

LE PICA EST-IL UNE ADDICTION ? LES CONSOMMATIONS D'ARGILE CHEZ LES FEMMES ENCEINTES EN GUYANE FRANÇAISE

[Laurence Simmat-Durand](#), [Dana Richemé](#), [Stéphanie Toutain](#)

De Boeck Supérieur | « [Psychotropes](#) »

2020/4 Vol. 26 | pages 53 à 85

ISSN 1245-2092

ISBN 9782807393912

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2020-4-page-53.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour De Boeck Supérieur.

© De Boeck Supérieur. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Le pica est-il une addiction ? Les consommations d'argile chez les femmes enceintes en Guyane française

Is pica an addiction? Clay use in pregnancies in French Guiana

Laurence Simmat-Durand

Professeure de sociologie-démographie
Université de Paris, Cermes3
Laurence.simmat-durand@u-paris.fr

Dana Richemé

Doctorante en sociologie
Université de Paris, Cermes3

Stéphanie Toutain

Maître de conférences de sociologie-démographie
Université de Paris, Cermes3

Résumé : La consommation d'argile ou géophagie est décrite dans le monde entier comme un comportement particulier des femmes enceintes dans certaines conditions, voire propre à certaines sous-populations. Les explications données à ce comportement ont varié dans le temps. Tout d'abord décrit comme une envie de la femme enceinte, attirée par toutes sortes de produits non ingérés habituellement, il a ensuite été désigné comme pica, puis groupé avec les autres troubles des comportements alimentaires. Dans tous les cas, la définition en est d'une envie

irrépressible de consommer certaines substances, comportant éventuellement le besoin d'augmenter les quantités. Cette définition et la globalisation des addictions comportementales et à des substances amènent à l'intégrer dans ce champ. Nous visons ici à interroger la nature de l'ingestion de l'argile au travers d'une revue historique puis au moyen de nos données de terrain sur les représentations et/ou interprétations des soignants et des femmes concernés par ces pratiques, par l'exemple de la Guyane française.

Abstract: The consumption of clay or geophagia is described worldwide as a particular behaviour of pregnant women under certain conditions, or even specific to certain subpopulations. Explanations for this behaviour have varied over time. First described as a pregnancy craving for all kinds of products not usually ingested, it was then designated as pica, then grouped with other eating disorders. In any case, the definition describes an irrepressible desire to consume certain substances, with in some cases the need to increase quantities. This definition and the globalisation of behavioural addictions and substances bring it into this field. We aim here to examine the nature of clay ingestion through a historical review and then by means of our field data on the representations and/or interpretations of caregivers and women concerned about these practices, using the example of French Guiana.

Mots clés : argile, pica, géophagie, grossesse, Guyane

Keywords: clay, pica, geophagia, pregnancy, French Guiana

Introduction

Consommer des substances non comestibles pendant la grossesse ne figure évidemment pas dans le « cahier des charges » de la bonne conduite de la femme enceinte pour donner naissance à un bébé parfait et en bonne santé (Hammer et Burton-Jeangros, 2013). Les politiques publiques autour du suivi des grossesses ont accordé une importance croissante aux consommations de tabac, d'alcool ou de drogues

illicites dans les recommandations visant les femmes enceintes (Dumas *et al.*, 2018 ; Hammer et Inglin, 2014). Si la consommation d'argile (géophagie) des femmes enceintes n'est pas évoquée dans les guides nationaux, des adaptations à des pratiques de consommation réputées délétères pendant la grossesse apparaissent dans les carnets de maternité, comme c'est le cas en Guyane française. De même qu'aux États-Unis, on retrouve en Guyane française un lien avec les migrations en provenance de pays où la pratique est développée, notamment le Suriname et Haïti pour la Guyane, la Jamaïque, le Mexique et Haïti pour les États-Unis (Mills, 2007).

Un aperçu historique va nous permettre de situer les conceptions changeantes de ce comportement au fil du temps. Les descriptions traversent les siècles autour des attirances des femmes enceintes pour consommer des produits spécifiques, voire même des produits non alimentaires. Ces pratiques sont généralement décrites comme féminines, réprouvées ou interdites. Les observateurs puis les médecins s'accordent sur la notion d'envie de la grossesse pour désigner ces pratiques mais également pour désigner leurs conséquences supposées, comme les taches sur la peau des nouveau-nés ou d'autres « défauts » visibles sur les bébés. Au cours du XX^e siècle, les observations des différents troubles du comportement alimentaires vont englober ces pratiques de consommation d'éléments non alimentaires, sous des termes comme la géophagie ou la pagophagie, puis globalement sous celui de pica, du nom latin de la pie qui « picore » toutes sortes de matériaux (Young, 2011).

En dehors même du contexte de la grossesse, la géophagie ou consommation d'argile, de terre, de talc, de glaçons, etc., apparaît comme une pratique essentiellement féminine, éventuellement infantile, et cachée. Elle est attestée dans le monde entier par le biais d'une importante littérature, notamment médicale et anthropologique (Young, 2011). La consommation d'argile, appelée localement pemba, est ainsi bien décrite pour le département de la Guyane française, notamment par les équipes médicales de l'Ouest de ce territoire (Lambert *et al.*, 2014 ; Louison-Ferté *et al.*, 2014).

La globalisation de différents comportements ayant des traits communs, comportant ou non des produits, sous le terme d'addiction, va amener depuis une vingtaine d'années, à réinterroger ces pratiques de consommation, quand elles concernent un adulte, pour les englober dans ce champ. Effectivement, la description clinique de ces

troubles, souvent au moyen de tests de gravité des addictions, permet de distinguer des gradients dans les usages, allant de la simple médication des troubles digestifs à un comportement irrépressible entraînant des symptômes de manque, un accroissement des quantités, un sentiment de honte, etc. Comme ce comportement était passé d'une « simple envie » de la grossesse au pica, il passe maintenant d'un trouble du comportement alimentaire à une addiction, éventuellement prise en charge par les centres de soins. L'argile n'étant pas une substance psychoactive, si l'on parle d'addiction à propos du pica, ce serait une addiction comportementale, qui plus est, dans le cas qui nous intéresse, le plus souvent intermittente, à l'occasion des grossesses. Mais l'inscription de l'argile dans le champ sémantique des « drogues » va amener à lui prêter des propriétés addictives, afin de rendre le comportement intelligible, voire amener à en interdire la vente, nous allons y revenir.

Interroger la nature de l'ingestion de l'argile au travers d'une revue historique puis au moyen de nos données de terrain sur les représentations et/ou interprétations des soignants et des femmes concernés par ces pratiques, par l'exemple de la Guyane française, constitue la trame de cet article.

Envies de la grossesse

La littérature sur les croyances autour des grossesses montre que parmi les signes de grossesse, on trouvait de manière traditionnelle « l'envie d'aliments et de boissons bien particuliers et parfois de choses incommestibles » (Schlumbohm, 2005). Au XIX^e siècle, les médecins évoquaient la folie passagère des femmes enceintes, comportant notamment « des appétits complètement dépravés ; on les voit manger sans répugnance, quelquefois même avec plaisir, les substances les plus dépourvues de saveur, telles que du plâtre, du charbon, etc. » (Ribes, 1866).

Généralement, l'entourage familial fait en sorte de satisfaire les envies de la femme enceinte afin d'éviter que le nouveau-né ne porte les marques de cette insatisfaction (Carles, 2014). Ces marques sur le bébé – liées à ces envies et reconnues depuis l'Antiquité – sont également désignées sous le nom d'envies : notamment les taches rouges sur le corps de l'enfant qui seraient liées à l'envie de la mère pour des

aliments rouges par exemple. Montaigne, dans les *Essais*, ne doute pas que les femmes puissent « envoyer aux corps des enfants qu’elles portent au ventre des marques de leurs fantaisies » (Coste, 2000). Des malformations sont également évoquées, comme le bec-de-lièvre qui serait lié à la consommation de lièvre pendant la grossesse. Mais également, de possibles conséquences des passions sur la santé mentale de l’enfant à naître (Coste, 2000). En Guyane, les discussions avec des femmes enceintes ou récemment accouchées montrent la persistance de l’idée d’une « signature » de la consommation de la mère sur le corps de l’enfant. Aujourd’hui encore, les discussions sur les réseaux sociaux ou les forums montrent l’idée d’un marquage du corps de l’enfant. « *Ma bb2 a 2 tâches de naissance sur son bidou et je me demande si ce qu’on dit à propos des tâches de naissance est vrai ???? J’ai fait du diabète gestationnel donc j’ai été frustrée niveau sucre est ce que ça vient de là ?? Ma bbl aucune tâche et grossesse sans frustration !* » (Aufeminin.com, 2014).

Les envies des femmes enceintes, dans toutes les cultures, seraient, selon certains auteurs, une forme de pica admise et susceptible de disparaître en cas de supplémentation systématique en fer (Crosby, 1976). Ce qui suggère que la carence martiale serait le dénominateur commun aux envies et au Pica.

Pica : des pratiques mondiales

Des pratiques de pica, notamment chez les femmes enceintes, les jeunes enfants ou les personnes carencées en fer, sont décrites à travers l’histoire et sur l’ensemble de la planète, seules les substances ingérées varient selon les localisations (Young, 2011). Les femmes s’adonnant au pica en dehors des grossesses signalent une recrudescence de cette pratique lors de celles-ci. Les principales pratiques sont la géophagie (argile, craie, talc), la pagophagie (glaçons), l’amylophagie (amidon). Souvent, la géophagie ne consiste pas à ingérer n’importe quelle terre mais des argiles récoltées, nettoyées, conditionnées afin d’être commercialisées (Lambert *et al.*, 2013).

Parmi les pratiques de géophagie, l’argile est la substance principalement décrite, sous des appellations différentes suivant les pays, pemba au Suriname et en Australie, tè (ou terre) à Haïti, kaolin en Afrique et dans certaines boutiques exotiques en France

métropolitaine. Aujourd'hui, cette pratique est rapportée dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, mais aussi dans les sociétés occidentales, notamment parmi les populations étrangères ou autochtones (Thihalolipavan, Candalla et Ehrlich, 2013). Sur des sites internet consacrés à la grossesse ou aux jeunes parents, on retrouve cette notion comme étant inexplicée : « Sans que l'on sache très bien pourquoi, le syndrome de Pica peut survenir pendant la grossesse. Il se manifeste alors généralement par des envies irrésistibles de manger de la craie, de la terre, du plâtre, de l'argile, de la farine¹. »

Ces pratiques de pica sont ainsi décrites au fil des témoignages de femmes sur les réseaux sociaux, comme une envie passagère pendant leur grossesse :

« Lorsque j'attendais mon premier enfant, j'ai développé une envie très étrange autour du 7^e mois de grossesse. J'avais très envie... de craie ! J'ai essayé, ce n'était pas bon au goût, et bien entendu, j'ai recraché, mais j'ai apprécié la sensation. J'étais aussi attirée par les crayons en bois, et en mâchouillais souvent. J'ai regardé sur les forums et j'ai compris qu'il s'agissait du syndrome de pica. Je n'en ai pas parlé à mon médecin, et ai essayé de trouver des substituts qui auraient pu me procurer la même sensation de croquant... mais rien n'y a fait. Heureusement, après avoir accouché, toutes ces envies se sont volatilisées. Aujourd'hui, j'ai du mal à comprendre pourquoi j'ai ressenti cette drôle d'envie. » (Hannah, 28 ans sur Magicmaman, 2019)

TCA – TOC ou addiction ?

La médecine occidentale tend à considérer la géophagie comme un trouble du comportement alimentaire (Lambert *et al.*, 2013) : elle est d'ailleurs classée parmi les picas dans le DSM-5.

Les addictions comportementales tendent de plus en plus à englober des pratiques alimentaires qui étaient auparavant regroupées sous le vocable « troubles des conduites alimentaires (TCA) », à condition que « la personne ait cette pratique pendant au moins un mois et soit en âge de comprendre que cette substance ne devrait

1. <https://www.parents.fr/enfant/alimentation/syndrome-de-pica-tout-sur-ce-trouble-du-comportement-alimentaire-427041>

pas être consommée ». Le pica pendant la grossesse répond à cette définition.

Le DSM-5 ne fournit pas la prévalence du pica car elle n'a pas été estimée en population générale. Au niveau mondial, la prévalence chez la femme enceinte varie entre 0,02 % au Danemark et 92,5 % au Nigeria. Cette grande amplitude s'explique par des différences de critères de diagnostic, de mesures, de pratiques culturelles et des différences d'échantillonnage (niveau socio-économique, composition ethnique, etc.). D'après une méta-analyse, la prévalence du pica serait la plus élevée en Afrique, suivie par l'Amérique du Nord et du Sud, et enfin par l'Eurasie, mais aussi chez les femmes moins éduquées (Fawcett, Fawcett et Mazmanian, 2016).

La seule étude de grande ampleur menée au Danemark auprès de 100 000 femmes enceintes rapporte un taux de prévalence de 0,02 % (Mikkelsen, Andersen et Olsen, 2006). Toutefois, cette étude comporte de nombreux biais : surreprésentation des PCS favorisées, exclusion des femmes ne comprenant pas le danois et un taux de non-réponse proche de 30 %.

De nombreuses autres études ont été réalisées aux États-Unis. Elles reposent le plus souvent sur des populations spécifiques (femmes enceintes, populations carencées en fer, malades mentaux) et sont de tailles restreintes. Une revue de la littérature de seize articles couvrant la période 1950 à 1990 mentionne un taux de prévalence autour de 20 % parmi les femmes qualifiées « à haut risque » à savoir les femmes de couleur de peau noire, résidant en milieu rural et avec des antécédents familiaux de pratique du pica (Horner et al., 1991). Ainsi, le risque associé au pica était quatre fois plus élevé pour les femmes noires que pour les femmes blanches, deux fois plus élevé pour celles vivant en milieu rural que celles vivant en milieu urbain. Une autre étude comportant 125 femmes enceintes vivant en milieu rural dans l'État de Géorgie aux États-Unis recense 14 % de pica dont 44 % de pagophagies : plus de la moitié de ces femmes avait déjà cette pratique avant la grossesse, un membre de leur famille le pratiquant lui-même, l'auteur supputant ainsi un effet d'imitation ; une différence significative de fréquence entre les femmes de couleur de peau noire ou blanche était également soulignée (Smulian et Motiwala, 1995). Une autre étude, cette fois menée en milieu urbain dans l'État du Texas auprès de 281 femmes enceintes à 89 % de couleur de peau noire, relève un taux de prévalence de 76,5 % (Rainville, 1998).

En Afrique, les taux de prévalence rapportés chez les femmes enceintes sont plus élevés, 28 % en Tanzanie, 50 % au Nigeria et 65 % au Kenya. Une étude menée à Yaoundé au Cameroun auprès de 342 femmes estime, quant à elle, le taux de prévalence à 32,4 % avec un risque 2,75 fois plus élevé pour les femmes porteuses du VIH, 2,5 fois plus fréquent pour celles avec un niveau d'éducation primaire, et enfin 1,6 fois plus élevé pour les célibataires. Les raisons évoquées pour cette consommation sont l'envie (82 % d'entre elles) suivies par les nausées (Essome *et al.*, 2017). Dans une autre étude menée, les femmes interrogées au sujet de leur consommation de pica considèrent que cette dernière est profondément ancrée dans les traditions et habitudes culturelles (Myaruhucha, 2009).

Dans une région située au nord du Ghana, une étude menée auprès de 132 femmes enceintes et leurs enfants relève une prévalence du pica de 26 % (Abu *et al.*, 2017) soit une prévalence très inférieure à celle de rapportée dans la littérature pour les générations antérieures (années 1980). Parmi ces Ghanéennes pratiquant le pica, 57 % évoquent – comme cause principale à cette pratique pendant leur grossesse – un désir personnel, 13 % leur grossesse, 10 % des changements hormonaux. Notons que dans cette étude, un quart des femmes non enceintes déclarent cette pratique.

Le pica intrigue et traverse les forums, les livres ou les sites de conseil sur la grossesse. Un film lui est d'ailleurs consacré, sorti en janvier 2020².

La définition de l'addiction comprend l'incapacité à arrêter malgré les connaissances de conséquences négatives. Les conséquences du pica sont très mal connues, nous allons y revenir. Le lien susceptible d'exister entre le pica et une addiction est questionné depuis quelques années, plutôt pour constater qu'il est difficile d'en comprendre le mécanisme (Lambert *et al.*, 2013). Identifier les consommations à risques dans différentes populations cliniques pourrait

-
2. Extrait du site Forum.fr : « Le film *Swallow* de Carlo Mirabella-Davis, qui a reçu le prix du 45^e Festival de Deauville, est sorti au cinéma en janvier 2020. Ce long-métrage met en lumière un trouble compulsif du comportement alimentaire méconnu du grand public : celui d'ingérer volontairement et régulièrement des objets ou des substances non comestibles [...] Une épouse en apparence parfaite qui, lorsqu'elle tombe enceinte, se met étrangement à ingérer de manière répétée des objets. Punaise, terre, bille, pile, savon... Tout cela disparaît successivement dans l'estomac de la jeune femme. »

aider aux prises en charge. Cette démarche a été faite par une enquête auprès de femmes migrantes au service obstétrique de l'hôpital de Nantes : 14 % consommaient de l'argile et 8 % étaient évaluées comme à risques sur la base du test DETA-CAGE conçu pour évaluer l'usage à risques de l'alcool (Caillet *et al.*, 2018b).

Le vocabulaire utilisé pour définir le pica ou décrire les pratiques de consommation de terre ou d'amidon appartient au champ de l'addiction, par exemple les titres choisis pour des articles « *craving more than food* » ou « *craving earth* » (Mills, 2007 ; Young, 2011), reflètent cette notion de manque, le mot *craving* désignant également le manque dans la dépendance. Il faut noter qu'en anglais les envies de la grossesse sont aussi désignées par *craving*, ce qui montre la proximité de ces interprétations.

Matériau

Une enquête quantitative a été menée dans les maternités de Guyane sur les consommations des femmes pendant leur grossesse à laquelle ont répondu 879 femmes ayant accouché en 2017-2018. Un questionnaire ad hoc a été conçu, reprenant les grandes lignes de celui proposé en auto-questionnaire par le Groupe d'étude Grossesse et Addictions, GEGA, disponible sur le site de cette association. Ce questionnaire a été initialement développé pour orienter les patientes en maternité (Fline-Barthes *et al.*, 2015). Il a été adapté pour la Guyane aux consommations locales, à l'identification des groupes de population migrants ou transfrontaliers et comporte les questions du T-Ace (Sokol, Delaney-Black et Nordstrom, 2003) et des modalités plus précises concernant les consommations. Il était proposé aux femmes en suite de couches (le plus souvent un ou deux jours après la naissance). Le questionnaire était strictement anonyme, seule l'année de naissance de la mère a été recueillie, sa date de naissance complète et celle de l'enfant ne figurant pas sur le questionnaire. Le CERES, comité d'éthique de l'Université Paris Descartes, a validé le questionnaire ainsi que les modalités de passation (décision 2017-25) et une déclaration simplifiée a été déposée à la CNIL (n° 2081716). La méthodologie et les résultats sont détaillés dans Simmat-Durand et Toutain (2019) et Simmat-Durand et Toutain (2020). Ces données ont été exploitées à l'aide des logiciels Modalisa8 et SPSS20 en analyses bivariées et multivariées.

En complément de l'enquête quantitative, trois séries d'entretiens ou d'observations ont été menées en Guyane française, axées plus spécifiquement sur la question du pemba :

- Une douzaine d'observations d'entretiens avec des femmes bushinengue interrogées par une enquêtrice de langue maternelle du fleuve en 2018.
- Une trentaine d'entretiens menés en créole haïtien auprès de femmes d'origine haïtienne rencontrées en maternité ou à domicile à Cayenne en décembre 2019.
- Une dizaine d'entretiens avec des soignants complétés par des observations, des conversations informelles lors des consultations ou en maternité, également en 2019. Les entretiens avec les soignants sont souvent de courte durée, quand une femme ne vient pas en consultation. Mais ils sont interrompus dès qu'ils doivent poursuivre avec la mère suivante. Ils ont été complétés de très nombreux dialogues pris en note, pendant les pauses et temps informels.

Des données sur Haïti avaient également été recueillies qui seront évoquées pour compléter le propos (Richemé, 2019).

Les données qualitatives ont fait l'objet d'analyses thématiques hiérarchisées et d'analyse du vocabulaire à l'aide du logiciel Nvivo12.

1. Qui consomme en Guyane ?

La Guyane a enregistré la plus forte croissance démographique des régions françaises avec une augmentation moyenne de 2,6 % en 2018 : l'Ouest Guyanais se distingue par une croissance de près de 4 % grâce à sa fécondité élevée et la jeunesse de sa population (Cratère, 2019). Ce dynamisme démographique est porté par un solde naturel très positif (+2,4 %) et un solde migratoire également positif (+0,2 %). Le solde naturel s'explique par une forte progression des naissances. Depuis 2016, les naissances issues de mères de nationalité française sont moindres que celles de nationalité étrangère (Cratère, 2019). Et parmi les mères de nationalité étrangère, les Haïtiennes ont mis au monde un quart des bébés nés en Guyane. Au niveau territorial, la moitié des naissances se concentrent sur deux villes : Cayenne et Saint-Laurent-du-Maroni, cette dernière ville enregistre la plus forte progression des naissances entre 2014 et 2017 (+34 % *versus* 21 %).

Actuellement, selon les soignants, quatre femmes sur dix accouchant au centre hospitalier de Cayenne sont d'origine haïtienne. En 2016, les données issues du Registre informatisé des grossesses (RIGI) sur la totalité des naissances de l'année en Guyane montraient déjà une proportion de 24 % de femmes de nationalité haïtienne parmi celles qui avaient accouché (*versus* 2 % à Saint-Laurent-du-Maroni).

Une enquête au sein des trois maternités de Guyane, menée en 2017-2018 interrogeait des femmes en suite de couches sur leurs consommations pendant la grossesse, de tabac, d'alcool, de produits illicites, de médicaments psychotropes et de pemba, nom donné localement à l'argile sous sa forme consommée (Simmat-Durand et Toutain, 2019). Globalement, 119 femmes sur les 789 interrogées ont déclaré une consommation de pemba (soit 15 % de l'effectif). Ces femmes ont plus souvent accouché au centre hospitalier de Saint-Laurent-du-Maroni et présentent des profils socio-démographiques contrastés mais ne se distinguent pas par leur âge à la dernière maternité (tableau 1).

Les consommatrices de pemba ont significativement plus souvent un niveau d'études inférieur au collège, sont plus fréquemment de nationalité surinamienne ou parlant une langue du fleuve, résident plus souvent à Saint-Laurent-du-Maroni ou à l'étranger. Du fait des différentes vagues migratoires, les femmes qui consomment sont sur le territoire guyanais depuis dix ans ou plus. Elles ont un nombre plus élevé d'enfants et sont surreprésentées parmi les femmes ayant eu plus de sept grossesses (tableau 1).

Une analyse multivariée utilisant une régression logistique (tableau 2) permet de contrôler les différentes variables influant sur la consommation de pemba. Les femmes ont 14 fois plus de risques de consommer du pemba si elles parlent une langue du fleuve, 1,7 fois plus de risques si leur première consultation de grossesse a eu lieu au troisième trimestre et si elles ont consommé de l'alcool. Par contre, le risque est diminué de plus de la moitié si elles ont un niveau d'études au moins égal au baccalauréat.

L'association éventuelle de cette consommation avec celle de l'alcool avait été évoquée dans l'enquête faite par Louison et al. ayant trouvé que 35 % des femmes interrogées l'associaient à une boisson alcoolisée (Louison, 2012). À partir de notre enquête, nous avons mis en lien les violences subies au cours de la vie, les consommations de

pemba et d'alcool pour définir des populations à risques pendant la grossesse (Simmat-Durand et Toutain, 2020).

La faible proportion de femmes de nationalité haïtienne ayant déclaré une consommation de pemba nous a interpellées, la consommation d'argile étant répandue en Haïti (Gélis, 2010). Alors que les soignants n'utilisent que le mot pemba pour désigner ce comportement, il s'est avéré par l'enquête qualitative que les femmes haïtiennes utilisaient le terme de « tè », donc « la terre » pour désigner l'argile³. De ce fait, il est probable que l'enquête quantitative ait sous-estimé la consommation à Cayenne où elles accouchent en majorité (84 % des femmes de nationalité haïtienne interrogées ont accouché à Cayenne).

Les soignants de la maternité de Cayenne ont découvert par notre enquête la consommation des femmes haïtiennes, pour l'immense majorité d'entre eux. Leur idée était que seules les femmes bushinengue étaient concernées et la question n'était donc pas posée aux femmes d'autres sous-populations. Cela confirme le biais obtenu par l'enquête quantitative, les enquêtrices, souvent des sages-femmes n'ont pas vraiment insisté pour savoir si les femmes consommaient de l'argile ou de la terre. De même, lors de l'enquête précédente faite à Saint-Laurent du Maroni, les populations concernées étaient bien citées comme les femmes noires marronnes et haïtiennes (Louison, 2012).

« Non, effectivement, quand même, on, si, c'est quand même un peu ce qui était présenté par les collègues qui étaient sur le terrain depuis longtemps. Elles nous disaient ben voilà il y a des populations et les populations qui étaient plus consommatrices et quand on les interrogeait, bien souvent c'était le cas, c'était les patientes du fleuve, les patientes bushinengue.

Enquêtrice : *Voilà.*

– La patientèle haïtienne par exemple, euh, vous l'avez évoquée, effectivement, là, en présentant votre étude, mais c'est pas forcément une patientèle à laquelle j'adressais la question par exemple. »

(Cadre sage-femme, 34 ans)

On sent la gêne de cette professionnelle à lier des caractéristiques ethniques à des pratiques qui seraient réprochées ou considérées

3. Richemé Dana, « Géophagie chez les Haïtiens en Haïti été dans les diasporas au prisme des risques sanitaires », thèse de doctorat de sociologie en cours, sous la direction de L. Simmat-Durand, Université de Paris.

comme non adéquates pour la santé de la mère et de l'enfant. Les sages-femmes présentes depuis très longtemps étaient plus à l'aise pour désigner les populations concernées.

2. Une pratique cachée, réprouvée ou interdite

Les professionnels qui commencent à travailler en Guyane connaissent rarement les picas mais sont attentifs à la question de l'anémie, qu'ils désignent d'ailleurs comme une « pathologie invisible ». Les femmes enceintes ne parlent de ces pratiques que lorsqu'elles sont interrogées directement, et souvent avec réticence. Si la sage-femme n'évoque pas fermement la question, elle n'obtiendra aucune information à ce propos. Cela signifie *a contrario* que les femmes ressentent une réprobation de la part des soignants et évitent le sujet. Ainsi, une des sages-femmes nous a déclaré que les femmes savent qu'elles vont être réprimandées, une autre qu'elles savent bien que cela est interdit. Cette connaissance pourrait se transmettre entre femmes :

« Tout à fait et je pense qu'elles ont peut-être aussi l'expérience de proches euh, qui ont, ben, répondu à cette question, oui j'en prends, et qui ont eu un retour peut-être clairement réprobateur et puis on se dit dans la communauté que c'est quelque chose qu'il faut taire, que c'est pas quelque chose à mettre en avant, etc. »

(Cadre sage-femme)

Une des conséquences, comme pour toutes les pratiques réprouvées, est que les femmes tendent à mettre la consommation de pamba à distance, en niant même parfois la connaître et en l'imputant à des histoires autour des femmes haïtiennes ou à des pratiques ancestrales, dépassées.

« Non, je ne sais pas, je ne sais pas, ce sont des rumeurs, peut-être qu'ils mangent vraiment, mais je ne sais pas

– Ah bon ?

– Mais moi, je ne mange pas ça. »

(Femme haïtienne, 37 ans, arrivée depuis trois mois, sans papiers, niveau bac)

Beaucoup de pratiques féminines en lien avec l'enfantement sont ainsi cachées aux hommes et aux soignants, mais partagées entre femmes, souvent de la mère à la fille, ou entre sœurs. Ces pratiques sont universelles et souvent réprouvées (Boltanski, 2004). S'agissant

de la consommation d'argile, dans toutes les parties du monde, il s'agit d'une pratique essentiellement féminine, réprouvée par les hommes, mais parfois aussi par les femmes (Pessoa, 2005). L'interdit ou la réprobation qui pèsent sur la consommation de pemba sont évidemment connus des femmes, elles essaient de les passer sous silence, de les minimiser ou de les mettre à distance, en reconnaissant que des femmes le font, mais que ce n'est pas leur cas personnel, d'autant plus quand elles sont passées « de l'autre côté » de la barrière, en faisant partie des professionnels de l'hôpital :

« Mais comme je vous ai dit, je le prenais pas, comme les dames-là le font là, tous les jours, tous les jours... Oui, j'ai pris juste pour goûter.

Enquêtrice : *Ah d'accord.*

– *J'ai pris juste pour goûter. »*

(Puéricultrice, 29 ans, née en Guyane)

3. C'est juste une envie

L'envie est décrite dans la littérature comme un comportement inexplicable de la femme enceinte, les modifications hormonales l'amenant à convoiter des aliments ou d'autres substances qu'elle ne consomme pas habituellement (Schlumbohm, 2005). On s'attendait à ce que cette explication soit connue des sages-femmes. Mais elles semblent plutôt la mettre à distance en l'évoquant comme émanant des femmes.

« Non je ne sais pas pourquoi elles le consomment, je sais, après euh, quand je demande, quand je demande aux femmes haïtiennes, elles me disent juste parce que j'ai envie de manger, c'est tout... Ouais, c'est une envie, elles disent que c'est une envie. » (Puéricultrice, 29 ans)

Cette explication est d'ailleurs considérée comme peu crédible, car pour la plupart des professionnels interrogés, on ne peut avoir envie que de quelque chose de bon, l'archétype français des envies de grossesse étant les fraises. Le fait d'avoir envie de manger de l'argile, du plâtre ou autre paraît totalement incroyable. D'ailleurs, rien dans la formation des professionnelles de maternité ne les avait préparées à faire face à ces comportements. Tandis que les professionnels qui ont des expériences précédentes, peuvent témoigner de ces pratiques dans d'autres régions du monde, les jeunes sages-femmes qui arrivent de métropole ou des Antilles n'en ont jamais entendu parler.

« *Oui alors en arrivant, euh, je n'avais aucune notion, euh, de ce produit, j'en avais jamais entendu parler parce que j'avais fait mes stages, euh, en métropole et puis que j'avais pas été confrontée à une population qui... ben qui, pratiquait ce type de...* » (Cadre sage-femme, 34 ans)

Les femmes déclarent le plus souvent consommer parce qu'elles en ont envie. Les professionnels, notamment les sages-femmes ont cette notion d'envie des femmes enceintes, issue, nous l'avons vu, d'une longue littérature médicale sur les comportements des femmes enceintes, voire les signes de la grossesse.

Ainsi, une femme bushinengue de 40 ans, qui vient d'accoucher d'un neuvième enfant au terme d'une grossesse non désirée qu'elle n'a pas pu interrompre car elle a fait une demande d'IVG hors délai, nous a affirmé qu'elle consomme toujours beaucoup de pemba pendant la grossesse et de façon plus épisodique entre les naissances. Avec pour seule explication, le fait qu'elle ait envie de le faire. Cette femme haïtienne développe cette même question d'envie :

« *Je ne mange pas aujourd'hui. Quand j'étais enceinte, j'avais une grande envie de consommer de "tè". Avant, j'avais envie de consommer de la boue. Une amie m'a dit que ce que j'avais envie de consommer ce n'était pas de la boue, mais plutôt de la "tè". Elle est allée acheter une boule, elle me l'a offerte. En mangeant, j'ai vu que c'était cela que j'avais envie de consommer. Il n'avait pas de sel tout simplement. Je l'ai écrasé d'abord, j'ai ajouté de l'eau, un peu de sel. Ensuite, je l'ai mélangé et mis au soleil. Le mélange ne séchait pas comme je le voulais. Je l'ai mis à cuire sur le feu et, après, cela devient délicieux.* » (Marilyne, 19 ans, Terminale)

On retrouve cette notion de goût, ou finalement, cette terre en particulier est considérée comme ayant un bon goût et fait l'objet de préparations culinaires (Pessoa, 2005). Ainsi, des entretiens faits à Paris, concernant les pratiques des migrantes africaines, il ressort que ce produit n'est pas considéré comme comestible, mais qu'il est néanmoins « mangé » et qu'il fait l'objet de recettes et d'une cuisson qui peut toutefois avoir plusieurs significations : « Cette préparation peut sembler l'assimiler à un aliment, même si la mise au four le rapproche aussi bien de la nourriture que de la poterie » (Pessoa, 2005). Effectivement, la terre utilisée sert également à fabriquer des objets, et en Haïti, notamment les poteries utilisées dans les pratiques de vaudou (Richemé, 2019).

4. Pourquoi consommer des ingrédients non alimentaires ?

La liste des produits mentionnés par nos enquêtées est beaucoup plus large que la seule argile. Sont notamment cités, le talc, l'amidon, le charbon ou les glaçons, voire le savon. Tous ces produits sont effectivement observés dans les pratiques de pica et avaient été repérés comme consommés sur Saint-Laurent-du-Maroni (Louison, 2012) et décrits dans la littérature internationale (Young, 2010).

Ainsi, selon une sage-femme, « *les femmes ici adorent se couvrir de talc pour bébé. Elles s'en mettent plein sur le visage, la poitrine ou les bras. Et certaines le consomment, parfois en grande quantité* ». Pendant notre dizaine de jours d'observation de ce service, une seule femme est arrivée couverte de talc en consultation. En ville, à Cayenne, tous les magasins ou supérettes vendaient du talc, souvent dans des contenants de très grande taille, faisant poudreuse. Le talc (silicate de magnésium) était très utilisé dans les soins aux nouveau-nés mais est passé de mode après l'affaire du talc Morhange dans les années 1970. Il est maintenant déconseillé sur de nombreux sites, notamment par Santé Canada et beaucoup moins présent en métropole.

Une enquête sur le pempa dans l'Ouest guyanais avait relevé comme raisons de la première consommation, la grossesse, loin devant, citée par trois quarts des femmes, puis les nausées, les traitements traditionnels et les cérémonies rituelles (Louison, 2012).

Le lien le plus habituel est fait avec l'anémie : le corps réclamerait des substances contenant du fer du fait de l'anémie de la femme en début de grossesse, elle serait alors « poussée » à consommer de la terre pour pallier ce manque. Paradoxalement, la consommation importante de terre va provoquer une chélation du fer dans l'organisme et renforcer l'anémie (Campuzano Maya, 2011).

« *Quand elles sont anémiées, elles ne prennent pas le fer. Elles ont l'habitude d'être anémiées, elles se sentent bien, c'est une maladie invisible. Quand elles ont mal, elles prennent le médicament, mais là, elles sentent rien. Elles ont toujours eu des grossesses sans problème, ça ne les effraie pas, les bébés sont petits mais ils vont bien.* » (Infirmière, 49 ans)

Pour au moins une sage-femme, la raison est liée à l'hypersalivation pendant la grossesse, plus courante chez certaines populations avec une forte envie de cracher, qui pourrait être réduite par l'absorption de substances crayeuses ou pâteuses, comme l'argile, la craie ou le talc. Cette explication a été peu retrouvée dans la littérature consultée. Cette pratique améliorerait alors le bien-être pendant la grossesse. Il est difficile de développer tous les aspects dans ce seul article. Le fait de cracher, notamment au sol, et notamment dans l'espace public, est toléré voire courant dans certaines parties du monde, mais interdit par la loi sur le territoire français, pour des raisons d'hygiène publique. Les femmes en Guyane sont à l'intersection de deux mondes, un traditionnel où elles ont l'habitude de cracher et les consultations dans un hôpital public où ce n'est pas toléré. De ce fait, elles s'équipent de sacs plastiques pour cracher discrètement quand elles viennent en consultation, selon les sages-femmes. La grossesse provoque un surcroît de salivation, donc un besoin de cracher plus courant et toutes les matières terreuses ou crayeuses freinent ce processus.

« Depuis ma grossesse, je n'arrête pas de cracher. J'ai toujours cette envie de cracher. Dès que je me réveille, j'ai cette sensation. Des fois, à force d'essayer de retenir le crachat, ma bouche est remplie d'eau et j'ai tout d'un coup envie de vomir. J'ai essayé de consommer des bonbons, des boissons sucrées à base de menthe et rien de tout cela ne marche. Une amie m'a conseillée de la tète et cela a fonctionné. Jusqu'à mon accouchement samedi dernier j'ai consommé de la tète et je n'ai plus cette envie de cracher de temps en temps. Crois-moi c'est vrai. »
(Pascale, 33 ans, commerçante, CM2)

« J'étais fatiguée à force que je crachais. Cela me gênait. J'avais la honte, des fois. Quand je suis en public ou en présence des inconnus ou mes amis, j'ai cette envie de cracher. On dirait que cela arrivait par exprès, juste pour me gêner. Le fait de cracher beaucoup me donne l'impression que je suis un peu sale. Vous comprenez ce que je veux dire ? C'est embêtant cette situation. Je ne consommait pas de la tète avant les crachats à répétition. Je ne pensais pas que j'allais consommer la tète un jour. Je sensibilisais les gens à ne pas consommer de la tète. Je sais que c'est pas bon pour la santé. Mais je dois la consommer. C'est elle qui m'aide à retenir mon crachat. Cela me soulage. »
(Nadine, 27 ans, jardinière d'enfant, Première)

Une autre piste est le rôle traditionnel de l'argile pour soigner les nausées, vomissements, problèmes intestinaux (comme la smectalite

contenue dans le Smecta...). Comme ces problèmes sont eux aussi exacerbés pendant la grossesse, le recours à un produit « naturel » habituel de la pharmacopée n'aurait rien d'extraordinaire. L'argile serait alors consommée en automédication pour soulager les nausées ou les diarrhées (Mills, 2007). Mais ce ne serait pas sa seule utilisation, d'après cet homme d'origine haïtienne :

« Si vous êtes tombé malade et les médecins ne peuvent vous apporter aucune solution, il y a des guérisseurs qui peuvent vous traiter avec l'argile. Mais, il faut savoir quel mélange tu dois faire. Tout est lié à une question de connaissances. Quand tu la mélanges avec du thym, elle soigne les blessures. Mais il faut savoir comment la mélanger et quelle dose il faut mettre. Tu peux la mélanger avec de l'ail également. Ce dernier est un puissant antibiotique, il soigne les blessures infectées. Vous pouvez la mélanger avec d'autres plantes pour traiter : l'ulcère, les problèmes kystiques, le fibrome... » (Jacques, 50 ans, chauffeur, guérisseur, Brevet)

Les femmes évoquent souvent des conseils reçus de la famille ou du voisinage, dès lors qu'elles sont enceintes, d'avoir à consommer cette substance. Une aide-soignante d'origine haïtienne nous indique avoir goûté deux ou trois fois lors de sa première grossesse sur les conseils d'une amie mais n'avoir pas continué car elle ne trouvait pas ça « bon ». Les femmes évoquent ainsi une consommation d'imitation d'autres membres de leur famille, notamment leurs sœurs ou leur mère. La transmission, notamment dans certaines cultures, de cette consommation, est attestée dans les études sur la géophagie et une fois de plus, son rôle dans les pratiques autour de la naissance, en faisant une pratique quasi-exclusivement féminine (Mills, 2007).

5. C'est comme une drogue

Le carnet de maternité distribué en Guyane française évoque la question du pemba dans une page intitulée « Les interdits dès maintenant » sous cette forme, en quatre langues : « *J'arrête (danger pour ma santé et celle de mon bébé) de manger le pemba.* » Sur la même page figurent ensuite les interdictions de boire de l'alcool, de fumer du tabac ou du cannabis, de consommer de la drogue. Le pemba est donc bien évoqué au titre des addictions, les adresses pour obtenir plus d'informations figurant sur cette page étant celles des CSAPA et d'un CAARUD. La double page suivante, consacrée aux conseils

nutritionnels, n'a pas été choisie pour accueillir des conseils quant à la non-ingestion de l'argile. Ainsi, l'enquête auprès des femmes de Saint-Laurent avait amené à montrer l'envie irrépressible décrite par les femmes : « En effet, la consommation de pemba pendant la grossesse est souvent décrite comme un *craving* par les femmes enceintes lors des consultations de grossesse : elles décrivent une consommation régulière et irrépressible dictée par des "envies", que souvent elles n'arrivent pas à maîtriser malgré les mises en garde des intervenants » (Louison, 2012).

De même, l'interdiction de la vente du pemba sur les marchés et/ou son commerce « sous les stands » l'assimilent à un produit interdit comme les drogues, qui ferait l'objet d'un trafic en provenance principalement du Suriname.

« Ça fait longtemps que je vends ce produit. Depuis plus de dix ans, je peux dire. Ma femme vend tout juste à l'extérieur du marché et elle vend de la tè aussi. On faisait ce commerce depuis Haïti à la Croix-des-Bossales. Ce n'est pas comme en Haïti. On est obligé de cacher la boule de terre. On peut payer des amendes si les agents de la douane nous voient. On n'a pas payé de taxe pour cette marchandise. C'est pour ça que je le mets dans un récipient sous la table. La personne qui en a vraiment besoin va nous la demander. En Haïti, c'est différent. La tè n'est pas cachée. On la vend comme tous les autres produits. » (Johanne, 30 ans, marchande au marché de Cayenne, CE2)

« Quand les agents douaniers vont passer au marché pour faire leur expertise et contrôler les produits, les vendeurs doivent être en mesure de prouver que leurs marchandises sont passées par la douane. Certaines fois, les agents douaniers demandent les autorisations de vente aux vendeurs. Si vous n'arrivez pas à prouver que vos marchandises ont été contrôlées par les agents douaniers et que vous n'avez aucune autorisation, le produit contrôlé risque d'être saisi. En absence d'autorisation, le vendeur doit payer et la marchandise risque d'être confisquée. » (Marie-Ange, 44 ans, marchande au marché de Cayenne, 6^e)

Les professionnels ont du mal à s'expliquer ce comportement et vont finalement assimiler le produit à une drogue, en lui prêtant des propriétés qui expliqueraient cette envie de consommer. Voici un extrait d'entretien :

« Moi, je pensais que ça contenait quelque chose qui les rendaient dépendantes.

Enquêtrice : Oui, mais par exemple les glaçons ?

– *Je ne l'explique pas, il doit y avoir quelque chose. On dit que les glaçons aussi ça provoque une anémie.* » (Sage-femme, 29 ans)

Mais le plus souvent, c'est l'incompréhension face à l'absorption de produits non alimentaires qui est exprimée :

Sage-femme : « *Je ne sais pas ce qu'elles mangent, de la terre ? [elle montre le jardin de la main], je comprends pas.* »

Une explication avancée par quelques soignants serait que l'argile utilisée en Guyane contiendrait des sels d'aluminium, substance susceptible de développer une accoutumance ou un besoin. De manière générale, les soignants ne savaient pas quelle forme avait cette argile, ni surtout comment elle était consommée par les femmes. La forme la plus courante vendue en Guyane est une grosse boule (de la taille d'une balle de tennis), très dure, mais qui s'effrite facilement. Selon les femmes rencontrées, l'argile est le plus souvent malaxée avec du beurre et du sel. La présence de sel pourrait, à elle seule, peut-être expliquer le comportement de grignotage qui se développe.

Pour d'autres, la question ne se pose pas : « *c'est une drogue* ». D'ailleurs, beaucoup de soignants pensent que la vente du pempa est interdite sur le territoire français et qu'elle est l'objet d'un trafic. Le fait qu'on la trouve facilement sur le marché pour une somme modique (1 ou 2 euros) les laisse perplexes.

La question de comprendre par quels mécanismes le pica ou le TCA pourrait se transformer en addiction est posée par de nombreux soignants (Lambert *et al.*, 2013). L'équipe d'addictologie de Nantes, nous l'avons vu, a utilisé un test dévaluation de la dépendance de femmes migrantes consommant de l'argile en métropole. Un peu plus de la moitié des consommatrices en avaient une consommation problématique⁴ (Caillet *et al.*, 2018a). La plupart des articles retiennent le stress comme un facteur associé à la consommation ou une raison donnée à celle-ci.

Les observations montrent qu'un certain nombre de femmes consomment de l'argile, voire en consomment beaucoup, de manière addictive pendant leur grossesse, mais suspendent cette consommation entre les grossesses ou tout du moins la réduisent fortement. Plusieurs hypothèses peuvent être évoquées : ce serait les modifications physiques de la grossesse, appétit, goût, etc., qui entraîneraient

4. 23 femmes sur 24 avaient le désir de diminuer leur consommation et autant décrivaient des symptômes de manque, par exemple.

l'augmentation progressive de la consommation. Une autre piste serait que la consommation abusive d'argile n'est socialement acceptable que pendant la grossesse, les envies ou la demande du bébé permettant de ne pas questionner le comportement de la mère. Ainsi, une femme reconnaît que cette habitude n'est pas seulement présente lors des grossesses :

« Non. Enceinte ou non, j'avais toujours l'habitude de consommer de l'argile. Je ne peux pas arrêter d'en consommer. Mais certains disent que c'est l'enfant qui nous pousse à consommer des galettes de "tè". Mais au fond, c'est faux. On a toujours envie d'en consommer. »
(Isabelle, 22 ans, vendeuse, CM1)

L'ingestion répétée d'argile, comme tout comportement qui apporte une satisfaction ou un soulagement pourrait ainsi se développer en usage à risques puis en addiction, en lien avec les circonstances et la personnalité de l'individu. Mais pour aller jusqu'au bout de la définition de l'addiction, il faudrait que ce comportement engendre des conséquences négatives, dont le cumul finirait par excéder les aspects positifs. Dans d'autres contextes, les récits de femmes consommant de l'argile montrent qu'elles le situent en termes d'habitudes, d'ennui ou d'envie plutôt que dans un contexte de santé (Hunter-Adams, 2016).

6. Quelles conséquences ?

Les femmes reconnaissent ne pas bien connaître les conséquences, les sages-femmes ne leur en parlent pas, leur disant seulement qu'il faut arrêter.

La première conséquence est sans doute un inconfort de la femme pendant la grossesse car l'argile constipe. De façon récente, dans le service de maternité enquêté, un cas avait été observé d'occlusion intestinale nécessitant une intervention chirurgicale, ce qui, pour les sages-femmes narrant l'accident, était quelque chose de concret à exposer aux femmes. On peut en déduire qu'en dehors de l'anémie, sur laquelle nous allons revenir, les soignants ont peu de notions sur les risques et ne se hasardent pas à en parler avec les patientes.

Pour les soignants, la géophagie est associée à des anémies sévères, qui sont des pathologies invisibles. Mais sur ce territoire, les femmes sont souvent anémiées du fait de carences alimentaires,

sans que cela prêle forcément à conséquence. D'après les soignants, comme d'après les femmes, elles ne prennent pas le fer qui leur est prescrit... et quand l'anémie s'aggrave, les injections de fer deviennent indispensables. Donc la démarche de prévention n'est pas engagée... la littérature sur la géophagie est intimement liée dans la sphère médicale à la question de l'anémie (Lambert *et al.*, 2013).

Il est assez facile d'associer la consommation d'argile à l'anémie également par le fait qu'elle coupe l'appétit et provoque des apports nutritifs insuffisants, d'autant plus que les femmes concernées sont carencées en nutriments. Les reportages sur la consommation des galettes de terre en Haïti et son association avec la famine a entretenu l'idée que les femmes mangent de l'argile comme coupe-faim (Cottias, Downs et Klapisch-Zuber, 2019). Ou du moins qu'elles ne sont pas assez alimentées. De ce fait, spontanément, s'agissant des femmes haïtiennes, cette sage-femme reconnaît qu'elle pense moins au pemba qu'à des conditions précaires :

« Mais l'anémie c'est plutôt quand même avec le pemba ou l'argile ou la terre. Oui et pourtant la patientèle haïtienne est tout autant concernée par des anémies euh, parfois très sévères, euh voilà.

Enquêtrice : *D'accord.*

– Mais c'est aussi une patientèle qui... est très précaire, donc on met aussi sur le compte ben d'une mauvaise alimentation, ben voilà. »
(Cadre sage-femme, 34 ans)

Des femmes interrogées faisaient un lien entre leur consommation d'argile pendant la grossesse et l'aspect du nouveau-né à la naissance. Ainsi, le fait que depuis quelques années les soignants laissent le vernix sur le bébé pour le présenter à la mère (l'enfant est couvert d'une substance blanchâtre) entraîne une culpabilisation de la mère, certaine que c'est « la terre qui ressort ». De ce fait, elles ont honte de montrer le nouveau-né à leur famille, dans la crainte d'être soupçonnées d'être responsable de ce « défaut » du nouveau-né.

« J'avais l'habitude de consommer de la "tè" pendant que j'étais enceinte. Quand mon bébé est né, il était couvert de boue. On voyait de la terre partout sur son corps. Je tremblais. J'avais très peur. Je ne voulais pas que le médecin me réprimande. Je me sentais triste et coupable. Je me disais à un moment donné que je n'aurais pas dû consommer ce produit. Je me sentais triste pour le petit. Tout son corps était couvert de boue. Si tu voyais sa tête, tu allais pleurer. »
(Luciana, 27 ans, 6^e)

Cet extrait, tout comme le suivant, montre l'extrême culpabilisation de ces femmes, mais qui ne suffit pas à les dissuader d'ingérer l'argile, et le manque d'information global sur l'accouchement et l'accueil de l'enfant. Mais pour les sages-femmes, si elles avaient suivi les cours de préparation à la naissance, elles auraient été informées de l'existence de cet aspect de l'enfant.

« Mon bébé était très sale à sa naissance. Tout son corps était couvert de boue. Sa tête, son dos, ses avant-bras, ses sourcils, tout son corps. Je savais qu'il allait naître comme ça. Tout le monde m'avait prévenue, mais je ne voulais rien entendre. Je ne faisais pas attention, je consommait de la "tè" et mon bébé a payé les conséquences. J'ai accouché depuis quatre jours et son corps est couvert de terre. Je ne sais même pas quand ces terres vont partir. J'attends tout simplement, je ne peux rien faire autrement. » (Carla, 22 ans, 3^e)

Ce type de représentation est très courant puisque les taches sur les corps des bébés ont toujours été interprétées comme le résultat d'une consommation de certains aliments par la mère : « L'enfant qui viendra au monde portera sur son corps l'empreinte ineffaçable de l'objet convoité par sa mère. La tache imprimée sur le corps de l'enfant porte également le nom d'envie » (Verdier, 1976). Ces envies de la grossesse sont, rappelons-le, désignées en langue anglaise du même nom que le manque, donc par « craving ».

Du point de vue médical, les conséquences pour l'enfant sont très mal connues des personnels de la maternité avec lesquels nous avons discuté, sauf d'une pédiatre qui était en remplacement. Seule l'anémie retenait leur attention car elle était fréquente dans leur pratique. Dans la littérature médicale, les intoxications au plomb, provoquant le saturnisme sont mises en avant comme courante, si le sol est pollué (Gundacker *et al.*, 2017). Cette intoxication au plomb est majorée en Guyane par la consommation de manioc cultivé dans des sols pollués (Louison, 2013). La consommation de pemba majorerait encore la dose de plomb ingérée par la mère si elle a une alimentation traditionnelle.

De plus, l'argile peut être extraite de sols contaminés par des bactéries ou des champignons qui provoqueraient des troubles intestinaux, éventuellement aggravés par l'ingestion d'argile pour les palier. Ainsi, cette femme différencie l'argile vendue en pharmacie de la tè vendue sur les marchés :

« Je connais les galettes de terre. J'ai fait connaissance avec ce produit à mon adolescence. Une servante de ma mère consommait beaucoup. Mais, moi, perso, je ne consommait pas ces galettes. J'ai déjà utilisé de l'argile pour mon estomac. J'ai de l'ulcère. J'ai acheté cette argile à la pharmacie. Il y a un rayon spécifique pour ces genres de produits. Cela m'a soulagée. Mais je ne consomme pas des galettes qu'on vend au marché. C'est pas bon pour la santé. Au lieu de te soulager, cela peut te tuer. Elles ne sont pas du tout traitées, elles sont bourrées de bactéries. » (Destine, 19 ans ; Bac).

Mais les résultats souffrent toujours de facteurs confondants comme l'alimentation de la mère, ses autres consommations, notamment le tabac, son lieu de résidence (Gundacker *et al.*, 2017). Les conséquences pendant la grossesse d'autres picas comme celles à l'amidon, au bicarbonate de soude ou au sel, sont associées à de l'hypertension, du diabète ou des toxémies gravidiques (Maya, 2011). Dans le contexte guyanais et du fait de l'orpaillage, la crainte porte également sur le mercure, sans que des échantillons de sols n'ait pu le révéler. Mais les professionnels citent les différents métaux, tout en reconnaissant ne pas bien savoir :

« Je ne veux pas dire de bêtises sur des choses que je ne, que je ne maîtrise pas, je ne sais pas du tout. Parce qu'après je sais pas, il y avait sur Saint-Laurent, je sais qu'il y avait sur le plomb, sur la consommation, après c'est sur le plomb ou le mercure ? Et bon après c'était aussi le poisson et... après je demande si dans le pemba il y a pas quand même euh, aussi un peu de plomb ou... » (Cadre sage-femme, 29 ans)

De manière générale, dans la littérature, la géophagie est associée au risque d'occlusion intestinale, aux déficiences en minéraux, à l'empoisonnement par des métaux lourds (Essome *et al.*, 2017). Au cours de la grossesse, une naissance prématurée ou un nouveau-né de faible poids sont cités. Ces conséquences pour l'enfant à naître n'ont pas été évoquées par les personnels en maternité lors de notre enquête, mais par les femmes, parce que leur enfant n'était pas auprès d'elles mais en néonatalogie, soit parce qu'elles ne pourraient pas sortir rapidement de maternité dans l'attente que l'enfant ait grossi. Ainsi cette femme surinamienne âgée de 40 ans, jamais scolarisée, enceinte pour la neuvième fois (dont trois fausses couches), en Guyane depuis un an environ, déclare consommer énormément de

pemba, toute la journée et a refusé de prendre le fer qui lui a été prescrit⁵. Son bébé ne va pas bien et elle ne peut pas sortir alors qu'elle a accouché trois jours auparavant.

7. Quelle prise en charge, quelle prévention ?

Les témoignages des femmes sont concordants sur le fait que soit les personnels de maternité ne leur parlent pas de la consommation de terre, soit leur disent simplement qu'il ne faut pas le faire :

« Personnellement, je n'ai pas eu ce suivi. Mais je suis consciente et je sais ce que je dois manger ou pas pendant que je suis enceinte. Ce ne sont pas les professionnels qui m'en avaient informée. J'étais informée grâce à mes recherches. Je sais qu'il y a des produits qu'on ne doit pas consommer qu'on soit enceinte ou non. Et quand on attend un bébé on doit faire beaucoup attention. » (Marie-Belle, 24 ans, Bac).

Les normes de suivi des grossesses posent de plus en plus d'interdits vis-à-vis des comportements des femmes enceintes et ces règles sont plus ou moins discutées, selon les profils sociodémographiques des femmes et leur proximité aux connaissances des médecins (Hammer et Burton-Jeangros, 2013). Les sages-femmes tendent à hiérarchiser le danger lié aux produits, en plaçant en tête l'alcool et le tabac, puis le cannabis et en dernier lieu le pemba, même s'il est placé en tête de liste sur la présentation du carnet de maternité, nous l'avons vu. Les femmes sont partagées entre la connaissance de cet interdit et son explication.

« Non je n'ai pas l'habitude de poser des questions concernant ces produits. Mais, ils n'ont pas l'habitude de parler de cela non plus. Les professionnels de la santé ne parlent pas de l'argile non plus. Ils ont dit de ne pas boire d'alcool, et de ne pas fumer. Mais ils n'ont jamais dit pourquoi. » (Sandrine, 32 ans, 3^e).

Et cette hiérarchie, couplée au manque de temps, est la raison évoquée par les soignants pour ne pas parler de cette question, comme le confirme cette femme :

5. D'après une sage-femme de Cayenne, les femmes bushinengue refusent en général tous les médicaments sauf si elles ont mal, ce qui n'est pas le cas avec l'anémie.

« Je n'ai pas l'habitude de voir une telle chose. Ils ne parlent pas de la "tè". Ils nous disent de manger des fruits, des légumes, des aliments qui peuvent aider dans le développement du bébé. De ne pas consommer d'alcool et de tabac. Je ne me rappelle pas tout ce qu'ils ont l'habitude de nous dire. Mais, concernant la consommation de la "tè", ils n'ont jamais rien dit à ce sujet. Sauf si j'étais absente à ce moment-là. Mais, rien de ce genre n'était fait en ma présence. »
(Marah, 37 ans, CM2).

Les soignants, quant à eux, mettent en avant les difficultés multiples des femmes vues en consultation, notamment la précarité ou la situation irrégulière et le temps restreint qu'ils peuvent leur accorder, pour expliquer que ce problème paraît quelque peu secondaire, tant qu'il n'y a pas de signe d'appel, comprendre tant qu'il n'y a pas d'anémie. Paradoxalement, dans un département où les femmes ne fument que très peu, la consommation de pemba est le comportement qui vient en tête en fréquence des femmes enceintes concernées.

La prévention de ce comportement pendant la grossesse prend deux formes : un paragraphe dans le carnet de maternité signifiant un interdit et des affiches reprenant la signalétique de l'interdit pour l'alcool adopté pour l'étiquetage. C'est donc l'abstinence qui est prônée. À l'hôpital de Cayenne, une seule affiche a été repérée sur la totalité des services de consultation, ou de maternité... elle est apposée sur le côté des toilettes des hommes, en langue bushi, et visant l'alcool, le tabac et le pemba.

La mobilisation est d'ailleurs plus manifeste à l'hôpital de Saint-Laurent-du-Maroni, où la fréquence est la plus importante, du fait d'une large proportion de femmes parlant une langue du fleuve ou migrantes du Suriname. Les études précédentes sur le pemba ont d'ailleurs été menées dans l'ouest guyanais (Lambert *et al.*, 2014 ; Louison-Ferté *et al.*, 2014).

Conclusion

Un même comportement, manger de l'argile pendant la grossesse, peut donc être interprété d'une façon qui évolue selon les régions et les époques. La Guyane française, par ses populations comportant des groupes où cette consommation est importante, doit adapter ses modalités de suivi des femmes enceintes et renforcer sa

compréhension du phénomène, pour éviter de le marginaliser par une interdiction pure et simple.

L'évolution entre une pratique traditionnelle féminine et cachée, relevant du groupe hétérogène des envies de la grossesse en un trouble du comportement alimentaire, le pica puis maintenant en une addiction à un produit ou comportementale est notable.

Les données quantitatives recueillies sur un vaste échantillon des femmes enceintes (789 femmes pour 7 270 naissances sur le département) montrent des résultats intéressants sur les variables associées. Il est manifeste que la prolongation de la scolarisation des femmes modifie le regard qu'elles portent sur cette consommation traditionnelle. Et de ce fait, les femmes parlant le mieux le français sont celles qui consomment le moins de pemba. Les résultats qualitatifs obtenus sur Haïti montrent également que les femmes les plus diplômées utilisent autrement l'argile, pour des usages cosmétiques essentiellement. La « tè », la terre, consommée sous forme de galettes, est caractéristique des femmes proches du milieu rural, peu scolarisées (Richemé, 2019).

Le paradoxe de la prévention est ici manifeste : les supports choisis sont le carnet de maternité et les affiches, souvent dans des langues inaccessibles aux femmes visées, qui peuvent être totalement illettrées et incapables de comprendre le message, hors que c'est interdit. Leurs mères et leurs sœurs l'ont toujours fait, mais la médecine occidentale le leur défend sans rendre le message lisible par l'explication des conséquences, notamment pour l'enfant. Compte tenu des expériences internationales, il n'est pas exclu que l'effet de la scolarisation des filles suffise à faire disparaître ce comportement aussi bien en Guyane qu'en Haïti, où les jeunes femmes ayant fréquenté le système scolaire jusqu'au baccalauréat sont moins concernées.

Les éléments collectés permettent ainsi de voir évoluer le regard sur cette pratique apparemment traditionnelle, qui tend à la faire entrer dans le champ de l'addiction : l'interdit notamment sur la vente, les rares messages de prévention visant l'abstinence, face à un comportement décrit comme irrépressible et entraînant une culpabilité. Le comportement réprouvé reste caché, tout comme les produits, dont la composition inconnue alimente la suspicion. Pourtant, les conséquences sont mal évaluées et des messages de modération seraient sans doute plus pertinents, pour éviter que le report ne se fasse sur un autre produit dont les conséquences seraient plus délétères. Ainsi,

les femmes en Guyane ne fument pas de tabac, mais développent des pratiques autour du tabac à priser ou à chiquer, peu évaluées et qui répondent à leur envie/besoin d'ingérer quelque chose, notamment pour lutter contre le stress.

Tableau 1. Conditions de vie et consommation de pemba au cours de la dernière grossesse, déclarées par les femmes enquêtées* Guyane 2017-18

Variables	Pemba oui n=119	Pemba non n=670	Total N=789
Maternité			***
Centre hospitalier de Cayenne	12,6	62,8	55,3
Centre hospitalier de Saint-Laurent-du-Maroni	79,0	28,7	36,2
Centre hospitalier de Kourou	8,4	8,5	8,5
Âge de la mère			ns
18-24	35,3	28,6	29,7
25-29	31,9	30,0	30,3
30-34	15,1	23,6	22,3
35et+	15,9	17,3	17,1
Non-réponse	1,7	0,4	0,6
Niveau d'études			***
Non scolarisée	10,1	4,3	5,2
Primaire à collège	45,4	29,7	32,1
Lycée ou professionnel court	31,1	25,1	26,0
Bac et plus	13,4	40,3	36,2
Non-réponse	-	0,6	0,5
Langue maternelle			***
Français	3,4	19,6	17,1
Créole français	3,4	34,3	29,7
Créole anglais et nengue	85,7	27,5	36,2
Portugais, amérindien	1,7	7,2	6,3
Autres langues européennes	1,7	9,4	8,2
Non-réponse	4,2	2,1	2,4

Variables	Pemba oui n=119	Pemba non n=670	Total N=789
Nationalité des étrangères			***
Française	42,0	45,7	45,1
Brésilienne	1,7	5,1	4,6
Haïtienne	4,2	29,9	26,0
Autres nationalités sud-américaines	0,8	4,9	4,3
Surinamienne	51,3	13,4	19,1
Autres (d'Asie ou d'Afrique)	-	1,0	0,9
Nombre de grossesses			***
Moins de 3	29,4	58,2	53,9
3 à 7	47,1	33,0	35,1
7 et +	22,7	8,7	10,8
Non-réponse	0,8	0,1	0,3
Zone de résidence			***
Cayenne/Kourou	16,0	59,9	53,2
Saint-Laurent du Maroni	54,6	23,4	28,1
Communes isolées	16,8	14,6	15,0
Étranger	12,6	1,9	3,5
Durée de résidence en Guyane			***
Moins de 9 mois	1,7	7,5	6,6
9 mois à 2 ans	3,4	12,2	10,9
2 à 10 ans	20,2	27,0	26,0
10 ans et plus	57,1	47,9	49,3
Non-réponse	17,6	5,4	7,2

*Femmes majeures et naissances vivantes ** p<0,05 ***p<0,001

Tableau 2. Régression logistique – Variable à expliquer : consommation de pemba (n=111)

Variables explicatives	Modalité	Effectif	***	Odd-ratio	Limites (95%)	
					Limite inf.	Limite sup.
Constante						
Langue parlée à la maison	français	129		1		
	créole français	230		0,518	0,111	2,412
	portugais + Langues amérindiennes	47		1,238	0,195	7,862
	créole anglais - fleuve	271	***	14,096	4,221	47,076
	langues européennes et langues asiatiques	64		1,034	0,167	6,409
Niveau d'études	Lycée	187		1		
	Jamais été à l'école / Primaire ou Collège	279		0,975	0,560	1,697
	Bac ou plus	275	**	0,414	0,200	0,855
Première consultation (nombre de semaines)	< 14 semaines	589		1		
	de 14 à moins de 22	105	*	1,757	0,982	3,144
	22 et plus	47		1,530	0,695	3,369
Consom-mation d'alcool pendant la grossesse	non	603		1		
	oui	128	**	1,833	1,064	3,156

Références

- Abu, B. A. Z., Van den Berg, V. L., Raubenheimer, J. E. et Louw, V. J. (2017). « Pica practices among apparently healthy women and their young children in Ghana ». *Physiology & Behavior*, 177, 297-304.
- Boltanski, L. (2004). *La condition foetale: une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*. Paris : Gallimard.
- Caillet, P., Poirier, M., Grall-Bronnec, M., Marchal, É., Pintas, C., Wylomanski, S., Winer, N., Jolliet, P. et Victorri-Vigneau, C. (2018a). « Consommation de kaolin parmi les femmes migrantes en France métropolitaine : PICA ou dépendance ? ». *Thérapie*, 73 (6), 578.
- (2018b). « Is problematic consumption of clay frequent among migrant women ? ». Dans *22e Congrès de la Société Française de Pharmacologie et de Thérapeutique*. Toulouse.
- Campuzano Maya, G. (2011). « Pica : el síntoma olvidado ». *Medicina & Laboratorio*, 17 (11-12), 533-552.
- Carles, G. (2014). « Grossesse, accouchement et cultures : approche transculturelle de l'obstétrique ». *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 43, 275-280.
- Coste, J. (2000). « Les “envies” maternelles et les marques de l'imagination : histoire d'une représentation dite “populaire” ». *Bibliothèque de l'École des chartes*, 507-529.
- Cottias, M., Downs, L. et Klapisch-Zuber, C. (2019). « Les mangeurs de terre, anthropologie d'une pathologie ». Dans *Le corps, la famille et l'État : hommage à André Burguière*. Rennes : Presses universitaires de Rennes.
- Cratère, F. (2019). « La Guyane, une région jeune et cosmopolite ». *Insee Analyses Guyane*, 35, 1-4.
- Dumas, A., Toutain, S., Hill, C. et Simmat-Durand, L. (2018). « Warning about drinking during pregnancy : lessons from the French experience ». *Reproductive Health*, 1, 15-20.
- Essome, H., Engbang, J. P., Penda Ndedi, G., Mve Koh, V., Boten, M., Foumane, P. et Adiogo, D. (2017). « Kaolin Clay Consumption and Pregnancy: Prevalence, Hematological Consequences and Outcome of Labour in the Douala ». *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 7 (12), 1166.
- Fawcett, E. J., Fawcett, J. M. et Mazmanian, D. (2016). « A meta-analysis of the worldwide prevalence of pica during pregnancy and the postpartum period ». *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 133 (3), 277-283.
- Fline-Barthes, M. H., Vandendriessche, D., Gaugue, J., Urso, L., Therby, D. et Subtil, D. (2015). « Dépistage des situations de vulnérabilité psychosociale et toxicologique pendant la grossesse: évaluation d'un auto-questionnaire par comparaison aux données du dossier médical ». *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 44 (5), 433-442.
- Gélis, J. (2010). « Les mangeurs de terre, anthropologie d'une pathologie alimentaire ». Dans Cottias, M., Downs, L. et Klapisch-Zuber, C. (dir.), *Le corps, la*

- famille et l'État : hommage à André Burguière*, Rennes : Presses universitaires de Rennes.
- Gundacker, C., Kutalek, R., Glaunach, R., Deweis, C., Hengstschläger, M. et Prinz, A. (2017). « Geophagy during pregnancy : Is there a health risk for infants ? ». *Environmental Research*, 156, 145-147.
- Hammer, R. et Inglin, S. (2014). « 'I don't think it's risky, but...' : pregnant women's risk perceptions of maternal drinking and smoking ». *Health, Risk & Society*, 16 (1), 22-35.
- Hammer, R. et Burton-Jeangros, C. (2013). « Tensions around risks in pregnancy: A typology of women's experiences of surveillance medicine ». *Social Science & Medicine*, 93, 55-63.
- Horner, R. D., Lackey, C. J., Kolasa, K. et Warren, K. (1991). « Pica practices of pregnant women ». *Journal of the American Dietetic Association (USA)*.
- Hunter-Adams, J. (2016). « Interpreting habits in a new place: migrants' descriptions of geophagia during pregnancy ». *Appetite*, 105, 557-561.
- Lambert, V., Boukhari, R., Misslin-Tritsch, C. et Carles, G. (2013). « La géophagie : avancées dans la compréhension de ses causes et conséquences ». *La Revue de médecine interne*, 34 (2), 94-98.
- Lambert, V., Pouget, K., Basurko, C., Boukhari, R., Dallah, F. et Carles, G. (2014). « Géophagie et grossesse : état des connaissances et conduite à tenir. Expérience d'une maternité de Guyane française ». *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 43 (7), 496-503.
- Louison-Ferté, A., Jolivet, A., Lambert, V., Bosquillon, L. et Carles, G. (2014). « Lutte contre l'anémie de la femme enceinte dans l'Ouest guyanais: diagnostic et mise en oeuvre d'actions par le réseau Périnatal Guyane autour d'une évaluation des pratiques professionnelles ». *Revue de médecine périnatale*, 6 (2), 116-121.
- Louison, A. (2012). « Rapport sur l'enquête autour du Pemba dans l'Ouest guyanais ». Réseau Périnatal Guyane, p. 87.
- (2013). « L'anémie de la femme enceinte dans l'Ouest guyanais : diagnostic et mise en place d'actions coordonnées par le réseau Périnatal Guyane autour d'un chemin clinique ». Université de Lorraine.
- Maya, G. C. (2011). « Pica : el síntoma olvidado ». *Medicina & Laboratorio*, 17 (11-12), 533-552.
- Mikkelsen, T. B., Andersen, A. M. N. et Olsen, S. F. (2006). « Pica in pregnancy in a privileged population: myth or reality ». *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85 (10), 1265-1266.
- Mills, M. E. (2007). « Craving more than food : the implications of pica in pregnancy ». *Nursing for Women's Health*, 11 (3), 266-273.
- Myaruhucha, C. N. (2009). « ood cravings, aversions and pica among pregnant women in Dar es Salaam, Tanzania ». *Tanzania Journal of Health Research*, 11 (1).
- Pessoa, G. (2005). « Le goût de l'argile. La géophagie des femmes africaines dans le quartier de Château Rouge (enquête) ». *Terrains & travaux*, 9 (2), 177-191.

- Rainville, A. J. (1998). « Pica practices of pregnant women are associated with lower maternal hemoglobin level at delivery ». *Journal of the American Dietetic Association*, 98 (3), 293-296.
- Ribes, J.-E. (1866). *De la perversion morale chez les femmes enceintes, considérée principalement au point de vue médico-légal*. Impr. E. Simon.
- Richemé, D. (2019). « Géophagie et grossesse : entre connaissances et consommation. Le cas des femmes haïtiennes à Port-au-Prince ». Paris : Université Sorbone Paris Cité, 101 p.
- Schlumbohm, J. (2005). « Les limites du savoir : médecin et femmes enceintes à la maternité de l'université de Göttingen aux alentours de 1800 ». *Revue d'histoire moderne contemporaine*, 1, 64-94.
- Simmat-Durand, L. et Toutain, S. (2019). « Les consommations de tabac, d'alcool et de pemba pendant la grossesse en Guyane française, prévalence et particularités ». *Santé publique*, 31 (6), 771-783.
- Simmat-Durand, L. et Toutain, S. (2020). « Violences, vécu des grossesses, consommations d'alcool et de pemba en Guyane ». *L'Encéphale* (<https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.06.015>).
- Smulian, J. C. et Motiwala, S. (1995). « Pica in a rural obstetric population ». *Southern Medical Journal*, 88 (12), 1236-1240.
- Sokol, R. J., Delaney-Black, V. et Nordstrom, B. (2003). « Fetal alcohol spectrum disorder ». *JAMA*, 290.
- Thihalolipavan, S., Candalla, B. M. et Ehrlich, J. (2013). « Examining Pica in NYC Pregnant Women with Elevated Blood Lead Levels ». *Maternal and Child Health Journal*, 17 (1), 49-55.
- Young, S. L. (2010). « Pica in pregnancy : new ideas about an old condition ». *Annual Review of Nutrition*, 30, 403-422.
- (2011). *Craving earth : understanding pica – the urge to eat clay, starch, ice, and chalk*. Columbia University Press.