

MORTALITÉ INFANTILE ET FÉCONDITÉ DANS LE BASSIN CARAÏBE

Hervé DOMENAGH, Jean-Pierre GUENGANT

Démographes O.R.S.T.O.M., 24, rue Bayard, 75008 Paris

RÉSUMÉ

Au-delà de leur disparité apparente, les diverses îles du bassin Caraïbe font montre d'une relative homogénéité au plan des comportements démographiques. Ainsi peut-on constater au travers de l'évolution des taux de mortalité infantile d'une part et des indices synthétiques de fécondité d'autre part, un processus de « modernisation » particulièrement rapide de ces sociétés. Pour ce qui concerne la mortalité infantile, la baisse assez sensible en début de période se stabilise durant les dernières années. La fécondité après une phase d'accroissement transitoire, baisse rapidement dans les décennies 1970-79. Les causes de cette évolution restent difficiles à définir clairement et conduisent à étudier les corrélations éventuelles entre ces deux indices, ainsi qu'à formuler certaines hypothèses susceptibles d'orienter de nouvelles recherches.

MOTS-CLÉS : Mortalité infantile — Mortalité néo-natale — Fécondité — Caraïbes.

ABSTRACT

INFANT MORTALITY AND FERTILITY IN THE CARIBBEAN BASIN

Apart from their apparent diversity, the various islands of the Caribbean basin display rather homogeneous demographic behaviours. Therefore, one can observe a particularly rapid process of "modernization" in these societies through the evolution of the rates of infant mortality on the one hand and the total fertility rate on the other hand. The rather appreciable decline in the infant mortality observed at the beginning of the study period becomes stable at the end of it. Following a period of temporary increase, the fertility decreases rapidly from 1970 to 1979. It is still difficult to define clearly the causes of this evolution, thus leading to study the possible correlations between these two rates and to work out some hypotheses likely to initiate new researches.

KEY WORDS : Infant mortality — Neonatal mortality — Fertility — The Caribbean Islands.

RESUMEN

LA MORTALIDAD INFANTIL Y LA FECUNDIDAD EN LA CUENCA CARIBE

Aparte de su disparidad aparente, las diversas islas de la cuenca Caribe hacen alarde de comportamientos demográficos bastante homogéneos. Por consiguiente, se puede observar a través de la evolución de las tasas de mortalidad infantil por un lado y de la tasa general de fecundidad por otro lado un proceso de modernización particularmente rápido de esas sociedades. El descenso de la mortalidad infantil que fue bastante notable al principio del periodo de estudio se estabilizó en los últimos años del estudio. La fecundidad que sufrió un periodo de aumento transitorio bajó rápidamente en los años 1970-1979. Es difícil determinar claramente las causas de esa evolución que conducen a estudiar las correlaciones eventuales entre ambos indicadores y a formular ciertas hipótesis capaces de iniciar nuevas investigaciones.

PALABRAS CLAVES : Mortalidad infantil — Mortalidad neonatal — Fecundidad — Caribe.

Au-delà de situations politico-économiques diversifiées, les différents pays du bassin Caraïbe montrent une certaine similitude dans leur évolution sociale et culturelle, qui confirme, si besoin était, l'importance de la notion d'espace de référence au travers de l'histoire.

Au plan démographique, les structures des populations observées, de faible importance pour la plupart (cf. tabl. 1), se sont ainsi modifiées au cours des trois dernières décennies de manière assez semblable, au travers des indices classiquement retenus. On s'intéresse ici à deux d'entre eux :

— la mortalité infantile, qui a connu une baisse très rapide, mais dont le niveau actuel reste sensiblement le double de celui des pays industrialisés ;

— la fécondité qui a également décliné très rapidement et de manière plutôt précoce par rapport à l'ensemble du monde non-industrialisé, atteignant actuellement des niveaux relativement faibles et dans quelques cas, au-dessous du seuil de remplacement (Cuba, Barbade, Bermudes).

Les raisons de cette transition, passablement brutale, n'en apparaissent pas pour autant très claires. En effet, à la fois très semblables et dissemblables, les sociétés caribéennes offrent de multiples possibilités d'analyse ; néanmoins, si les sociétés se distinguent les unes des autres par des colonisations différentes, des tailles et des ressources naturelles variables, et enfin par des évolutions politiques récentes divergentes, elles trouvent presque toutes leurs origines dans un même système économique : l'économie de plantation.

A l'évidence, ce type de structure totalement dépendante des métropoles colonisatrices a profondément marqué les composantes économiques et sociales de ces sociétés ; si les effets induits en sont difficilement mesurables, il reste très probable qu'ils constituent les fondements d'une certaine tradition commune à ces pays, au plan des comportements démographiques notamment. Dès lors, on peut penser que la résistance puis l'intégration aux normes « modernes » (foyer nucléaire, fécondité restreinte...), qui constituent à tout le moins un fait de société importé, s'est faite sur des bases similaires.

La diversification économique réelle intervenue au xx^e siècle dans plusieurs pays (polycultures dans les Windwards Islands (*), exploitation de ressources minérales à la Jamaïque et en Guyana, du pétrole à Trinidad), la technologie, l'urbanisation, les migrations..., constituent certes, autant de facteurs potentiellement explicatifs [1], mais qui, en raison même de leurs disparités au travers des différents

TABLEAU 1

Bassin Caraïbe : Population en 1980
en milliers d'habitants)

Cuba	9978
République Dominicaine	5946
Porto Rico	3438
Jamaïque	2168
Trinidad	1063
Barbade	249
Guyana	852
Grenade	102
Sainte Lucie	116
Saint Vincent	98
Dominique	74
Antigua	74
St Kitts - Nevis	44
Montserrat	12
Belize	145
Bahamas	208
Bermudes	57
Guadeloupe	328
Martinique	327
Guyane Française	73

Source: Estimations tenant compte des résultats des recensements effectués en 80-81, et Nations Unies : « World population prospects as assessed in 1980 ». Population Studies n° 78. NY 1981.

Note: Haïti, Curaçao, Aruba et le Surinam ne sont pas étudiés ici, parce que ne présentant pas de données suffisamment fiables sur le sujet traité.

pays du bassin Caraïbe, ne paraissent pas suffire à éclaircir les caractéristiques globalement homogènes des transitions observées.

Ainsi donc, l'analyse causale dans son ensemble paraît loin d'être maîtrisée. On tente ici d'apporter un éclairage partiel sur ce processus de « modernisation » à partir d'une analyse rapide de l'évolution des taux de mortalité infantile (TMI) d'une part, et de celle de l'indice synthétique de fécondité (ISF) d'autre part, ainsi que des corrélations entre ces deux variables.

(*) Grenade, Saint-Vincent, Sainte-Lucie et Dominique.

[1] Les numéros renvoient aux références bibliographiques.

1. La chute de la mortalité infantile

LE PASSÉ

Les données les plus anciennes dont on dispose sont plutôt succinctes et ne sont fiables que pour deux pays seulement : Trinidad et la Jamaïque.

TABLEAU 2

Évolution des taux de mortalité infantile et de l'espérance de vie à la naissance, à Trinidad et à la Jamaïque au début du xx^e siècle

TRINIDAD	TMI en ‰	Eo	
		H	F
1909 - 13	154	39	41
1919 - 23	143	38	40
1929 - 33	125	44	47
1944 - 48	80	53	56

JAMAÏQUE	TMI en ‰		Eo	
	H	F	H	F
1920 - 22	187	176	37	40
1945 - 47	102	90	62	65

Sources : [2] et [3].

Cependant, ces données permettent de noter que la baisse de la mortalité s'amorce nettement dans ces deux pays entre les deux guerres avec des taux de mortalité infantile qui descendent au-dessous de 150 ‰, correspondant à une espérance de vie en hausse rapide. Pourtant, c'est une période de récession économique défavorable pour la région, et donc peu propice, en principe, aux effets des facteurs dits de « modernisation » : assainissement, vaccinations, éradications de certaines endémies (paludisme notamment)... Toujours est-il que ces deux pays abordent l'après-guerre avec des taux inférieurs à ceux observés généralement dans nombre de PVD. Cette situation est cependant loin d'être partagée par les autres pays du bassin, puisque au début des années cinquante, les taux de mortalité infantile connus à cette époque, varient du simple au double, selon les pays (cf. tabl. 3, période 1950-1954). Ainsi, peut-on remarquer la position des Bermudes dont le niveau est particulièrement faible (45 ‰), mais aussi, Grenade exceptée, le niveau plus élevé des taux rencontrés à la Barbade et dans les Windwards Islands, ces dernières étant caractérisées par l'importance de l'économie de subsistance peu ouverte au progrès technique.

DES ANNÉES CINQUANTE À NOS JOURS

Les données présentées dans le tableau 3 ne constituent malheureusement que des tendances globales qui auraient gagné à être analysées par sexe et comparées avec la mortalité juvénile ; néanmoins, on

observe que l'amplitude des différences existantes entre les divers pays s'amenuise en fait assez rapidement. En effet, dès les années 1965-69, la valeur de l'écart-type atteint 11,5 ‰, pour une moyenne de 47 ‰ ; la baisse de la mortalité infantile se poursuit dans les années 70, confirmant le passage de la région à un régime de mortalité dit « moderne », les taux obtenus pour la période 1975-79 étant rarement au-dessus de 30 ‰, soit grossièrement le double des taux observés dans les pays occidentaux. Malgré cette baisse rapide, le rapport de l'écart-type à la moyenne, ou coefficient de variation, reste remarquablement stable, autour de 0,30, pour l'ensemble de la période, ce qui suggère que les inégalités entre pays persistent. En fait, les déterminants de la baisse de la mortalité infantile observée au cours des trente dernières années dans la région Caraïbe sont loin d'être clairement identifiés ; de même, il reste difficile de dire à quel niveau se stabiliseront les taux de mortalité infantile ; ou en d'autres termes, référence oblige, combien de temps faudra-t-il pour parvenir aux 10 ‰ actuellement atteints par nombre de pays occidentaux, et quelles sont les conditions requises au plan culturel pour y parvenir ?

LES VARIABLES INTERMÉDIAIRES

La légitimité des naissances apparaît comme un facteur discriminant dans une région où l'illégitimité a longtemps représenté la norme ; les quelques données éparses montrent en effet des variations considérables selon que les enfants étaient ou non reconnus. Pour les années 1949 à 1951 à la Jamaïque, on notait ainsi que le TMI global de 80 ‰ se répartissait en 55 ‰ pour les naissances légitimes contre 90 ‰ pour les naissances illégitimes ; plus de dix ans après (moyenne des années 1962-64), la même différence persiste : TMI global de 40 ‰ avec 30 ‰ pour les naissances légitimes contre 49 ‰ pour les autres, soit une baisse similaire des taux de 45 ‰ environ [3].

A Trinidad et Tobago, on a relevé pour les années 1966 à 1968 [6] des écarts encore plus étonnants : 12 ‰ pour les taux de mortalité infantile des enfants légitimes et 76 ‰ pour les enfants illégitimes, le taux global ayant été de 38 ‰.

On a cherché une explication à ces écarts selon la légitimité dans les informations existantes sur les composantes de la mortalité infantile, à savoir : les taux de mortalité néo-natale et post-néo-natale qui donnent une idée de l'importance relative des causes endogènes et exogènes de la mortalité infantile. A titre d'exemple, on a obtenu à la Jamaïque pour les années 1959 à 1961 les taux suivants [3] : (tabl. 4).

Ces résultats indiquent nettement que, les niveaux de mortalité néo-natale précoce étant relativement proches, les différences entre taux semblent surtout résulter des causes exogènes ; ce qui laisse à penser

TABLEAU 3
Taux de mortalité infantile moyen (en ‰) par périodes quinquennales pour divers pays de la Caraïbe

	1950-54	1955-59	1960-64	1965-69	1970-74	1975-79
Cuba	65e	50e	39	40	31	24
République Dominicaine	130e	115e	100e	74	46	38e
Porto Rico	64	52	45	34	26	20
Jamaïque	73	58	48	35	29	19e
Trinidad	75	63	42	38	29	24
Barbade	131	95	63	46	35	28
Guyana	80	66	51	45e	40e	30e
Grenade	80	69	62	41	25	22
Sainte Lucie	116	105	93 e	50	39e	28
Saint Vincent	115	110e	96e	76	69	52
Dominique	129	115e	90e	49	41	24e
Antigua	82	66	52	40e	35e	31
St Kitts-Nevis	86	75e	72	56	59	42
Montserrat	115	105	75	53	36	31e
Belize	92	85e	60e	52	39	30
Bahamas	82	58	45	44	33	27
Bermudes	45	37	31	28	18	20
Guadeloupe	66	55	45	48	43	27
Martinique	63	56	49	44	36	23
Guyane Française	74	61	6	52	53	36
Moyenne	88,1	74,8	61,1	47,1	38,0	28,7
Ecart type	24,9	23,6	20,0	11,5	11,5	8,0
Coefficient de variation	0,28	0,32	0,33	0,24	0,30	0,28

SOURCES : Annuaire Statistiques Nationaux et Annuaire Démographiques des Nations Unies.

(e) = estimation

TABLEAU 4
Composantes de la mortalité infantile à la Jamaïque (1959-61)

Mortalité	Hommes		Femmes	
	Légitime	Illégitime	Légitime	Illégitime
Néo-natale précoce (0-7 jours)	13,6	14,4	8,8	10,9
Néo-natale (1-4 semaines)	5,9	7,8	3,6	6,9
Post néo-natale (4 semaines-1 an)	26,7	45,2	82,3	42,1

Source : Université West Indies, Kingston

que les composantes socio-culturelles qu'induit la légitimité sont prépondérantes dans les écarts importants observés, et particulièrement pour la mortalité post-néo-natale.

De la même manière, on pourrait faire apparaître des écarts significatifs en utilisant d'autres variables que la légitimité, à savoir : le lieu de résidence, le niveau d'instruction des mères..., mais les données disponibles restent encore trop fragmentaires pour l'instant.

2. Évolution comparée de la mortalité infantile et de la fécondité

L'indice synthétique de fécondité (ISF) calculé pour les mêmes périodes que précédemment (cf.

tabl. 5) montre une phase d'accroissement transitoire jusque dans les années soixante où il passe par son maximum avant de décroître très rapidement dans la décennie 1970-79, à l'exception de quatre pays : République Dominicaine, Sainte-Lucie, Saint-Vincent et Belize où l'évolution à la baisse semble plus lente.

La rapidité de la baisse et le niveau moyen obtenu pour la période 1975-79 (3,3 enfants) suggèrent qu'avant 1990, la plupart des pays étudiés atteindront un indice inférieur à 3 enfants, et que pour plusieurs pays, l'hypothèse d'un niveau de fécondité inférieur au seuil de remplacement paraît tout à fait plausible, trois d'entre eux se trouvant déjà dans ce cas : Cuba [7], Barbade et les Bermudes. Compte tenu des niveaux de mortalité observés dans la région, ces résultats conduisent à constater que le processus

TABLEAU 5

Évolution de l'indice synthétique de fécondité (ISF) dans le bassin Caraïbe (ou somme des naissances réduites selon la période quinquennale et le pays de référence)

	1950-54	1955-59	1960-64	1965-69	1970-74	1975-79
Cuba	4,0	3,8	4,7	4,3	3,5	2,3
République Dominicaine	7,5e	7,5e	7,5e	7,1	6,2	5,0
Porto Rico	5,0	4,5	4,0	3,4	2,8	2,4
Jamaïque	4,2	5,0	5,5	5,7	5,0	4,0
Trinidad	5,0	5,3	5,4	4,3	3,5	3,2
Barbade	4,2	4,3	4,3	3,6	2,8	2,1
Guyana	5,8	6,3	6,3	5,9	4,8	3,6
Grenade	5,4	6,9	6,1	4,9	4,4	3,3
Sainte Lucie	4,8	6,3	6,7	7,0	6,4	5,0
Saint Vincent	5,1	7,0	7,1	6,7	5,9	4,7
Dominique	5,1	6,5	6,7	6,8	5,5	3,4
Antigua	4,7	5,0	4,7	4,2	3,1	2,5
St Kitts-Nevis	5,4	7,1	6,4	6,0	4,4	3,4
Montserrat	4,6	5,1	5,2	5,2	4,1	2,4
Belize	5,7	6,6	7,1	7,1	6,3	5,1
Bahamas	4,2	3,8	4,1	3,9	3,3	2,8
Bermudes	3,5	3,5	3,5	2,6	2,4	1,9
Guadeloupe	5,6	5,7	5,8	5,3	4,6	3,1
Martinique	5,7	5,9	5,6	5,1	4,1	2,5
Guyane Française	5,0e	5,0e	5,1	4,9	4,3	3,3
Moyenne	5,0	5,5	5,6	5,2	4,4	3,3
Ecart type	0,84	1,17	1,12	1,27	1,29	0,99
Coefficient de variation	0,17	0,21	0,20	0,24	0,27	0,30

SOURCES : Bureaux Statistiques des différents pays et Annuaire Démographiques des Nations-Unies.

(e) : estimation.

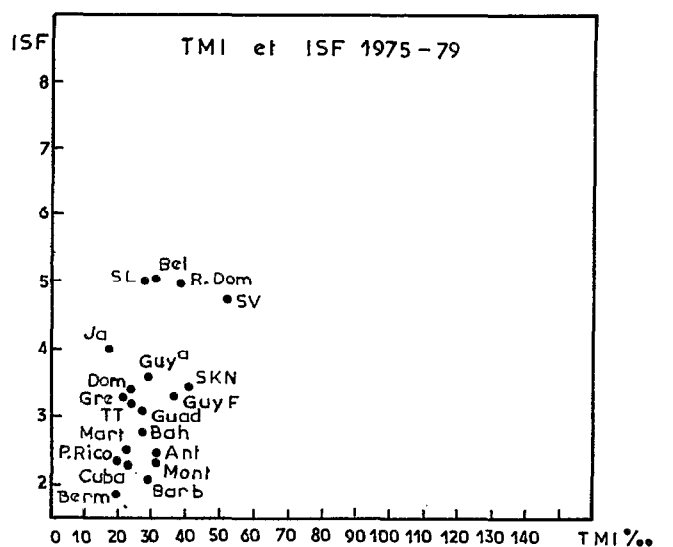
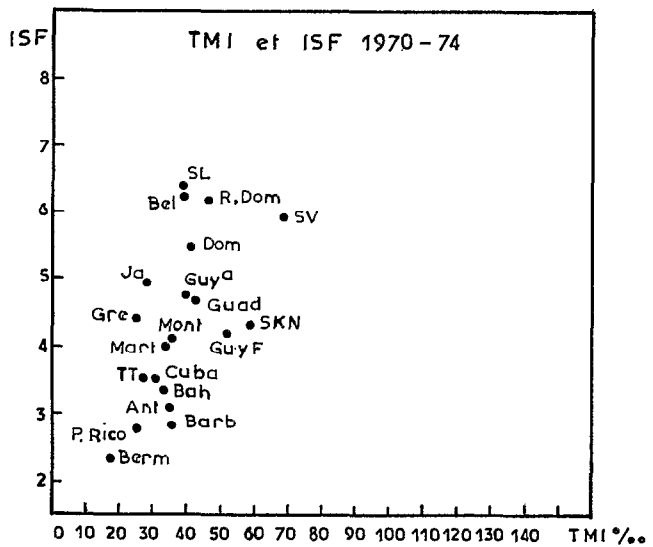
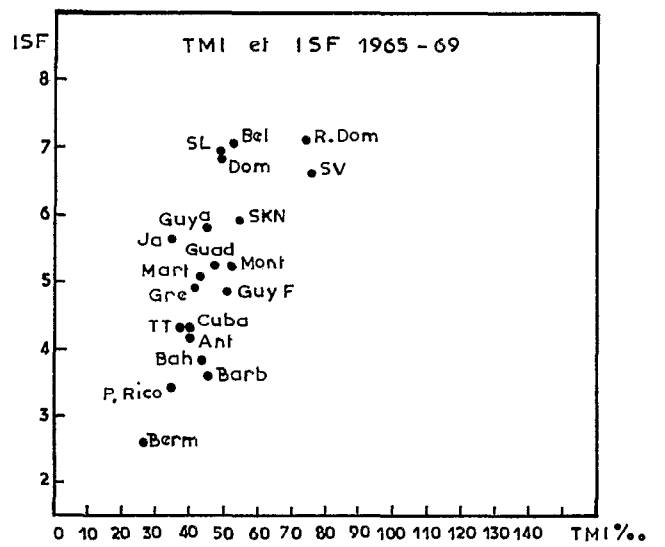
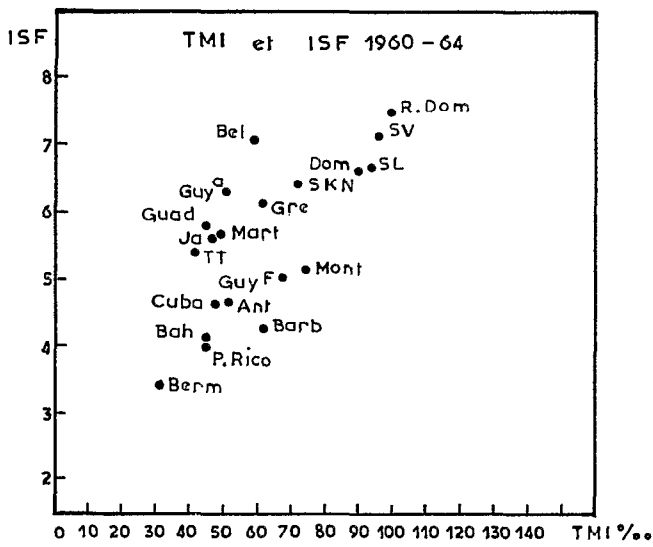
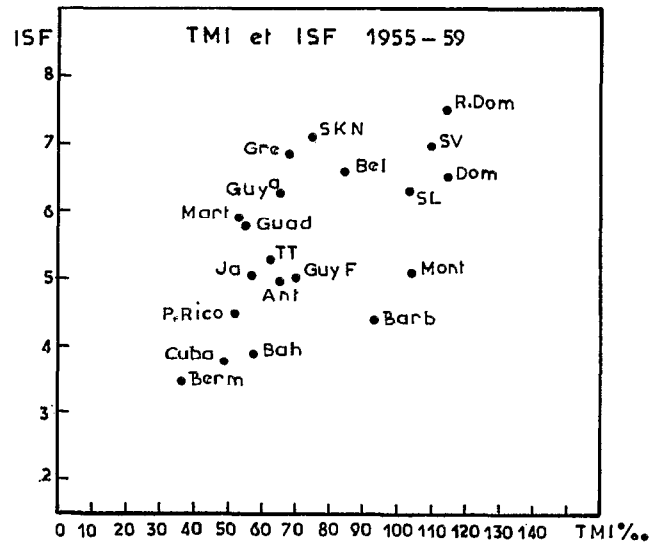
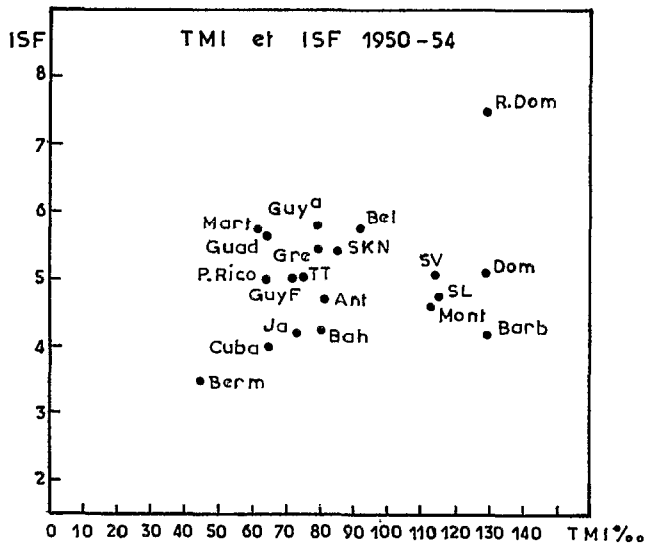


TABLEAU 6 (a)

Matrice des corrélations par période quinquennale entre la fécondité et la mortalité infantile

TMI \ ISF	1950-54	1955-59	1960-64	1965-69	1970-74	1975-79
1950-54	0,31	0,40	0,49	0,62	0,42	0,38
1955-59	0,52	0,64	0,74	0,71	0,60	0,55
1960-64	0,53	0,67	0,74	0,73	0,60	0,50
1965-69	0,57	0,70	0,76	0,71	0,61	0,49
1970-74	0,53	0,66	0,74	0,68	0,53	0,43
1975-79	0,45	0,56	0,65	0,64	0,49	0,45

de « transition démographique » est en voie d'achèvement pour bon nombre de pays de la région ; on remarquera que ce passage s'effectue en une vingtaine d'années environ, alors que pour les pays actuellement industrialisés, ce processus a nécessité en moyenne une cinquantaine d'années [8].

Compte tenu de ces tendances générales, on peut formuler plusieurs observations :

— Comme pour la mortalité infantile, les déterminants de cette baisse rapide de la fécondité sont loin d'être clairs. En effet, s'il faut rappeler l'importance et l'accroissement des flux migratoires d'une part, leur impact réel reste difficile à évaluer par pays ; d'autre part, le dynamisme et la portée des programmes privés et/ou publics de planification familiale varient sensiblement selon les pays étudiés et les écarts observés ne permettent pas d'expliquer les différences constatées au niveau de l'ISF. Les facteurs dits de « modernisation » (approchés par exemple par le PIB par tête, la part relative des grands secteurs d'activité économique, le niveau moyen d'instruction générale, le degré d'urbanisation...), semblent au moins aussi importants, sinon plus, que l'existence de programmes anciens et structurés de planification familiale. On observera en outre, qu'en dépit de la baisse de fécondité, l'écart-type et surtout le coefficient de variation augmentent sensiblement au cours de la période étudiée, contrairement à ce qui a été observé pour les taux de mortalité infantile ; ainsi les rythmes de baisse de la fécondité apparaissent nettement diversifiés au travers des divers pays étudiés.

— Par rapport à la littérature sur la transition démographique qui présente la baisse de la mortalité, et notamment infantile, comme une condition préalable nécessaire à la baisse de la fécondité, les

données précédentes indiquent qu'il ne semble pas y avoir dans la région Caraïbe de corrélation positive systématique entre les deux ; on observe même la relation inverse pour nombre de pays entre le début des années 50 et le milieu des années 60 : la fécondité augmentant (fortement dans le cas des Windwards et de Saint-Kitts), alors que la mortalité infantile décroît.

Dès lors, et pour rester cohérent avec les descriptions habituelles du processus de transition démographique, on est tenté de penser qu'il existe un décalage dans le temps entre les deux phénomènes : la baisse de la mortalité infantile étant susceptible de précéder de 5 ou 10 ans, ou plus, la baisse de la fécondité. Pour le savoir, on s'est intéressé à la matrice des coefficients de corrélation obtenus entre ces deux indicateurs (TMI et ISF) : (tabl. 6 a).

D'où l'on peut extraire, en décalant dans le temps chacun des indicateurs par rapport à l'autre :

TABLEAU 6 (b)

TMI, ISF	TMI = t ISF = t	TMI = t ISF = t+5	ISF = t TMI = t+5
(x, x+5)			
1950-54	0,31	0,52	0,40
1955-59	0,64	0,67	0,74
1960-64	0,74	0,76	0,73
1965-69	0,71	0,68	0,61
1970-74	0,53	0,51	0,43
1975-79	0,45	-	-

De la même manière, on peut analyser un décalage de dix ans (t, t+10) mais les résultats ne sont guère plus significatifs ; en effet, alors même que les relations sont inversées, les coefficients restent très voisins,

← Fig. 1. — Taux de mortalité infantile et indice synthétique de fécondité de 1950-1954 à 1975-1979 dans le bassin caraïbe.

Légende :

Cuba : Cuba ; R. Dom. : Rép. Dominicaine ; P. Rico : Porto Rico ; Ja. : Jamaïque ; TT. : Trinidad ; Barb. : Barbade ; Guya. : Guyana ; Gre. : Grenade ; S L : Sainte-Lucie ; S V : Saint-Vincent ; Dom. : Dominique ; Ant. : Antigua ; S K N : Saint-Kitts-Nevis ; Mont. : Montserrat ; Bel. : Belize ; Bah. : Bahamas ; Berm. : Bermudes ; Guad. : Guadeloupe ; Mart. : Martinique ; Guy. : Guyane Française.

soit à en déduire qu'il n'y a pas « d'effet d'entraînement » particulier.

Par ailleurs, si l'on utilise la moyenne pondérée par la population de chacun des pays observés, on note (tabl. 6 c) des corrélations nettement plus importantes :

TABLEAU 6 (c)

(x, x+5)	TMI, ISF	TMI = t ISF = t	TMI = t ISF = t+5	ISF = t TMI = t+5
	1950-54		0,90	0,91
1955-59		0,94	0,93	0,94
1960-64		0,92	0,89	0,93
1965-69		0,89	0,89	0,87
1970-74		0,85	0,78	0,81
1975-79		0,77	-	-

mais, comme précédemment, on ne saurait y trouver une quelconque relation d'interférence.

Toutefois, il semble que pour la période 60-69, s'établisse une relation plus nette entre ces deux indices, puisque c'est au cours de cette décennie que se situent les points maximums des corrélations observées, époque à laquelle les taux de mortalité infantile observés se situent autour de 55 ‰ (entre 40 et 80 ‰ pour 1960-64) et entre 35 et 55 ‰ pour 1965-69).

Par ailleurs pour la période actuelle, la dernière décennie, où les taux de mortalité se situent entre 20 et 40 ‰, la corrélation entre les deux indices redevient faible, en dépit des baisses importantes enregistrées pour chacun d'eux. Ainsi, en considérant la relation dans l'absolu et sous un angle mécanique, il apparaît que la fécondité ne commence à décroître

que lorsque des niveaux de mortalité modestes sont atteints (environ 60 ‰), tandis qu'une fois ce processus de « modernisation » amorcé, l'interférence des deux composantes reste faible.

— Alors, on peut formuler l'hypothèse d'une sorte de palier, matérialisé en l'occurrence par la mesure du TMI autour de 60 ‰ dans le cas du bassin caraïbe, où les conditions sanitaires, socio-culturelles, infra-structurelles..., sont réunies pour que la baisse de la fécondité s'enclenche. Au-delà, la corrélation apparaissant beaucoup moins évidente, on ne peut que constater que chaque composante a son inertie propre.

Pour conclure, rappelons qu'il ne peut s'agir ici que d'un éclairage partiel, du fait du peu de variables prises en considération. Peut-être est-il néanmoins suffisant pour que l'étude de cette transition démographique en cours, ou phase d'accroissement transitoire de la population, prenne en compte :

— une relative homogénéité dans l'évolution démographique du bassin Caraïbe ; ce qui, en raison même des disparités économiques entre les différents pays, doit faire réfléchir sur la nécessité de pondérer la « modernisation » par ce que l'on pourrait appeler « l'espace culturel de référence », générateur d'une dynamique spécifique ;

— la notion de « seuil maximum d'interférence » entre les comportements de fécondité dépendant du libre arbitre des individus, et les facteurs de « modernisation », qui sont plus subis par ces mêmes individus.

*Manuscrit reçu au Service des Éditions de l'O.R.S.T.O.M.
le 13 juillet 1984*

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] DOMENACH (H.) et GUENGANT (J.-P.), 1982. — Surplus de main-d'œuvre et politiques d'emploi dans divers pays de la Caraïbe. *Centre Antillais de Recherches et d'Études (CARE)*, n° 9, Paris, avril.
- [2] HAVEWOOD (J.), 1975. — The population of Trinidad and Tobago, 1974. — *World Population Year, CICRED Series*.
- [3] Recent population movements in Jamaica, 1974. — *World Population Year, CICRED Series, 1974*.
- [4] The World population situation in 1979. — United Nations, *Population Studies* n° 72, New York, 1980.
- [5] World Population Prospects as assessed in 1980. — United Nations, *Population Studies* n° 78, New York, 1981.
- [6] Annual Statistical Digest 1976-1977. — Central Statistical Office, Republic of Trinidad and Tobago.
- [7] DIAZ-BRIQUETS (S.) and PEREZ (L.), 1981. — Cuba : the demography of Revolution. *Population bulletin, Population Reference Bureau*, vol. 36, n° 1, Washington, avril.
- [8] BIRDSALL (N.), 1980. — Population Growth and Poverty in the Developing world. *Population bulletin, Population Reference Bureau*, vol. 35, n° 5, Washington, december