

MORTALITE INFANTILE ET FECONDITE
DANS LE BASSIN CARAIBE

H. DOMENACH, J.P. GUENGANT

SEMINAIRE "MORTALITE DANS L'ENFANCE"
PARIS, 13-17 Septembre 1982.

O.R.S.T.O.M. Fonds Documentaire
N° : 21253, ex 1
Cpte : B 96 M

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

(*)Grenade, St Vincent, Ste Lucie et Dominique.

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 (IMI) d'une part, et de celle de l'indice synthétique de fécondité (ISF) d'autre part, ainsi que des corrélations entre ces deux variables.

Tableau 1
Bassin Caraïbe
Population en 1980
(exprimés en milliers d'habitants)

Cuba	9978
Rép. 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
Guyage Fr.	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.

I - 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 : Evolution 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	E.	
		H	E
1909 - 13	154	39	41
1919 - 23	143	38	40
1929 - 33	125	44	47
1944 - 48	80	53	56

JAMAÏQUE	TMI		E.	
	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, puisqu'au début des années cinquante, les taux de mortalité infantile connus à cette époque, varient du simple au double. (Cf tableau 3, période 50-54), avec une moyenne globale de 90‰ environ.

Tableau 3 : Evolution de la mortalité infantile dans le bassin Caraïbe (1)
Taux quinquennal en ‰).

	1950-54	1955-59	1960-64	1965-69	1970-74	1975-79
Cuba	65e	50e	39	40	31	24
Rép. Domini- caine	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	93G	50	39G	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 Fr.	74	61	64	52	53	36
Moyenne	88,1	74,8	61,1	47,1	38,0	28,7

(e) = estimation.

On remarquera évidemment les 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 une économie de subsistance peu ouverte au progrès technique.

■ Des années cinquante à nos jours.

L'amplitude des différences existantes entre les divers pays s'amenuise en fait assez rapidement puisque dès les années 1965-69, les écarts par rapport à la moyenne observée pour cette période (47 %) deviennent peu importants ; c'est donc surtout entre 1960 et 1970 essentiellement, que la mortalité infantile dans le bassin Caraïbe enregistre une baisse notable, sans que l'on soit en mesure d'en définir clairement les déterminants.

Pendant les dix dernières années observées (1970-80), la régression des taux enregistrés confirme largement le passage de cette région à un régime démographique dit "moderne", la fourchette obtenue se situant entre 15 et 30 %, soit grossièrement le double de celle des pays occidentaux ; la question devenant désormais la détermination du seuil auquel se stabilisera la mortalité infantile; ou en d'autres termes, référence oblige, combien de temps faudra-t-il pour parvenir au niveau atteint par les pays occidentaux (environ 10 %), et quelles sont les conditions requises sur le plan socio-culturel pour y parvenir ?

■ Les variables intermédiaires.

C'est la légitimité des naissances qui apparaît comme le facteur le plus discriminant, dans une région où l'illégitimité a longtemps représenté la norme ; les quelques données éparses montrent un effet des variations considérables selon que les enfants étaient ou non reconnus : en 1950 en Jamaïque, pour un TMI de 80 %, on notait qu'il n'était que de 55 % pour les naissances légitimes, contre 90 % pour les autres ; douze à quinze ans plus tard (1962-64), la même différence persiste (TMI de 40 % avec 30 % pour les naissances légitimes contre 49 % pour les autres) correspondant à une baisse similaire de 45 % environ. Plus récemment encore, à Trinidad, on note des écarts encore plus étonnants :

	TMI global %	TMI des naissances légitimes %	TMI des naissances illégitimes %
1966	42	15	82
1967	36	10	73
1968	37	11	73

On peut nuancer les raisons de ces écarts selon la légitimité, par les informations existantes sur les composantes principales 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, pour la Jamaïque de 1960, on obtient :

TMI Mortalité	Hommes		Femmes	
	Légitime ‰	Illégitime ‰	Légitime ‰	Illégitime ‰
- Néo natale précoce (0-7 jrs)	136	144	88	109
- Néo natale (1-4 sem.)	59	78	36	69
- Post néo natale (4 sem.-1 an)	267	452	223	421

Source : Université West Indies, Kingston.

Ces résultats indiquent nettement que la différence entre fécondité légitime et illégitime, apparaît au niveau des causes exogènes ; ce qui laisse à penser que les conditions sanitaires et médicales ont constitué le facteur principal de la baisse. En corollaire, on peut dire que les composants socio-culturels qu'induit la légitimité sont prépondérants, puisque les résultats sont très voisins au niveau de la mortalité endogène.

De la même manière, on pourrait faire référence à d'autres corrélations probablement discriminatoires : rural-urbain, surmortalité masculine, niveau d'instruction ..., mais ce travail est encore un peu prématuré en raison de la dispersion, et de l'hétérogénéité des données existantes.

II - EVOLUTION COMPAREE DE LA MORTALITE INFANTILE ET DE LA FECONDITE .

L'indice synthétique de fécondité (ISF) calculé pour la même période que précédemment (Cf tableau 3) montre une phase d'accroissement transitoire jusque dans les années soixante, où il passe par son maximum avant de décroître très rapidement au cours de la dernière décennie, à l'exception de quatre pays : République Dominicaine, Sainte-Lucie, Saint-Vincent et Belize, qui paraissent plus lents à évoluer.

Ces données rapprochées de celles de la mortalité infantile permettent de formuler quelques observations :

1 - Comme pour la mortalité-infantile, les déterminants de cette baisse rapide de la fécondité sont loin d'être clairs. En effet parmi les pays étudiés, l'importance et le dynamisme des programmes privés et/ou publics de planification familiale varient sensiblement d'un pays à l'autre, et ces variations 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 dans le PIB des grands secteurs d'activité économique, le niveau moyen d'instruction générale, le degré d'urbanisation ..) semblant au moins aussi importants sinon plus importants que l'existence de programmes anciens et structurés de planification familiale. On notera en outre qu'en dépit de la baisse de la 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, si pour la mortalité-infantile la baisse paraît relativement régulière et concerne à peu près de la même manière les divers pays, les rythmes de baisse de la fécondité apparaissent plus diversifiés.

2 - Par rapport à la littérature sur la transition démographique qui présente la baisse de la mortalité (notamment infantile) comme une condition préalable nécessaire à la baisse de la fécondité, les données précédentes nous permettent de formuler deux observations :

. tout d'abord, il ne semble pas y avoir, du moins dans la région, de corrélation positive systématique (quels que soient les niveaux du TMI et de l'ISF et les périodes) entre la baisse de la mortalité infantile et celle de la fécondité. On observe même pour nombre de pays entre le début des années 1950 et le milieu des années 1960 la relation inverse : la fécondité augmentant (fortement dans le cas des Windwards et de Saint Kitts), alors que la mortalité infantile décroît.

Tableau 3 : Evolution 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
Rép. 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 Fr.	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

. Dès lors et pour rester cohérent avec les descriptions habituelles du processus de transition démographique, (référence oblige) on est tenté de penser qu'il existe un décalage dans le temps entre les deux phénomènes : la baisse de la mortalité infantile précédant de 5, 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) :

Tableau 4 : Matrice des corrélations par période quinquennale entre la fécondité et la mortalité infantile.

ISF \ TMI	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

Tableau 5 : D'où l'on peut extraire, en décalant dans le temps chacun des indicateurs par rapport à l'autre.

TMI, ISF (x, x+5)	TMI = t ISF = t	TMI = t ISF = t+5	ISF = t TMI = t+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, 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 (tableau 6) des corrélations nettement plus importantes :

Tableau 6

TMI, ISF x, x+5	TMI = t ISF = t	TMI = t ISF = t+5	ISF = t TMI = t+5
1950-54	0,90	0,91	0,93
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.

3 - 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 maximum des corrélations observées. Or, à cette époque, 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.

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.

4 - Alors , on peut formuler l'hypothèse d'une sorte de seuil - 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 propre.

- 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.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 H. DOMENACH et J.P. GUENGANT. Surplus de main d'oeuvre et politiques d'emploi dans divers pays de la Caraïbe - Centre Antillais de Recherches d'Etudes (CARE) n°9. PARIS - Avril 1982.
- 2 J. HAVEWOOD. The population of Trinidad and Tobago - 1974 World Population Year CICRED series - 1975.
- 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 S. DIAZ-BRIQUETS and L. PEREZ. Cuba : the demography of Revolution. Population bulletin - Population Reference Bureau vol 36 n°1. Washington Avril 1981.
- 8 N. BIRDSALL. Population Growth and Poverty in the Developing world - Population bulletin. Population Reference Bureau - Vol. 35 n°5 - Washington Decembre 1980.