

# LA MORTALITÉ INFANTILE EN BOLIVIE LES RAISONS D'UN RETARD À LA BAISSE

André FRANQUEVILLE\*

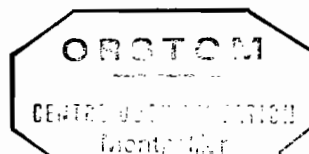
## D'UN RECENSEMENT A L'AUTRE

Ce ne fut pas sans une certaine autosatisfaction que les autorités boliviennes firent officiellement connaître en avril 1993, les résultats définitifs du recensement de la population et de l'habitat réalisé en juin précédent. Certes, on s'attendait à un total de population plus élevé : selon les enquêtes démographiques antérieures, les sept millions d'habitants auraient dû être dépassés, quand le recensement n'en dénombra que 6 420 792, ainsi avec une densité de 5,8 habitants/km<sup>2</sup> la Bolivie demeure l'un des pays les moins densément peuplés d'Amérique du Sud.

Alors qu'entre le recensement de 1976 et l'enquête de population de 1988, le taux de croissance annuel était estimé à 2,7 %, il fallut bien admettre qu'il n'avait été que de 2,1 %. Plusieurs explications à ce "manque" ont été avancées (PRESENCIA, 09/07/92), en particulier celle d'une forte émigration, 40 000 personnes quitteraient chaque année le pays à la recherche de meilleures conditions de vie et se dirigeraient vers l'Argentine (environ 1,5 million de résidents boliviens), le Brésil et le Chili (environ 400 000 résidents dans chacun de ces pays). Une autre explication, non moins plausible, résiderait dans les imperfections du recensement dues tant aux négligences des recenseurs généralement recrutés pour l'occasion qu'à l'opposition des organisations syndicales paysannes.

Mais ce n'était sûrement pas du côté de la mortalité infantile qu'il fallait chercher la raison du déficit ; en effet, et ce fut le principal motif de la satisfaction officielle, le taux de mortalité infantile qui se situait à 151 ‰ en 1976, n'était plus que de 75 ‰ en 1992. Bien que ces mesures indirectes de la

\* Géographe, ORSTOM



mortalité infantile soient imprécises, la baisse de moitié en 16 ans est impressionnante.

La comparaison avec la situation des autres pays du sous-continent rend plus modeste l'effet de triomphe annoncé : avec un taux de 75 ‰, la Bolivie est avec le Pérou, en plein marasme économique, le pays d'Amérique du Sud où la mortalité infantile demeure la plus élevée.

On ne peut certes nier la diminution qui s'est produite au cours des 20 dernières années. Mais la baisse de la mortalité infantile qui fut de 46 % en Bolivie entre 1970 et 1991 (Banque mondiale, 1993) est générale dans les pays latino-américains : une diminution similaire à celle de la Bolivie s'observe chez les pays voisins (Equateur, 53 %, Pérou, 51 %), ainsi que pour l'ensemble des pays d'Amérique latine et Caraïbe (46 %) et pour l'ensemble de ceux que la Banque dénomme "Économies à revenu intermédiaire" (53 %) parmi lesquels elle classe la Bolivie. En réalité, le pays ne fait que participer à la tendance générale, en demeurant toutefois à la traîne.

### **DE FORTES DISPARITÉS SELON LA REGION ET LE MILIEU DE RÉSIDENCE**

La comparaison des situations des neuf départements montre des taux de mortalité infantile allant du simple au double (tabl. I). Deux départements se distinguent par leur taux relativement faible : Santa Cruz, dans les plaines amazoniennes (57 ‰) et Tarija, au sud du pays (60 ‰). Les départements centraux (La Paz, Cochabamba, Pando et Chuquisaca) présentent des valeurs moyennes.

Les deux départements où la mortalité infantile est la plus élevée sont ceux de l'Altiplano Sud (Oruro et Potosi, fig. 1) c'est-à-dire là où les conditions de l'activité agricole ont toujours été des plus précaires et où l'effondrement de l'économie minière depuis les années quatre-vingt a eu les conséquences les plus dramatiques. Cette constatation suggère un changement par rapport à 1976 où le taux de plus élevé était celui de la zone des Vallées : 210 ‰, suivie de l'Altiplano : 191 ‰ et des Plaines : 120 ‰ (MORALES, 1984), situation que l'enquête de démographie et santé (INE, 1990) confirmait pour 1989 (Vallées : 106 ‰, Altiplano : 96 ‰, Plaines : 84 ‰).



Source INE, 1993

TAUX p. MILLE

55 - 69	
70 - 89	
90 - 99	
≥ 100	



Figure 1 : La mortalité infantile par département en 1992.

Tableau I  
Bolivie : taux de mortalité infantile (pour 1 000)  
par département en 1976 et en 1992, selon le milieu

Départements	Urbain		Rural		Général	
	1976	1992	1976	1992	1976	1992
Potosi	158	98	205	129	191	118
Oruro	148	103	176	123	162	113
Beni	99	77	122	109	114	90
Chuquisaca	128	52	201	100	190	88
Pando	94	60	140	88	136	85
Cochabamba	115	56	234	94	174	78
La Paz	129	63	161	81	146	70
Tarija	102	46	144	74	129	60
Santa Cruz	102	46	136	78	120	57
Bolivie	123	58	170	94	151	75
Source : INE, 1993.						

Les disparités de mortalité infantile entre les zones urbaines du pays et entre les zones rurales demeurent importantes : les taux urbains évoluent entre 46 ‰ et 103 ‰, et les taux ruraux entre 74 ‰ et 129 ‰.

La comparaison par départements des situations de 1976 et 1992 est révélatrice des évolutions survenues et des reclassements opérés (tabl. I et fig. 2). Selon la valeur de leurs taux de mortalité infantile urbaine et rurale, en 1976 ceux-ci se constituaient en deux grands groupes :

- l'un en situation critique : Potosi, Oruro, Chuquisaca, Cochabamba, La Paz, groupe marqué par des taux supérieurs à 150 ‰ pour le milieu rural ;
- l'autre en meilleure situation : Pando, Beni, Santa Cruz et Tarija, soient les départements de l'est et du sud.

En 1992, les deux départements dont la situation est encore la plus critique (Oruro, Potosi) présentent des valeurs qui les placent là où étaient les mieux lotis en 1976, mais leur situation s'est relativement plus améliorée que celle du Beni qui n'a réellement changé qu'en milieu urbain.

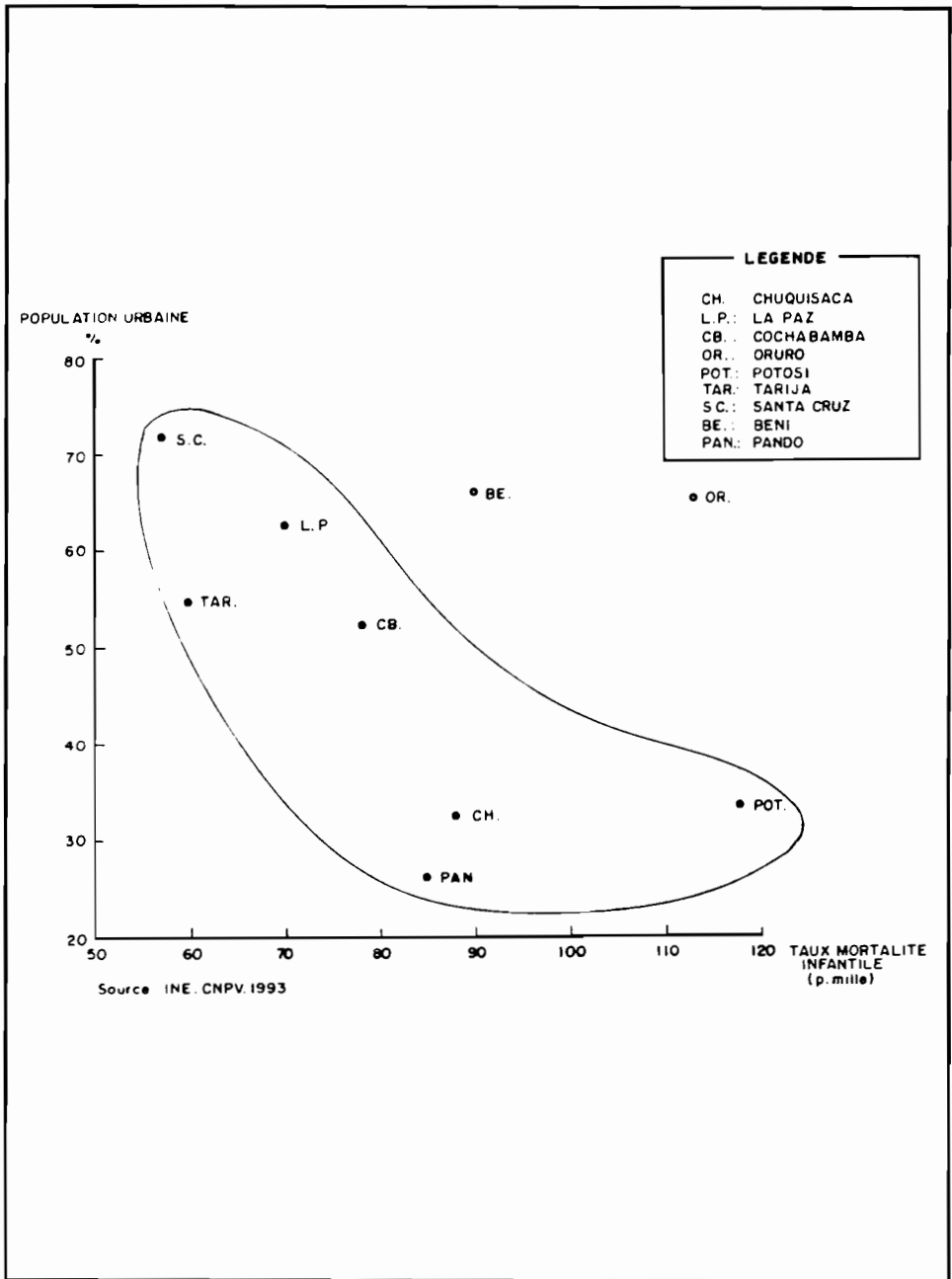


Figure 2 : Mortalité infantile urbaine et rurale.

Santa Cruz et Tarija ont gardé l'avance qu'ils possédaient sur les autres départements, tandis que le Pando a perdu la sienne et se classe désormais parmi les valeurs moyennes avec La Paz, Cochabamba et Chuquisaca. Les deux départements pour lesquels s'observent des changements de grande ampleur sont Chuquisaca et Cochabamba.

Où chercher des éléments d'explication aux différentes évolutions survenues et à la situation actuelle ? S'il est certain que "les facteurs susceptibles d'influencer la mortalité des enfants sont extrêmement complexes et imbriqués les uns dans les autres" (GARENNE et CANTRELLE, 1984), le rôle des inégalités sociales et économiques apparaît prépondérant.

## **LES INÉGALITES**

"Privée du littoral depuis le XIX<sup>e</sup> siècle, la Bolivie, immense et faiblement peuplée, reste le plus andin et le plus indien des pays de la cordillère, et l'un des plus pauvres des Amériques". C'est un tableau sombre, mais juste, de la Bolivie que dresse J.P. DELER (1991) dans l'ouvrage de la Géographie Universelle consacré à l'Amérique latine.

Mais si la pauvreté est générale, elle n'est pas uniformément partagée. De profondes inégalités traversent la société bolivienne et marquent les différentes régions et groupes sociaux du pays, l'inégalité des enfants devant la mort étant l'une des plus révélatrices et des plus dramatiques.

### **Villes et campagnes**

Si plus d'un million de Boliviens vivent hors de leur pays et si la mobilité interne de la population est considérable, en particulier vers les trois grandes villes (Santa Cruz, Cochabamba et La Paz), c'est bien que les conditions de vie offertes à la population, et en particulier à la population rurale, n'ont rien de satisfaisant.

Reflet de l'état d'abandon social et économique dans lequel sont laissées les campagnes, le niveau de la mortalité infantile est en relation inverse avec le taux d'urbanisation de la population (fig. 3).

Font apparemment exception à la règle deux départements, ceux d'Oruro et du Beni, mais sans doute la définition de la ville adoptée par le recensement

(2 000 habitants agglomérés) conduit à appeler villes les campements miniers, nombreux à Oruro, ainsi que les bourgs du Beni peuplés d'éleveurs et de forestiers, lesquels n'ont rien d'urbain quant à leurs équipements et leurs activités.

De plus, derrière ces moyennes élevées des zones rurales de Potosi, Oruro et Chuquisaca, existent des situations extrêmes. Ainsi, pour les populations rurales des hautes vallées andines, des taux de l'ordre de 300 ‰ étaient avancés encore récemment

Mais cette liaison inverse entre urbanisation et mortalité infantile est le résultat d'autres relations, qui touchent aux variables intermédiaires de la mortalité (malnutrition, instruction, infrastructures sanitaires).

### La malnutrition infantile

La Bolivie est l'un des pays d'Amérique Latine qui présente les taux de malnutrition les plus élevés. Selon les résultats de l'enquête de démographie et de santé, 38 % des enfants de 3 mois à 36 mois souffrent de malnutrition chronique<sup>1</sup>, signe d'une exposition prolongée à la malnutrition, mais cette prévalence varie en fonction des lieux de résidence (tabl. II).

TABLEAU II

Bolivie : prévalence de la malnutrition chronique (en %) des enfants de 3 mois à 36 mois (taille par rapport à l'âge), selon les lieux de résidence

	Zones		Régions			Pays
	Urbaine	Rurale	Altiplano	Vallées	Plaines	
Prévalence	31,5	45,0	44,0	40,7	21,4	38,3
Source: INE, 1990.						

Tant pour la malnutrition que pour la mortalité infantile, Altiplano et Vallées sont bien les régions les plus atteintes, ainsi que les zones rurales.

<sup>1</sup> Malnutrition calculée sur la base d'une différence de deux écarts-types par rapport à la norme NCHS-OMS.

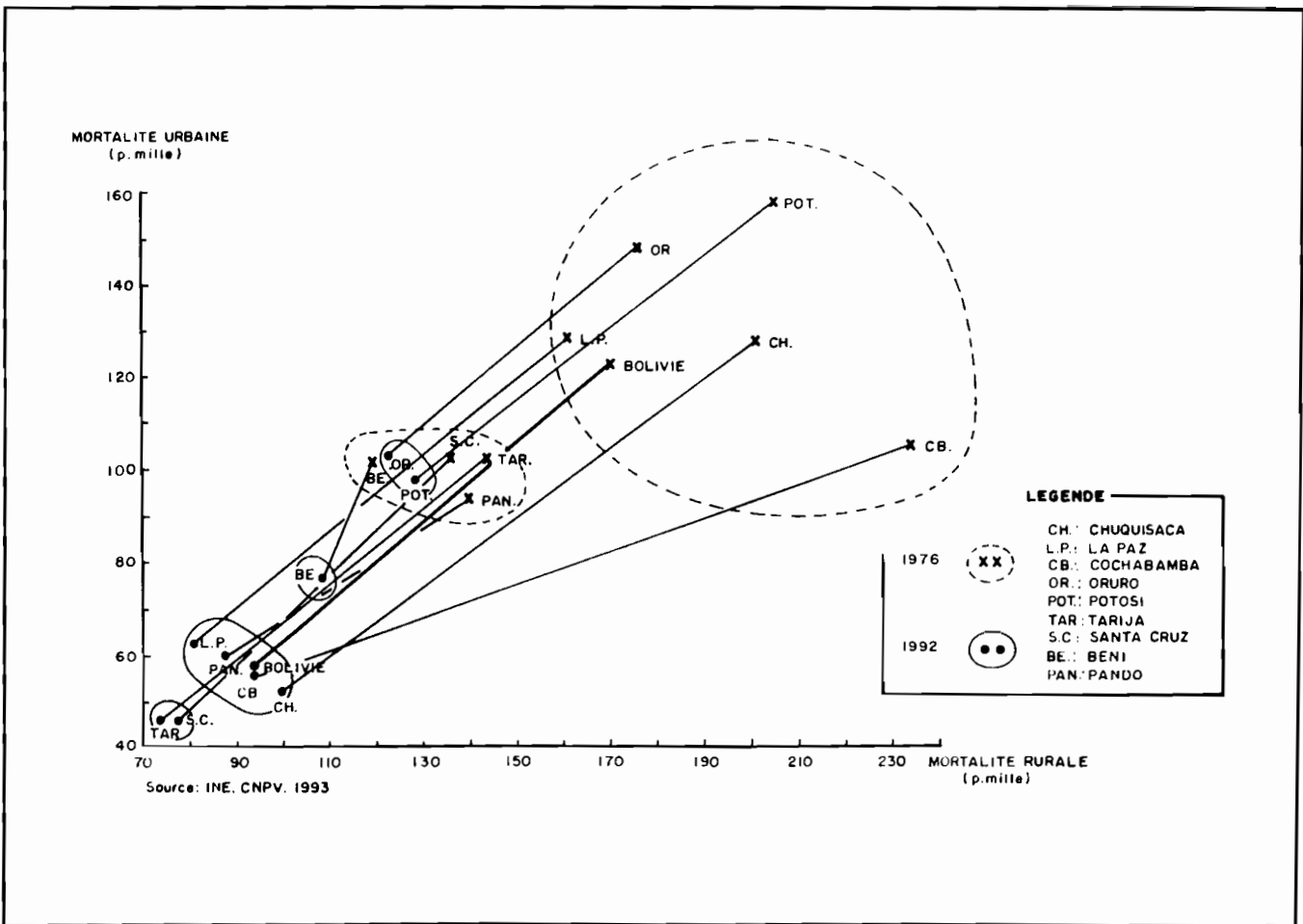


Figure 3 : Population urbaine et mortalité infantile par département en 1992.



Utilisant le critère du poids par rapport à l'âge ROCA BADO *et al.* (1985) étudie les taux de malnutrition des enfants de 6 mois à 59 mois en croisant zones de résidence et régions, ce qui creuse encore davantage les écarts entre les situations régionales (tabl. III).

TABLEAU III  
Bolivie : prévalence de la malnutrition des enfants de 6 mois à 59 mois (poids par rapport à l'âge) selon les régions et le milieu de résidence

Zone	Altiplano	Vallées	Plaines	Pays
urbaine	51,8	46,8	26,6	41,7
rurale	62,2	54,4	36,0	50,8
Ensemble	57,2	50,8	31,5	46,5
Source: Rocabado <i>et al.</i> , 1985.				

Bien que parmi les causes de mortalité infantile, les statistiques officielles ne mentionnent jamais la malnutrition, la coïncidence entre les plus fortes prévalences de cette dernière sur l'Altiplano et dans les Vallées et la localisation des taux de mortalité les plus élevés ne fait aucun doute.

Si dans le détail de la comparaison par départements des deux indicateurs, la correspondance des résultats n'est pas réellement constante, les données anthropométriques du Ministère de la Santé<sup>2</sup> relatives aux enfants de moins de cinq ans montrent clairement que la plus forte malnutrition (44 % des enfants) se situe bien dans le département de Potosi où la mortalité infantile est la plus élevée (tabl. IV).

La malnutrition maternelle est en relation directe avec le poids des nouveau-nés (INAN, 1993). Bien que les données manquent pour deux des neuf départements (tabl. IV), la proportion des enfants présentant une insuffisance pondérale (moins de 2 500 g à la naissance) est la plus forte dans le département de Potosi (11,1 %) et la plus faible pour Tarija (6,9 %).

2 Données du SVEN, Primer Censo Nacional de Talla, 1988-1990, non publiées.

Ce sont évidemment là des indicateurs qui participent tous d'une même situation générale de sous-protection et de sous-équipement des campagnes et de certaines zones du pays, reflet d'un abandon social et économique.

### **L'instruction féminine**

La relation entre les taux de mortalité infantile et le niveau d'instruction atteint par les mères montre une augmentation graduelle de la mortalité des enfants à mesure que diminue l'instruction de leur mère : 46 ‰ quand est atteint le niveau 2<sup>e</sup> cycle du secondaire, 65 ‰ quand est atteint le premier cycle, 108 ‰ pour le niveau primaire et 124 ‰ quand les mères sont sans instruction (INE, 1990). La même gradation s'observe aussi bien pour la mortalité juvénile que pour la mortalité infantile. Or, 71 % des analphabètes de 15 ans et plus sont des femmes (INE, 1993).

La comparaison par départements (tabl. IV) montre que Potosi détient le plus fort taux d'analphabétisme féminin (15 ans et plus) : 50,7 %, et la plus forte mortalité infantile, tandis que Santa Cruz présente le plus faible taux d'analphabétisation féminin : 14,9 % ainsi que la plus faible mortalité infantile.

Un rapprochement souvent fait dans les pays d'Amérique du Sud consiste à mettre en parallèle les divers indicateurs sociaux et la composition ethnique de la population. Ainsi un récent rapport de la Commission économique des Nations Unies pour l'Amérique latine et les Caraïbes montre l'existence d'une "forte association entre la population indigène et la situation de pauvreté" (PRESENCIA, 04/09/1993). Cette composition ethnique est reflétée par la proportion de personnes ne parlant que l'espagnol. Ainsi, on ne trouve que 15 % de la population du département de Potosi à parler seulement l'espagnol, c'est-à-dire ne connaissant aucune langue autochtone. Au contraire, à Tarija, 86,4 % de la population parle seulement l'espagnol. De là à affirmer l'existence d'une relation de cause à effet entre composition ethnique, persistance des cultures autochtones et situation de sous-développement économique et social, le pas est vite franchi... alors que la cause est celle d'un abandon séculaire des populations autochtones par le pouvoir central dont les statistiques actuelles ne font que révéler l'effet.

TABLEAU IV  
Bolivie : taux de mortalité infantile (pour 1 000) et divers indicateurs sociaux par département

Départements	Taux de mortalité infantile %	Proportion d'enfants malnutris (%)	Insuffisance pondérale des nouveaux-nés (%)	Analphabétisme féminin (%)	Proportion de personnes ne parlant que l'espagnol (%)	Médecins pour 10 000 habitants	Proportion de ménages ayant l'eau potable (%)
Potosi	118	44	11	51	15	3,5	22
Oruro	113	34	ND	24	32	6,1	22
Beni	90	19	8	17	87	5,5	66
Chuquisaca	88	40	10	48	33	6,9	30
Pando	85	18	10	26	72	ND	48
Cochabamba	78	39	8	29	22	4,8	45
La Paz	70	40	9	25	35	6,9	37
Tarija	60	30	7	29	86	7,0	50
Santa Cruz	57	23	ND	15	75	5,0	68
Bolivie	75	35	10	28	33	5,5	43

Source : INE, 1992 ; INAN, 1993 ; INE, 1993 ; SVEN, 1992.  
ND = indicateur non disponible

#### Encadrement médical et équipements de base

Deux exemples encore montrent la réalité de cet abandon. Le département de Tarija présente le meilleur encadrement médical : 7,0 médecins pour 10 000 habitants, et aussi l'une des plus faibles mortalités infantiles (tabl. IV). Celui de Potosi compte le plus faible nombre de médecins pour 10 000 habitants : 3,5 (INE, 1992), et bien logiquement la plus forte mortalité infantile, mais il est aussi l'un de ceux qui comptent le plus de population rurale (66,4 %).

La couverture médicale du milieu rural est faible : au niveau national, 69 % des femmes rurales ne bénéficient d'aucun suivi médical durant leur grossesse, alors que ce taux est de 36 % en milieu urbain (INE, 1989). La même enquête montre que parmi les enfants de moins de cinq ans ayant souffert de troubles respiratoires au cours des deux semaines précédentes, 40,5 % ont reçu des soins médicaux s'ils vivent en milieu urbain et seulement 24 % en milieu rural. De

même, si en milieu urbain 37,2 % des enfants d'un an ont reçu tous les vaccins nécessaires, en milieu rural seulement 27,8 % bénéficient de cette immunisation complète.

D'autre part, selon le dernier recensement de la population et de l'habitat, le département de Potosi est encore une fois celui où la proportion d'habitations dotées d'eau potable et d'évacuation des eaux usées est la plus faible (21,6 %), tandis que celui de Tarija en compte 49,5 % et celui de Santa Cruz 67,6 %. Or l'existence de ces services élémentaires, joue un rôle fondamental dans la lutte contre la mortalité infantile. Le taux de mortalité infantile varie de 91 ‰ à 116 ‰ (INE, 1989) suivant que l'habitation est alimentée en eau potable par un réseau de desserte, par un puits ou par un autre moyen (en général source ou rivière). Quant à l'incidence du service d'égouts, la mortalité infantile varie de 80 ‰ à 118 ‰ selon qu'il existe ou pas.

Cette distribution géographique des inégalités boliviennes n'est pas sans rappeler, dans une certaine mesure, le modèle géographique proposé pour le pays par DELER (1990), qui se base sur la combinaison de "chorèmes" ou modèles spatiaux élémentaires propose une division de l'espace bolivien en :

- un quadrant nord-est (Pando et Beni) constitué des plaines amazoniennes, qui fait figure de zone excentrée et en grande partie abandonnée à son sort ;
- un quadrant sud-est principalement constitué par le département de Santa Cruz, en plein essor économique grâce aux ressources obtenues des hydrocarbures, de l'agro-industrie et de la cocaïne, sur un fonds de colonisation agricole par des migrants venant de l'Altiplano ;
- un quadrant nord-ouest, surtout constitué par le département de La Paz, fortement marqué par la réalité culturelle aymara, où la présence de la capitale<sup>3</sup> et de ses équipements ne suffit pas à masquer le sous-développement de la zone rurale ;
- un quadrant sud-ouest, plus réduit que celui de l'auteur puisqu'il ne comprend que Potosi et Oruro ; la crise de l'économie minière sans substitut prévisible l'a transformé en l'une des zones les plus déprimées du pays ;

---

<sup>3</sup> *Stricto sensu* La PAZ est le siège du gouvernement, la capitale étant Sucre, chef-lieu du département de Chuquisaca où l'indépendance fut proclamée en 1825.

– une zone centrale, plus large que celle de l'auteur, car s'y ajoute Chuquisaca à Cochabamba, caractérisée en particulier par l'existence de zones rurales en situation d'isolement et de déréliction.

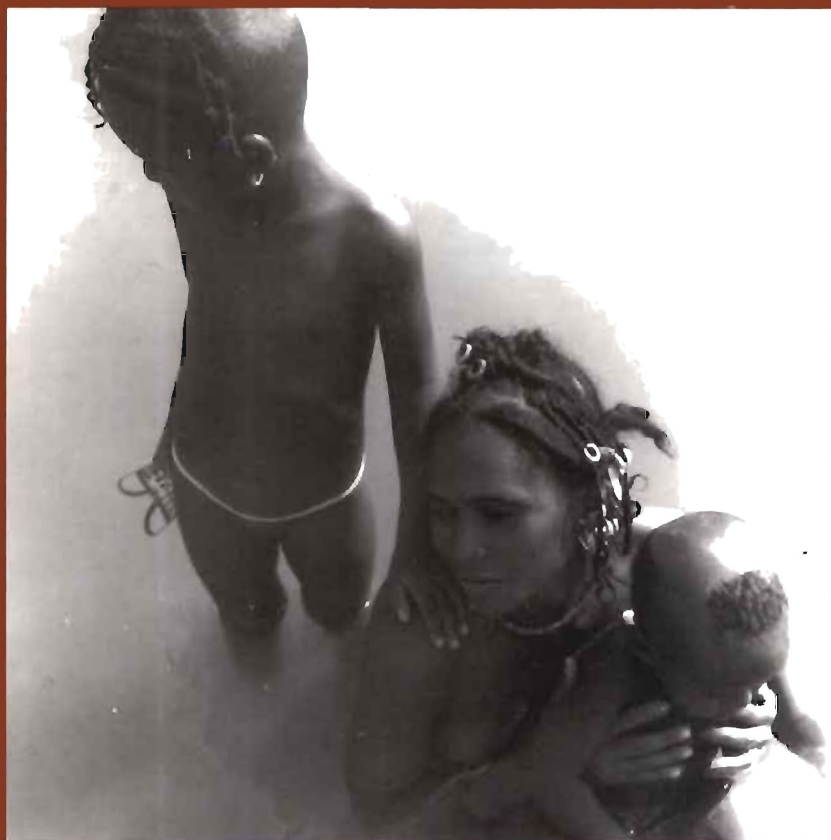
Dans cette analyse, le département de Tarija fait exception, sa position favorable quant à la mortalité infantile ne permet le rattachement ni au quadrant sud-ouest comme le propose DELER, ni à la zone centrale. Le cas est en réalité peu explicable, sauf à faire l'hypothèse que les relations suivies que la population entretient avec l'Argentine permettent un certain développement économique et social exogène qui se traduirait dans cette bonne performance de la mortalité infantile, mais assez peu dans les autres indicateurs sociaux.

En dépit de leurs limites et de leurs incertitudes, les données disponibles montrent qu'une nette diminution de la mortalité infantile s'est récemment produite en Bolivie, sans atteindre des niveaux aussi bas que la plupart des autres pays du sous-continent. Cette situation de retard relatif est en relation directe avec la pauvreté et le sous-équipement général qui demeurent des caractéristiques fondamentales du pays et touchent particulièrement certains départements, et plus spécialement leurs zones rurales.

S'il est bien certain que la lutte contre la mortalité infantile passe par les campagnes de vaccination lancées chaque année grâce à l'appui des organisations internationales, celles-ci ne sauraient suffire à la faire descendre au-dessous d'un certain seuil ; l'exemple du Venezuela (PICOUE, 1984) montre bien que les pouvoirs publics ne sauraient faire l'économie d'une intervention multisectorielle s'attaquant aux causes du phénomène, lesquelles ne sont pas uniquement d'ordre médical. Cependant la politique d'inspiration néo-libérale qui régit le pays depuis 1985 laisse peu d'espoir en ce sens. S'en remettre à l'Organisation Mondiale de la santé et aux organisations non-gouvernementales pour redresser l'état sanitaire de la population est une solution qui ne modifiera guère avant longtemps la situation déplorable de la Bolivie.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- Banque Mondiale, 1993 – Rapport sur le développement dans le monde. Investir dans la santé. Economica. Paris, 339 p.
- DELER (J.-P.), 1990 – Modelos de organización del espacio : un acercamiento a Bolivia. Revista Andina 16 (pp. 465-480), Año 8, n°2. Cusco. Perú. Diciembre.
- DELER (J.-P.), 1991 – La Bolivie, enclave sous influences. Géographie universelle : Amérique latine (296-311). Hachette-Reclus. Paris, 480 p.
- GARENNE (M.) et CANTRELLE (P. ), 1984 – Eléments pour une analyse des facteurs de la mortalité infanto-juvénile. Cahiers ORSTOM, sér.Sci.Hum. vol.XX, n°2 (pp. 311-320). Paris.
- INAN, Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición, 1993 – Situación alimentaria y nutricional de Bolivia, 1992. La Paz, 119 p.
- INE, Instituto Nacional de Estadística, 1989 – Encuesta nacional de población y vivienda (ENPV), 1988. La Paz.
- INE, Instituto Nacional de Estadística, 1990 – Encuesta nacional de demografía y salud (ENDSA), 1989. La Paz, 137 p.
- INE, Instituto Nacional de Estadística, 1992 – Salud. Indicadores sociales 1988-1989-1990. La Paz, 126 p.
- INE, Instituto Nacional de Estadística, 1993 – Censo nacional de población y vivienda (CNPV), 1992. Resultados finales. La Paz, Mayo, 180 p., Anexo.
- INE, Instituto Nacional de Estadística, 1993 – Atlas demográfico de Bolivia (Indicadores a nivel provincial). Borrador. Unidad de Análisis Censal. La Paz, Septiembre.
- MORALES (R.), 1984 – Desarrollo y pobreza en Bolivia. Análisis de la situación del niño y la mujer. UNICEF. La Paz, 285 p.
- PICOUET (M.R.), 1984 – Une explication de l'évolution actuelle de la mortalité infantile au Venezuela. Cahiers ORSTOM, sér.Sci.Hum. vol.XX, n°2 (171-184). Paris.
- PRESENCIA – Quotidien. La Paz.
- ROCABADO (F.) VERA (R.), *et al.*, 1985 – La desnutrición en Bolivia. Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición (INAN), Boletín n° 1, año 1. Marzo.
- SVEN, Sistema de Vigilancia Epidemiológica y Nutricional, 1992 – Bolivia, prevalencia de desnutrición según área por departamento. Primer censo nacional de talla, 1988-1990. MPSSP. La Paz.



# 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