

11

Stratégies fondées sur la recherche d'adresses à risque

Depuis quasiment le début des actions de lutte contre le saturnisme, les acteurs de terrain ont cherché à améliorer le ciblage du dépistage en passant par une stratégie de repérage d'adresses à risques. Cette stratégie s'est adossée aux différents éléments d'identification du risque qui ont été successivement disponibles, au fur et à mesure de l'avancée des techniques et des réglementations.

Les sources d'adresses à risque peuvent provenir de signalements par des personnes amenées à visiter les logements : techniciens sanitaires (visites faisant suite à des plaintes, enquêtes d'insalubrité...), travailleurs sociaux et médicosociaux, associations... Les immeubles où des cas de saturnisme ont été dépistés sont couramment considérés comme à risque et les familles qui y habitent sont informées et conviées à faire dépister leurs enfants en bas âge.

Les états des risques d'accessibilité au plomb (Erap) réalisés lors des ventes et adressés au Préfet lorsqu'ils montraient la présence de plomb accessible dans les logements, et plus récemment les constats de risque d'accessibilité au plomb (Crep) adressés au Préfet ont également été utilisés par certains services pour proposer un dépistage aux occupants.

D'autres sources d'information ont parfois été sollicitées, comme en Seine-Maritime, où la Caf (Caisse d'allocations familiales) a communiqué à la Ddass (Direction départementale des affaires sanitaires et sociales) une liste de logements occupés par des familles avec jeunes enfants ayant fait une demande d'aide au Fonds de solidarité logement.

Enfin, des démarches pro-actives de repérage et/ou quantification de la présence de plomb, ont été mises en œuvre. Ces démarches, ayant le plus souvent été initiées avant les dispositifs réglementaires mis en place à partir de 1998, se sont construites indépendamment des données administratives produites par ces dispositifs (Erap et Crep).

La figure 11.1 donne des exemples des différentes stratégies utilisées, qui ont souvent été complémentaires à d'autres stratégies de dépistage.

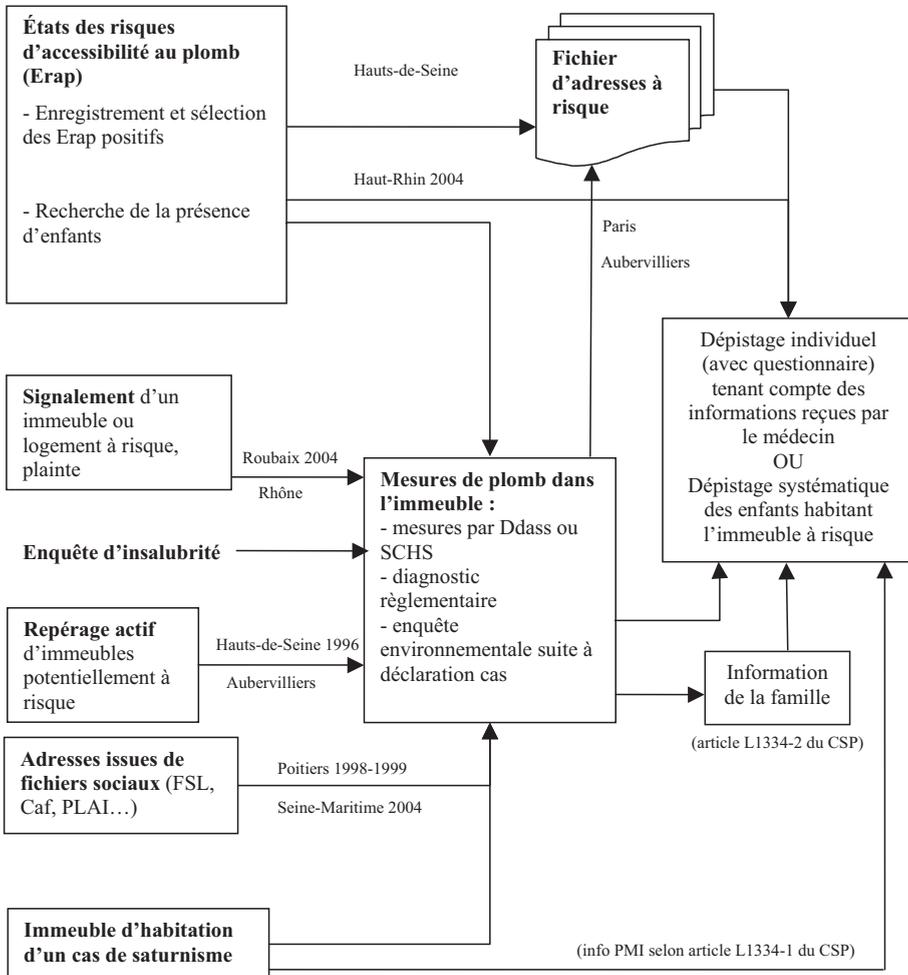


Figure 11.1 : Entrées par adresse ou logement à risque

Caf : Caisse d'allocations familiales ; CSP : Code de santé publique ; Ddass : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales ; FSL : Fonds de solidarité pour le logement ; PLAI : Prêt locatif aidé d'intégration ; SCHS : Services communaux d'hygiène et de santé

On peut analyser les stratégies selon trois critères :

- les modalités de recueil de l'information ;
- la nature de l'information recueillie ;
- les modalités d'utilisation de l'information.

Pour les modalités du recueil de l'information, on peut distinguer deux approches : la réception passive d'informations par les services ou la recherche active.

Concernant la nature de l'information recueillie, l'information reçue ou recherchée est plus ou moins spécifique du risque. L'évaluation du risque par visite et mesure directe du plomb *in situ* est susceptible d'apporter des données plus précises pour apprécier la pertinence d'une proposition de dépistage ; mais son coût et sa faisabilité sont à estimer. À l'inverse, l'administration peut être naturellement destinataire d'informations moins spécifiques du risque (plainte pour mauvais état d'un logement ancien par exemple).

Quant aux modalités d'utilisation de l'information, on peut distinguer deux façons de procéder :

- une utilisation en continu : la connaissance par l'administration sanitaire (Ddass, SCHS, service de PMI) d'une adresse susceptible de présenter un risque d'exposition au plomb déclenche des actions d'information de la famille et/ou du médecin de PMI, qui peut déboucher sur un dépistage. Cette information peut être précédée d'un diagnostic ou d'une enquête environnementale qui permet d'évaluer si nécessaire le risque ;
- une approche par capitalisation des adresses, et mise à disposition d'un fichier d'adresses à risque à des médecins. Cette approche a été utilisée par plusieurs services en région parisienne. Les fichiers sont mis à disposition de médecins de PMI. Il ne semble pas y avoir d'exemple de mise à disposition de fichiers d'adresses à risque à des médecins libéraux.

On discutera ci-dessous les expériences disponibles regroupées selon leur date de mise en œuvre.

Stratégies de recherche active d'adresses à risque avec transmission aux équipes de PMI

La stratégie fondée sur la recherche active d'adresses à risque consiste à identifier des bâtiments et à proposer ensuite un dépistage des enfants demeurant dans ces bâtiments. Elle inverse la logique dite « clinique » ou « d'interrogatoire » qui consiste à repérer un enfant, puis à se retourner vers son logement.

Deux sites ont mis en œuvre cette stratégie d'une façon systématique : Paris (Delour, 2004), Aubervilliers (Ginot et coll., 1994 et 1995), et de façon expérimentale les Hauts-de-Seine (sur 3 communes ; Barbery et coll., 1996 ; Delour, 2004), avec des points communs et des variantes.

Points communs et divergences méthodologiques

Une démarche comparative et analytique de ces expériences permet d'en comprendre les logiques. Si le principe méthodologique général, et la

logique qui sous-tend ce principe sont relativement partagés (et parfois résumés sous le titre de « dépistage à base environnementale »), les modalités d'applications sont variées.

Point commun

Le principe général commun est l'établissement de listes de bâtiments, considérés comme contaminés ou à haut risque, et la transmission de ces listes aux équipes de PMI.

Variantes

Selon les sites et parfois les équipes, l'utilisation des listes peut être variable : dans certains cas, les PMI proposent systématiquement une plombémie aux enfants fréquentant leur structure et identifiés comme demeurant dans ces bâtiments ; ailleurs, elles ont pour mission d'évaluer le risque pour les enfants, avant de proposer une plombémie.

Le tableau 11.I présente d'autres variantes, plus structurantes.

Tableau 11.I : Autres stratégies de recherche d'adresses à risque

	Identification des bâtiments	Repérage des enfants
Paris	Bâtiments frappés de procédures d'insalubrité, de périls, bâtiments en zones d'OPAH ou de résorption de l'habitat indigne, et adresses de DO à la Ddass (donc avec enquête environnementale)	Transmission annuelle de la liste d'adresses aux équipes de PMI, et évaluation par l'équipe en fonction de la liste et de l'interrogatoire
Aubervilliers (phase initiale)	Prélèvements d'écaillés de peintures en parties communes de l'immeuble et recherche de plomb acido-soluble, sur un échantillon aléatoire de bâtiments collectifs d'avant 1949	Porte à porte (recensement) et proposition systématique de dépistage (plombémie) si teneur $\geq 1,5$ g/kg
Aubervilliers (phase ultérieure)	Prélèvements d'écaillés de peintures en parties communes de l'immeuble et recherche de plomb acido-soluble, constitution progressive d'une base de données d'adresses avec dosages de plomb (positifs ou négatifs) en parties communes (actuellement environ 1 100 bâtiments)	Transmission aux équipes de PMI des listes d'adresses (très irrégulièrement) avec résultats disponibles, et proposition systématique de dépistage (plombémie) chez l'enfant
Hauts-de-Seine	Dosage par fluorescence X du plomb/ peintures en parties communes de l'immeuble	Porte à porte et proposition systématique de dépistage (plombémie) si diagnostic positif et habitat dégradé

OPAH : Opérations programmées d'amélioration de l'habitat ; DO : Déclaration obligatoire

Éléments d'évaluation

La stratégie mise en œuvre a fait l'objet d'une évaluation *ad-hoc* dans deux cas : pour la phase initiale d'Aubervilliers, et dans les Hauts-de-Seine.

La pertinence de la recherche de plomb en parties communes peut être discutée. Ainsi, lors de la mise en place de l'enquête sur échantillon aléatoire de bâtiments à Aubervilliers, il est apparu que la recherche de plomb en parties communes conduisait à un taux de « faux négatifs » (enfants demeurant en logements avec du plomb mais non « recensés » du fait de l'absence de plomb en parties communes) acceptable (25 % environ) en regard de la simplification opérationnelle. Il n'existe pas de « faux positif » puisque la présence de plomb accessible en parties communes signe en elle-même une exposition, quelle que soit la situation en parties privatives.

Les évaluations de rentabilité du dépistage des enfants ont conduit à des conclusions contrastées. À Aubervilliers (Ginot et coll., 1995), la stratégie est apparue comme extrêmement opportune : si la majorité des plombémies maximales (supérieures à 200 µg/l) avait été repérée en PMI (rendant le dépistage sur base environnementale superflu), les deux-tiers des enfants avec des plombémies comprises entre 150 et 200 µg/l n'avaient pas bénéficié d'un dépistage en PMI avant le signalement environnemental. À l'opposé, dans les Hauts-de-Seine, les équipes n'ayant retrouvé que 22 % de plombémies supérieures ou égales à 100 µg/l au décours de ce mode de dépistage, l'ont considéré comme trop coûteux et ont abandonné cette stratégie (Delour, Communication à la Conférence de Consensus de Lille, novembre 2003).

Il convient cependant de replacer ces évaluations dans leur contexte : les proportions d'enfants dépistés positifs étaient à cette époque très supérieures à leurs valeurs actuelles. Par ailleurs, ces actions de dépistage ont été menées dans un double contexte : forte densité d'habitat insalubre et porteur de plomb, et forte activité des équipes de PMI dans ces domaines. Il est difficile d'extrapoler leur interprétation à des contextes différents, mais on peut penser que dans le cadre d'une plus faible prévalence, la « valeur ajoutée » de ce ciblage par liste devrait être plus élevée.

Aucun élément d'évaluation n'est disponible sur l'utilisation potentielle de ces listes par les médecins libéraux.

Avantages et difficultés de cette stratégie

La mise en œuvre d'une stratégie pérenne de recherche de plomb dans l'habitat de l'enfant présente des avantages directs et indirects.

D'une part, elle permet de préciser l'interrogatoire ; d'autre part, elle permet également de systématiser la proposition de dépistage (plombémie) soit dans une logique de clientèle (en PMI), soit dans une logique de population

(par porte à porte). Elle donne ainsi au médecin ou à la puéricultrice un outil incontestable.

L'expérience des équipes montre que certains bâtiments « produisent » de nombreuses intoxications ; le système des listes de bâtiments, s'il est appliqué systématiquement, permet d'atteindre l'exhaustivité des enfants exposés dans ces bâtiments, au moins au sein des usagers de PMI lorsque le porte à porte n'est pas pratiqué.

Enfin, ce système présente un avantage indirect : en rendant plus concret le lien entre l'intoxication (ou le risque) et le lieu d'habitat, il permet plus généralement de maintenir une articulation entre les équipes cliniques et les équipes environnementales.

Toutefois, il faut noter que ce système nécessite des efforts conséquents de mise à jour : non seulement en ajoutant des bâtiments au fur et à mesure de leur repérage, mais aussi en retirant les bâtiments lorsqu'ils ont été détruits (les bâtiments entièrement rénovés sont, à Aubervilliers du moins, maintenus dans la liste). L'extension du nombre de travaux palliatifs effectués sur les seuls logements repérés au sein d'un bâtiment rend plus difficile l'utilisation de certaines adresses, pour lesquelles des logements ont pu être traités et d'autres non.

Enfin, il faut considérer que l'interrogatoire clinique garde toute sa légitimité, y compris dans les zones où les listes sont détaillées et précises : un enfant demeurant dans un bâtiment ciblé comme à risque doit bénéficier d'un dépistage (plombémie), mais un enfant qui demeure dans un bâtiment ancien peut aussi bénéficier de ce dépistage (plombémie), même si son adresse n'est pas (encore) repérée sur la liste.

Exploitation en continu des signalements d'adresses à risque, indépendamment des procédures Erap et Crep

L'exemple du Rhône est évoqué pour illustrer cette exploitation.

Exemple du Rhône

Deux périodes sont à considérer dans la mise en place et les modalités de fonctionnement du dispositif de lutte contre le saturnisme infantile dans le département du Rhône.

Une première période 1992-2000 marquée par une activité de dépistage très intense (surtout 1992-1996) et la mise en place du partenariat à travers des structures et des dispositifs tels que le Comité technique plomb et la Maîtrise d'œuvre urbaine et sociale (Mous) « saturnisme ». Le programme de lutte

contre le saturnisme infantile a été mis en place dans le Rhône suite aux résultats de l'enquête Démoscopie (1992) à l'occasion de laquelle le service PMI du département avait trouvé 84 (73 %) enfants qui présentaient une plombémie supérieure à 100 µg/l sur 115 enfants dépistés au sein d'une population à risque (signes cliniques d'appel, fratrie touchée, habitat vétuste). Dans le même temps, le SCHS de la ville de Lyon retrouvait du plomb dans les revêtements muraux de 85 logements à risque (vétusté, inconfort et inadaptation) sur 108 expertisés. Fin 1993, la Ddass soumettait à la DGS un programme de lutte s'articulant sur trois volets : médical, social et logement. Le soutien financier de la DGS permettait en 1994 la mobilisation d'une équipe médicale (1 médecin et 1 infirmier) et d'une équipe sociale (technicien du logement+assistante sociale). Un Comité technique de lutte contre l'intoxication par le plomb se constituait fin 1994. Une Mous « saturnisme » était mise en place en 1996. Au total, plus de 1 000 enfants ont été dépistés (essentiellement par les services PMI) et 520 avaient une plombémie supérieure à 100 µg/l. En ce qui concerne l'habitat et les familles, 800 logements ont été contrôlés, 200 logements traités définitivement (arrêté d'insalubrité ou arrêté d'urgence) et 219 familles relogées.

La seconde période marque la mise en place en juillet 2001 dans le Rhône des dispositions prises en application de la loi contre les exclusions. L'arrêté du Préfet du Rhône relatif à la délimitation de la zone d'exposition au plomb couvrait l'ensemble du département du Rhône. La répartition des dispositions réglementaires s'articulait de la manière suivante : la DDE recevait et gérait les Erap(s) (entrée logement), la Ddass recevait les signalements de risque d'accessibilité au plomb provenant des partenaires médicosociaux informés et sensibilisés aux différents facteurs de risques (entrée « santé ») et engageait si besoin la procédure de mesure d'urgence (article 1334-2 CSP). C'est donc ce dernier point qui sera détaillé ci-après.

Les procédures dites de mesures d'urgence sont engagées par la Ddass, suite aux déclarations de cas de saturnisme et aux signalements de risque d'accessibilité qui proviennent dans la majeure partie des cas, il s'agit de signalements provenant des PMI (puéricultrices, médecins, assistantes sociales, éducatrices) et des SCHS, mais aussi d'opérateurs Mous (Maîtrise d'œuvre urbaine et sociale) « habitat indigne », de travailleurs sociaux ou de services techniques de certaines mairies sensibilisées.

Suite au signalement d'un risque d'accessibilité, une visite sur place a lieu en présence du service à l'origine du signalement, de l'opérateur Mous, de la Ddass ou du SCHS, d'un représentant de la commune et éventuellement d'un opérateur chargé de réaliser le diagnostic « plomb peintures ». Cette visite conjointe permet de ne pas multiplier les prises de rendez-vous auprès des familles, de préciser le plus clairement possible le rôle de chacun lors de la visite, d'expliquer les conséquences induites par la procédure (réalisation de travaux, nécessité d'hébergement...) et d'effectuer un travail d'information et d'éducation sanitaire. Sur le plan technique, le diagnostic plomb

peintures (réalisé par la Ddass/SCHS ou opérateur mandaté par la DDE), le repérage de la nature des canalisations d'eau desservant le logement complété éventuellement d'analyses d'eau (Ddass/SCHS), le repérage d'autres désordres – critères du Règlement sanitaire départemental (RSD) notamment – (représentant de la commune en lien avec la Ddass, SCHS) permettent de définir avec la famille les premières mesures de protection à prendre en compte. Une approche socioéconomique de la situation de la famille est également effectuée par l'opérateur Mous, permettant ainsi de définir au mieux l'accompagnement à mettre en place pour le bon déroulement de la procédure.

Suite à cette visite et la réception du diagnostic, un courrier de notification de travaux est transmis au propriétaire ; courrier dans lequel il lui est rappelé les précautions à prendre durant la réalisation des travaux et le cas échéant la nécessité d'héberger les occupants. Un courrier est également transmis à l'occupant l'informant de la notification des travaux et des conditions de réalisation de ces derniers. Les dossiers sont suivis jusqu'à leur clôture qui sera validée par le contrôle réglementaire (visuel+poussières). Ce suivi est assuré mensuellement par un groupe technique plomb qui réunit la DDE, les SCHS, la Ddass et l'opérateur Mous si besoin est. L'opérateur Mous est destinataire des copies des courriers transmis aux propriétaires et occupants. De juillet 2001 à septembre 2007, 273 procédures ont été engagées, 192 validées (travaux palliatifs réalisés), 32 suspendues (travaux non faits mais logements vacants) et 49 en cours. L'hébergement durant les travaux a été requis pour 125 procédures ; 86 familles ont été définitivement relogées.

Parallèlement à l'envoi des notifications de travaux, le médecin inspecteur de santé publique (Misp) transmet une invitation au dépistage (plombémie) à l'occupant du logement concerné ainsi qu'aux autres familles de l'immeuble (les noms des familles de l'immeuble sont relevés lors de la réalisation du diagnostic). Une fiche DO (sur laquelle l'item « dépistage en lien avec la procédure définie par l'article 1334-2 du CSP » est précoché) à remettre au médecin lors de la consultation ainsi que la brochure « vous habitez un logement construit avant 1949 » rappelant les précautions à prendre sont jointes à cet envoi. Une copie de ces courriers d'invitation au dépistage est également transmise pour information au secteur PMI dont dépend l'adresse du signalement et au responsable Santé Prévention du Conseil Général. Entre 40 et 50 mesures d'urgences sont engagées annuellement, ce qui représente environ l'envoi de 400 courriers Misp. L'impact de ces invitations au dépistage est très difficile à évaluer. En effet, de nombreuses données sont inconnues : nombre de familles invitées au dépistage et ayant réellement des enfants (en effet, les invitations se font à l'ensemble des familles de l'immeuble sans savoir si ces familles ont des enfants mineurs) ; nombre de familles ayant contacté leur médecin ; nombre de plombémies prescrites ; nombre de plombémies réellement réalisées. Seul le nombre de plombémies positives (à déclaration obligatoire) est facilement accessible, les cas de saturnisme

dépistés suite à ces invitations au dépistage sont pour les années 2006 et 2007, respectivement de 2 et de 5 sur la dizaine de cas recensés au cours de ces années.

Il serait essentiel que les données sur les primodépistages enregistrées par le Système national de surveillance des plombémies de l'enfant (SNSPE) soient facilement accessibles aux Ddass à l'échelle de la commune ou de l'arrondissement, ceci afin de mieux évaluer les actions engagées et de cibler les secteurs devant faire l'objet de sensibilisation des acteurs médicaux.

Stratégies fondées sur l'utilisation des Erap et Crep

Plusieurs exemples de stratégies fondées sur l'utilisation des Erap et Crep sont évoqués.

1998-2006 : de la notion d'Erap à la notion de Crep

La mise en place des Erap (1998) a conduit à produire une masse d'informations sur la présence de plomb en logement. L'utilisation de ces informations dans la constitution de listes d'adresses pouvait être logiquement discutée (indépendamment des questions de qualité, de fiabilité, et de capacité de traitement de ces documents par les services de l'État).

Les Erap ont été institués par la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998. Leur application a cependant dû attendre le décret d'application paru le 9 juin 1999. À partir de cette date, les préfets devaient définir des zones à risque à l'intérieur desquelles les propriétaires de logements antérieurs à 1948 devaient faire pratiquer un diagnostic de la présence de plomb dans les peintures de leur logement en cas de vente. En cas de présence de plomb et de dégradation des peintures, une copie de l'Erap devait être envoyée au Préfet par le notaire pour mise en œuvre « en tant que de besoin » de la procédure de travaux d'urgence. La moitié des préfets ont progressivement pris des arrêtés de zonage du risque, ces arrêtés englobant presque toujours la totalité du département. Les Erap « positifs » ont en général été reçus par les Ddass. La circulaire précisant les modalités techniques de réalisation des Erap est parue en janvier 2001.

La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a remplacé les Erap par les Crep. La principale différence technique entre les deux dispositifs est le fait qu'il est demandé à l'opérateur de prendre en compte les facteurs de dégradation du bâti pour l'envoi d'une copie du Crep au Préfet. Les Crep ont par ailleurs un domaine d'application plus large : abolition de la notion de zone à risque et application à tout le territoire, application aux nouvelles locations de logements anciens et aux parties communes des immeubles anciens à partir du second semestre 2008.

Chaînage entre les Erap et le dépistage

Dans les procédures de lutte contre le saturnisme infantile, définies par le Code de santé publique (CSP), l'invitation ou l'incitation au dépistage est mentionnée à l'article L1334-2. Cette invitation du Misp est à réaliser lors de l'application des mesures d'urgence qui peuvent être déroulées (notification de travaux palliatifs au propriétaire, invitation au dépistage, hébergement, contrôle des travaux) suite soit à un cas de saturnisme, soit à un signalement de risque d'accessibilité pour un mineur (article L1334-1 du CSP). Sur les secteurs « zones à risques » délimités par arrêté par les préfets, un Erap devait être annexé à tout acte de vente d'un immeuble d'habitation antérieur au 1^{er} janvier 1949. L'article L1334-10 précisait que si l'Erap était positif (plomb dégradé), il devait être transmis au Préfet par le propriétaire ou son mandataire qui « en tant que de besoin » mettait en œuvre les dispositions prévues aux articles L1334-1 et suivants. Le terme « en tant que de besoin » laissait une marge discrétionnaire au représentant de l'État pour déclencher ou non la mesure d'urgence et l'invitation au dépistage, ce qui explique en partie l'hétérogénéité de gestion des Erap d'un département à l'autre (en partie due également à l'insuffisance des moyens par rapport à la masse de dossiers à gérer).

Par ailleurs, les bilans ou rapports élaborés par les services santé environnement sur la mise en place des Erap ne renvoient qu'un éclairage très parcelaire sur le dépistage (plombémie) induit par la gestion de ces dossiers. Les enquêtes nationales de la Direction générale de la santé (DGS) relatives à la mise en place des actions de lutte contre le saturnisme ne prévoient pas, par exemple, d'indicateur concernant les courriers d'invitation au dépistage transmis aux familles. Dans un rapport relatif à une enquête conduite dans 25 départements sur les suites données aux Erap (Tricard, 2004), cet aspect est évoqué succinctement : « Dans plusieurs départements, la Ddass envoie un courrier aux occupants pour inciter la famille à faire faire des plombémies aux enfants mais il est difficile de connaître les suites qui y sont données réellement. Seule une Ddass indique qu'un nouveau cas de saturnisme a été détecté à partir des Erap ».

La plupart des rapports des services Santé Environnement relatifs aux bilans de gestion des Erap et qui font état des invitations au dépistage (plombémie) transmises aux familles soulignent le manque de retours d'information, que l'invitation soit faite après hiérarchisation de l'Erap ou non (Arhancet, 2005 ; Lafforgue et Laylle, 2005 ; Service Santé Environnement de la Ddass de l'Eure, 2005).

En effet, l'invitation au dépistage se fait dans la plupart des cas après hiérarchisation des Erap et envoi d'un questionnaire destiné à « vérifier » la présence d'enfants dans le logement (Arhancet, 2005 ; Lafforgue et Laylle, 2005). Si la présence d'enfants est confirmée, une invitation au dépistage (plombémie) est lancée auprès de la famille, ce qui ne représente généralement qu'un faible pourcentage des Erap transmis.

L'envoi systématique de courriers d'invitation au dépistage (plombémie) est évoqué dans un rapport du Service santé-environnement de la Ddass de l'Eure (2005). Le dépistage était recommandé sur les mineurs éventuels et ce quel que soit l'état de dégradation des revêtements. Sur les 1 700 dossiers traités de début 2003 à octobre 2004 et qui ont fait l'objet de correspondances concernant notamment l'invitation au dépistage, seules 2 réponses concernant la réalisation de plombémie ont été adressées à la Ddass.

Exemple de gestion des Erap dans le Rhône

Dans le département du Rhône, les Erap-Crep sont gérés par le Service Habitat Ville de la DDE depuis la mise en place des mesures d'urgences. Ce service trie, hiérarchise les Erap en fonction de l'étendue des dégradations, transmet un questionnaire à l'acquéreur (présence d'enfants ou mise à la location), fait réaliser dans certains cas des diagnostics, notifie des travaux et les contrôle. Cependant, les courriers transmis par la DDE ne font pas état d'invitation au dépistage du fait de la vacance de la plupart des logements concernés. Par ailleurs, l'invitation au dépistage (plombémie) relève des compétences du médecin inspecteur de santé publique (Misp) de la Ddass. Dans le cadre d'un groupe de travail émanant du Comité technique plomb du Rhône, une réflexion est actuellement menée sur la nécessité de compléter la procédure DDE par l'envoi d'un courrier Misp pour certains dossiers ciblés tels que : travaux non faits et présence d'enfants dans le logement, contrôles poussières non conformes et logement occupé... Les dossiers présentés par la DDE seront examinés au cas par cas au sein d'un groupe technique mensuel qui réunit la DDE, les SCHS et la Ddass.

Essai de dépistage dans le Haut-Rhin en 2004 à partir des Erap

Parmi les Erap réalisés en 2004 en Alsace, ceux qui signalaient la présence d'enfants mineurs, ont fait l'objet d'un traitement spécifique : ceci concernait les enfants mineurs ayant habité dans le logement concerné avant la vente. Lorsqu'il était fait mention de la présence d'au moins un enfant de moins de 7 ans, la PMI en était informée et faisait une visite sur place. Dans un certain nombre de cas, la nouvelle adresse de domicile des enfants n'était pas connue. Pour les autres enfants, une plombémie était prescrite par le médecin de PMI, mais peu de plombémies ont été réalisées *in fine* et aucune plombémie supérieure à 100 µg/l n'a été trouvée. Pour les domiciles dont la présence d'enfants de 7 ans et plus était signalée, le médecin de la Ddass adressait un courrier aux parents les invitant à consulter leur médecin traitant pour une prescription de plombémie. Cette stratégie n'était pas efficace du fait de l'absence de suivi effectif de cette démarche : dans tous les cas, il n'y a eu aucun retour de plombémie supérieure à 100 µg/l et pas de

connaissance du taux de réalisation des plombémies. Cette initiative a été arrêtée de fait au bout d'un an pour deux raisons :

- difficulté par manque de personnel pour suivre les Erap ;
- mauvais rendement en termes de plombémies réalisées par rapport à l'investissement initial.

L'arrivée des Crep conduit la région à évaluer si une exploitation des Crep dans un but de repérage des enfants à risque est faisable et si elle présente un intérêt.

Constitution d'un fichier des Erap dans les Hauts-de-Seine

La Ddass a mis en place en 2002 un fichier informatique des Erap. Les adresses étaient saisies après une sélection des dossiers dans lesquels apparaissait un risque significatif. En effet, les Erap ne présentant pas d'accessibilité au plomb étaient parfois envoyés par certains notaires « par sécurité » au Préfet ; d'autres dossiers ne présentaient pas de véritable risque, la présence de peinture au plomb y étant anecdotique. Ce fichier a été mis à jour et envoyé périodiquement au service départemental de PMI qui l'a mis à disposition des médecins des services de PMI de terrain. Ce fichier a l'avantage de renseigner les médecins sur la présence de plomb dans l'immeuble, sans toutefois que cette présence soit quantifiée (concentrations en plomb, importance des surfaces couvertes) et sans que le niveau d'accessibilité soit précisé.

Mise en place des Crep en 2006 : un dispositif en devenir

Les dispositions concernant la mise en œuvre du Crep entrent progressivement en vigueur depuis la rénovation du dispositif de lutte contre le saturnisme et la publication d'un décret et de plusieurs arrêtés le 25/04/2006 ; le nouveau dispositif sera pleinement applicable à compter du 12/08/2008. La circulaire interministérielle du 13 août 2007 relative au dispositif de lutte contre le saturnisme infantile reprecise les conditions d'application de l'ensemble de ces textes.

Effets attendus et limites du nouveau dispositif

À ce stade, le recul est insuffisant pour juger des effets potentiels de la mise en œuvre de ces nouvelles dispositions sur l'activité de dépistage, en particulier s'agissant de la gestion quotidienne du flux des dossiers, hors création de listes.

Au vu de l'expérience déjà acquise sur le traitement des Erap, l'efficacité du chaînage entre un Crep et la réalisation d'une action individuelle de dépistage dépend de deux facteurs principaux : la capacité d'analyse du risque des services sur des données brutes d'une part, les modalités de mise en œuvre de l'invitation au dépistage d'autre part.

Le premier facteur est lui-même conditionné par le volume et la qualité des documents qui sont transmis aux services, le croisement des informations recueillies devant permettre d'établir l'existence d'un risque d'exposition par la concomitance d'un danger (présence de plomb accessible en quantité) et d'une occupation (présence d'un mineur).

Sur ces points, par comparaison avec le dispositif antérieur, le volume des Crep à traiter par les services sera la résultante de deux effets antagonistes : l'élargissement de la zone géographique et l'extension du nombre de situations nécessitant un repérage du plomb (parties communes, mises en location, France entière) d'une part, et la restriction des motifs de transmission à l'autorité administrative, d'autre part, par la création de 5 facteurs de dégradation limitatifs.

Sur le plan de la qualité, le processus de certification des opérateurs prévu par l'article L271-6 du Code de la construction devrait permettre d'améliorer encore la fiabilité des Crep.

En revanche, le même écueil subsiste s'agissant de la contingence qui caractérise les informations recueillies sur l'occupation des lieux : coordonnées du propriétaire, coordonnées des occupants, statut d'occupation, présence de mineurs, statut du bien... De fait, l'étape indispensable de recherche et de validation des données, coûteuse en temps pour les services et souvent de faible efficacité (courriers de sollicitation, gestion des non-réponses, question de l'égalité de traitement des propriétaires...) est conservée dans son principe.

Le second facteur influant l'efficacité du chaînage entre le Crep et la réalisation du dépistage individuel est lié aux modalités concrètes de mise en œuvre de l'invitation aux familles concernées (style employé dans les courriers, contacts avec le médecin prescripteur, visites à domicile...).

Aucune évolution n'est apportée sur ce point par la réglementation du 26/04/2006. L'acte de dépistage se positionne essentiellement dans une logique réglementaire de mise en œuvre des mesures d'urgence. De fait, l'hétérogénéité observée en matière de chaînage, selon les départements, dans les suites données aux Erap, risque de se perpétuer avec les Crep.

La réalisation effective du dépistage d'un enfant d'une famille demeure *in fine* l'aboutissement d'une succession d'agissements opiniâtres plus que réglementaires, soumis à la variabilité individuelle de perception du risque par les acteurs administratifs.

Toutefois, la mise en œuvre des dispositions de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique devrait générer mécaniquement une augmentation du nombre de dépistages, par l'effet de la généralisation progressive de l'obligation de repérage du plomb (à l'ensemble du parc immobilier vendu, loué ou disposant de parties communes et construit antérieurement au 01/01/1949) associée à l'obligation d'information des

occupants par les propriétaires ou exploitants de locaux d'hébergement. En effet, le Crep doit être communiqué aux occupants et il lui est annexé une note officielle d'information qui a été définie par l'arrêté du 25 avril 2006. Cette note indique « Si vous craignez qu'il existe un risque pour votre santé ou celle de votre enfant, parlez-en à votre médecin (généraliste, pédiatre, médecin de protection maternelle et infantile, médecin scolaire) qui prescrira, s'il le juge utile, un dosage de plomb dans le sang (plombémie) ». Même sans accompagnement des Crep par l'administration, la multiplication des destinataires de cette note d'information devrait avoir un effet sur le dépistage.

En conclusion, en relation avec les informations aujourd'hui disponibles et les dispositifs mis en place, deux évolutions devraient être possibles à l'avenir :

- la fusion des listes de bâtiments « à risque » (identifiés à travers les procédures administratives les frappant ou les visites des inspecteurs de salubrité), de bâtiments « à Crep positif » et de bâtiments contaminés (avec dosages positifs) devrait être étudiée, cette fusion passant nécessairement par un important travail de classification des bâtiments, et surtout de mise à jour ;
- l'intégration de ce dispositif avec l'information de toutes les familles demeurant dans un bâtiment où une intoxication a fait l'objet d'une DO (dispositif Code santé publique). Le rapprochement des deux logiques pourrait permettre une amélioration du ciblage des bâtiments et des enfants exposés.

BIBLIOGRAPHIE

ARHANCET F. Lutte contre le saturnisme infantile: analyse de l'instruction des ERAP en Ardèche, comparaison et propositions d'amélioration. Mémoire ENSP Ingénieur d'Etudes Sanitaires Promotion 2005, 10p

BARBERY COURCOUX AL, ORLOWSKI JC, BRETIN P. Dépistage du saturnisme infantile à partir de l'habitat dans 3 communes des Hauts-de-Seine. Conseil Général des Hauts-de-Seine, Nanterre ; Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales des Hauts-de-Seine (Ddass), Nanterre. 1996 : 1-26

GINOT L, PEYR C, CHEYMOL J, FONTAINE A, BONJOUR M, et coll. Présence de plomb soluble dans les peintures et les poussières de bâtiments anciens: une étude de prévalence en région parisienne. *Rev Med Travail* 1994, 2 : 74-77

GINOT L, PEYR C, FONTAINE A, CHEYMOL J, BUISSON B, et coll. Dépistage du saturnisme infantile à partir de la recherche de plomb dans l'habitat: une étude en région parisienne. *Rev Epidémiologie et Santé Publique* 1995, 43 : 477-484

LAFFORGUE P, LAYLLE B. Évaluation de la mise en œuvre de l'arrêté préfectoral du 24 Octobre 2001 classant le département des Landes en zone à risque d'exposition au plomb. Service Santé Environnement de la Ddass des Landes, mars 2005

SERVICE SANTÉ ENVIRONNEMENT DE LA DDASS DE L'EURE. Lutte contre le saturnisme infantile – Bilan des actions engagées. Rapport au Conseil Départemental d'Hygiène, octobre 2005, p 4

TRICARD D. Lutte contre le saturnisme infantile lié à l'habitat indigne. Résultats de l'enquête conduite dans 25 départements sur les suites données aux ERAP. Rapport IGAS, avril 2004, p 9