

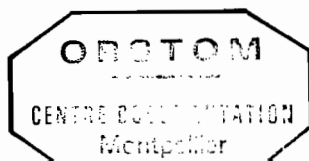
MALNUTRITION INFANTILE CHEZ LES NOIRS MARRONS DE GUYANE ET DU SURINAM

Bernard DELPECH*

Les populations guyano-surinamiennes appelées "Noirs Marrons" sont issues d'esclaves échappés des plantations coloniales hollandaises. Constitués en sociétés coutumières de type clanique et matrilineaire, elles voisinent sur les deux rives de l'importante voie d'échanges qu'est le fleuve Maroni. Les Aluku, au nombre de trois mille, sont établis sur la rive guyanaise et jouissent pour le plupart de la citoyenneté française (HURAUULT 1961 a). Les Ndjuka, implantés sur la rive surinamienne et les berges du Tapanahoni, sont trente mille, reconnus par le Surinam ; certains ont investi le versant guyanais. Les Paramaka occupent des îlots à hauteur du bas-Maroni ; leur reconnaissance nationale est incertaine. Si ces groupes partagent le même fond culturel où prédomine l'héritage africain, si leurs structures sociales, leurs coutumes et leurs langues sont peu différenciées, leur statut politique est à l'origine de situations socio-économiques et sanitaires particulières.

A la fin des années quatre-vingt, l'Observatoire Régional de la Santé de Guyane dressa un constat de morbidité nutritionnelle infantile dans ces populations et suscita un programme d'investigations portant sur le contexte économique et socio-culturel d'apparition et de développement du phénomène. Le constat s'appuyait sur des relevés hospitaliers soulignant un accroissement important du nombre de cas de kwashiorkor et marasme (JOLY *et al.*, 1982 ; JOLY, 1984, 1985). Des observations parallèles révélèrent qu'en sont indemnes les enfants appartenant aux groupes amérindiens voisins, bien que soumis à des conditions de milieu semblables. Une enquête épidémiologique transversale vint confirmer ce diagnostic (BRUN *et al.*, 1988 ; SAEZ, 1988). L'augmentation des cas sévères traduit donc un état chronique, les enfants de douze à vingt-quatre mois constituant le groupe à haut risque.

* Sociologue, ORSTOM



Les informations recueillies il y a une trentaine d'années en pays aluku (HURAUULT, 1965), témoignaient pourtant d'un régime alimentaire satisfaisant. Cependant, sur le versant surinamien, personnel soignant et observateurs signalaient déjà des troubles nutritionnels chez les nourrissons, imputés à la pauvreté du lait maternel, conséquence d'une dégradation des conditions de subsistance (JANSSEN, 1961 ; DOORNBOS *et al.*, 1968).

LA PRODUCTION ALIMENTAIRE : AGRICULTURE ITINÉRANTE, CHASSE ET PÊCHE

C'est pour assurer leur sécurité que ces esclaves rebelles s'enfoncèrent dans l'arrière-pays. La densité du manteau végétal et le morcellement du relief les conduisirent à s'installer à proximité du fleuve et des rivières affluentes¹, seules voies de pénétration dans ce vaste territoire. Des terres pauvres, des ressources naturelles restreintes, conditionnèrent étroitement leur mode de groupement et leur économie.

L'agriculture sur brûlis² n'est ici praticable que dans des zones d'accès facile, donc proches des voies d'eau. On répond à l'usure très rapide des sols en ouvrant une plantation chaque année ; on lutte contre la propagation des parasites agricoles et la raréfaction du gibier en dispersant essarts et campements. Ce mode de production est donc grand consommateur d'espace. Aucun stockage alimentaire autre que celui des céréales n'est par ailleurs possible d'où la nécessité d'approvisionnements fréquents.

La notion de propriété foncière est inconnue ; c'est le défrichement qui fonde le droit de mise en culture. Il existe une nette division sexuelle du travail : les activités agricoles, qui dominent l'ensemble de la production, sont à la charge des femmes, la participation masculine se limitant aux essartages. La cueillette incombe également aux femmes alors que les produits animaux sont obtenus par les hommes. Des règles coutumières fixent la répartition des secteurs affectés aux plantations, à la chasse et à la pêche ; la solidarité assure le partage des prises. De telles conditions de subsistance, adaptées à une réalité

¹ Le voisinage des cours d'eau offre à l'homme un environnement bien plus favorable que la forêt.

² Selon la technique dite de "l'abattis", empruntée aux Amérindiens ; le seul élément fertilisant est la cendre.

écologique contraignante, expliquent la taille réduite des communautés, leur dispersion et leur mobilité.

Le modèle alimentaire traditionnel, en vigueur jusqu'aux années cinquante, repose donc sur les cultures vivrières et l'exploitation du milieu naturel (HURAUULT, 1965 ; BILBY *et al.*, 1989). Le manioc amer occupe une place privilégiée parmi les productions vivrières. La patate douce, les dachines, les ignames, le chou caraïbe, sont cultivés en quantités restreintes. Le riz de coteau et le maïs sont très appréciés, tout comme le plantain, réputé pour ses vertus roboratives. Outre les bourgeons terminaux de certains palmiers, les Noirs Marrons consomment de nombreux fruits et baies sauvages (FLEURY, 1986 ; BILBY *et al.*, 1989). Gibier et poisson constituent les principales sources de protéines animales. Les œufs de poule et de canne, de tortue et d'iguane, sont consommés occasionnellement. A la suite de contacts prolongés avec les orpailleurs originaires des Antilles, les Noirs Marrons ont prêté goût aux produits carnés conditionnés : lard, bacon, boeuf et porc en saumure, morue sèche. Les céréales d'importation sont d'usage peu courant : avoine en flocons, blé sous forme de farine ou de pain à proximité des postes administratifs.

Au regard de l'équilibre nutritionnel, le régime alimentaire des Noirs Marrons souffre d'un excès de glucides et d'un déficit protéique. Il est par ailleurs vulnérable puisque l'approvisionnement en produits carnés est étroitement dépendant des ressources spontanées et de la présence de l'élément masculin.

NOURRITURE ET SANTÉ

Si les Noirs Marrons établissent certes une relation de cause à effet entre nourriture et bien-être somatique, leurs connaissances d'hygiène alimentaire, celles en particulier des besoins énergétiques, sont très limitées ; ils n'ont, à l'exception des jeunes Aluku scolarisés, aucune information solide sur les rapports entre nutrition et santé. La prise de nourriture est vécue comme le moyen d'apaiser la faim ou de trouver une satisfaction hédonique, rarement comme une réponse adaptée à une fonction vitale. L'estime portée aux produits protéiques repose sur leurs qualités gustatives, sans conscience claire de leur valeur nutritionnelle. Il peut arriver que des convictions alimentaires

soient fondées sur une réalité objective mais, le plus fréquemment, les croyances quant aux propriétés des aliments dérivent de correspondances analogiques avec leur aspect physique. La valence attribuée aux produits alimentaires est plus souvent négative que positive : s'il est courant d'entendre imputer un quelconque désordre physiologique à une intoxication, il est exceptionnel qu'il soit attribué à une carence alimentaire ; les prescriptions sont rares alors qu'on met souvent en en garde contre les risques, toxicité intrinsèque, prohibition pour des raisons surnaturelles (VERNON, 1987 ; BILBY *et al.*, 1989). Du fait d'un contact permanent avec le milieu extérieur, la bouche est d'ailleurs classée parmi les organes à haut risque ; la plupart des maléfices prennent la forme de poisons introduits dans l'alimentation tandis que la pharmacopée fait rarement usage de la voie orale (DELPECH et VERNON, 1989).

L'ALIMENTATION DU JEUNE ENFANT : TRADITIONS ET FACTEURS DE RISQUE

Un sevrage progressif, des compléments peu nutritifs

L'allaitement naturel est la règle. Le sevrage, qui débute dès la fin du second mois, coïncide avec la reprise d'activité par la mère ; il se prolonge jusqu'à la seconde année, le plus souvent entre quatorze à dix-huit mois. Les premiers aliments sont des bouillies tirées de trois produits de base réputés sans risque : manioc, riz et plantain (DOORNBOS, 1966 ; VERNON, 1987 ; BILBY *et al.*, 1989). On offre aussi sans appréhension le jus extrait de la pulpe de certains palmiers.

Les phases du sevrage accompagnent le développement de la dentition et de la motricité : premiers aliments protéiques lorsque l'enfant atteint le stade de la station assise ou quand percent les premières dents, diversification du régime lorsqu'il parvient à la station verticale, arrêt complet de l'allaitement après la maîtrise de la locomotion.

L'introduction précoce de ces compléments repose sur la conviction que le sein ne saurait suffire à alimenter convenablement un bébé. Très pauvres en protéines, ils présentent plus d'inconvénients que d'avantages : d'une part ils exposent l'enfant à des risques de contamination, d'autre part le gavage intensif, s'il satisfait la mère dans son ambition d'exhiber un bébé prospère,

peut conduire ce dernier à "s'auto-sevrer". L'enfant se trouve alors presque complètement privé de protéines et livré aux attaques des agents pathogènes puisque la protection procurée par les anticorps maternels disparaît. Enfin, il arrive que la lactation se tarisse, exposant la mère aux risques d'une nouvelle conception³ dont les conséquences peuvent être graves pour le nourrisson (DOORNBOS, 1966).

Jusqu'à six mois, préservé par les anticorps du lait maternel, le bébé est assez peu affecté par la maladie. C'est au cours du deuxième semestre qu'apparaissent les premiers risques sérieux – troubles gastro-intestinaux, attaques du paludisme – accrues du fait que la mère dispose de bien moins de temps à lui consacrer puisqu'elle a repris les travaux des champs. Un second degré dans l'échelle des périls est franchi en début de seconde année après qu'il ait reçu les premiers aliments véritablement solides. C'est alors que des signes de carences nutritionnelles peuvent se manifester, avec un acmé entre le treizième et le quinzième mois. Enfin, vers la fin de la seconde année, le traumatisme psychologique de la phase ultime du sevrage peut se doubler de celui que provoque la rupture avec la mère si l'enfant est confié à titre définitif.

Autant le processus de sevrage est progressif, autant le régime alimentaire de l'enfant sevré se rapproche rapidement de celui de l'adulte, l'exposant aux mêmes carences nutritionnelles que l'ensemble de la population. Il n'en diffère, dès qu'il est autorisé à élargir un peu l'aire de ses déplacements, que par les compléments que constituent les produits de ramassage, voire le fretin ou le menu gibier. Les statistiques hospitalières montrent que les troubles nutritionnels graves sont rares chez les enfants de plus de six ans.

Il est exceptionnel que la maladie entraîne une modification du régime de l'enfant, sauf évidemment lorsque l'alimentation est en cause.

Les interdits : un régime alimentaire appauvri en protéines

Certains produits alimentaires, variables selon l'ethnie, sont déconseillés ou suscitent de la répugnance, d'autres sont écartés parce que jugés pathogènes ou toxiques par eux-mêmes, d'autres enfin – les plus nombreux – sont prohibés

³La fréquence des cas de sevrage précoce à la suite d'une nouvelle grossesse porte au scepticisme quant à la réalité biologique de la théorie selon laquelle l'allaitement inhibe l'ovulation.

pour des raisons d'ordre magico-religieux (BILBY *et al.*, 1989 ; DELPECH et VERNON, 1989).

Si l'alimentation est, de très loin, le domaine de la vie matérielle sur lequel pèsent le plus d'interdits, aucun ne porte sur les produits de consommation courante ; le régime des enfants ne s'en trouve donc pas directement affecté avant qu'ils n'aient été complètement sevrés.

La plupart des prohibitions imposées de façon permanente, en nombre restreint pour un individu donné, sont congénitales et, pour quelques unes, héréditaires. Celles-ci doivent être respectées par la femme pendant la grossesse et l'allaitement, la nocivité de l'aliment atteignant le fœtus directement et le nourrisson par l'intermédiaire du lait. Certains interdits portant sur des viandes de chasse, le déficit protidique – directement pour la femme enceinte, celle qui allaite et l'enfant sevré, indirectement pour le nourrisson – peut être important s'il s'agit d'une espèce figurant fréquemment au menu. Il existe des prohibitions alimentaires temporaires, liées à un statut transitoire, exceptionnel ou répétitif ; compte tenu de leur brièveté, l'équilibre nutritionnel de l'adulte en souffre peu. Chez ce dernier, les prohibitions, alimentaires sont plus une gêne – gardées secrètes par crainte d'un empoisonnement intentionnel, elles restreignent le partage de la nourriture – qu'une source de déficit nutritionnel. La sanction que déclenche la transgression d'un interdit étant dans tous les cas d'une extrême gravité – maladie⁴, voire mort – l'individu en infraction tentera d'en neutraliser les effets, à tout le moins de les réduire, par une thérapie conjuratoire (VERNON, 1987 c).

Nouvelle grossesse et sevrage drastique : un syndrome provoqué

Faute de nourrice, le sevrage prématuré s'impose lorsque la mère est dans l'incapacité d'allaiter : éloignement, tarissement de la lactation, affection du sein, maladie grave, décès. Ce sont les bouillies qui composent le régime de substitution.

La présomption d'une nouvelle grossesse constitue un motif impératif de sevrage, alors pratiqué d'une manière brusque au point de menacer la vie du nourrisson. La justification est que le lait de femme enceinte est dangereux.

⁴La plupart des affections de la peau, de la bouche et du tube digestif, organes donnant sur le milieu extérieur, sont reçues comme des sanctions surnaturelles.

Cette croyance, commune aux cultures afro-surinamiennes de marronnage, est fort répandue, notamment en Afrique (HADDAD, 1975 ; LATHAM, 1979). Dans de nombreuses représentations populaires, le lait est assimilé à un produit du sang d'où l'aménorrhée en période d'allaitement. Lorsque le retour des règles ne tarit pas la sécrétion mammaire, il la rend impropre à la consommation. La femme qui allaite doit donc éviter de concevoir, celle qui est ou se croit enceinte doit immédiatement cesser d'allaiter. Pour écarter tout risque, certaines cultures vont jusqu'à préconiser l'arrêt du commerce conjugal pendant toute la durée de l'allaitement⁵.

Pour les Noirs Marrons, le lait, privé de toute valeur nutritive par la présence du fœtus, devient de surcroît toxique (VERNON, 1987 a ; BILBY *et al.*, 1989 ; DELPECH et VERNON, 1989). Estimant que le nourrisson est menacé d'empoisonnement, on complète le sevrage par l'administration de vomitifs, diurétiques et laxatifs, associés à des pratiques magiques. Et l'on renforce la procédure à mesure que les troubles qu'elle provoque – diarrhée, amaigrissement, oedème, apathie – s'accroissent. Leur interprétation comme preuves d'intoxication fait entrer le malheureux bébé dans une spirale de dépérissement souvent fatale. Il s'agit de l'étiologie majeure de carences nutritionnelles dans ce milieu. Il peut paraître étonnant qu'une telle pratique, engendrant un syndrome nommé désigné⁶, n'ait été ni décrite ni même signalée. Le fait que les représentations l'attribuent à une intoxication alimentaire permet, peut-être, de comprendre les raisons pour lesquelles sa véritable origine échappe souvent à l'attention du personnel soignant (VERNON *et al.*, 1988 ; DELPECH et VERNON, 1989).

PLURALISME MÉDICAL ET STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES

La situation frontalière fait coexister sur les bords du Maroni plusieurs systèmes de soins. Aluku, Ndjuka et Paramaka ont accès à deux structures de santé modernes, en Guyane et au Surinam. Les Aluku bénéficient de plein droit du système guyanais tandis que les Ndjuka recourent aux services surinamiens tout

⁵Chez les Noirs Marrons, un interdit frappe les rapports sexuels durant les trois mois qui suivent l'accouchement. La pratique de la polygamie diminuerait les risques de sevrage prématuré en rendant l'interdit plus supportable à l'homme.
⁶*Kwedefi*, terme d'origine très probablement africaine.

en étant nombreux à consulter dans les centres de soins français. Les Noirs Marrons du Maroni disposent par ailleurs de recours qui leurs sont propres, intimement intégrés aux pratiques religieuses (VERNON, 1987 b ; VERNON *et al.*, 1988). L'analyse des choix et itinéraires thérapeutiques fait apparaître qu'en matière de troubles nutritionnels infantiles les recours sont combinés, le plus souvent simultanément.

Le traitement des troubles nutritionnels affectant les enfants des Noirs Marrons se heurte à des obstacles tenant à leurs conceptions de la santé et de la biomédecine. Celle-ci, outre sa gratuité et sa "laïcité", est appréciée pour la rapidité de ses résultats, due à la puissance de sa pharmacopée (DELPECH et VERNON, 1989). Lorsqu'une femme présente en consultation son nourrisson malnutri, elle attend la prescription de pilules ou injections qui, en quelques jours, devraient "vaincre" la maladie. Elle ressort déçue : on ne lui recommande – avec le risque de l'indigner voire de la culpabiliser, convaincue qu'elle est de nourrir convenablement son enfant – qu'un changement de régime dont les résultats seront lents. Dans de nombreux cas, la mère rejette le traitement ou l'abandonne, pour se tourner vers un recours endogène. Il y a là une difficulté majeure dans l'application de moyens thérapeutiques modernes.

LES NOIRS MARRONS D'AUJOURD'HUI : DÉGRADATION DES CONDITIONS DE SUBSISTANCE, ALTÉRATION DE LA SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT

En Guyane, les fruits amers de la modernisation

Peu touchés par les influences extérieures jusqu'à la fin des années soixante, les Noirs Marrons du versant français – les Aluku surtout en raison de leur statut de nationaux – sont entraînés dans le processus d'intégration à la société guyanaise, occidentalisée et urbanisée. Leur ouverture à l'économie monétaire est cependant relativement ancienne puisqu'elle remonte au début du siècle, lorsque les hommes valorisèrent leurs compétences dans le cadre de l'exploitation aurifère. Ils louèrent ensuite leurs bras sur les chantiers forestiers et côtiers mais leurs absences gardaient un caractère saisonnier, leur permettant de continuer à participer aux activités de subsistance, notamment aux travaux agricoles, et d'assurer l'approvisionnement en gibier. Le salariat leur donnait par ailleurs une capacité d'investissement qui faisait défaut aux sociétés amérindiennes voisines

(HURAUULT, 1965, 1970) : ils employaient la plus grande part de leurs revenus à l'achat de matériel de production. Cette première ouverture eut donc des incidences plutôt positives sur leurs conditions de vie.

Un changement radical intervint en 1969 lorsque la réorganisation administrative de la Guyane inclut le bassin du Maroni dans l'espace départemental. Les Aluku se trouvèrent dès lors largement exposés aux influences modernes ainsi qu'à l'emprise tant économique et politique que culturelle du groupe dominant créole. La mise en œuvre de la loi dite de décentralisation relayée par celle instituant le Revenu Minimum d'Insertion, en stimulant la monétarisation et en accroissant le pouvoir des élus locaux, accélère le processus d'assimilation enclenché avec la départementalisation.

Dépendance face aux circuits de consommation monétarisés et appauvrissement du milieu naturel

Les enquêtes sectorielles réalisées sur la rive guyanaise (DELPECH, 1987 ; DELPECH et VERNON, 1989 ; DELPECH, 1993) n'ont pas révélé d'aggravation significative du déséquilibre qui caractérise le régime alimentaire de ces populations : excès de glucides, pauvreté en protides ; la consommation de produits à forte teneur en protéines a parfois même augmenté.

Des habitudes ancestrales n'en ont pas moins été bouleversées. Chez les aluku, auto-suffisants il y a trois décennies (HURAUULT 1961 b ; HURAUULT, 1965), la consommation d'aliments importés – conserves, surgelés, salaisons – est en hausse, activée par la généralisation des techniques de conservation par le froid et la réduction des temps de parcours depuis que le moteur a remplacé la pagaie. A l'inverse, les aliments frais traditionnels apparaissent nettement moins souvent dans les menus. A peu près partout la consommation de manioc a diminué au profit d'équivalents "modernes" comme le pain. Si le riz reste un produit de base, c'est en milieu urbain qu'il est le plus consommé, dans des préparations créoles. On note par ailleurs un engouement pour le glutamate, une habitude asiatique venue du littoral.

Les changements affectant la consommation alimentaire répondent à des mutations de la sphère productive. D'une manière générale, l'agriculture est en déclin. La production de manioc s'est fortement réduite, parfois concentrée entre les mains de professionnelles. Le délaissement des activités de subsistance

suit rapidement l'augmentation des revenus monétaires provenant de l'aide sociale. Ces transformations sont particulièrement apparentes autour des postes administratifs, relais de diffusion des produits et de la culture urbaine.

La chasse et la pêche familiales périssent car les hommes – ceux qui ne sont pas partis sur la côte – sont pris par des travaux rémunérés, si bien que la présence d'un adulte masculin dont on pourrait attendre un meilleur approvisionnement en gibier se traduit plutôt par une surconsommation de produits importés. Pourtant, le gibier s'est fait rare. La contradiction n'est qu'apparente : la dilapidation du capital cynégétique résulte d'une exploitation abusive par des chasseurs de métier employant les techniques modernes de déplacement, de capture et de conservation. L'appauvrissement des ressources naturelles, produits de cueillette inclus, est particulièrement marqué aux alentours des chefs-lieux.

Les effets pervers de la politique de regroupement : déséquilibres spatiaux, baisse des rendements vivriers, dégradation des conditions d'hygiène

La transformation du mode d'utilisation des sols, renforcée par les contraintes administratives contribue largement aux déficits de production. Autour des postes, la densification de l'espace débouche sur des défrichements intensifs ; dès lors, le principe de régénération ne peut être respecté. Les baisses de rendement dues à l'épuisement du capital pédologique sont accélérées par la transmission des maladies végétales et la prolifération des parasites. La base familiale de la production et partant l'autonomie alimentaire se trouvent compromises par rupture des équilibres fondamentaux.

En superposant fonctions administratives, équipements de services et activités économiques, la réforme communale, renforcée par la loi de décentralisation, a fait naître des pôles d'attraction : attrait des biens de consommation, espérances de revenus à tirer des chantiers publics et du tourisme, contraintes scolaires, pressions exercées sur les esprits pour imposer l'idéal français de regroupement sont autant de facteurs concourant au dépérissement des villages, déjà désertés par les hommes, tandis que les concentrations démographiques se renforcent dans les chefs-lieux, plaques-tournantes vers la côte où se forment des foyers de prolétarianisation (HUBLIN 1986 ; HUBLIN , 1988).

L'une des effets majeurs de la réforme communale est l'intensification des flux migratoires. Les Aluku émigrent nombreux dans les principales villes du département, multipliant les formes précaires de fixation résidentielle, signe le plus évident du processus de paupérisation provoqué par la perte d'autonomie économique. Tant sur le Haut-Maroni que sur la côte apparaissent des risques d'agressions infectieuses dus à l'environnement insalubre. C'est sans doute à Saint Laurent du Maroni, tête de pont migratoire, que se trouvent réunies les pires conditions. Sur plusieurs kilomètres, la berge fluviale est investie par un ensemble compact de baraques installées sur le domaine public (BARCELO, 1985) mais sans aucune infrastructure : promiscuité et pollution des eaux par les déchets domestiques et les excréments, le fleuve servant tout à la fois de point de ravitaillement et d'égout. Des enfants y souffrent de maladies hydriques et le kwashiorkor y trouve un terrain favorable. Kourou n'est pas en reste avec son quartier "saramaka" bâti sur des marais non asséchés tandis qu'une ceinture de taudis s'étend en périphérie de Cayenne.

Nouveaux comportements matrimoniaux, pratiques "modernes" de puériculture

Les Noirs Marrons n'accordent, dans leur modèle matrimonial, qu'une place secondaire au mariage ; le caractère peu directif des comportements qui en résulte, le flou entourant le statut paternel en système matrilineaire, ont favorisé l'affaiblissement des normes régissant les rapports entre hommes et femmes. D'où un glissement vers des formules minimales autrefois exceptionnelles qui n'offrent aucune protection, ni à la mère et à l'enfant, les obligations masculines, lorsqu'elles sont encore assumées, se limitant à la période de la grossesse. Les dossiers médicaux révèlent des situations extrêmement préoccupantes : mères-enfants, grossesses à répétition, absence d'appui tant conjugal que familial.

Les influences en provenance du milieu côtier sont en voie de transformer les conditions de nutrition du nourrisson (DELPECH et VERNON, 1989). Les premiers aliments – bouillies du commerce ou préparées à partir de farines additionnées de sucre – sont introduits plus tôt. Les conditions d'asepsie dans lesquelles se répand l'usage du lait artificiel, en biberon et dans les bouillies, sont par ailleurs souvent défectueuses. La période d'allaitement exclusif écourtée pour permettre à la mère d'être plus mobile, l'enfant entre plus précocement dans la

phase la plus délicate de son développement privé des anticorps du lait maternel. Enfin, la dispersion des familles a pour conséquence un abandon des savoirs anciens en matière des techniques de maternage par rupture de transmission⁷. En bref l'élevage des enfants échappe aux cadres traditionnels mais sans entrer pour autant dans un contexte moderne.

Un contrôle social fortement relâché

L'éclatement de l'ethnie aluku dans l'ensemble de la Guyane joint à la liberté que s'octroient un grand nombre de ses membres, en particulier les jeunes, de vivre en rupture avec la coutume, ont fait perdre aux groupes de parenté une grande part de leur cohésion. L'affaiblissement de la solidarité a atteint un point tel qu'il est difficile à une femme sans assistance masculine de se procurer du gibier autrement qu'en l'achetant et d'ouvrir un "abattis" sans recourir à un tâcheron. Ceux auxquels elle faisait autrefois appel en cas de difficulté économique, lorsqu'ils sont encore présents, se montrent de plus en plus réticents à apporter leur assistance, voire franchement réfractaires (BILBY, 1987).

Le relâchement du contrôle social a entraîné la disparition de la plupart des modes de régulation. Ainsi en est-il des principes qui fixaient la répartition des territoires de chasse et de pêche, assurant une gestion rationnelle du capital cynégétique et halieutique.

Le pouvoir coutumier subit une crise profonde. Fortement contesté par une partie des Aluku, il est franchement rejeté par les jeunes qui se tournent vers ceux qui sont parvenus à s'insérer dans l'appareil politico-administratif moderne. Cette perte de maîtrise est ressentie d'une manière d'autant plus aiguë par la chefferie qu'elle se sait dévalorisée aux yeux de la hiérarchie administrative.

Assimilation, déstructuration, déculturation

Les minorités ethniques de l'intérieur guyanais sont toutes, à divers degrés, secouées par les mutations découlant de l'adoption du régime départemental. Ouvrant une large brèche dans le système coutumier, la réforme a déstabilisé la

⁷Présence de la mère ou de belle-mère lors de la première naissance pour initier la jeune mère.

base économique, profondément transformé les mentalités et altéré les règles de vie collective traditionnelles (HURAUULT, 1985).

Même l'école de la République est facteur de rupture. Les temps, horaires et calendrier, ne tiennent que bien peu compte des nécessités de la vie quotidienne, privent les femmes de main-d'oeuvre d'appoint pendant une grande partie de l'année. Les fillettes aidaient aux tâches domestiques, prenaient soin des nourrissons, apportaient un complément alimentaire, pêchant dans les rivières au voisinage des villages et cueillant plantes et fruits sauvages ; les jeunes garçons participaient aux travaux des champs et, surtout, aidaient au canotage : éprouvant des difficultés à naviguer seules, les femmes, celles qui cultivent encore, se trouvent forcées de surexploiter les environs immédiats des villages. L'obligation d'assiduité entraîne les familles, de plein gré ou à la suite d'encouragements, à se rapprocher des postes. L'école freine la mobilité des groupes ; elle favorise leur concentration.

Au Surinam : poussée démographique, troubles sociaux, aléas alimentaires

La population ndjuka a quintuplé en l'espace de trois générations, formant, de très loin, la plus importante des ethnies marronnes. Cette explosion démographique est due au renforcement de l'encadrement médical, par le pouvoir colonial néerlandais puis par l'état surinamien, qui a permis une régression importante des maladies vénériennes, cause de stérilité féminine, et une réduction spectaculaire de la mortalité péri et néo-natale. Le territoire tribal ndjuka porte des charges humaines proches de la saturation.

A partir du début des années trente, la surexploitation de l'environnement entraîna une détérioration des ressources cynégétiques et halieutiques et une fréquence accrue des déficits vivriers (DOORNBOS, 1966). L'accentuation de la pression sur le milieu explique le phénomène de desserrement sur le versant guyanais où se multiplient les résidences temporaires de culture.

Les Ndjuka, qui avaient longtemps vécu dans une autonomie alimentaire à peu près totale, durent pallier de mauvaises récoltes par des importations de produits alimentaires, financées grâce au canotage et au salariat. De nos jours, la chasse est devenue aléatoire et éprouvante tant le gibier s'est fait rare. La viande constitue rarement l'élément central des repas familiaux ; quand elle figure au menu, c'est le plus souvent en quantité restreinte (DELPECH et VERNON, 1989).

La récession économique qu'a du affronter le Surinam entre 1984 et 1990 – dépréciation monétaire galopante, réduction des importations par manque de devises – a rendu les produits alimentaires coûteux. Enfin la guerre civile a mis fin à l'assistance médicale surinamienne.

La situation alimentaire en pays ndjuka démontre le caractère précaire de l'équilibre entre population et ressources dans les économies d'autosubsistance de ce type ; elle témoigne du rôle essentiel joué par la pression sur le milieu naturel dans l'étiologie des troubles nutritionnels infantiles.

CONCLUSION

La malnutrition a pris, chez les Noirs Marrons de Guyane et du Surinam, l'ampleur d'une épidémie atteignant principalement les jeunes enfants. Ces troubles de carence présentent une double origine : d'une part, une fragilisation du terrain procédant de l'organisation et du système de valeurs propres à ces sociétés, notamment une alimentation déficiente en protéines et des pratiques de sevrage brutales, d'autre part la conjonction de facteurs démographiques et socio-économiques. Si ces carences ne constituent pas un phénomène récent, leur fréquence accrue résulte assurément d'un important déséquilibre entre population et ressources : croissance naturelle dans le cas des Ndjuka du Surinam, redistribution du peuplement se greffant sur une transition non maîtrisée à l'économie monétaire dans le cas des Aluku de Guyane.

La progression régulière des troubles nutritionnels, qui fait peser une réelle menace sur le groupe aluku, est un indicateur alarmant de pathologie sociale : délabrement du système agricole, perte du contrôle de l'environnement, abandon des règles de vie traditionnelles et relâchement de la cohésion sociale, paupérisation.

Il faut parvenir à endiguer le flux migratoire pour l'inverser. D'abord en écartant toute décision ou incitation de nature à nuire à la mobilité géographique in situ. En second lieu, par une meilleure exploitation des compétences dont ces groupes ont amplement donné la preuve dans le passé. L'accès aux revenus monétaires doit reposer sur des gains, non sur l'assistanat.

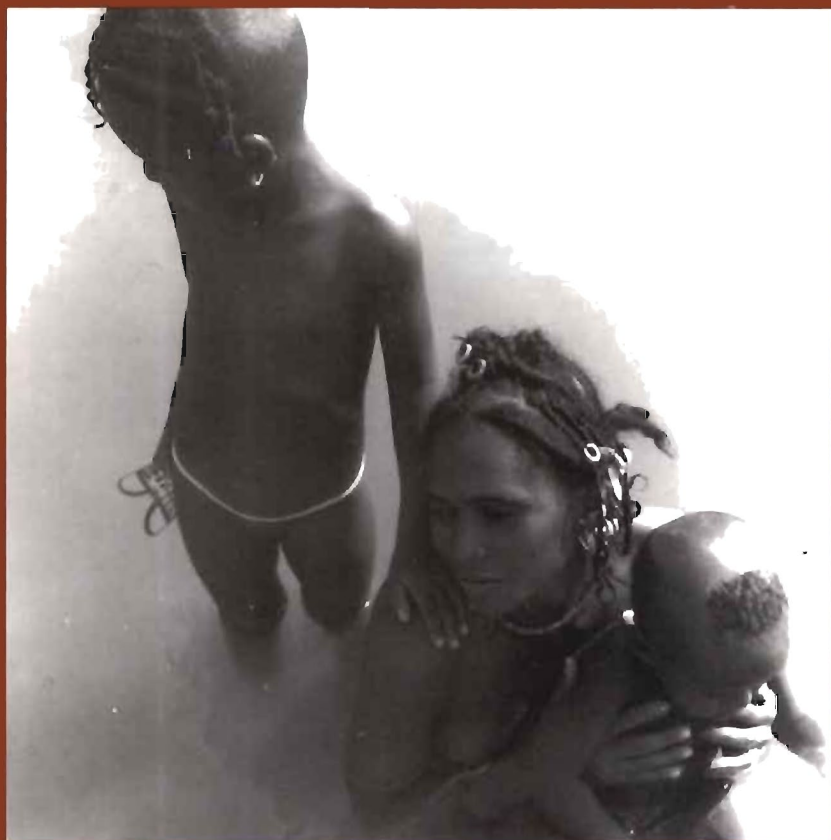
Au regard des conditions de subsistance, il serait judicieux d'inciter à compléter la production d'abattis et à promouvoir le petit élevage, à renforcer la protection phyto-sanitaire et la lutte contre les épizooties. Il importe tout autant d'aider à la restauration de l'équilibre naturel par une réglementation plus sévère de la chasse et de la pêche.

A quelques pas de la fusée Ariane, la morbidité nutritionnelle rabaisse le département de Guyane au rang de pays sous-développé. Son enraiment doit rester une préoccupation majeure de santé publique même si les moyens de lutte directs, tant curatifs que préventifs, sont réduits. Au delà d'une action de "renutrition", il paraît urgent de réviser les conditions de fonctionnement du système médical par la mise en place d'une assistance mieux orientée vers la prévention : campagne d'information sur l'alimentation et ses carences, surveillance nutritionnelle avec suivi privilégié des familles à risque. Cette assistance doit s'appuyer sur une connaissance plus fine des dimensions socio-culturelles de la maladie et des attitudes face à la bio-médecine, grâce, notamment, à la collaboration d'un personnel issu du milieu-même, voire au concours de tradi-praticiens. L'enraiment de la malnutrition des Noirs Marrons de Guyane et du Surinam implique la mise en oeuvre de stratégies thérapeutiques adaptées à leurs valeurs culturelles.

BIBLIOGRAPHIE

- BARCELO (J.-Y.), 1985. – Les populations descendantes des Marrons de Saint Laurent du Maroni, *Dossiers de l'Outre-Mer*, 81.
- BILBY (K.), 1987. – Les Boni et les communes, *Equinoxe*, 24 : 100-111.
- BILBY (K.) *et al.*, 1989. – *L'alimentation des Noirs marrons du Maroni (Guyane française)*, multig., ORSTOM, Cayenne, 393 p.
- BRUN (Th.) *et al.*, 1988. – Prévalence des malnutritions protéino-énergétiques dans la vallée du Maroni (Guyane Française), in *Recherches collaboratives dans les DOM-TOM*, INSERM, Paris, 12 p.
- DELPECH (B.), 1987. – *Huit études de cas de production et consommation alimentaires chez les Noirs Marrons du bassin du Maroni*, multig., ORSTOM, Cayenne, 72 p.
- DELPECH (B.), 1993. – De l'économie de subsistance à la société de consommation : les Aluku de Guyane à un tournant, *Les Cahiers d'Outre-Mer*, Bordeaux : 175-193.
- DELPECH (B.) *et* Vernon (D.), 1989. – *Traditions, changements sociaux et déséquilibres alimentaires chez les Noirs Marrons du bassin du Maroni*, multig., ORSTOM, Cayenn, 72 p.
- DOORNBOS (L.), 1966. – *Kinderjaren aan de Tapanahony*, Rijksuniversiteit te Groningen, Drukkerij Van Denderen, Groningen, 283 p.
- DOORNBOS (L.), *et al.*, 1968. – Growth of Bushnegro Children on the Tapanahoni River in Dutch Guiana, *Human Biology*, 40 : 17-29.
- FLEURY (M.), 1986. – *Les plantes alimentaires de cueillette chez les Boni de Guyane Française*, multig., ORSTOM, Cayenne, 110 p.
- HADDAD (F.N.), 1975. – *Contribution à l'étude épidémiologique du kwashiorkor à Port-Bouet*, multig., Thèse de doctorat en Médecine, Abidjan.
- HUBLIN (A.), 1986. – *Du fleuve à la ville : les conséquences des migrations sur l'habitat des Noirs Réfugiés de Guyane Française*, multig., GARP, Paris, 103 p.
- HUBLIN (A.), 1988. – *La prolétarianisation de l'habitat des Noirs Marrons de Guyane Française*, multig., MRT, Paris, 240 p.
- HURAUULT (J.), 1961 (a). – *Les Noirs Réfugiés Boni de la Guyane Française*, IFAN, Dakar, 362 p.

- HURAUULT (J.), 1961 (b). – Chasse et pêche chez les Noirs Réfugiés de Guyane, *Bois et Forêts des Tropiques*, 87.
- HURAUULT (J.), 1965. – *Vie matérielle des Noirs Réfugiés Boni et des Indiens Wayana du Haut-Maroni*, ORSTOM, Paris, 142 p.
- HURAUULT (J.), 1970. – *Africains de Guyane*, Mouton, La Haye-Paris.
- HURAUULT (J.), 1985. – Pour un statut des population tribales de Guyane française, *Ethnies*, 1, 1-2 : 42-50.
- JANSSEN (J.F.), 1961. – The Health of Maroon Children of Surinam, *Journ. of Tropic. Pediatr.*, 12 : 85-105.
- JOLY (F.), 1984. – Le kwashiorkor en Guyane Française, une étude évolutive in "XIX^e Congrès International des Médecins de Langue française de l'Hémisphère Américain", Cayenne, 12 p.
- JOLY (F.), 1985. – Le kwashiorkor dans un département français, *Rev. Pédiatr.*, 21, 1.
- JOLY (F.) *et al.*, 1982. – Le kwashiorkor en Guyane Française, *Médecine d'Afrique Noire*, 1, 82.
- LATHAM (M.-C.), 1979. – *Nutrition humaine en Afrique tropicale*, FAO, Rome.
- SAEZ (Ch.), 1988. – *Évaluation de l'état nutritionnel des enfants dans la vallée du Maroni*, multig., Thèse de doctorat en médecine, ACEMB, Bordeaux, 149 p.
- VERNON (D.), 1987 (a). – *L'alimentation des enfants et les troubles de malnutrition chez les Ndjuka du Bilose*, multig., ORSTOM, Cayenne, 22 p.
- VERNON (D.), 1987 (b). – "Payer n'est pas mourir" : le sens des prestations dans une médecine traditionnelle, multig., Mémoire EHESS, Paris, 180 p.
- VERNON (D.), 1987 (c). – *La femme et l'enfant dans la société ndjuka du Bilose (Surinam)*, multig., ORSTOM, Cayenne, 33 p.
- VERNON (D.) *et al.*, 1988. – *Système de santé moderne et pratiques traditionnelles de santé chez les Noirs Marrons de Guyane et du Surinam*, multig., ORSTOM, Cayenne, 70 p.



POPULATIONS DU SUD ET SANTÉ

PARCOURS ET HORIZONS

ORSTOM
Editions

TABLE DES MATIÈRES

***	Sommaire.....	3
J. Némó	Préface.....	5
***	Présentation.....	9

PREMIÈRE PARTIE PIERRE CANTRELLE, L'HOMME ET LE CHERCHEUR

F. Gendreau, P. Livenais J. Vaugelade	Itinéraire Scientifique de Pierre Cantrelle.....	13
H. Domenach	L'"homo démographicus cantrellus" - Clin d'oeil scientifique à visage humain.....	21
F. Gubry	La nouvelle vie des anciens livres de démographie africaine.....	27
***	Bibliographie de Pierre Cantrelle.....	37

DEUXIÈME PARTIE L'OBSERVATION, DOMAINE D'INNOVATION

M. Garenne	La morbidité et les causes de décès - La contribution du démographe.....	57
C. Z. Guilmoto	Trente ans plus tard le long du fleuve Sénégal... L'enquête de la MISOES à l'épreuve du temps.....	73
P. Guillaumont	Pour des séries longues d'observation - L'analyse des relations entre politiques d'ajustement et migrations internes.....	95
Ch. Scott and J. Cleland	Surveys on sexual behaviour in relation to AIDS - Problems of methodology.....	105
F. Gendreau	Pour un renouveau de l'observation démographique en Afrique au Sud Sahara.....	117

**TROISIÈME PARTIE
COMPLEXITÉ DES SITUATIONS, DIVERSITÉ DES ANALYSES**

P. Gazin	La mortalité infanto-juvénile et ses causes dans deux communautés rurales de l'ouest du Burkina Faso.....	135
A. Briend	Allaitement au sein, état nutritionnel, espacement des naissances et survie de l'enfant au Bangladesh.....	145
P. Gubry	Contribution à l'histoire de la mortalité au Cameroun (1890-1914) - L'apport de Kuczinsky.....	157
A. Franqueville	La mortalité infantile en Bolivie - Les raisons d'un retard à la baisse.....	169
B. Delpech	Malnutrition infantile chez les Noirs Marrons de Guyane et de Surinam.....	183
A. Guillaume, N. G. Koffi, P. Vimard	Santé de la mère et de l'enfant en Côte-d'Ivoire.....	201
J. Caldwell and P. Caldwell	The beginning of fertility decline in Sub-Saharan Africa.....	233
A. Froment	Biométrie contre génétique, ou comment aborder la variabilité biologique chez l'homme.....	245

**QUATRIÈME PARTIE
POLITIQUES DE POPULATION ET RECHERCHE DÉMOGRAPHIQUE**

D. Benoit	La planification familiale en Indonésie : des succès mais aussi des questions... et des problèmes en devenir.....	269
A. Bahri	Politiques de population en Afrique.....	287