpent et les populations en difficulté ont beaucoup de mal à se loger. Celles qui sont dans le parc public n'en bougent plus. En 2001, il y a eu 50 000 demandes sur le locatif public et il n'y a que 70 000 logements sociaux en Gironde, déjà tous occupés.

Même si les familles sont prioritaires en cas de saturnisme déclaré, le relogement met souvent très longtemps. Ainsi dans l'affaire T. le 7 juin 2002, MDM a envoyé une lettre à la DDASS l'informant d'un cas de saturnisme dans cette famille. Le même jour, le MISP chargé de ce dossier informe le SCHS de la ville de Bordeaux et la DDE. Le dossier est transmis au contingent prioritaire le 27 juin et le 28, un opérateur agréé est saisi pour effectuer un rapport sur les travaux à effectuer dans le logement. Mais ce n'est qu'au mois de décembre qu'un logement est enfin trouvé pour cette famille de cinq enfants. Entre temps, les enfants sont restés dans les lieux contaminés pendant les travaux et leur taux de plombémie a doublé.

C) Les perspectives

En moyenne, il faut cinq à six mois pour reloger une famille, mais depuis l'affaire T. la conférence HLM est plus réactive. « Lorsqu'on prononce le mot saturnisme, les bailleurs sociaux sont plus à l'écoute » remarquait un travailleur social. Ce travail de recherche repose sur des personnes déterminées et un traitement au cas par cas, mais si les intoxications au plomb se situaient sur une plus grande échelle, cela deviendrait très compliqué à mettre en œuvre.

De plus, une opération de requalification du centre ancien de Bordeaux est en projet. 1 625 logements devraient être réhabilités entre 2003 et 2010. La ville a passé une convention publique d'aménagement et s'attaque à plus de 200 hectares avec des moyens coercitifs et incitatifs. Pour l'aspect coercitif, la DDE va travailler avec le SCHS de la ville de Bordeaux pour traiter les cas d'insalubrité qui seront mis au grand jour. Un périmètre de restauration immobilière (PRI) pour la résorption de l'habitat indigne a d'ores et déjà été mis en place.

Le premier adjoint au maire de Bordeaux, Hugues Martin précise les nouveaux objectifs : « Il nous faut éradiquer le mauvais logement et réussir un centre actif, convivial et habité. Il faut

aussi favoriser la mixité et le brassage. Ces quartiers doivent devenir des lieux de fixation, et non de simples passages »²¹.

Pour cela l'opération doit se décliner selon trois principes : inciter, faire ou faire faire. Elle va mobiliser non seulement l'État, la ville et les partenaires habituels du logement social, mais aussi toutes les professions impliquées dans l'habitat (notaires, géomètres, architectes et agents immobiliers). Tous se sont engagés à informer In Cité, la Société d'Économie Mixte (SEM) porteuse de l'opération de tous les projets possibles. L'objectif est d'aboutir d'ici 2010 à quelques 1 600 logements nouveaux - dont 30% à loyer modéré -, à 5 000 m² d'espaces commerciaux et à 330 places de stationnement supplémentaires. Les pouvoirs publics disposeront d'un droit de visite dans les îlots, les immeubles et les appartements. Ils pourront attribuer avec l'ANAH des subventions allant de 20 à 100% en fonction du type de loyer envisagé après la réalisation des travaux. Grâce à cette vaste opération, la ville espère reconquérir enfin un espace public de qualité.

Ce travail très fin et très ciblé va révéler des situations d'insalubrité importante, de nouveaux cas de saturnisme et de nouveaux besoins de relogement pour les populations démunies habitant ces quartiers. L'État entend donc imposer un dispositif de relogement précis. Un système est en train d'être mis en place.

La faiblesse des moyens et en particulier le manque de logements rendent difficile la mise en œuvre d'une réelle politique de prévention.

2.3 Des mesures de prévention insuffisantes

Il n'existe pas une réelle volonté de mettre en œuvre une politique de prévention étant donné que les services ont déjà beaucoup de mal à gérer les cas de saturnisme déclarés et surtout le relogement de ces populations. En effet, la réalisation d'une prévention et d'une information efficaces révéleraient forcément de nouveaux cas d'intoxication au plomb.

²¹CHERRUAU P. « Bordeaux engage la rénovation de son centre historique », *Le Monde*, 24 avril 2003, p.13

2.3.1 Une gestion difficile des ERAP

567 ERAP positifs ont été reçus en 2001 par la DDASS de la Gironde et 1500 en 2002. Il se pose donc un problème de gestion de ces ERAP. La DDE les reçoit très tardivement et regrette qu'ils ne soient pas hiérarchisés, comme c'est le cas par exemple dans le Rhône. Mais leur manque de fiabilité et leur imprécision ne mettent pas la DDASS en situation d'apprécier la gravité des situations et de hiérarchiser les priorités d'intervention parmi l'ensemble des immeubles signalés. La loi n'a pas prévu d'agrément spécifique pour les entreprises qui effectuent les ERAP. Aucune compétence technique particulière n'est exigée, si ce n'est d'avoir contracté une assurance professionnelle pour ce type de mission et d'être indépendant de toute activité d'entretien ou de réparation du logement concerné. La plupart du temps, ces entreprises sont spécialisées dans l'amiante, les termites et ont ajouté le plomb à leurs compétences à la suite de l'arrêté préfectoral délimitant l'ensemble du département comme zone à risque. Par ailleurs la méthodologie que les auteurs d'ERAP sont censés respecter ne leur est pas opposable, dans la mesure où elle relève d'une simple circulaire²². Enfin, aucune sanction administrative n'est prévue en cas d'incompétence manifeste. Quand la DDASS reçoit un ERAP de qualité médiocre, elle en informe donc l'entreprise pour qu'elle revoie sa copie, mais c'est une perte de temps considérable. En l'absence de formation spécifique, la prudence conduit probablement certains techniciens à apprécier de façon large la notion d'accessibilité au plomb mais il n'est pas exclu qu'à l'inverse, d'autres la minimisent. Tel serait d'ailleurs l'intérêt du vendeur qui passe commande de la réalisation d'un ERAP à l'organisme de son choix. On peut être d'autant plus inquiet que la DDASS n'a connaissance que des ERAP positifs et ne dispose d'aucun moyen d'apprécier la qualité de ceux qui sont négatifs.

Le logiciel « Saturnat » a été installé dans le service Santé-Environnement de la DDASS de la Gironde en 2002. Il a pour objectif de gérer les procédures administratives (saisie, traitement des données, gestion des délais et des courriers administratifs) et d'évaluer au niveau local et national la mise en œuvre des mesures d'urgence contre le saturnisme. Il devrait être particulièrement utile pour gérer les ERAP. Mais, selon les agents rencontrés, saturnat est mal conçu : il est très compliqué et prend énormément de temps. Dans d'autres départements, un agent à temps plein est nécessaire pour remplir les données relatives aux ERAP et la plus-value obtenue est très mince car les autres partenaires de la lutte contre le saturnisme n'ont pas accès aux données de ce logiciel. En plus, saturnat fonctionne en

²² Circulaire du 16 janvier 2001, relative au guide méthodologique pour la réalisation des ERAP.

monoposte, un seul agent du service peut donc y avoir accès depuis son ordinateur. La DDASS de la Gironde a finalement renoncé à l'utilisation de ce logiciel.

En outre, les notaires ne jouent pas toujours leur rôle d'information auprès du vendeur et du nouvel acquéreur. De trop nombreuses ventes se font encore sans ERAP. Lorsque le SCHS de Bordeaux fait la démarche, auprès des notaires, de rechercher les anciens occupants d'un immeuble ayant fait l'objet d'un ERAP positif, il reçoit environ trois retours pour trente lettres envoyées.

2.3.2 Un dépistage souhaité, mais toujours repoussé

En demandant au Préfet de délimiter les zones à risque d'exposition au plomb, le législateur entendait assurer le ciblage d'un travail de prévention. Le décret du 9 juin 1999 précise ainsi : « Les zones à risque d'exposition au plomb sont délimitées au vu des résultats des diagnostics réalisés ou pour tenir compte de l'existence d'immeubles insalubres ou dégradés ». Or, le Préfet de la Gironde, comme dans la plupart des autres départements français a classé la totalité du territoire départemental comme zone à risque. On voit là très clairement l'application d'un principe de précaution, le représentant de l'État ne souhaitant pas être confronté à la découverte d'un cas de saturnisme infantile dans un immeuble qui aurait échappé à l'inscription en zone à risque. Mais même si cette mesure n'est pas conforme à l'esprit de la loi, elle se comprend, car il est extrêmement difficile de ne pas oublier un immeuble dans une zone à risque. Toujours est-il qu'une zone à risque à l'échelle d'un département empêche un dépistage ciblé des enfants et nécessite la délimitation d'autres périmètres plus petits à l'intérieur de cette grande zone.

Ainsi, en 1999, la DRASS a réalisé un travail de cartographie intéressant pour localiser les logements à risque, qui représentent a priori une faible part dans l'agglomération bordelaise. L'intérêt était ensuite de conduire des actions ciblées dans la lutte contre le saturnisme infantile. Pour ce faire, un extrait du fichier logement de l'INSEE (recensement de la population de 1990) a été acheté pour un montant de 610 €. Les crédits provenaient du ministère de l'Emploi et de la Solidarité dans le cadre de la mise en place du système national de surveillance du saturnisme infantile. Le fichier décrivait les caractéristiques de chaque logement de l'unité urbaine de Bordeaux soit 44 communes. Afin de déterminer le degré de risque des logements, trois critères ont été construits à partir des variables du fichier : date de construction, indice de confort, taux d'occupation. Ces trois indicateurs ont été combinés afin de croiser les niveaux de risques et d'en déduire un risque global. Les

statistiques obtenues ont ensuite été présentées par îlots, c'est-à-dire par ensemble de logements séparés par des voies de communication. Grâce à ces statistiques, trois cartes ont été éditées. La première retranscrit le « risque îlot » calculé, la seconde le nombre de logements à risque par îlots et la troisième le nombre de personnes présentes dans les logements à risque, par îlots.

Mais ce travail, maintenant ancien n'a jamais été exploité car aucune politique de prévention n'a réellement été mise en place faute de pouvoir faire face à une découverte trop importante de cas de saturnisme avérés et donc de relogements en urgence. Pourtant, les médecins de la PMI interrogés insistent sur la nécessité de réaliser un travail de dépistage du saturnisme. Il faudrait partir selon eux « du bâti et non de l'aspect clinique ». Les formations aux médecins de ville n'aboutissent jamais et ils sont donc peu informés des risques relatifs à l'habitat dégradé. La PMI voudrait une liste de toutes les maisons construites avant 1948, mais les services de la DDASS répliquent que tout Bordeaux date d'avant 1948, que les maisons ont été transformées, que les fichiers INSEE n'ont pas de valeur à l'heure actuelle... En réalité, la DDASS et la DDE ne sont pas prêtes à engager une véritable politique de prévention tant que des solutions rapides en terme de relogement des familles n'auront pas été trouvées. Tous les acteurs de la lutte contre le saturnisme savent que la ville de Bordeaux regorge de logements dégradés avec des peintures datant d'avant 1948 et que si on cherche, on trouvera des cas de saturnisme. Mais à l'heure actuelle, étant donné les moyens dont ils disposent, ils s'efforcent tout d'abord de gérer les situations d'urgence qui se présentent à eux. Ce qui peut paraître étonnant de prime abord dans une optique de santé publique prend tout son sens lorsqu'on constate les difficultés rencontrées par les acteurs institutionnels pour mettre en œuvre les mesures d'urgence contre le saturnisme infantile.

2.3.3 Une formation et une information insuffisantes

La seule réelle prévention mise en œuvre dans le département est relative à l'information des médecins et des familles. Ainsi, une brochure a été distribuée aux familles pour les informer des règles d'hygiène à respecter pour éviter une contamination.

De plus, en 2000, le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) de première génération de la région Aquitaine a financé la diffusion d'une plaquette informative sur le saturnisme infantile en direction des professionnels de la santé (PMI, SCHS, DDE, médecins généralistes et hospitaliers, pédiatres et pédopsychiatres). L'impact de cette plaquette n'ayant pas été évalué, une stagiaire Ingénieur du Génie Sanitaire a étudié les

attentes et les besoins des médecins aquitains en matière d'information sur le saturnisme infantile²³. Il ressort de cette étude réalisée par sondage téléphonique entre janvier et février 2003 qu'environ 30% des médecins ne se souvenaient pas de la plaquette. Les principaux thèmes que les médecins souhaiteraient voir aborder dans le cadre d'une nouvelle campagne d'information sur le saturnisme infantile concernent : les signes d'appel cliniques, la démarche réglementaire et l'action de dépistage.

Pendant mon stage d'exercice professionnel, une nouvelle plaquette ainsi qu'une affiche destinées aux médecins de la Gironde étaient en préparation à la DDASS. Étant données les conclusions de cette enquête, elles ont subi quelques modifications afin de prendre en compte les besoins exprimés par les médecins. Ainsi, cette plaquette s'intitulant « Prévention du saturnisme infantile » comprend une définition de la maladie avec ses signes cliniques et ses facteurs de risque, et enfin la conduite à tenir selon la plombémie dépistée.

20 000 plaquettes et 7 000 affiches ont été financées par des crédits PRAPS et seront diffusées courant 2003.

Quant à la formation, l'ensemble des acteurs la trouve insuffisante. Chacun doit s'approprier les textes, souvent sibyllins et très complexes et les circulaires d'application, censées éclaircir la réglementation compliquent encore parfois les choses. Il n'y a donc pas eu de formation spécifique relative au saturnisme infantile pour les agents de l'État. L'apprentissage s'est fait de manière très empirique. La PMI a débuté une formation des travailleurs sociaux des centres médico-sociaux. Elle doit être poursuivie, et la DDASS a proposé de réaliser un document-type sur les logements à risque à leur intention. Ce document sera également adressé aux travailleurs familiaux et aux intervenants de la CAF afin de leur faciliter le signalement de logements et de familles à risque.

Les difficultés rencontrées sur le terrain permettent d'envisager quelques préconisations, ambitieuses parfois, mais inspirées des dispositifs mis en place dans d'autres départements.

²³MARECHAL M., *Information des médecins aquitains sur le saturnisme infantile*, Rapport de stage de l'ENSP, avril 2003, 30p.

3 PROPOSITIONS ET PISTES DE REFLEXION POUR AMELIORER LE DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LE SATURNISME INFANTILE

Ces améliorations relèvent à la fois de la politique nationale et d'actions locales plus encadrées, avec des protocoles établis afin de recentrer la lutte contre le saturnisme infantile autour des familles vivant dans des logements dégradés.

3.1 Un dispositif national perfectible

De nombreuses améliorations de la législation ont été proposées. La version du 16 avril 2003 du projet de loi d'orientation en santé publique, disponible sur l'Intranet du ministère prévoit d'ores et déjà quelques modifications notables du Code de la santé publique avec pour objectif de réduire de 50% la prévalence du saturnisme infantile d'ici 5 ans pour atteindre une prévalence de 0% d'ici 10 ans.

3.1.1 Améliorer la lisibilité de la réglementation

La réglementation relative au saturnisme infantile est en effet très complexe et dispersée dans de nombreux textes parfois contradictoires. Ainsi, concernant les personnes exposées, certains textes parlent de mineurs, d'autres d'enfants de moins de 6 ans. Même si les services ne s'arrêtent pas à des considérations d'âge et prennent en charge tous les enfants en danger, ces termes devraient être précisés.

De plus, les délais doivent être revus dans la loi. En l'état actuel des choses, le délai d'un mois pour l'achèvement des travaux est impossible à réaliser, et aucun service de l'État en France ne respecte ce délai. Mme Brigitte Moissonnier²⁴ propose de considérer l'article L. 1334-2 comme une « recette procédurale moyenne » autour de laquelle le représentant de l'État aurait à sa disposition d'autres modes d'intervention lui permettant d'intervenir plus rapidement et radicalement ou avec un degré d'urgence moindre et donc un étalement des délais donnés par la loi. Dans le projet de loi d'orientation en santé publique, le délai d'un mois doit être mis à profit pour soustraire les familles au danger d'intoxication. Dans le délai

²⁴ MOISSONNIER B. *Mesures d'urgence contre le saturnisme*. Rapport commandé par la DGS [en ligne], septembre 2001, 54p. Disponible sur Intranet : http://www.sante.gouv.fr/santenv/saturnis/cad_.htm.

de 10 jours à compter de la notification des travaux, le propriétaire informe le Préfet de son intention d'assurer ou non l'hébergement provisoire des occupants. Dès lors que l'hébergement des occupants est effectif, le délai de réalisation des travaux est porté à 3 mois.

La réglementation relative aux ERAP devrait être également précisée. A l'instar de la réglementation sur l'amiante, il conviendrait de définir une échelle graduant les dangers liés aux dégradations des revêtements plombés.

Par exemple : 0 : absence de plomb

1 : présence de plomb – absence de surfaces dégradées

2 : présence de plomb – présence d'indices de dégradation de degré a

3 : présence de plomb – présence d'indices de dégradation de degré b

4 : présence de plomb – présence d'indices de dégradation de degré c.

Les indices de dégradation devraient être définis en fonction de critères scientifiques et ces précisions permettraient de hiérarchiser les ERAP et donc de traiter en priorité les cas les plus dangereux pour la santé. Il conviendrait également de mettre en place une procédure d'agrément des organismes réalisant des ERAP.

Dans le projet de loi, l'ERAP est devenu un « constat de risque d'exposition au plomb ». Il présente « un repérage des revêtements contenant du plomb et, le cas échéant, un état ou un relevé sommaire des facteurs de dégradation du bâti susceptibles de porter atteinte à la santé des occupants et une notice d'information dont le contenu est précisé par arrêté ministériel ». Les conditions de renouvellement de ce constat sont précisées et la responsabilité pénale du bailleur peut être engagée, ce qui n'était pas précisé par la loi auparavant. Il est de plus précisé que ce constat est établi aux frais du bailleur.

En outre, tous travaux provoquant une « altération substantielle des revêtements » doivent être précédés d'un constat de risque. Enfin, le constat doit être annexé au contrat de location.

Concernant les propriétaires, ils devraient être responsabilisés en ce qui concerne :

- l'information qu'ils ont à donner aux occupants des immeubles,
- les travaux provisoires qu'ils ont à réaliser (en l'absence des occupants) et à faire contrôler à leur achèvement par un opérateur agréé,
- la réalisation et la surveillance, à leurs frais, de ces travaux.

Le nouvel article L. 1334-4 défini par le projet de loi insiste bien sur le fait que le propriétaire est tenu d'assurer l'hébergement provisoire des familles et que si ce dernier ne peut pas,

alors le Préfet prend les mesures nécessaires pour assurer l'hébergement provisoire. D'autre part, il est rappelé que le coût des travaux et le cas échéant de l'hébergement provisoire sont à la charge du propriétaire. De plus, quand le Préfet notifiera au propriétaire l'obligation de réaliser des travaux, il précisera les modalités d'occupation des logements pendant leur durée. Ceci devrait permettre d'empêcher que des travaux se réalisent avec les enfants à l'intérieur du logement.

En lien avec le secrétariat d'État au logement il faudrait :

- faciliter les hébergements provisoires par l'augmentation de la disponibilité en logements d'urgence,
- encourager les travaux définitifs de traitement des revêtements plombés par des aides financières,
- conditionner les aides financières publiques à l'amélioration du patrimoine bâti à la gestion de la problématique plomb.

Pour continuer dans les mesures utopiques, on pourrait souhaiter un renforcement des moyens des services de l'État en charge de la lutte contre le saturnisme. Ainsi, le projet de loi prévoit que le Préfet doit faire procéder par ses propres services à une enquête environnementale lorsqu'un cas de saturnisme est déclaré, ce qui veut dire qu'il ne peut plus faire appel à un opérateur agréé dans ces cas-là. Il va en résulter une surcharge importante de travail pour les agents de la DDE de la Gironde qui, jusqu'à présent déléguaient leur pouvoir à des opérateurs agréés. Les ERAP sont toujours plus nombreux et les nouveaux constats de risque qui vont les remplacer devront être revus régulièrement... Toutes ces mesures risquent bien d'apporter une surcharge de travail considérable pour les services de la DDASS et de la DDE.

Enfin, il s'est glissé une erreur de date généralisée à tout le territoire. En effet, Mme Moissonnier fait très justement remarquer que le décret interdisant l'utilisation de peintures contenant du plomb date du 30 décembre 1948. Il est entré en vigueur le 31 décembre de la même année, donc, les logements potentiellement à risque sont ceux construits avant 1949. Cette erreur a été rectifiée dans le projet de loi précité : les mesures de lutte contre le saturnisme infantile s'appliqueront désormais aux immeubles construits avant le 1^{er} janvier 1949.

3.1.2 Faire du saturnisme une priorité nationale de santé publique

Localement, des efforts d'information ont été réalisés tant auprès des médecins que de la population. Mais comme le prouve la plaquette distribuée en 2000 aux médecins, l'effet de telles campagnes s'affaiblit rapidement si elles ne sont pas dictées par le niveau central ou si ce dernier ne les relaie pas par des campagnes d'ampleur nationale. On peut de plus s'interroger sur l'intérêt qu'a le niveau central à laisser se multiplier les efforts donc le temps et l'éparpillement des moyens financiers requis par ces campagnes d'information réalisées à l'initiative de chaque service déconcentré, alors que le législateur a fait du saturnisme un problème national de santé.

On peut également s'inquiéter de l'inexistence d'un débat national autour de ce thème qui concerne le tiers de la population française, dont les enfants sont potentiellement exposés au risque plomb. Les français savent que l'amiante est dangereuse, mais que savent-ils du plomb ? Aucune campagne nationale d'information sur le thème du saturnisme n'a accompagné la loi de lutte contre les exclusions. Les journaux se sont faits certes l'écho de quelques tensions extrêmes cristallisant le saturnisme comme étant une maladie de pauvres, d'exclus, de gens du voyage. La population générale française ne manifeste donc que peu ou pas d'intérêt pour cette maladie encore aujourd'hui marquée du sceau « confidentiel, maladie de pauvres et d'exclus ».

Il faudrait donc envisager une campagne nationale d'information du grand public, avec encarts publicitaires, articles de presse, et dépistage au niveau national.

3.1.3 Former et informer l'ensemble des acteurs de la lutte contre le saturnisme

La maladie doit être davantage prise en compte par le corps médical. En effet, la plupart du temps, les cas de saturnisme n'ont pas été déclarés par un médecin traitant, mais par la PMI ou MDM. Une explication de ce phénomène est la méconnaissance de la maladie et la carence de son diagnostic par les médecins. L'INSERM estimait à 85 000 le nombre d'enfants atteints de saturnisme et en trois ans seulement 750 cas ont été enregistrés en France. On peut donc craindre que le corps médical passe à côté de la maladie dont les symptômes sont atypiques. Sur les départements où la lutte contre le saturnisme est engagée depuis plusieurs années, on a d'ailleurs constaté une augmentation du nombre de cas diagnostiqués. Il conviendrait donc de mener sur l'ensemble du territoire une action de formation, d'information et de sensibilisation du corps médical. On pourrait également établir un document de référence nationale sur le saturnisme et les modalités de sa prise en charge médicale. La presse spécialisée pourrait s'en faire l'écho. Il faudrait également inscrire le saturnisme dans l'enseignement médical universitaire et post-universitaire.

Il serait également souhaitable de former les professionnels sur les risques liés au plomb et d'initier des séminaires spécifiques pour les agents impliqués dans la lutte contre le saturnisme.

Ce dispositif national doit se décliner au niveau départemental, or en Gironde, il serait nécessaire de formaliser les procédures en mettant en place un véritable plan d'action.

3.2 La mise en place d'un Plan départemental de lutte contre le saturnisme infantile en Gironde

On aurait pu, à l'instar de la région île de France, envisager un Programme Régional de Santé « Saturnisme infantile et habitat insalubre ». Mais le problème se situe plus spécifiquement en Gironde, et ce sont la DDASS et la DDE qui sont les principaux acteurs de cette politique. De plus, cette question de santé publique nécessite un engagement permanent des acteurs de terrain, justifiant un paramètre d'action plus réduit.

3.2.1 Les choix présidant à la mise en place d'un Plan départemental de lutte contre le saturnisme infantile

Tous les éléments d'un tel plan sont présents en Gironde (COPIL, réunions techniques, conscience d'un problème de santé publique) mais ils nécessitent une explicitation formelle, une mise à plat des contraintes et des objectifs. La formulation écrite de tout cela ainsi que des bilans réguliers permettraient une plus grande lisibilité de la politique de lutte contre le saturnisme, une amélioration du dispositif et un investissement plus fort des partenaires. Pour élaborer ce plan, je me suis inspirée de l'expérience du département du Rhône et du Val de Marne, qui ont très tôt mis en place des dispositifs novateurs. On pourrait objecter qu'en Gironde, il existe déjà un PDALPD qui traite du saturnisme. Mais seul un chapitre de ce plan y est consacré et les acteurs impliqués ne sont pas tout à fait les mêmes. Un plan spécifique saturnisme est donc nécessaire pour recadrer la politique et les actions de terrain.

Ce plan pourrait être établi pour sept ans comme cela a été décidé dans le département du Rhône, avec une évaluation annuelle des actions entreprises. Mais on peut s'interroger sur la pertinence d'un plan aussi long alors que les données scientifiques et législatives ne cessent d'évoluer. Un plan plus court permettrait en outre d'être plus réactif. Ainsi un plan de trois ans (2003- 2005) pourrait être une solution alternative.

La question des moyens pourrait être un blocage, mais un tel plan ne nécessite pas forcément de mobilisations financières conséquentes. Dans la plupart des plans étudiés, seul un médecin coordonnateur est rémunéré dans ce cadre-là. Les autres missions se font sans financement particulier supplémentaire. Et même ce médecin coordonnateur ne constitue pas du tout une obligation.

Formellement, le document explicitant le plan commencerait par un état des lieux de la situation du saturnisme infantile en Gironde et de la politique menée par les différents partenaires. La deuxième partie de ce mémoire pourrait constituer une ébauche de cet état des lieux. A cette occasion, les partenaires institutionnels devraient préciser les chiffres relatifs aux cas de saturnisme infantile et les actualiser régulièrement, afin de mobiliser les acteurs et de sensibiliser l'opinion publique. Ce plan serait ensuite conçu par les différents acteurs de la lutte contre le saturnisme en Gironde et qui constituent déjà le Comité de pilotage mis en place en 2002.

La formalisation d'un tel plan est tout à fait du ressort d'un IASS, qui de par son côté généraliste peut faire le lien entre les différents professionnels, qu'ils soient médecins, ingénieurs ou travailleurs sociaux. Garant de la transversalité de cette politique, il pourrait être l'instigateur de ce plan et l'un des garants de la coordination entre les acteurs. La conduite de ce projet ne sera pas développée en tant que telle dans ce mémoire. Nous nous contenterons donc de définir les grands axes de ce Plan, nécessaires à l'amélioration de la politique de lutte contre le saturnisme infantile dans le département.

3.2.2 Les objectifs du Plan départemental de lutte contre le saturnisme infantile

Logiquement, trois grands objectifs pourraient orienter cette politique :

- favoriser une plus grande implication des acteurs et une meilleure coordination ;
- organiser des opérations de dépistage et une prévention plus conséquente ;
- améliorer les dispositifs de relogement et d'hébergement d'urgence.

A) Favoriser une plus grande implication des acteurs et une meilleure coordination

Sous le contrôle du Préfet de la Gironde, la DDASS pourrait être le coordonnateur de ce plan. Grâce à un chef de projet départemental, elle serait chargée :

- de coordonner, d'impulser la mise en œuvre de ce programme
- de suivre et d'évaluer les dispositions de ce plan appliquées au département

- d'apporter un soutien méthodologique aux communes désireuses d'inscrire un volet « saturnisme » à leur programme.

Ces missions d'ordre général seraient accompagnées de tâches identifiées comme telles :

- l'organisation et le suivi des groupes de réflexion sur les axes de travail développés,
- la veille sanitaire à assurer sur cette thématique sur l'ensemble du département,
- la diffusion d'un bilan de l'action aux partenaires et l'identification des nouveaux besoins.

Il conviendrait donc de nommer un réel chef de projet. J'avais imaginé confier ce rôle à un IASS en tant que généraliste de l'action sanitaire et sociale. Mais on m'a fait remarquer que cette fonction pouvait prêter à discussion en terme de légitimité et de compétences scientifiques requises. En effet, les médecins et les ingénieurs qui travaillent en interdisciplinarité en matière de saturnisme infantile sont plus traditionnellement sollicités pour être chef de projet. Dans tous les plans étudiés, un médecin est coordonnateur, mais ce travail est extrêmement prenant et les MISP de la DDASS de la Gironde estiment qu'ils n'ont pas suffisamment de temps à consacrer à ce sujet. Il en va de même pour les ingénieurs qui ne souhaitent pas endosser ce rôle. Or, un projet est plus efficacement mené lorsque son pilote est volontaire. En élargissant l'angle de recherche du chef de projet, on pourrait trouver un inspecteur volontaire et motivé qui conduirait les opérations avec plus de neutralité et de recul. De plus, la Gironde fait déjà preuve d'originalité en ayant nommé un IASS « chef de projet toxicomanie » dans le cadre du Plan d'action triennal de lutte contre la toxicomanie. Ce choix a un peu dérouté au début, mais il s'est peu à peu installé dans les esprits et quatre ans après, personne ne s'en étonne plus. En tous cas, un chef de projet est absolument nécessaire pour coordonner l'action de chacun, animer et impulser une nouvelle politique.

Le dispositif de lutte contre le saturnisme infantile doit se définir comme un réseau de santé publique. Même si ce réseau n'a pas d'existence et de structures formelles, sa cohésion doit perdurer : la motivation et la volonté de chacun d'aboutir aux objectifs établis et partagés à l'origine du plan en est le moteur essentiel. L'information partagée entre l'ensemble des acteurs et l'évaluation des actions menées devraient participer au climat de confiance qui est la base de la pérennité du travail réalisé.

En outre, la ville de Bordeaux et les services sociaux du Conseil général devraient être davantage sollicités pour participer à la lutte contre le saturnisme. Quant à Médecins Du

Monde, l'association devrait être associée aux groupes de travail. L'intégrer au dispositif permettrait de dialoguer avec les différents acteurs de terrain et d'échanger directement leurs points de vue sans médias interposés. Les institutionnels pourraient expliquer très clairement à MDM les difficultés rencontrées sur le terrain et envisager des actions communes pour y remédier. Une meilleure communication et une plus grande transparence pourraient être des atouts dans cette politique complexe qui nécessite une mobilisation de tous les acteurs vers un même objectif.

B) Organiser des opérations de dépistage et une prévention plus conséquentes

En 1991, les Centers for Disease Control (CDC) recommandaient un dépistage universel de tous les enfants, à moins que l'on puisse démontrer qu'une communauté n'avait pas de problème d'intoxication par le plomb. Un relevé épidémiologique national effectué en 1994 a toutefois démontré que seulement un quart des enfants avaient été testés, et un enfant sur trois parmi les plus pauvres, a priori plus exposés.

En 1997, les CDC ont recommandé de pratiquer un dépistage plus ciblé parmi les enfants de moins de six ans. L'expérience étrangère invite également à développer un dépistage orienté à partir de facteurs de risque sociaux et environnementaux. Il peut donc s'agir soit d'un dépistage des populations à risque (enfants de moins de six ans et résidant dans un habitat antérieur à 1949), soit d'une enquête environnementale dans l'ensemble des logements construits avant 1949, avec une priorité dans le temps aux logements insalubres occupés par des enfants en bas âge.

En Gironde, et selon tous les acteurs interrogés, il conviendrait de mettre en place un programme de dépistage ciblé dans des zones déterminées. Grâce à un îlotage, les médecins pourraient effectuer des plombémies sur ces enfants vivant dans des situations à risque concernant le plomb. Il faudrait donc réaliser un travail identique à celui effectué par la DRASS en 1999 à partir des fichiers INSEE.

La mise en place d'un dépistage systématique sur des critères liés à la date de la construction du logement est l'outil qui, jusqu'à présent a été largement utilisé pour identifier les enfants intoxiqués (Yvelines, Hauts de Seine, Val d'Oise, Seine Saint Denis, Essonne). Ce dépistage a fait la preuve de son efficacité mais il s'est également révélé relativement lourd à mettre en œuvre. Réalisée dans le cadre du Plan départemental de lutte contre le saturnisme infantile, cette campagne pourrait être optimisée, les partenaires étant déjà mobilisés sur le sujet. De plus, s'il existe une ligne de crédit pour le financement d'actions de dépistage, il serait souhaitable de l'utiliser.

La campagne de dépistage du saturnisme infantile associerait les services de l'État (DDASS, DRASS, DDE), le Conseil général (PMI), la CPAM, l'Éducation Nationale (service de promotion de la santé en faveur des élèves), le SCHS de la ville de Bordeaux, le CHU, MDM. La campagne s'appuierait sur une carte d'aide au dépistage, réalisée par la DRASS en collaboration avec la DDASS. Cette carte utiliserait les données du recensement général de la population de 1999 et permettrait de déterminer des zones de dépistage prioritaires, correspondant aux zones dans lesquelles le critère « logement datant d'avant 1949 » est corrélé avec le critère de faible confort sanitaire ou de suroccupation.

Une plombémie serait prescrite aux enfants âgés entre 6 mois et 6 ans résidant dans une zone de dépistage prioritaire selon la cartographie établie. La prescription pourrait avoir lieu lors:

- d'une consultation au centre de PMI
- d'un bilan de santé en petite section de maternelle
- du bilan d'entrée au cours préparatoire
- d'une consultation hospitalière
- d'une consultation chez un médecin libéral.

Les médecins libéraux seraient donc invités à s'associer à cette campagne de lutte contre le saturnisme infantile. Ainsi, dans l'Essonne, ce système a fonctionné en tenant régulièrement informé le Conseil de l'ordre des actions en cours et en invitant les médecins libéraux aux réunions.

En cas de dépistage d'un cas de saturnisme, une plombémie serait prescrite aux autres enfants de la famille âgés de moins de 13 ans.

Ce dépistage systématique, même s'il est assez lourd à mettre en œuvre permettrait de créer et de pérenniser une dynamique locale et de prendre en compte l'existence de cas de saturnisme par les professionnels de santé. Sur le plan médical, l'expérience acquise montre que la prévention doit passer par la précocité du dépistage du saturnisme chez l'enfant.

En outre, l'effort de communication et d'information doit être poursuivi afin que toutes les personnes susceptibles d'intervenir de près ou de loin en matière de saturnisme infantile soient tenues informées des risques liés au plomb et des actions menées. Ainsi, des campagnes d'information à destination des professeurs des écoles et des notaires seraient nécessaires. Les instituteurs peuvent en effet détecter des troubles du comportement ou des

retards intellectuels anormaux chez de jeunes enfants, qui peuvent être dus à une intoxication par le plomb. Mais le saturnisme est encore une maladie peu connue.

Quant aux notaires, ils doivent être sensibilisés à l'importance des ERAP dans les actes de vente d'immeubles datant d'avant 1949.

C) Améliorer les dispositifs de relogement et d'hébergement d'urgence

Le dispositif d'hébergement d'urgence étant saturé, il faudrait créer plus de logements sociaux pour que les personnes quittent les CHRS et autres foyers pour accéder à un logement autonome et donc créer une certaine « fluidité » dans le dispositif. Les places ainsi libérées pourraient être utilisées par les familles dont les enfants sont atteints de saturnisme.

Mais comme ce processus de fluidification du parc d'hébergement d'urgence risque de prendre beaucoup de temps et afin d'assurer une scolarisation continue des enfants, il serait pertinent d'envisager qu'un ou deux logements soient mis à disposition par les communes afin d'assurer l'hébergement temporaire des familles. Un recours à l'Allocation Logement Temporaire (ALT) serait dès lors envisageable. Une convention pourrait être passée avec la DDASS et l'ALT serait versée à un Centre Communal d'Actions Sociales ou à une association qui prendraient en charge la gestion du logement. La famille pourrait en bénéficier durant les travaux de réhabilitation de son propre logement. Un tel dispositif a été mis en place dans le Val de Marne et la CAF a été volontaire pour prévoir un ameublement sommaire de ces logements.

On peut également envisager de proposer des chambres d'hôtel aux familles. Le coût de cet hébergement reviendrait bien sûr au propriétaire. Dès lors, il faudrait que les services de la préfecture soient plus fermes pour rappeler au bailleur ses obligations liées aux conditions d'exécution matérielles des travaux et à l'hébergement des locataires à ses frais. Le Préfet pourrait ainsi utiliser son droit d'injonction comme les textes le prévoient.

Même en garantissant au maximum un recours à l'hébergement temporaire, le relogement définitif serait cependant évoqué dans certaines situations d'insalubrité, de suroccupation, d'occupation abusive de locaux etc. Dans ces situations-là, les familles dont un enfant est atteint de saturnisme devraient toujours être prioritaires. On a vu que les bailleurs sociaux ont été sensibilisés, mais le délai pour obtenir un relogement est encore trop long. C'est pourquoi, la DDASS et la DDE ont d'ores et déjà proposé au Préfet de récupérer la gestion du contingent prioritaire afin d'améliorer les conditions d'attribution des logements sociaux.

Enfin, une réflexion a été engagée par la DDE pour la mise en place d'une Maîtrise d'œuvre Urbaine et Sociale (MOUS) ayant notamment pour mission le relogement des personnes en difficulté. Dans d'autres départements, et en particulier dans le Rhône, une « MOUS Saturnisme » a été créée et confiée à l'ALPIL (Action pour l'Insertion sociale par le Logement). En Gironde, cette MOUS pourrait être confiée à l'association Habitat et Développement, déjà en charge d'une « MOUS Gens du voyage ». Les objectifs de la MOUS saturnisme pourraient être centrés sur l'aide aux familles en difficulté et le maintien dans le parc social de fait des logements toxiques après requalification. L'intervention auprès des familles viserait à mettre à l'abri du saturnisme les habitants des logements contenant des peintures au plomb. L'association chargée de ce travail interviendrait auprès de ménages connaissant des difficultés d'accès au logement afin de rechercher plus rapidement des logements adaptés, définitifs ou temporaires. La MOUS en collaboration avec les intervenants médico-sociaux apporterait un soutien aux familles en leur fournissant toutes les informations nécessaires.

Le prestataire aurait également pour mission de mobiliser les propriétaires pour qu'ils engagent des travaux de réhabilitation tout en maintenant la vocation sociale de leur logement, c'est-à-dire en évitant que ces travaux ne produisent une augmentation de loyer. Ces logements constitueraient donc une alternative au relogement dans le parc public puisque leur attribution à des familles identifiées serait la plupart du temps maîtrisée et intégrée aux dispositifs locaux d'orientation des attributions. Les outils utilisés pour financer ces travaux seraient ceux du droit commun de l'aide à l'amélioration de l'habitat (financements de l'ANAH et des collectivités locales), parfois complétés par des outils spécifiques (FAS...).

3.2.3 L'évaluation des actions entreprises

Une évaluation de la politique menée dans le cadre de ce Plan serait bien sûr nécessaire en 2005, à l'échéance du premier plan. Des chiffres précis et actualisés pourraient alors être publiés. Le nombre de cas de saturnisme déclarés, d'ERAP, de relogements, de dépistage réalisés constitueraient autant d'indicateurs pour évaluer la politique que pour communiquer à propos de ces actions. Cette évaluation pourrait être complétée par un bilan de la politique de lutte contre le saturnisme, avec ses points forts, ses points faibles et les perspectives d'amélioration.

De plus, chaque année, lors de la réunion du COPIL saturnisme, un rapide bilan de l'année écoulée pourrait être fait, permettant ainsi aux partenaires de réorienter leur action ou de la poursuivre.

Étant donnée sa complexité, la lutte contre le saturnisme infantile nécessite un dispositif d'action spécifique, mais elle ne peut être envisagée que dans un cadre plus global qui est celui de la lutte contre l'habitat indigne, déjà impulsée dans certains départements pilotes et bientôt généralisée à toute la France comme le prévoit le Plan national de renforcement de lutte contre la précarité et l'exclusion de Mme Versini du 25 mars 2003.

3.3 L'intégration de l'action menée contre le saturnisme dans une politique globale de lutte contre l'habitat indigne

La lutte contre le saturnisme infantile est intrinsèquement liée aux actions menées contre l'habitat indigne. Ces deux politiques doivent donc converger vers un même objectif : résorber l'habitat insalubre et dangereux.

3.3.1 La nécessité d'une prise en compte globale des problèmes liés à l'habitat

L'accessibilité au plomb est très souvent associée à d'autres facteurs d'inadaptation du logement. Parmi les ménages exposés au plomb, les $\frac{3}{4}$ souffrent d'au moins une difficulté lourde que les travaux palliatifs ne peuvent pas résoudre (logement insalubre, suroccupation, occupants sans droit ni titre). La durabilité même des travaux est compromise par l'état général de l'immeuble et par son mode d'occupation. L'action sur le saturnisme joue un rôle de révélateur. Elle permet parfois de découvrir des immeubles dont les difficultés des occupants étaient inconnues des pouvoirs publics. Elle conduit aussi à se préoccuper d'immeubles dont l'état de délabrement avancé était bien connu mais non pris en compte, faute de solution immédiate à apporter. Mais il est nécessaire d'aller au-delà des travaux palliatifs. La loi SRU contient des dispositions relatives à l'insalubrité qui permettent d'agir de façon plus durable et plus large. Des actions doivent également être engagées pour assurer le relogement des familles qui vivent en situation de suroccupation ou qui occupent des immeubles nécessitant une démolition.

C'est pourquoi il convient d'intégrer l'action menée contre le saturnisme dans une politique globale. Un intérêt majeur du dispositif de lutte contre le saturnisme est qu'il entraîne une obligation d'agir. Cette obligation doit être assumée de façon large : elle doit à la fois entraîner la réalisation de travaux d'urgence de nature à faire cesser une situation

d'intoxication, et servir de déclencheur à des interventions plus profondes et d'impact plus durable, utilisant l'ensemble des outils existants et favorisant l'établissement de partenariats forts, opérationnels et financiers avec les différents acteurs locaux.

Il est donc indispensable de trouver un mode opératoire qui permette, conformément à la circulaire du 18 avril 2002 relative à la lutte contre l'habitat indigne, d'articuler systématiquement et le plus en amont possible, la procédure de lutte contre le saturnisme et celle contre l'insalubrité qui seule peut permettre d'exiger des travaux pérennes.

3.3.2 Les passerelles à développer entre les différentes politiques

La circulaire du 2 mai 2002, relative à l'application des dispositions de la loi SRU concernant l'habitat insalubre précise l'articulation entre les procédures d'insalubrité et les mesures contre le saturnisme. Elle incite les services de l'État à mettre en place des passerelles pour relier ces deux politiques afin d'optimiser l'efficacité de l'action de l'État. Ces modalités d'articulation sont de deux ordres.

Il convient tout d'abord d'étendre l'enquête d'insalubrité à la détection du plomb dans les revêtements. Ainsi, toute déclaration d'insalubrité sur un immeuble d'avant 1949 devrait être complétée d'un diagnostic plomb. Si le plomb n'est pas accessible, l'arrêté préfectoral d'insalubrité le précisera, et demandera au propriétaire d'informer les occupants et les entreprises de travaux. Si le plomb est accessible, l'arrêté préfectoral imposera au propriétaire les travaux de suppression de l'accessibilité au plomb. En présence d'enfants mineurs, la procédure d'urgence contre le saturnisme sera conduite parallèlement à l'arrêté d'insalubrité.

Dans d'autres situations, le diagnostic plomb sera complété par une enquête d'insalubrité. En effet, parfois (par exemple une présence d'humidité excessive), l'efficacité des travaux d'urgence contre le saturnisme est limitée dans le temps et l'enfant peut être de nouveau exposé au plomb. La procédure d'insalubrité permettra d'imposer au propriétaire des travaux pérennes.

Mais les démarches administratives sont différentes et les risques sanitaires ne sont pas toujours immédiats en cas d'insalubrité. Au contraire, pallier l'accessibilité au plomb dans un immeuble est toujours une urgence. Ainsi, lorsqu'une procédure d'insalubrité est lancée et que du plomb accessible est découvert, les travaux relatifs au plomb doivent passer avant tout le reste, car il en va de la santé des enfants. De même, lorsqu'une procédure

saturnisme est lancée, si on découvre une situation d'insalubrité, ce sont d'abord les travaux palliatifs liés au plomb qui doivent être engagés. En effet, ces travaux doivent se faire très vite, alors que la procédure d'insalubrité est beaucoup plus longue.

3.3.3 D'une approche de santé publique à une approche par le logement

Établir des liens de plus en plus forts entre les différents politiques du logement devrait permettre d'envisager le saturnisme infantile comme un problème global et plus seulement comme une question de santé publique. Car au-delà de cette maladie, c'est bien les conditions de logement déplorables des familles qui sont en cause. Le saturnisme, maladie silencieuse par excellence a permis de dénoncer l'existence d'îlots insalubres au cœur de villes prospères. Aujourd'hui, c'est « l'entrée logement » qui devrait être privilégiée pour lutter contre cette intoxication. Car l'éradication du saturnisme ne peut passer que par la suppression des logements insalubres. Le grand mérite de la lutte contre le saturnisme serait donc d'avoir levé le voile sur les problèmes de logements des familles en général et des étrangers en particulier.

En Gironde, l'assimilation du saturnisme dans la problématique plus globale du mal logement pourrait se faire au sein du PDALPD. Mais ce plan n'aborde que très peu le problème du saturnisme infantile, se contentant d'une action parmi bien d'autres, et les réunions relatives à l'habitat indigne et au saturnisme sont encore trop distinctes. Pourtant, les partenaires sont pratiquement les mêmes et les objectifs se recourent. A plus long terme, il conviendrait donc de fusionner ces différentes politiques afin de recentrer le débat sur la question de fond : le manque de logements sociaux et la saturation du dispositif d'hébergement d'urgence. On reviendrait ainsi au fondement même de la lutte contre le saturnisme qui est un problème social avant que d'être un problème de santé. Aboutir dans 10 ans à la suppression de toute intoxication au plomb, comme le souhaite le projet de loi d'orientation en matière de santé publique ne pourra se faire que dans ces conditions.

CONCLUSION

Le saturnisme est devenu depuis une dizaine d'années l'un des principaux objets de la santé publique locale. La maladie a apporté un « signifiant dicible au signifié innommable des profondes disparités existant dans les conditions de vie et d'habitat des milieux pauvres et singulièrement immigrés »²⁵. La médicalisation et la politisation de cette question sociale ont donc permis de dénoncer des conditions de logement indignes et l'intoxication d'enfants par le plomb. La loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions a mis en place un dispositif précis et complexe, notamment appliqué dans le département de la Gironde. Mais cette gestion du risque liée au saturnisme infantile a révélé de lourdes difficultés tant en matière de coordination entre les différents acteurs que dans le domaine des moyens financiers, des logements ou de la prévention. Des modifications de la réglementation et la mise en place d'un Plan départemental de lutte contre le saturnisme infantile formalisé pourrait peut-être améliorer l'efficacité du dispositif et mobiliser ou remobiliser les acteurs de cette politique. Enfin, le saturnisme étant avant tout un problème social lié à l'insalubrité des logements, ces actions doivent s'intégrer dans une politique globale du logement indigne.

Le saturnisme est un sujet en perpétuelle évolution qui interroge et réinterroge les acteurs de terrain. Aujourd'hui considéré comme un véritable problème de santé publique, il interpelle les professionnels et remet en cause leurs pratiques individuelles ou institutionnelles. Le saturnisme infantile requiert en effet une collaboration interministérielle forte, une transversalité efficace et organisée. Cette ébullition autour du saturnisme se confirme aujourd'hui encore au moment où je termine ce mémoire. Une étude américaine parue le 17 avril 2003 dans le « *New England Journal of Medicine* »²⁶ montre qu'une très faible plombémie, inférieure au seuil « préoccupant » de 100 µg/l suffit à nuire au développement intellectuel au cours de la petite enfance. Une caractéristique importante de l'étude est qu'elle s'est concentrée, contrairement aux précédentes, sur les enfants ayant une plombémie inférieure à 100 µg/l. Résultat : le QI des enfants d'âge préscolaire chute de 7 points à mesure que la plombémie moyenne chronique passe de 10 à 100 µg/l. De plus, il

²⁵ FASSIN D. *Les Figures urbaines de la santé publique, Enquête sur des expériences locales*. Paris : La Découverte, 1998, 238p.

²⁶ NGUYEN V. « *New England Journal of Medicine* », 17 avril 2003, pp.1515-1517 in *Le Quotidien du médecin* « Plombémie et QI : le seuil international est encore trop élevé », n° 7318, jeudi 17 avril 2003 p.4.

apparaît qu'une plombémie modérément élevée, à 30 µg/l suffit à provoquer un retard pubertaire et une plus petite taille chez les filles.

Ces résultats doivent être confirmés, mais comme l'affirme le Dr Canfield, chercheur et responsable de cette étude : « Compte tenu des recommandations actuelles des CDC et des résultats de notre étude, il apparaît que de nombreux enfants passent avec succès leur plombémie, mais n'échappent pas aux conséquences néfastes du faible niveau d'exposition au plomb ». Le seuil international, déjà abaissé à plusieurs reprises depuis 1970 serait donc encore trop élevé pour garantir la santé des enfants. Dans ces conditions-là, on peut penser que les estimations de l'INSERM, déjà préoccupantes et qui évoquaient 85 000 enfants atteints de saturnisme sont encore en deçà de la réalité.

Sources et bibliographie

Textes :

- Loi n°90-449 du 31 mai 1990, dite « Loi Besson », visant à la mise en œuvre du droit au logement.
- Article 123 de la Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la Lutte Contre les Exclusions (LCE).
- Loi n°2000-1208 du 13 décembre 2000 relative à la Solidarité et au Renouvellement Urbain (SRU).
- Décret n°48-2034 du 30 décembre 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.
- Décret n°99-483 du 9 juin 1999 relatif aux mesures d'urgence contre le saturnisme prévues aux articles L.1334-1 à L. 1334-4 du Code de la santé publique et modifiant le Code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État, Articles R32-1 à R32-12).
- Circulaire DGS-SD7 n°2002-270 du 30 avril 2002 relative à la lutte contre l'habitat indigne.
- Circulaire n° DGS/ DGUHC/ 2002/ 285 du 30 avril 2002 relative au suivi et à l'évaluation de la mise en œuvre des mesures d'urgence contre le saturnisme infantile prévues aux articles L. 1334-1 à 6 du Code de la santé publique.
- Circulaire 2002-36/ UHC/ IUH4/ 13 du 2 mai 2002 relative à l'application des dispositions de la Loi SRU concernant l'habitat insalubre.
- Circulaire DGS/ n° 309 du 3 mai 2002 définissant les orientations du ministère chargé de la santé et les actions à mettre en œuvre par les DDASS, DRASS et SCHS dans le domaine de la lutte contre l'intoxication par le plomb pour l'année 2002.

Ouvrages :

- Association des familles victimes du saturnisme. *Halte au saturnisme infantile, une maladie de l'habitat insalubre*. Paris : Expressions, août 2000. 48 p.
- CHARLEMAGNE J. *Tsiganes et santé : de nouveaux risques ?* Paris : Études tsiganes, 2000.
- FASSIN D. *Les Figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*. Paris : La Découverte, 1998, 238p.
- FASSIN D. « Les scènes locales de l'hygiénisme contemporain. La lutte contre le saturnisme infantile : une bio-politique à la française » in BOURDELAIS P. *Les hygiénistes : enjeux, modèles et pratiques (XVIII- XIXe siècles)*. Paris : collection histoire et société, 2001, chapitre 19.
- INSERM « Plomb dans l'environnement, quels risques pour la santé ? » *Expertise collective INSERM*. Paris : collection les éditions INSERM, 1999, 461p. Dossier de presse et synthèse disponibles sur Internet : <<http://www.inserm.fr>>

Articles de périodiques :

- BEIDELER J. « Peintures au plomb, comment gérer le risque ? ». *Le Moniteur*, 14 février 2003, pp. 64-67.
- BISSUEL B. « Première victoire pour les victimes du saturnisme ». *Le Monde*, 27 juillet 2002, p.20.
- CHERRUAU P. « Bordeaux engage la rénovation de son centre historique ». *Le Monde*, 24 avril 2003, p.13.
- DOLLFUS C. « Prise en charge du saturnisme ». *Actualités pharmaceutiques*, n°407, avril 2002, p.6-9.

- LECOURT M. et LEMONNIER R. « Habitat, bâtiment et santé ». *Acteurs Magazine*, mai 2002, n°65, pp. 14-17.
- MAILLARD C. « Saturnisme infantile : les enjeux de la lutte ». *Le Concours médical*, 22 et 29 juin 2002, Tome 124, n°24/25, pp. 1642-1644.
- MOREL F. « Dépistage du saturnisme infantile par le médecin de famille ». *La Revue du praticien - Médecine générale*, 19 mars 2001, Tome 15, n°531, pp.577-580.
- NAUDET A. « Le Saturnisme, une maladie sociale de l'immigration ». *Hommes et Migrations- Santé, le traitement de la différence*, mai-juin 2000, n°1225, pp.13-22.
- NGUYEN V. « Plombémie et QI : le seuil international est encore trop élevé ». *Le Quotidien du médecin*, n°7318, 17 avril 2003, p.4.
- PARAYRE C. « Le Saturnisme ». *Actualité et dossier en santé publique*, juin 1998, n°23, pp. XVI-XVII.
- ROUFF K. « Saturnisme : un problème de santé publique alarmant ». *Lien social, le Forum social du jeudi*, 23 novembre 2000, n°553, pp. 4-11.

Rapports :

- DGS. *Mise en œuvre des mesures d'urgence contre le saturnisme de la loi de lutte contre les exclusions . Bilan de l'année 2000* [en ligne], 7p. Disponible sur Intranet <http://rese.intranet.sante.gouv.fr/santenv/interven/saturnis/cad_.htm>
- DGS. *Suivi et évaluation des mesures d'urgence et de prévention contre le saturnisme infantile -Bilan de l'année 2001* [en ligne], 18p. Disponible sur Intranet : <http://rese.intranet.sante.gouv.fr/santenv/interven/saturnis/cad_.htm>
- Haut comité pour le logement des personnes défavorisées. *Vers un droit au logement opposable, 8° rapport* [en ligne], octobre 2002, 68p. Disponible sur Intranet : <http://rese.intranet.sante.gouv.fr/santenv/interven/habitat/cad_.htm>

- MOISSONNIER B. *Mesures d'urgence contre le saturnisme. Rapport commandé par la DGS* [en ligne], septembre 2001, 54p. Disponible sur Intranet : <http://rese.intranet.sante.gouv.fr/santenv/interven/saturnis/cad_.htm>

- PONCHET DE LANGLADE V. *Lutte contre le saturnisme : les associations. Rapport du CREDES* [en ligne], 3 mai 2002, 26p. Disponible sur Internet : <<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/saturn>>

Mémoires, travaux de stage :

- HILAIRE M. animatrice du groupe n°18 du Module Interprofessionnel de Santé publique, *Prévenir le saturnisme infantile : la maladie des enfants pauvres*, ENSP, 2001.

- MARÉCHAL M. *Information des médecins aquitains sur le saturnisme infantile*, Rapport de stage de l'ENSP, avril 2003, 30p.

Documents locaux :

- Comité technique plomb du Rhône, *Bilan du Plan de lutte contre le saturnisme infantile dans le Rhône 1994-2000*, mars 2001, 34p.

- Conseil général de la Gironde, *Axiales : en Gironde, la solidarité en actions*, n°14, janvier 2003, 8p.

- DDASS de la Gironde, *Actions-Objectifs : les objectifs 2002 de la DDASS de la Gironde*, janvier 2002, 43p.

- DDASS de la Gironde, *Garantir l'accès à la prévention et aux soins pour tous en Gironde*, Document de travail, Décembre 1999, 114p.

- DDASS du Val de Marne, *Plan départemental de lutte contre le saturnisme infantile*, mars 1999, 14p.

- DRASS d'Aquitaine - Service Santé Environnement – Service Statistiques. *Cartographie des zones d'habitat susceptibles de présenter un danger d'exposition au plomb contenu*

dans les peintures – Agglomération de Bordeaux, [en ligne], octobre 1999, 22p. Disponible sur Intranet :

<<http://rese.intranet.sante.gouv.fr/santenv/interven/satunis/exp/33/index.htm>>

- DRASS d'Aquitaine, *Objectifs du PRAPS d'Aquitaine*, juillet 2000, 177p.

Sites Internet :

<http://www.inserm.fr>

<http://www.invs.sante.gouv.fr>

<http://www.logement.equipement.gouv.fr>

<http://www.medecinsdumonde.fr>

<http://www.sante.gouv.fr>

<http://www.social.gouv.fr>

Liste des annexes

Annexe n°1: Liste chronologique des personnes interrogées pendant mon stage d'exercice professionnel (du 3 février au 25 avril 2003)

Annexe n°2 : Grille d'entretien

Annexe n°3 : Réunions relatives au saturnisme infantile et auxquelles j'ai pu assister pendant mon stage d'exercice professionnel

Annexe n°4 : Fiche de liaison saturnisme

Annexe n°5 : Fiche Action-Objectif de la DDASS de la Gironde, 2002

Annexe n°6 : Fiche Action-Objectif de la DDASS de la Gironde, prévisions 2003

Annexe n°1: Liste chronologique des personnes interrogées pendant mon stage d'exercice professionnel (du 3 février au 25 avril 2003)

- Le 5 février : Mme ARNAUD, Conseillère Technique en Travail Social au service Lutte Contre les Exclusions (LCE) de la DDASS de la Gironde.
- Le 6 février : M. LEMAITRE, Ingénieur d'Études Sanitaires au service Santé-Environnement (SAE) de la DDASS de la Gironde.
- Le 10 février : Mme ISAAC, Technicienne sanitaire au service SAE de la DDASS de la Gironde.
- Le 27 février : Mme LAHARIE, Infirmière de Santé publique au service Actions de santé Publique (ASP) de la DDASS de la Gironde.
- Le 28 février : Dr COSTES, Médecin Inspecteur de Santé Publique au service ASP de la DDASS de la Gironde.
- Le 17 mars : Dr ADAM, médecin en charge du saturnisme à l'association Médecins du Monde de Bordeaux.
- Le 19 mars : Mme BRIS, Assistante Sociale au service LCE de la DDASS de la Gironde.
- Le 20 mars : Dr LE BOURGEOIS, médecin à la PMI.
- Le 21 mars : Mme MARMOTTAN, chef du service de l'Habitat, de la Ville et des Quartiers à la DDE de la Gironde.
- Le 3 avril : Mme ARNAUD du service LCE de la DDASS de la Gironde
- Le 8 avril : M. JOUTEUX, Ingénieur du Génie Sanitaire au service SAE de la DRASS d'Aquitaine.
- Le 15 avril : Mme BISCAICHIPY, Inspecteur au Service Communal d'Hygiène et de Santé de la ville de Bordeaux.
- Le 22 avril : Mme BRIS, Assistante Sociale au service LCE de la DDASS de la Gironde.

Annexe n°2 : Grille d'entretien

THEMES	CIBLES	QUESTIONS
CARACTERISTIQUES DE LA PERSONNE INTERROGEE ET DE L'INSTITUTION QU'ELLE REPRESENTE	L'acteur de la lutte contre le saturnisme	- Quelle est la profession de cet acteur ? - Quel est son rôle dans la lutte contre le saturnisme ?
	L'institution ou l'association	- Quel est le rôle joué par cette institution dans la lutte contre le saturnisme ? - Quelle est l'organisation interne mise en place dans ce cadre-là (nombre d'agents, différents services, répartition des compétences...) ?
VALIDATION OU INVALIDATION DES HYPOTHESES	La coordination	- Que pense-t' il/elle de la coordination entre les acteurs de la lutte contre le saturnisme ? - Quelles solutions préconisent-il/elle pour améliorer le partenariat ?
	Les moyens	- Quels sont les moyens disponibles ? - Sont-ils suffisants ? Si non, quels moyens seraient nécessaires pour mener une politique efficace ?
	La politique de prévention	- Quelles sont les opérations organisées en matière de prévention ? - Sont-elles suffisantes ? Faudrait-il en faire davantage ?
APPROCHE GLOBALE DEBAT/OUVERTURE	Les aspects positifs et/ou les dysfonctionnements	- Quels sont les points positifs de cette politique ? - Quels sont les problèmes qui se posent dans le département ?
	Les solutions préconisées	- Que peut-on envisager pour améliorer la politique de lutte contre le saturnisme ?

Annexe n°3 : Réunions relatives au saturnisme infantile et auxquelles j'ai pu assister pendant mon stage d'exercice professionnel

- Le 6 février : Réunion inter-services de la DDASS de la Gironde (ASP, SAE et LCE).

- Le 25 février : Réunion DDASS-DDE.

- Le 28 février : Comité de pilotage saturnisme, groupe de travail restreint (DDASS, DDE, PMI, SCHS).

- Le 11 mars : Réunion du groupe de travail « Lutte contre l'habitat indigne »

- Le 1^{er} avril : Réunion du pôle santé consacrée au saturnisme infantile.

- Le 24 avril : Réunion interdépartementale organisée par la DRASS d'Aquitaine avec les DDASS et les DDE des cinq départements de la région.

Annexe n°4 : Fiche de liaison saturnisme

Famille :

Date :

Adresse :

Médecin traitant :

Nom :

Téléphone :

Droits ouverts aux prestations familiales :

OUI

NON

Composition familiale :

<u>NOM Prénom*</u>	<u>Date de naissance</u>	<u>Taux de plombémie</u>	<u>Date de L'examen</u>	<u>Date de Relance médecin</u>	<u>Observations</u>

(mettre* pour les enfants concernés)

ERAP

DO

Enquête insalubrité

Test colorimétrique

Diagnostic commandé le :

Injonction au propriétaire le :

Préconisation diagnostic :

Signalé par :

Nom :

Service :

Rapport remis le :

Accord du propriétaire OUI NON

Travaux OUI NON

Relogement famille OUI NON Effectué le :

Temporaire

Définitif

Contingent prioritaire saisi le :

Proposition de relogement le :

Relogement effectif le :

Travaux effectués le :

Contrôle des travaux le :

Référence travailleur social :

Nom :

Service :

Téléphone :

Annexe n°5 : Fiche Action-Objectif de la DDASS de la Gironde, 2002

OBJECTIF : *Garantir le niveau de santé des populations*

ACTION : *Mettre en œuvre des actions coordonnées de lutte contre le saturnisme*
Mettre en place un comité de pilotage départemental

Résultats attendus :

Coordination des différentes institutions (DDASS-DDE-PMI)

Formation-Information des médecins généralistes

Intégrer le suivi et le relogement des familles dans la procédure globale de dépistage

Obstacles ou contraintes repérées :

Nécessité de travailler en transversalité (inter-administrations)

Programmes d'actions définies :

Installer le comité de pilotage

Finaliser l'arbre décisionnel

Moyens prévus :

Nommer un chef de projet

Continuer à intégrer le suivi de l'action dans le programme du pôle santé pour favoriser la transversalité interne

Prévoir une brochure pour les généralistes

Déterminer la conduite à tenir pour le traitement des états de recherche d'accessibilité au plomb et leur place dans l'action globale de lutte contre le saturnisme

Calendrier prévu :

Comité de pilotage installé au 1^{er} semestre 2002

Arbre décisionnel mis en pratique fin 2002

Indicateurs définis :

Réunions : nombre et objet

Procédures écrites

Pour 2003 : nombre de dépistages

Annexe n°6 : Fiche Action-Objectif de la DDASS de la Gironde, prévisions 2003

OBJECTIF : *Garantir le niveau de santé des populations et améliorer l'efficacité de nos interventions*

ACTION : *Améliorer notre efficacité dans la lutte contre le saturnisme*

Résultats attendus :

Création d'un dossier unique de suivi des situations au sein de la DDASS

Traitement efficace des dossiers de déclaration de saturnisme ou de situation de risque

Obstacles ou contraintes repérés :

Législation lourde et inadaptée

Nombre de partenaires concernés

Nombre potentiels de dossiers (habitat ancien)

Déficit en nombre de logements sociaux

Gestion de l'attribution des logements sociaux non maîtrisée

Programmes d'actions définis :

Mieux coordonner l'action de l'État : rencontres DDASS-DDE régulières et mise au point de procédures formalisées (1)

Développer le partenariat en réunissant régulièrement le groupe de pilotage restreint de lutte contre le saturnisme (2)

Sensibiliser les professionnels médicaux et médico-sociaux sur le saturnisme (3)

Créer un dossier unique DDASS pour les trois services concernés (4)

Moyens prévus :

Humains : Services LCE (0,2 ETP) – ASP (0,3 ETP) – Pilote Gisèle THOMES

Financiers : 10 000 € crédits DRASS acquis en 2002 pour action (3)

Matériels : moyens des services

Calendrier prévu :

(1) Premier trimestre 2003

(2) Premier trimestre 2003

(3) et (4) Fin avril 2003

Indicateurs définis :

Nombre de dossiers uniques créés

Nombre de dossiers étudiés dans le cadre de la coordination

Nombre de plaquettes et affiches diffusées