

Questions de la salle

S. Missonnier : L'opposition que vous présentez entre oralité primaire et oralité secondaire est tout à fait juste sur le plan de la description phénoménologique, mais il me semble qu'il faut aussi imaginer que sur le plan du lien il y a du primaire qui se poursuit dans le secondaire et que du secondaire existe aussi de manière anticipatoire dans le primaire.

V. Abadie : Il est certain que cette dichotomie primaire/secondaire ainsi décrite dans le temps d'une communication d'une demi-heure est un peu caricaturale. Au-delà de l'aspect strictement neurodéveloppemental et concernant le lien, cela se fait effectivement de façon beaucoup plus continue et subtile. Dans le lien parents-enfant, il y a bien entendu des choses qui se tissent durant la période anténatale, il existe durant cette période de la communication corporelle et sensorielle qui s'inscrit dans la psyché du tout-petit. Ensuite, au stade de l'oralité secondaire, l'enfant n'est pas seulement acteur, il subit également ce qu'il a vécu et il fait ce qu'il peut avec tout cet environnement. Cela est d'autant plus vrai qu'il en a souffert. On le perçoit très bien chez les enfants qui ont eu des expériences négatives précoces ; ces enfants ont une conscience de l'oralité bien avant l'âge de six mois. Dès l'âge de un mois-un mois et demi, certains enfants marquent un refus dès que l'on s'approche de leur bouche parce que leur corps a souffert, ce qui prouve bien que leur cortex et leur mémoire sont déjà impliqués et pas seulement leur tronc cérébral.

âge, entre six et neuf mois, où, parallèlement, il prend conscience de l'extérieur et du pouvoir qu'il a sur sa mère. Pour résumer, on pourrait dire que pendant la phase d'oralité primaire le bébé tête avec son tronc cérébral, qui gère un réflexe qui ne s'éduque pas et qui nécessite que l'environnement s'adapte. Durant cette période, l'homéostasie corporelle de l'enfant et la fonction maternelle se construisent. A la phase d'oralité secondaire, l'enfant mange avec son cortex, qui gère une praxie, une conduite ; le repas est le lieu des apprentis-

sages, de la culture, de la transmission, du dialogue familial.

EN CONCLUSION

Chez les enfants qui présentent des TCA, c'est tout cet ensemble d'éléments qu'il faut prendre en compte, le par-

cours anté- et postnatal, les pathologies éventuelles, toute la toile de fond sur laquelle se développe l'oralité, l'histoire familiale, la culture, tant de facteurs qui s'entremêlent et qui font que parvenir au délicieux plaisir de sucer son pouce n'est pas toujours si simple. □

Pica et saturnisme infantiles : l'apport de l'anthropologie

A. Epelboin, A.E. Delavigne, UMR 7206 et USM 104, Ecoanthropologie et ethnobiologie, CNRS-MNHN, Paris (epelboin@mnhn.fr)

Titre de la communication lors de la journée : Géophagie, pica et saturnisme infantile : pollution environnementale, syndrome culturel, psychopathologie et/ou signalement de souffrance de l'enfant et de la famille

« Découvert » en 1985, à Paris, bien connu ailleurs, le saturnisme infantile urbain a rapidement été considéré comme un problème de santé publique concernant avant tout les îlots d'insalubrité et plus largement un très vaste parc immobilier privé et public ancien [1, 2]. Le saturnisme ici étudié est celui dû à l'ingestion orale répétée, passive et/ou active, de poussières et de fragments de peinture et d'enduits muraux fabriqués à partir de sels de plomb industriels, théoriquement interdits depuis 1948, mais toujours présents et directement accessibles dans les immeubles anciens, dégradés et non entretenus.

Dans les années 1990, nous avons mené une recherche anthropologique, initiée par la Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé (Dases) de Paris, dans un hôtel squatté de la rue Keller à Paris, un immeuble dégradé « très toxique », occupé majoritairement par des familles très nombreuses, homogènes du point de vue culturel et économique, originaires du Sénégal et du Mali [3]. Dans certaines fratries, tous les enfants ou un seul enfant présentaient ou avaient présenté une intoxication supérieure à 150 µg/l (> classe IIa, classification CDC 1991), associée à des anémies ; dans d'autres familles, sur un fond de plombémie de classe I, liée à l'intoxication passive, aucun enfant

n'était gravement intoxiqué ou anémié. Ici comme ailleurs, en dehors de comportements « hyperactifs » et d'anémies de ces enfants, nous avons retrouvé un décalage entre le mutisme clinique de l'intoxication et des seuils de plombémie très élevés, classe IIa, III et même IV. Avec une controverse de type « l'œuf et la poule » : est-ce l'intoxication au plomb qui provoque le comportement hyperactif ou l'inverse ? l'anémie provoque-t-elle le pica ou au contraire les matières absorbées induisent-elles des troubles d'absorption intestinale génératrices d'anémie ? [4].

Dans la plupart des cas, une observation visuelle et tactile des cloisons verticales, de l'entrée de l'immeuble à la chambre à coucher, ainsi que des causeries avec les autres enfants et les parents permettaient d'identifier les « sources d'approvisionnement » préférées, anciennes ou actuelles, des enfants concernés. Il apparaissait alors que bon nombre d'enfants ne consommaient pas ou plus des fragments de « peinture active », alors que d'autres étaient clairement désignés, leur pica vainement réprimé.

Il était confirmé que le saturnisme ne devait pas être confondu avec le pica et que ce diagnostic devait être réservé aux seuls enfants continuant à s'intoxiquer activement malgré les efforts éducatifs et/ou les impressionnantes prises

de sang et séances de chélation avec hospitalisation.

Dans les années 2000, après que le traitement par chélation eut été simplifié grâce à l'usage de gélules de Succicapital® (AMM en 1997), permettant d'éviter les injections et hospitalisations traumatisantes, nous avons collaboré avec les services d'hospitalisation à domicile de l'hôpital Robert-Debré pour suivre une vingtaine de cas de saturnisme aigu, décrits comme « résistants » à l'éducation sanitaire, c'est-à-dire persistant en dépit des conseils prodigués par les multiples intervenants médicosociaux (médecins, infirmières, puéricultrices, assistantes sociales, hôpital, PMI, libéral...). Malgré des cures de chélation répétées, les taux de plombémie ne baissaient pas, voire dans certains cas flambaient.

Au-delà de la dégradation des logements et des cages d'escalier, et des densités d'occupation de l'espace très élevées, l'observation de ces familles nous a permis de montrer comment certaines situations ou événements familiaux étaient susceptibles d'expliquer un comportement de pica. Ils n'avaient pas été relevés, occultés par la distance culturelle et sociale des intervenants médicosociaux :

- l'impact d'une nouvelle grossesse et d'un « sevrage » précoce sur un ou des aînés ;
- la place de l'enfant dans la fratrie, notamment le garçon-aîné survenant après de nombreuses filles ;
- les absences prolongées des parents en raison de leurs emplois, souvent précaires et mal payés, laissant la fratrie à la garde d'aînés à peine plus âgés ;
- les mésententes conjugales, avec les traits particuliers tenant aux ménages polygames ou au contraire à la situation de mères divorcées ou célibataires ;
- une pathologie pédopsychiatrique ou un handicap de l'enfant qui n'a pas été diagnostiqué ou pris en considération ;
- une surdité de la mère ignorée, prise pour une non-francophonie, voire des troubles psychiatriques ;
- une gaucherie contrariée d'un enfant dans un système culturel très répressif, la main gauche étant associée à la souillure ;

□ des perturbations liées à la présence de jumeaux dans des contextes culturels où des pouvoirs spéciaux leur sont conférés, ainsi qu'à leur mère.

Deux cas nous avaient particulièrement interpellés : le pica des enfants et l'intoxication saturnine concomitante s'étaient poursuivis alors que les familles avaient été relogées, l'une dans un HLM neuf, l'autre dans un grand appartement haussmannien totalement rénové. Dans le premier cas, l'enfant consommait et rapportait des fragments de revêtements muraux de l'extérieur, de l' cole en particulier ; dans l'autre cas, l'enfant avait trouvé le moyen d'accéder à une source en soulevant une latte de plancher dans le long couloir menant à la cuisine.

Ainsi, même relog  dans un immeuble exempt de plomb, l'enfant atteint de pica sait trouver des opportunités au cours de la vie quotidienne et/ou lors des déplacements familiaux pour satisfaire son addiction. Le relogement dans un habitat salubre est une condition nécessaire impérative, mais n'est pas suffisante lorsque les causes du pica n'ont pas été déterminées et levées.

Il apparaît donc que la génèse du pica, cause du saturnisme infantile aigu, pathologie de l'habitat insalubre et du mal-logement, fait intervenir des facteurs psychosociaux dont le rôle, pourtant essentiel, est souvent négligé et que la méthode anthropologique peut aider à mettre en lumière.

LES DÉRIVES DES INTERPRÉTATIONS CULTURALISTES

La loi française ne permet pas d'établir de statistiques en fonction des origines ethniques ou religieuses, contrairement par exemple à ce qui se passe aux Etats-Unis [5]. Néanmoins, il apparaît, à l'énoncé des noms de famille par les intervenants médicosociaux, que la majorité des enfants atteints de saturnisme en région parisienne sont issus d'Afrique subsaharienne, en particulier de ce que l'on a appelé le « quadrilatère

de migrations », incluant une partie du Mali, le Sénégal et une fraction de la Mauritanie. Tandis qu'en Angleterre les enfants d'origine indienne seraient les plus représentés et, aux Etats-Unis, les enfants appartenant aux communautés noires américaines et, plus récemment, aux communautés immigrées du Sud-Est asiatique [6].

Sollicité sur cette question du saturnisme, du pica et du rôle joué par la « culture », l'ethnologue doit d'abord, paradoxalement, se livrer à un renversement de la problématique culturaliste dans laquelle on serait tenté de l'enfermer, en soulignant que la distance culturelle et sociale est avant tout un problème de communication des personnels médicosociaux avec ces populations migrantes. Cette distance culturelle et sociale, que la couleur de peau et l'apparence générale contribuent à renforcer, est un écran de fumée qui empêche de penser « normalement » [7].

Il faut préciser qu'a été  cart e dès la fin des années 1980 toute autre source d'intoxication exotique, telle celles liée à des usages « traditionnels » : le plomb est utilisé dans certaines pratiques divinatoires et thérapeutiques, notamment en Tunisie et en Europe centrale, mais il s'agit alors de plomb métal fondu et projet  dans de l'eau et non de sels de plomb. Il faut noter à ce propos qu'on ne retrouve pratiquement jamais pour ces enfants intoxiqués de prise en charge par les guérisseurs, car la maladie passe inaperçue ou les symptômes sont reliés à d'autres causes.

Avant de penser « culture », il faut penser une pédiatrie « ordinaire », qui sait considérer l'enfant comme une personne, le replacer au sein de sa famille et identifier les événements personnels et familiaux concomitants de ses problèmes.

C'est là qu'intervient la connaissance qu'a l'ethnologue des populations concernées : l'organisation sociale, la vie quotidienne, la puériculture, l'hygiène, l'alimentation, la religion, les croyances, les représentations de la maladie, le rôle des devins-guérisseurs, la construction de la personne... Son regard anthropologique se porte aussi

bien sur les enfants et leurs familles, que sur les intervenants médicosociaux, animés par leurs cultures professionnelles et personnelles. La méthode ethnologique, avec des allers et retours multidisciplinaires, se base sur des entretiens formels et informels et des observations sur les lieux de vie des personnes qui constituent alors les données objet de l'analyse.

L'ethnologue a une capacité à contextualiser les événements relatifs à la maladie et au malheur, à les resituer par rapport aux conditions de vie et de travail, aux histoires de vie de l'individu et de la famille, aux itinéraires diagnostiques et thérapeutiques, à l'histoire de leurs «déménagements», depuis le lieu de naissance jusqu'au présent. Ainsi la méthodologie mise en œuvre appréhende une situation psychosociologique, mais aussi rend compte de la façon dont les personnes concernées vivent et conçoivent cet événement, se représentent la maladie et sa prise en charge.

PICA ET FACTEURS PSYCHOSOCIAUX

Des facteurs psychosociaux que l'on peut mettre en lien avec le pica sont à considérer au regard de traits socioculturels généraux (faisant «norme») que l'on va énumérer ici à gros traits, mais qui sont eux-mêmes à relativiser et à réinterpréter au cas par cas, à l'aune de la situation spécifique de chaque enfant/famille concerné(e) :

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

□ une construction du genre marquée notamment par la circoncision et pour certains l'excision, valorisant l'aîné garçon ;

□ des représentations du corps, de la maladie, du malheur et de la guérison fondées sur des modèles de causalité relevant des cosmogonies «autochtones», musulmanes, chrétiennes, ici africaines ;

□ des liens sociaux fondés sur la famille élargie et le terroir d'origine, à la fois au sein de la diaspora et avec les parents restés «au pays», en ville et «en brousse» ;

□ une valorisation de saveurs «géophiles» par de nombreuses femmes enceintes. Ces saveurs ne sont pas «sucrées», contrairement à ce que l'on dit habituellement, mais renvoient à des «fadeurs douceâtres», comparables à celles de la craie de tableau portée à la bouche.

Nous posons en effet l'hypothèse que, dans les familles venues d'Afrique subsaharienne, l'appétence particulière d'enfants pour des fragments de plâtre et de peinture peut être mise en rapport avec la consommation coutumière d'argiles thérapeutiques par les mères durant la grossesse [8, 9]. En France, ces argiles médicinales se trouvent dans tous les magasins de produits exotiques ; elles sont également rapportées du pays par les parents. Composées essentiellement de silicate d'alumine (comme le Smecta®, l'excipient sucré en moins), elles sont utilisées comme remède des maux usuels de la grossesse, pyrosis, troubles du transit, etc., mais également pour satisfaire les «envies» des femmes enceintes. La mère consommatrice est amenée à en partager des fragments avec l'enfant qu'elle a dans les bras, au même titre que les autres nourritures qu'elle porte à sa bouche devant lui. En ce sens, on peut envisager que l'appétence pour la saveurs et la consistance des fragments de plâtre et de peinture puisse s'apparenter à une transmission culturelle de saveurs agréables associées à ces produits. Ces fragments de revêtements muraux et de sol peuvent aussi être envisagés comme un «objet transitionnel», recherché par l'enfant en souffrance, renvoyant à la mère, en des temps de la petite enfance où il n'était pas encore mis à distance du corps maternel par l'arrivée d'un concurrent.

L'ENQUÊTE DRASSIF 2009

Une nouvelle étude, initiée par la Direction régionale des affaires sanitaires et

sociales d'Ile-de-France (Drassif) et réalisée entre juin et décembre 2009, a confirmé cette interprétation. Elle a porté sur neuf familles choisies, selon l'actualité des cas, la disponibilité des familles et les compétences africanistes des anthropologues, à partir d'une centaine de cas de saturnisme infantile signalés à la Drassif pour lesquels aucune source d'intoxication n'avait été identifiée par les services compétents [10]. Les neuf familles concernées avaient toutes occupé un temps des logements toxiques, avant d'être relogées, pour sept d'entre elles, dans des immeubles récents.

Mandatés au départ par la Drassif pour identifier les gisements, nous avons complété la problématique en insistant : d'une part, sur le fait que l'on devait envisager l'hypothèse que le trouble du comportement, le pica, était à l'origine de l'anémie et/ou du saturnisme ; d'autre part, qu'il importait de comprendre les mécanismes induisant le trouble de comportement alimentaire de l'enfant, le pica.

En cas de source non identifiée, nous posons l'hypothèse que, si le pica est persistant, c'est que les opportunités d'intoxication sont nombreuses et se situent dans des endroits tenus secrets par l'enfant et/ou en dehors de l'unité résidentielle identifiée. Dans les faits, pour sept cas (logement récent), il n'y avait pas de source identifiable, hormis celles, potentielles, liées aux déplacements familiaux chez des parents ou des connaissances habitant en Ile-de-France (baptêmes, mariages, deuils, réunions associatives et religieuses) et, tout particulièrement, aux déplacements d'un parent chez l'autre en cas de parents séparés ou de familles recomposées avec des gardes ou des droits de visite alternés (six familles sur neuf étaient monoparentales).

Le comportement des enfants en question n'est pas uniquement à mettre en rapport avec celui des enfants en bas âge, à savoir l'exploration orale de l'environnement et la fréquence du contact main-bouche. En effet, sur les neuf enfants concernés, deux avaient trois ans, six entre quatre et neuf ans et un plus

de dix ans. Le pica était avéré pour sept enfants et suspecté pour deux, mais pour bon nombre de ces enfants il ne paraissait pas être actuel, et la plombémie semblait en rapport avec un relargage à partir du stock osseux.

Dans une famille polygame nombreuse, l'enfant atteint était un petit garçon gaucher dont les frères et sœurs étaient drépanocytaires ou handicapé. Ailleurs, l'enfant était l'aîné du premier lit d'une femme drépanocytaire homozygote divorcée et «prenait» sur lui la souffrance des crises douloureuses de sa mère. Dans une autre famille, l'enfant atteint était une fillette qui se situait dans la fratrie entre deux filles et un dernier né, aîné-social d'une mère divorcée née en France. Cette enfant était prise dans un entre-deux, entre ses deux sœurs et le garçon dernier né qui avait concentré tous les processus affectifs de la famille. Un autre cas concernait la petite dernière de six ans d'une famille nombreuse qui, ayant atteint l'âge où les enfants ne relèvent plus des services de la PMI, n'était plus suivie. Dans le cas que nous avons désigné comme celui du «gamin au sourire crispé», parce que cet enfant présentait une espèce de masque figé, nous avons considéré comme un «signe d'alerte» un dessin réalisé en miroir, mis en rapport avec des événements familiaux : en 2008, à trois ans, dans la période contemporaine de la grossesse de sa mère, il absorbe de l'eau de Javel. Un an plus tard, après le divorce de ses parents et un voyage de sa mère au pays avec le nouveau-né durant lequel il a été gardé par son père, sa plombémie est passée de 30 à plus de 340 µg/l. Ces différents éléments donnent à penser que cet enfant aurait certainement bénéficié d'une prise en charge psychologique adaptée.

Cette étude a permis de confirmer l'importance des facteurs psychosociaux en amont d'un pica et leur rôle déterminant dans la genèse de l'intoxication. Les enfants atteints de pica ont souvent par ailleurs un comportement à risque et sont particulièrement exposés aux accidents domestiques. Sur les neuf enfants de notre étude, quatre ont eu un accident domestique contemporain du dé-

Question de la salle

J. Cheymol (pédiatre, Clichy) : Je m'occupe de saturnisme depuis de nombreuses années. La démarche d'Alain Epelboin est très intéressante et nous l'avons intégrée dans notre réflexion. Je souhaiterais toutefois souligner les progrès qui ont été accomplis dans la prise en charge du saturnisme. Depuis une vingtaine d'années, les équipes de protection maternelle et infantile ont mené tout un travail qui a permis de sortir de l'ignorance dans laquelle on était auparavant. Les quelques cas présentés par Alain Epelboin où l'on se trouve dans une impasse sont à rapporter aux nombreux autres qui ont bénéficié de ces avancées. Il n'y a plus aujourd'hui de décès liés à une intoxication au plomb ; on ne voit plus actuellement les taux très élevés de plombémie que l'on retrouvait autrefois. Cela grâce à la vigilance des soignants et surtout aux lois qui ont permis d'améliorer les environnements insalubres. Je rappelle par ailleurs que l'absorption de plomb au cours de la grossesse ou la persistance d'une plombémie élevée chez la mère peut être à l'origine d'une intoxication fœtale. Certains cas de saturnisme chez l'enfant sont ainsi des ré-activations d'intoxication au plomb anténatale.

A. Epelboin : Les cas que j'ai rapportés constituent la partie émergée de l'iceberg et c'est en ce sens qu'ils sont intéressants. Le saturnisme est un trouble du comportement alimentaire pour lequel nous disposons d'un marqueur biologique qui est l'augmentation de la plombémie. Un enfant qui gratte les peintures dans un immeuble récent ne sera pas identifié, et pourtant il a bien un trouble du comportement alimentaire. Le saturnisme est ainsi le révélateur de problèmes psychosociaux qui relèvent de la pédiatrie ou de la psychologie ordinaires mais qui ne sont pas dépistés parce qu'il existe cette distance sociale et cette distance culturelle dont j'ai parlé. Ces problèmes concernent une population d'enfants beaucoup plus large que celle qui est atteinte de saturnisme. Mon propos était de resituer le saturnisme au sein des conduites à risque. Pour certains enfants, la conduite à risque est le pica, pour d'autres ce sont les accidents domestiques ou les accidents de la circulation.

but de la phase aiguë de l'intoxication (et un accident n'a pas été renseigné).

CONCLUSION : IDENTIFIER

LES FACTEURS

PSYCHOSOCIAUX ET AGIR

SUR EUX

Répetons-le, le saturnisme est d'abord une maladie des îlots d'insalubrité et/ou de populations socialement défavorisées qui subissent des problèmes sociaux, politiques et économiques. Dans le cas de pica ayant pour conséquence une intoxication saturnine aiguë, il convient également de considérer que des facteurs psychologiques puissent jouer un rôle essentiel dans sa genèse. Pour les identifier, il est alors important de pouvoir resituer l'intoxication dans un contexte à la fois plus large et plus précis. Il faut ainsi croiser l'histoire de la vie de la famille et celle de l'enfant avec les courbes de suivi de la plombémie, en ne surestimant pas les obstacles linguis-

tiques et la (souvent prétendue infranchissable) distance socioculturelle.

Rappelons donc quelques évidences que le contexte idéologique culturaliste et la distance sociale font oublier.

Il importe d'appréhender le plus finement possible la personnalité de l'enfant et les événements marquants de sa vie, notamment les incidents et accidents domestiques, d'identifier dans sa vie les événements familiaux dont le vécu douloureux a pu générer des troubles du comportement ou des conduites à risque : grossesses, fausses couches, naissances, discordes, séparation et remariage des parents, accidents, maladies de l'enfant et de membres de la famille, chômage, déménagements, deuils...

Il faut repérer la place de l'enfant dans la fratrie en fonction de son rang et de son genre. Il est utile également d'identifier la place de l'enfant dans la famille élargie, par exemple par l'identification de ses homonymes adultes. Dans les systèmes d'Afrique subsaharienne par exemple (c'est le cas plus largement), l'enfant est nommé du nom d'une per-

sonne qui, si elle est vivante, a une fonction de protection de cet enfant. Si cette personne est décédée et importante, l'enfant, chez qui il est considéré qu'elle revit, peut de ce fait occuper un statut social privilégié, qui n'est pas forcément facile à assumer et peut générer des souffrances, s'exprimant notamment par des troubles du comportement alimentaire, ici un pica, ailleurs une obésité.

Les compétences intellectuelles de parents, révélées souvent par des attitudes oppositionnelles, des discours revendicatifs (légitimes ou non), sont vécues comme pénibles par les personnels médicaux qui sont pris à partie indépendamment de leur rôle. Ces compétences doivent être « utilisées » pour faire comprendre la physiologie de l'intoxication et de la cure, le rôle déclenchant des facteurs psychosociaux et obtenir une mobilisation des familles. Il faut ainsi s'attacher à stimuler la prise en charge de l'enfant saturnin par la famille, les aînés de la fratrie et tout particulièrement les personnes entretenant avec lui un lien préférentiel et valorisant. Au-delà du seul cercle familial, l'accès de ces enfants aux activités de loisirs sportives et éducatives doit être favorisé. Dans les cas très particuliers où les conduites à risque de l'enfant semblent pouvoir être mises en rapport avec des traits psychopathologiques, l'avis de psychologues cliniciens, d'ethnopsychologues, de psychiatres doit être recherché.

Agir sur les facteurs psychosociaux impliqués dans ces affections suppose également d'améliorer la communication des personnels médicaux avec les familles, dans le cas présent issues de la migration, non pas seulement par des formations axées sur la « culture de l'autre », mais aussi par des formations mettant en regard la culture des uns et celle des autres et axées sur une analyse des pratiques.

Il serait utile enfin de mettre en place des vacances d'ethnologues et d'ethnopsychiatres sur le terrain. Cela permettrait, non pas un « décryptage du culturel », mais, par une analyse des discours, usages et savoir-faire, un déblocage de situations d'aporie (au sens

d'« impasse ») quand des personnels médicaux mettent, à tort ou à raison, la distance sociale et/ou culturelle en avant. Cela s'applique au saturnisme mais également à d'autres pathologies ou situations : naissance, drépanocytose, diabète, sida, soins palliatifs...

En effet, le rôle de ces facteurs psychosociaux dans la genèse des troubles du comportement alimentaire de jeunes enfants, articulés aux contextes socio-

culturels dans lesquels ils prennent forme, révélant une souffrance à la fois individuelle et familiale, est aussi à envisager dans des cas d'obésité ou de malnutrition isolés au sein d'une fratrie.

Il faut ainsi tenir compte de facteurs socioculturels spécifiques, mais seulement après avoir opéré une lecture clinique individuelle et familiale basique, dans la perspective d'une pensée et d'une action systémiques. □

Références

- [1] DELOUR M. : « Une nouvelle pathologie pour l'enfant migrant ? Le saturnisme infantile », *Migrations Santé*, 1989 ; 59 : 3-7.
- [2] FASSIN D., NAUDÉ A.J. : « Plumbism reinvented. Childhood lead poisoning in France, 1985-1990 », *American Journal of Public Health*, 2004 ; 94 (11) : 1854-63.
- [3] EPELBOIN A., REZKALLAH N. : *Chroniques du saturnisme infantile (1989-1994) : enquête ethnologique dans des familles parisiennes originaires du Sénégal et du Mali*, L'Harmattan, 1997, 261 p. 1997. EPELBOIN A. et al. : *Les petites mangeuses de peinture*, vidéo, 17 mn, CNRS, 1997, <http://video.rap.prd.fr/video/mnhn/smm/0204FRmangpaint3.rm>.
- [4] COLINE R. : « Le pica : cause ou conséquence de carence martiale ? », mars 2003, <http://www.paris-nord-sftg.com/cr.pica.0303.php3>.
- [5] NDIAYE P. : *La condition noire. Essai sur une minorité française*, Calmann-Lévy, Paris, 2008.
- [6] NAUDÉ A.J. : « Le saturnisme une maladie sociale de l'immigration », *Hommes et migrations*, 2000 ; 1225 : 13-22.

- [7] NDIAYE P. : « Questions de couleur. Histoire, idéologie et pratiques du colorisme » in FASSIN D., FASSIN E. : *De la question sociale à la question raciale, représenter la société française*, La Découverte, Paris, 2006.
- [8] EPELBOIN A., REZKALLAH N., COMMEAU A., GAULIER F. : « Géophagie, culture et prévention des accidents domestiques : réflexions anthropoépidémiologiques à propos du saturnisme d'enfants africains vivant dans l'Est parisien », *Migrations Santé*, 1990 ; 62 : 3-10.
- [9] PESSOA G. : « Le goût de l'argile. La géophagie des femmes africaines dans le quartier de Château Rouge (enquête) », *Terrains & Travaux*, 2005/2 ; 9 : 177-191.
- [10] EPELBOIN A., DELAVIGNE A.E. : « Etude anthropologique sur les cas de saturnisme infantile de source non identifiée en Ile-de-France. Synthèse et chronique anthropologique », 2010, contrat DRASSIF, rapport de recherche (55 et 66 p.), <http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00485266/fr> et <http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00485275/fr>.

Goûts, couleurs : pourquoi ils aiment ça

D'après la communication de N. Rigal, laboratoire de psychologie, université Paris-Ouest
Rédaction : H. Collignon

Il existe chez le jeune l'enfant trois comportements alimentaires centraux : la capacité d'autorégulation, les préférences et les rejets, les comportements de néophobie et de sélectivité.

Définie au sens strict, l'autorégulation est la capacité de réguler les prises alimentaires selon la densité énergétique des aliments. La quantité qui doit être consommée pour calmer la faim est ainsi d'autant plus faible que l'aliment est plus dense. Par extension la capacité d'autorégulation est la capacité à initier ses prises alimentaires lorsque l'on ressent la faim et à les interrompre dès que l'on est parvenu à la satiété. Les études sur l'évolution de cette capacité d'autorégulation avec l'âge sont relativement peu nombreuses. Les études corrélationnelles portent sur le lien entre la densité

calorique et la taille de la portion consommée. Une étude de ce type incluant 3022 parents d'enfants âgés de quatre à vingt-quatre mois illustre la diminution de cette capacité d'autorégulation autour de l'âge de un an : le lien négatif observé entre la densité calorique et la quantité ingérée avant l'âge de un an (plus l'aliment est dense, moins la quantité consommée est importante) est absent au-delà de cet âge [1].

Le deuxième type d'études, de nature expérimentale, évalue le lien entre « précharge » et « consommation ad libitum », c'est-à-dire entre ce que l'enfant consomme en terme calorique avant un repas et ce qu'il consomme lors du repas donné une heure plus tard. Une bonne capacité d'autorégulation se traduirait dans ce type d'expérience par une relation inverse