

COLLOQUE INTERNATIONAL DE L'UNION INTERNATIONALE POUR L'ETUDE SCIENTIFIQUE DE LA POPULATION

Tours 2005

Séance 1109

Population et développement dans les pays, États et territoires insulaires

Organisateur: **Jean-Louis Rallu**, *INED* : rallu@ined.fr

STATUT POLITIQUE ET SANTE AUX ANTILLES

Arlette GAUTIER

Laboratoire Population Environnement Développement

UMR 151 IRD-Université de Provence

Gautier@ird.fr

Résumé

Les Antilles sont une des zones où la décolonisation a le moins pris la forme de l'indépendance politique. On y trouve des territoires associés ou administrés, des départements de pays européens, voire des colonies. Quel est l'effet de ces statuts sur la santé et particulièrement sur la santé de la reproduction ? La comparaison porte sur 24 Nations antillaises. La comparaison des taux de mortalité infantile, d'espérance de vie féminine à la naissance et d'indices synthétiques de fécondité manifeste que les pays dépendants présentent de meilleurs résultats que les autres, sans que les résultats soient très fortement significatifs. En fait, un petit groupe de pays dépendants manifeste des résultats particulièrement mauvais alors que d'autres s'en sortent mieux. Il semble surtout que la dépendance permet d'égaliser les résultats des pays qui la partagent, quelque soit leur niveau de développement économique. Cette amélioration est moins nette pour les cancers cervicaux utérins et le VIH.

INTRODUCTION

Le thème « population et développement » dans les îles ou dans les petits territoires a déjà une longue histoire. On a questionné la fiabilité des petits territoires devenus indépendants, à cause notamment de problèmes d'économies d'échelle (Streeten 1993). On a souligné également les difficultés spécifiques du développement insulaire, liées notamment aux problèmes de transport (Briguglio 1995 ; Crusol 1988 ; *Insularité et fécondité* 1985). Pourtant, l'effet de l'insularité n'est pas prouvé dans certaines analyses (Armstrong et Kervenael 1998). Les territoires ont souvent des taux de croissance tout à fait acceptables,

voire meilleurs que des ceux d'entités plus grandes. Les territoires dépendants auraient mieux réussi économiquement et socialement. Les indicateurs démographiques, sociaux et économiques y seraient meilleurs que dans les territoires indépendants (McElroy 2004). Les indicateurs des départements français d'Amérique en matière de santé de la reproduction seraient alors proches non seulement de ceux des autres îles antillaises (Gautier 2004), mais surtout de ceux des pays dépendants. Les raisons peuvent en être diverses : accès plus facile aux marchés de la métropole, notamment à celui du tourisme, transferts sociaux, tant en argent qu'en services, possibilité de migration souvent illimitée. On a pu se demander si le développement des petites économies insulaires relève encore de l'économie de marché (De Miras 1997) ou évoquer un développement durablement assisté (Bar, Baudchon et Rallu 2004). Des auteurs antillais insistent sur l'efficacité des stratégies politiques des dirigeants de la région en la matière (Constant et Daniel 1999).

McElroy compare des territoires très différents, de l'océan atlantique aux Antilles. Vu le rôle que joue le tourisme dans le succès des Antilles, on peut se demander si la proximité du marché touristique n'est pas un facteur plus important que la dépendance. Cette communication se centrera donc sur une région plus homogène : celle des Antilles, entendue ici au sens strict des 24 nations antillaises, car les autres territoires souvent inclus pour des raisons historiques (de peuplement notamment) dans le terme Antilles (Belize, Suriname, les deux Guyane) ont des potentiels économiques, notamment touristiques, bien différents de ceux des Antilles (Jos et Perrot 1999). Cette région est particulièrement intéressante car les indépendances y ont été plus tardives et n'ont eu lieu que dans la moitié des entités de la région. Ainsi 13 des pays antillais sont indépendants alors que 11 autres entités restent dépendantes. Elles peuvent être des territoires, plus ou moins autonomes, des départements, voire des colonies, mais n'ont pas la souveraineté diplomatique ou militaire (Begot, Buléon et Roth 2001). On a pu évoquer l'indépendance par assimilation ou intégration pour caractériser ces évolutions, en Guadeloupe et en Martinique qui sont devenus des départements français ou à Puerto Rico, qui est associé aux Etats-Unis ans être encore devenu leur 51e Etat, mais qui bénéficie néanmoins de nombreuses mesures de la politique sociale états-unienne.

De plus, il faut se méfier des moyennes, particulièrement lorsqu'il s'agit de petits effectifs. Il est nécessaire de procéder à des analyses statistiques plus élaborées. Toutefois, le nombre réduit d'observations limite les analyses qu'il est possible de réaliser. Le chercheur est alors confronté de façon particulièrement forte aux contraintes des données et donc à la difficulté de vérifier l'impact socio démographique de la dépendance politique.

FRAGMENTATION POLITIQUE ET LIMITES DES DONNEES

Les Antilles, ce sont une poussière d'îles : 15 pays ont moins de 1000 km² (dont deux ont 102 km²), 4 jusqu'à 10 000 km² et cinq plus. Ces îles aux paysages paradisiaques ont fait l'objet d'âpres rivalités depuis l'arrivée des Européens, il y plus de cinq siècles.

38 millions d'habitants¹ pour 24 nations

Les Antilles ont vécu une histoire particulièrement tragique puisque la rencontre des Autochtones avec les Européens s'est soldée par leur quasi disparition et leur remplacement par des captifs africains. Toutes les nations antillaises se sont ainsi constituées de façon aussi violente que radicale par substitution de population. L'absence de populations autochtones explique sans doute que les indépendances aient été aussi tardives qu'incomplètes ou originales. Néanmoins, les trois plus grands territoires sont devenus indépendants : Haïti en

¹ Exactement 38 674 634 en 2005, selon la CIA.

1904, son contrepoint hispanophone, la République dominicaine, en 1865 et Cuba en 1901. Ces trois pays sont les plus peuplés des Antilles, puisque Haïti et la République dominicaine ont chacun plus du double de la Nation qui les suit : Puerto Rico.

Les autres pays ont pris leurs indépendances entre 1962 et 1981. Certains gardent néanmoins des liens forts avec leur ancienne métropole par le biais du Commonwealth : le Chef d'Etat reste souvent la Reine d'Angleterre² même si un parlement décide souverainement sur toutes les questions nationales et internationales. Anguilla, après avoir accédé à l'indépendance en 1969, a demandé et obtenu en 1982 de redevenir une colonie de la Couronne. D'autres territoires sont autonomes pour leurs affaires internes mais n'ont pas de souveraineté en matière internationale ou militaire. C'est le cas des territoires Etats-Uniens et néerlandais ainsi que de certains territoires britanniques. Les Antilles françaises sont devenues des départements français en 1946. La loi de décentralisation a considérablement augmenté leur pouvoir d'action, mais dans le cadre d'une République centralisée. Le maintien d'une double structure, département et régions, éparpille le pouvoir. Enfin, des territoires sont directement administrés par la puissance colonisatrice : le Royaume Uni (voir le tableau 1) ou les Etats-Unis pour les îles Vierges américaines. La question du statut politique continue d'agiter les pays non indépendants, notamment Puerto Rico³ et les départements français d'Amérique.

Les puissances européennes colonisatrices au XVIIe et XIXe siècles ont été l'Angleterre, l'Espagne, la France, les Pays-Bas, auxquels se sont adjoints les Etats-Unis. Ces colonisations ont marqué fortement les îles, notamment au niveau de la langue et des systèmes légaux. Selon Visbal (2004), les Antilles peuvent ainsi se différencier en fonction du caractère linguistique, les Antilles espagnoles présentant des indicateurs plus favorables que les autres.

Tableau 1. Les pays étudiés selon leur statut politique et le pays colonisateur

13 Etats indépendants	11 pays non indépendants
<i>3 Etats souverains :</i> Cuba, Haïti, République dominicaine	<i>2 territoires autonomes néerlandais</i> Antilles néerlandaises ; Aruba
<i>9 Etats du Commonwealth :</i>	<i>2 Dépendances américaines :</i> Puerto Rico ; Iles vierges US (territoire)
Antigua et Barbuda, Bahamas, Barbade, Dominique, Grenade, Jamaïque, Sainte Lucie, Saint Vincent et Grenadines, Trinidad et Tobago	<i>2 Départements français :</i> Guadeloupe ; Martinique
	<i>5 Colonies ou territoires britanniques :</i> Anguilla, Cayman, îles turques et Caïques, Iles vierges britanniques, Montserrat

Quatre variables, dont trois politiques, seront testées :

- la *dépendance* (ligne supérieure du tableau en gras)
- *l'influence*, Souverain/ Commonwealth/ / Dépendances américaines/ Départements français / Territoires néerlandais/ Territoires et colonie anglaise, *en italique*.
- le *statut* politique : Indépendants/ Autonomes (les deux territoires néerlandais et les îles vierges britanniques)/ Départements français d'Amérique et Puerto rico, formellement un Commonwealth associé aux Etats-Unis, mais dont le statut me paraît très proche de celui des DFA) /Territoires et colonie (Cayman)
- la *langue* : anglais, espagnol, français, néerlandais.

² Ce n'est pas le cas à la Dominique.

³ Puerto Rico est un Commonwealth associé aux Etats-Unis. Il est présidé par le président des Etats-Unis.

Des données limitées

La connaissance statistique des pays antillais souffre de sévères contraintes. Certaines sont dues aux limites posées à la collecte des données par les organisations internationales, d'autres à l'absence de collecte de l'information nécessaire, d'autres encore à la petitesse des populations concernées. En effet, 10 ont moins de 100 000 habitants, 8 entre 100 000 et 1 million d'habitants, 5 plus d'un million alors qu'Haïti a plus de 11 millions d'habitants. Cette petitesse limite le nombre d'événements : ainsi deux pays de la région n'ont pas connu de mortalité maternelle entre 1997 et 2000, du fait du faible nombre de naissances.

Les organismes producteurs de statistiques démographiques n'incluent souvent que les pays indépendants ou les pays de plus d'un million d'habitants. Ces deux limites affectent particulièrement la connaissance des pays antillais puisque seuls 13 d'entre eux sont indépendants : cinq pays seulement sont des pays indépendants de plus d'un million d'habitants. Des organismes régionaux, comme la *Pan American Organization* (PAHO) ou la *Caribbean Epidemiology Center* (CAREC) diffusent des données, mais qui restent partielles. Aussi, seule la *Central Intelligence Agency* (CIA) des Etats-Unis fournit, dans son *World Factbook 2005* des données actualisées pour l'ensemble des pays de la zone sur un grand nombre de sujets. Les variables d'ordre démographiques restent assez basiques : structure par âge, âge médian, taux de natalité et de mortalité, rapport de masculinité, taux net de migration, taux de mortalité infantile, espérance de vie, indice synthétique de fécondité. Les trois derniers indicateurs sont fournis pour les 24 pays antillais, à la différence du taux de prévalence du HIV qui n'est présenté que pour quelques uns d'entre eux. L'espérance de vie à la naissance n'est considérée que pour les femmes car cette communication entre dans une recherche sur la santé de la reproduction féminine. Le taux d'alphabétisation et le degré d'urbanisation sont les deux indicateurs retenus pour mesurer le développement social et le PNB par habitant en parité de pouvoir d'achat mesurera le développement économique. L'accouchement par du personnel qualifié est une variable importante pour la survie des femmes⁴. Trois variables démographiques et quatre variables socio démographiques seront donc étudiées.

Les valeurs des indicateurs de la CIA et de l'OMS et de la PAHO ont été comparées pour les pays où elles étaient disponibles. Elles sont proches et fortement liées, sauf trois cas où elles divergent nettement⁵ et où elles ont été corrigées grâce à des données d'enquêtes nationales ou aux données de l'OMS. Les analyses produisent des résultats très proches et surtout un ordre identique quelque soit la source. En conséquence, les données de la CIA seront utilisées. Il est, en effet, préférable d'utiliser une série de données ayant les mêmes techniques d'estimation, plutôt que de panacher des données de diverses provenances. Dans le dernier chapitre, les données concernant la mortalité maternelle, les cancers cervicaux utérins et le VIH, provenant de la CAREC et de la PAHO, seront comparés pour les pays où ils sont disponibles.

⁴ Le taux d'urbanisation et le taux d'accouchement par du personnel qualifié proviennent de l'Organisation Mondiale de la Santé (WHO 2004 et WHO 2005).

⁵ Le pourcentage d'accouchement réalisé par du personnel qualifié serait de 47 % aux îles vierges US selon la CIA et de 100 % selon l'OMS ; de 54 % à Haïti selon la CIA contre 24 % selon l'OMS, ce dernier pourcentage étant celui donné par l'enquête démographique et de santé réalisée par ORC. Le taux de mortalité infantile serait de 31 ^{0/00} à la Jamaïque selon la CIA et de 22 ^{0/00} selon l'OMS. Ce même taux serait respectivement de 31 et de 11 pour Puerto Rico, ce dernier chiffre étant plus près de celui du *Center for Disease Control and Prevention* (CDC 2004).

LES INDICATEURS SOCIO DEMOGRAPHIQUES

Les pays antillais ont généralement de bons indicateurs démographiques, que ce soit par rapport à l'Amérique latine ou, encore plus, par rapport aux autres pays en développement. Ainsi, comme le montre le tableau 2, 65 % des Antillais vivent dans des villes. 95 % des Antillaises sont alphabétisées ou ont accouché avec du personnel qualifié ; Elles vivent en moyenne 76 ans et ont 2,2 enfants, dont 17^{0/00} meurent la première année. Ces indicateurs sont-ils plus favorables dans les pays dépendants ?

Les pays dépendants ont en moyenne de meilleurs indicateurs démographiques

Tableau 2. Les principaux indicateurs socio démographiques pour les 24 pays, nations et territoires antillais (source : CIA 2005 et WHO 2004).

	POPULA	PNB PP	UR BA	ALPH F	ACC	MI	EO F	ISF
Dépendance								
Indépendant avec Haïti	2 566 931	7 546	55	92	92	21,6	72,4	2,3
<i>Indépendants sans Haïti</i>		8050	57	95,7	98	18,8	74	2
Dépendants	482 230	17 254	74	97	98,5	11	80,3	2,1
Influence								
Souverains avec Haïti	9 472 775	3 600	59	78	73,3	37,4	67,6	3
<i>Indépendants sans Haïti</i>		4 650	70	91	74	19,3		2,2
CommonW	495 177	8 730	54	97	98	17	73,9	2,1
USA	2 010 665	17 450	61	94	100	9	82,4	2,3
France	440 806	11 150	97,5	98	100	7,8	79,8	2
Pays Bas	145 762	11 737	60	97	97	8	80,9	1,8
Royaume Uni	22 013	18 640	76,5	98	97,6	14	79,4	2,2
Statut								
Souverains avec Haïti	2 566 931	7 546	55	92	92	21,6	72,4	2,3
<i>Souverains sans Haïti</i>	2104 040	8 050	56,8	96	98	17,8	74	2
Autonomes	104 722	25 966	60	97	98,5	11,3	79,7	1,9
Département*	1 598 078	13 333	90	96	100	8,6	80,5	2,3
Territoires	39 226	14 380	73	98	97	12	80,5	2
Langue								
Anglais	323 159	12 356	59,6	97	94,5	15,2	76	2
Espagnol	8 069 775	9 000	72	92	99	16,6	77	2,1
Français	3001078	7 933	77	74,5	74,7	30	71,3	2,9
Néerlandais	145762	11 995	60	97	97	8	81	1,9
ENSEMBLE	1 611 443	10 946	63,5	94	95	16,7		2,2

- Inclut Puerto Rico

Comme l'indique le tableau précédent les pays dépendants présentent systématiquement des moyennes plus favorables que les pays indépendants, parfois par des valeurs élevées. Ainsi, le PNB des premiers pays est supérieur de 9708 dollars à celui des seconds, le taux d'urbanisation est supérieur de 19 points. Les différences relatives au taux net de migration, à la mortalité infantile ou à l'espérance de vie à la naissance atteignent entre 8 et 10 points. L'alphabétisation féminine ou la présence d'un personnel qualifié n'augment que de cinq points. Seul l'indice synthétique de fécondité bouge à peine, mais dans le sens attendu : c'est-à-dire à la baisse.

La République d'Haïti s'est libérée de l'esclavage et a gagné son indépendance après une guerre particulièrement sanglante avec la France puis, mise au ban des Nations, elle n'y a été réintégrée qu'en remboursant le prix des anciens esclaves, jusque fort tardivement dans le XXe siècle, ce qui a fortement obéré son développement économique, de même que la colonisation américaine ultérieure. Elle n'a d'ailleurs quitté l'esclavage que pour la tyrannie (*Chemins critiques* 2002) Ses indicateurs sont aujourd'hui les plus mauvais de l'hémisphère Nord, avec des valeurs extrêmes pour toutes les variables considérées. Il est donc justifié, d'un point de vue statistique, de calculer les moyennes sans ce pays. En fait, si les différences les plus faibles, qui concernaient l'alphabétisation et l'accouchement par du personnel qualifié, disparaissent presque totalement, celles concernant l'urbanisation baissent de moitié, et les autres différences ne font que s'atténuer.

Tableau 3. Différences de moyennes entre les résultats des pays dépendants et indépendants, selon qu'Haïti est inclus ou pas.

Haïti	PNB/HT	URBA	ALPHA	ACC	MI	EO F	ISF
Avec	9708 \$	19	5	6.5	10.6	8	-0.2
Sans	9204 \$	9	1.3	0.7	6.8	6.3	0.1

Les pays souverains et non intégrés dans une relation politique institutionnalisée forte avec leur ancienne métropole ont systématiquement des indicateurs plus mauvais que les autres. C'est même la seule différenciation vraiment importante concernant l'alphabétisation et l'accouchement avec du personnel qualifié. Pour les autres indicateurs, le Commonwealth se trouve généralement à la seconde place, seul face à tous les autres pays en ce qui concerne l'espérance de vie à la naissance des femmes, accompagné par les ressortissants des territoires britanniques pour la mortalité infantile ainsi que par ceux appartenant aux USA pour l'indicateur synthétique de fécondité (ISF). Les départements français et les territoires néerlandais ont les indicateurs les plus bas pour l'ISF et la mortalité infantile dans ce cas avec les territoires américains. Le type de relation entretenu par l'ancienne métropole joue donc un certain rôle.

On peut se demander si plus le pays est dépendant, plus l'impact est favorable. Dans ce cas, les territoires administrés et colonies auraient les indicateurs les plus favorables, suivis des départements puis des territoires autonomes puis les pays indépendants. En fait, ces distinctions ne sont guère opérantes. Toutefois, les départements et territoires autonomes sont parfois privilégiés, sans doute du fait de l'apport financier des métropoles, lequel bénéficie moins aux territoires administrés et aux colonies. En revanche, la langue n'a aucun effet repérable sur les différents indicateurs étudiés.

Ces résultats sont-ils fiables ?

Les corrélations bi variées *one tailed* sont fortes et significatives pour les relations entre l’alphabétisation, l’accouchement avec du personnel qualifié et les variables démographiques (taux de mortalité infantile, espérance de vie à la naissance et indice synthétique de fécondité). En revanche, il n’y a aucune relation avec le PNB par habitant et des relations fortes mais non significatives seulement entre la dépendance et l’espérance de vie à la naissance (tableau plus bas). De même, les régressions binaires bi variées dépendance/variables démographiques (annexe 3) indiquent des relations relativement faibles, sauf pour l’espérance de vie, et qui n’atteignent jamais le seuil de significativité, du fait sans doute de la dispersion des données. Les trois pays souverains n’appartenant pas au Commonwealth présentent ainsi des variations particulièrement extrêmes. Haïti, on l’a dit, est le pays le plus pauvre de l’hémisphère nord et fait nettement baisser la moyenne de ce groupe car tous ses indicateurs sont particulièrement mauvais. Cuba présente, au contraire, des indicateurs très favorables au niveau démographique, bien qu’en diminution, grâce à un système de soins universel et gratuit. Son économie communiste a longtemps été soutenue par l’URSS avant de se tourner vers le tourisme et son régime politique n’est pas démocratique. La République dominicaine se trouve entre ces deux extrêmes.

Tableau 4. Les résultats des corrélations bi variées.

	PNB/HT \$ pp	Urbanisation	Alphabétisation féminine	Acc par du pel qualifié	Dépendance
M. infant	Non sig	Non sig	-, 908 ^{xx}	-, 696 ^{xx}	, 606 ^{xx}
EO F	Non sig	Non sig	,738 ^{xx}	-, 493 ^x	, 619 ^{xx}
ISF	Non sig	Non sig	-, 868 ^{xx}	-, 794 ^{xx}	Non sig

Note : tous les résultats sont significatifs 1 *tailed* à 0, 01 %, sauf pour la relation accouchement par du personnel qualifié/EO féminine, qui l’est à 0,05 %. Le sig est = ,000 sauf pour la dépendance : 0, 001.

Une analyse par classification hiérarchique des trois variables démographiques ne différencie pas les pays indépendants des autres mais fait apparaître un groupe de huit pays particulièrement défavorisés. 7 sur 8 des ces pays sont indépendants : 2/3 sont souverains, la moitié appartiennent au Commonwealth et les îles turques et Caïques sont un territoire britannique. Toutefois, six pays indépendants ne font pas partie de ce groupe défavorisé. C’est sans doute ce qui explique la difficulté de faire apparaître la dépendance dans des régressions ou corrélations. L’indépendance ne permet pas de pronostiquer une situation démographique déplorable, comme le prouve d’ailleurs le cas cubain⁶ (et vice-versa), mais qu’il y a bien un effet de la dépendance dans les Antilles observées.

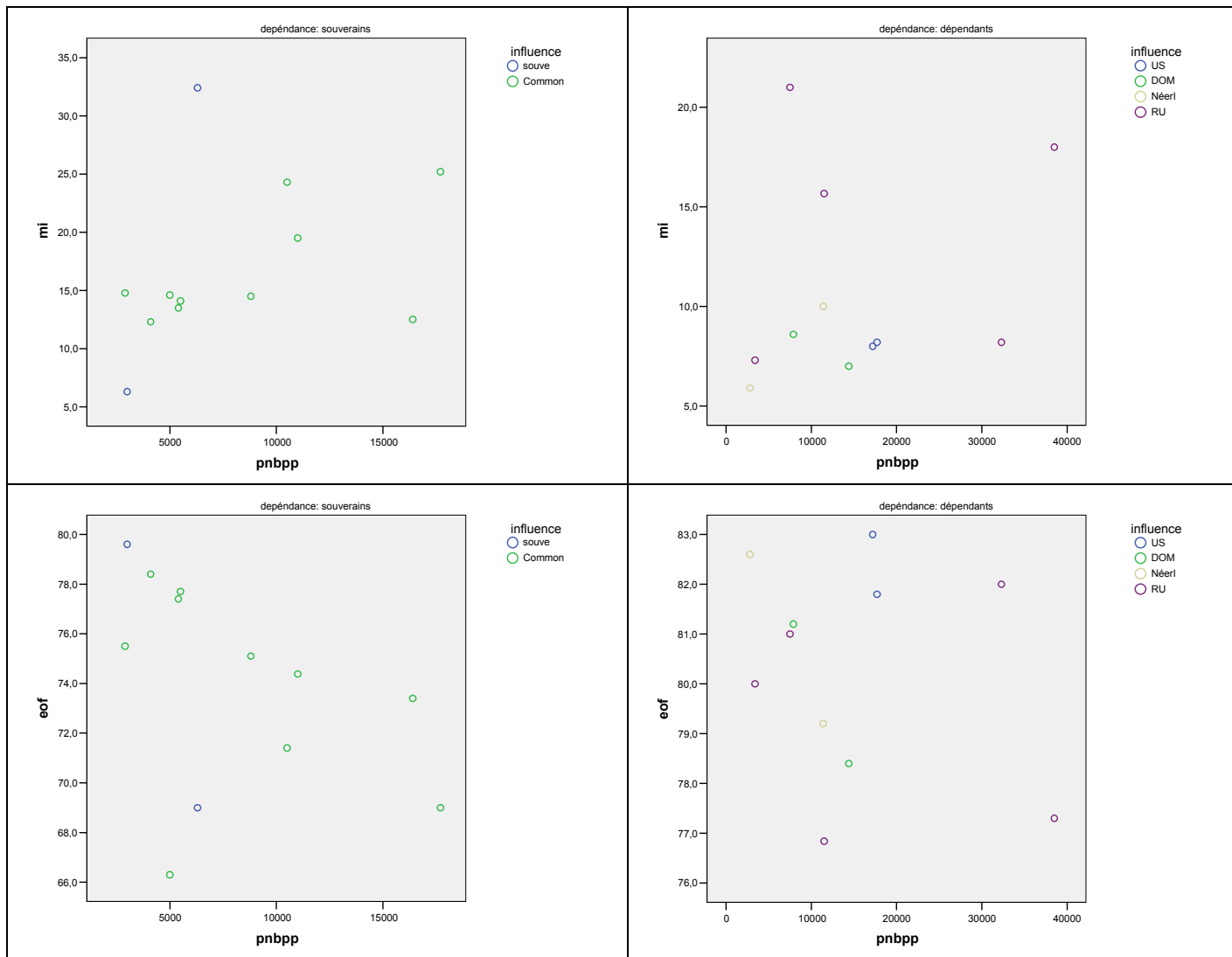
Six diagrammes de dispersion mettant en relation le PNB/habitant et le statut politique pour la mortalité infantile, l’espérance de vie à la naissance et l’indice synthétique de fécondité montrent que :

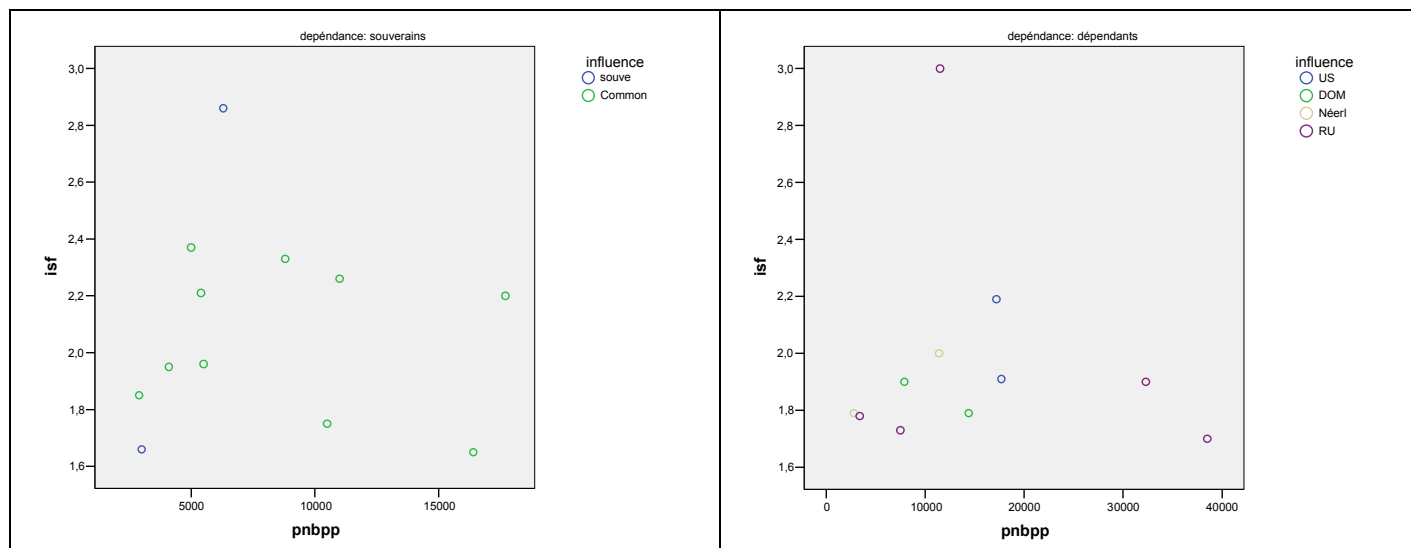
- Quelques pays dépendants ont un PNB/habitant nettement plus élevé que celui des autres pays. Il s’agit des îles vierges britanniques et de Cayman (+ 32 000 \$ en parité de pouvoir d’achat) suivies de très loin (leur PNB n’étant que la moitié de celui des précédents) par la Barbade, les Bahamas, Puerto Rico et les îles vierges US. Ces PNB élevés ne se traduisent pas par de meilleurs indicateurs

⁶ Cuba a néanmoins longtemps reçu une aide substantielle de l’URSS, tout en étant soumis à un embargo de la part des Etats-Unis.

démographiques. La mortalité infantile est de 25^{0/00} au Bahamas et 18^{0/00} aux îles vierges britanniques alors que l'espérance de vie féminine est respectivement de 69 ans et de 77 ans.

Graphique 1. Diagrammes de dispersion PNB/HABITANT en parité de pouvoir d'achat du \$ par niveau de dépendance pour la MI, l'espérance de vie à la naissance et l'ISF (Haïti est exclue). A gauche les pays indépendants, à droite les pays dépendants.





- La caractéristique principale de la dépendance semble être qu'elle égalise pour le mieux les indicateurs démographiques. Ainsi quelque soit leur PNB/habitant la mortalité infantile et l'ISF sont plus faibles. La relation est particulièrement nette pour l'espérance de vie féminine à la naissance, qui atteint autour de 80 ans dans tous les pays dépendants, quelque soit le niveau de développement, alors qu'elle varie fortement dans les autres pays. En revanche, les indicateurs des pays indépendants sont plus diversifiés, sans que ce soit toujours lié au développement économique. On peut donc supposer que la dépendance n'élève pas forcément le PNB mais qu'elle permet d'accéder à des services qui ne seraient pas accessibles autrement.

En revanche, les diagrammes de dispersion entre les variables intermédiaires d'alphabétisation et d'urbanisation et les indicateurs démographiques ne sont pas significatifs, sauf en ce qui concerne une légère relation négative entre urbanisation et fécondité. Ils ne sont donc pas présentés. En fait, vu le faible nombre d'observations, on ne peut guère en dire plus.

LES INDICATEURS DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION

Limiter les décès infantiles et maternels est un objectif universel et qui implique partout les mêmes actions, ce qui devrait favoriser les pays dépendants, qui peuvent disposer de plus de services. En revanche, les cancers de l'appareil reproductif diffèrent selon le développement des pays : le Sud souffre plus du cancer de l'utérus et le Nord du cancer du sein. Il y a donc un risque que les pays dépendants se préoccupent moins d'une morbidité qui les touchent pourtant le plus. L'avantage lié à des ressources matérielles serait donc moins important. Le VIH est beaucoup plus répandu aux Antilles que dans les métropoles, pour des raisons qui restent à élucider. On peut penser que celles-ci étant différentes de la métropole, les actions de prévention seraient moins efficaces car moins bien ciblées.

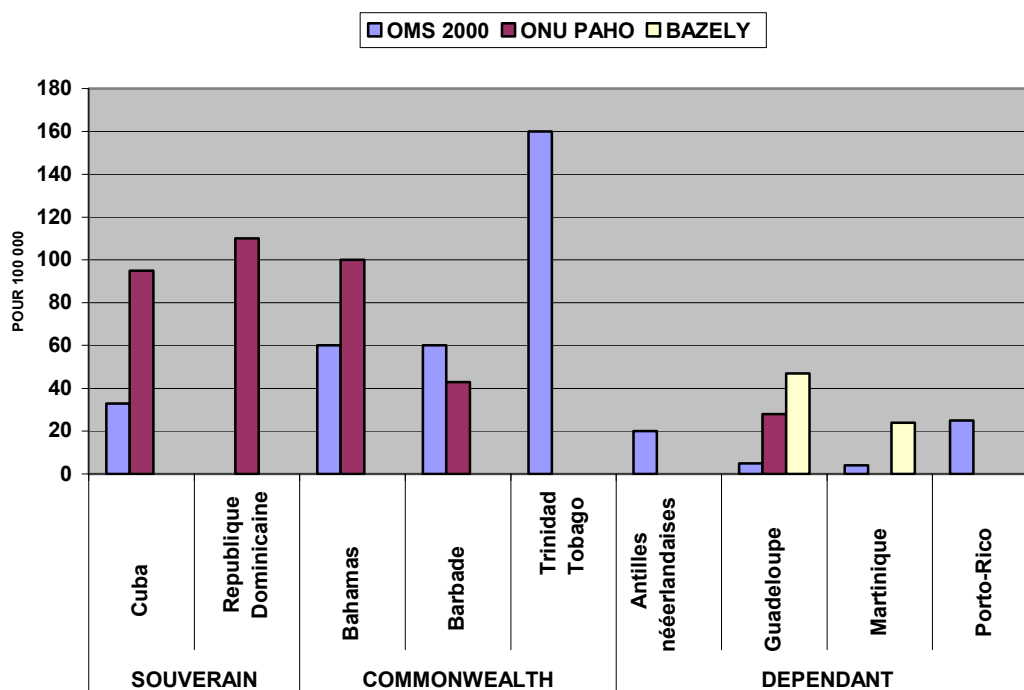
Le site de la PAHO et surtout celui de l'OMS offrent désormais des matrices très complètes des différents aspects de la santé de la reproduction, toutefois peu de données ont été collectées sur les pays antillais. En revanche, le site de la CAREC apporte de nombreuses informations, particulièrement en ce qui concerne le SIDA et la Caraïbe anglophone. En conséquence, seuls 8 pays seront présentés pour la mortalité maternelle, 7 pour les cancers cervicaux et 20 pour le VIH.

La mortalité maternelle

La mortalité maternelle est un risque mal mesuré, malgré les efforts d'estimation réalisés par l'OMS et d'autres organisations. Ainsi, en Guadeloupe, le taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes est de 5 selon l'OMS, de 28 selon la PAHO et de 47 selon une enquête périnatale menée en 1998 (Bazely 2001). Ce dernier taux devrait être plus juste car il est fondé sur une enquête approfondie dans les cliniques. Comme on peut le voir dans le graphique 3, ces différences d'appréciation se retrouvent également entre les données de l'OMS et de la Division de la Population de l'ONU. Là aussi, l'OMS juge plus faible le taux de mortalité maternelle. On se préoccupera donc plus des proportions que des chiffres proprement dits.

Haïti, dont le taux de mortalité maternelle est de 680 ^{100/000}, a été exclue du graphique pour ne pas écraser les autres données. Pour les neuf pays présentés, la mortalité maternelle est nettement plus importante dans les pays indépendants que dans les autres territoires, même si Cuba présente de meilleurs résultats selon l'OMS (mais pas selon la Division de la population de l'ONU). En la matière, la *Commonwealth* ne mérite guère son nom.

Graphique 2. Le taux de mortalité maternelle. 9 pays (OMS 2000).

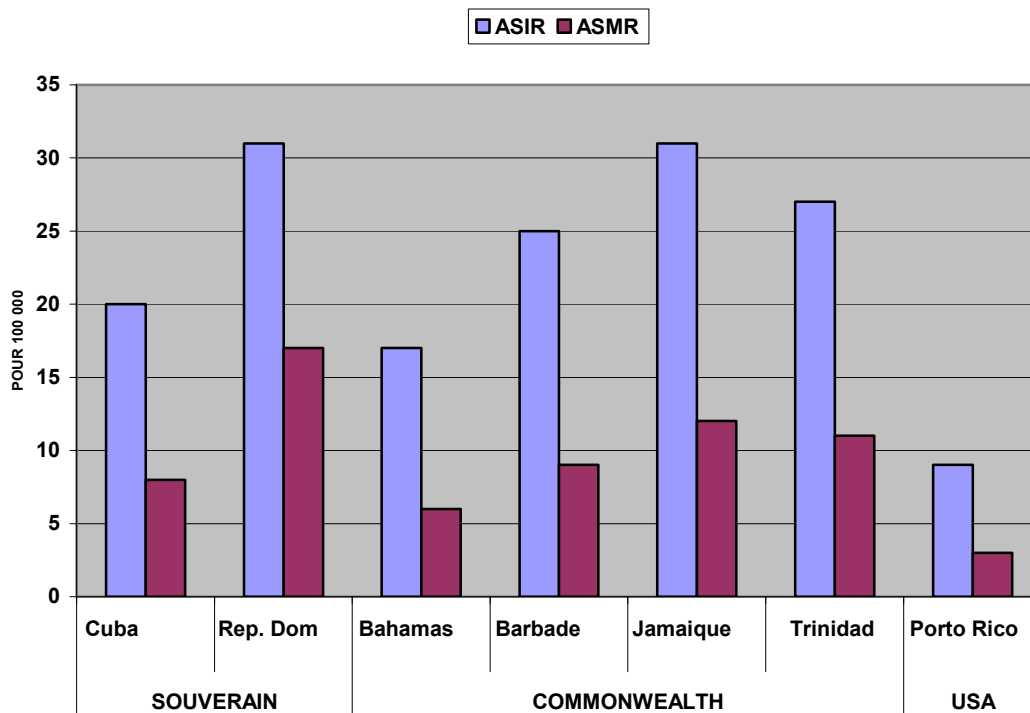


Les cancers cervicaux- utérins

La Caraïbe est la quatrième région du monde la plus touchée par les cancers cervicaux, qui y sont la forme dominante de cancer de l'appareil reproductif féminin. Ainsi Haïti, avec un taux annuel standardisé d'incidence (ASIR en anglais) de 87 et un taux annuel standardisé d'incidence (ASMR) de 48 présente presque les mêmes taux pour les cancers de l'utérus que les Etats-Unis pour le cancer du sein. Cette divergence dans les morbidités peut rendre particulièrement critique un statut dépendant si celui-ci empêche de prendre les mesures appropriées en privilégiant la morbidité de la métropole, où sont souvent formés les médecins. On a vu de tels cas en Afrique subsaharienne, dans des pays qui n'étaient dépendants qu'économiquement.

En fait, aussi bien l'incidence des cancers cervicaux que leur mortalité est nettement plus faible à Puerto Rico que dans les autres pays, mais il est difficile de conclure sur un seul cas. Par ailleurs, Cuba, généralement protégé par un système de santé universel et gratuit, a des taux légèrement plus élevés que les Bahamas. Les taux maximum d'incidence se trouvent en République dominicaine et à la Jamaïque, puis à la Barbade et à Trinidad et Tobago. L'ordre est le même pour la mortalité mais celle-ci est beaucoup plus forte en République dominicaine, signe que le traitement est réalisé trop tard. L'appartenance au Commonwealth ne semble pas non plus améliorer la situation des femmes atteintes.

Graphique 3. Les cancers cervicaux par 100 000, Source : PAHO 2004.



Note : ASIR *Annual standardized incidence rate* = taux standardisé annuel d'incidence; ASMR : *Annual standardized mortality rate* = taux standardisé annuel de mortalité. Les taux de cancer variant beaucoup avec l'âge, ils sont donc calculés selon une procédure qui permet d'éliminer cet effet.

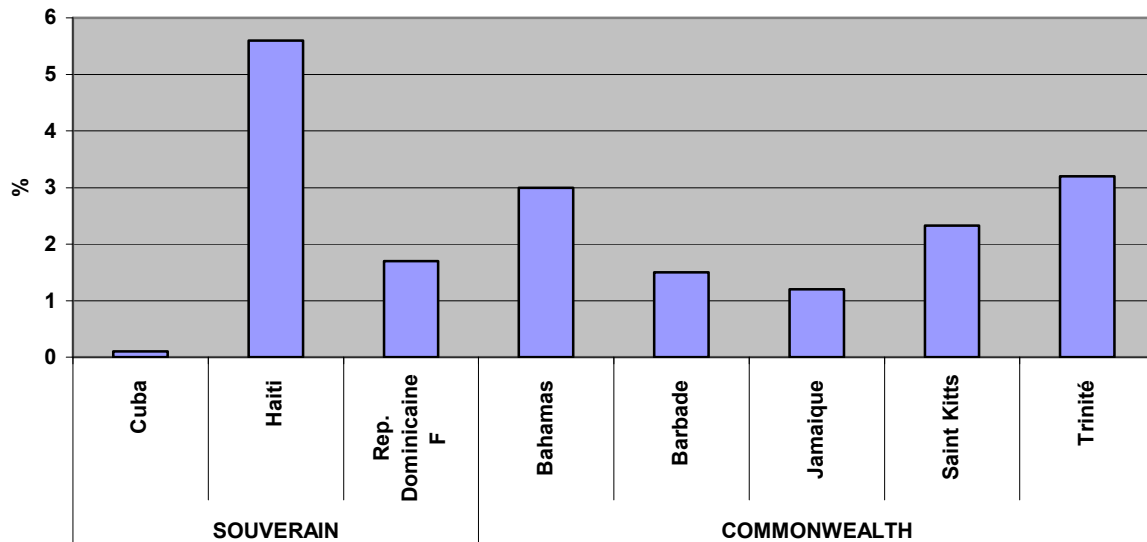
Le VIH-SIDA

Les Antilles sont la région du monde la plus affectée par le VIH, après l'Afrique subsaharienne. 430 000 personnes vivent avec le VIH, 35 000 sont mortes du SIDA et il y a 52 000 nouvelles infections par an. L'épidémie est fortement hétérosexuelle et les femmes sont particulièrement touchées, notamment parmi les 15-24 ans, où le taux de séroprévalence est de 2.9 % parmi les femmes touchées et de 1.2% parmi les hommes (ONUSIDA 2004). Toutefois, la situation est très diversifiée. Le statut politique intervient-il dans ces différences ?

Les données concernant le VIH sont fort variables. Elles portent sur des populations distinctes : générale, adultes de 15-49 ans, femmes enceintes, personnes atteintes de maladies sexuellement transmissibles, migrants (dont, dans les îles les plus touristiques, une forte proportion de travailleurs sexuels). Les données d'ONUSIDA et de l'OMS indiquent le niveau de prévalence des adultes de 15 à 49 dans huit pays indépendants. On voit que les trois

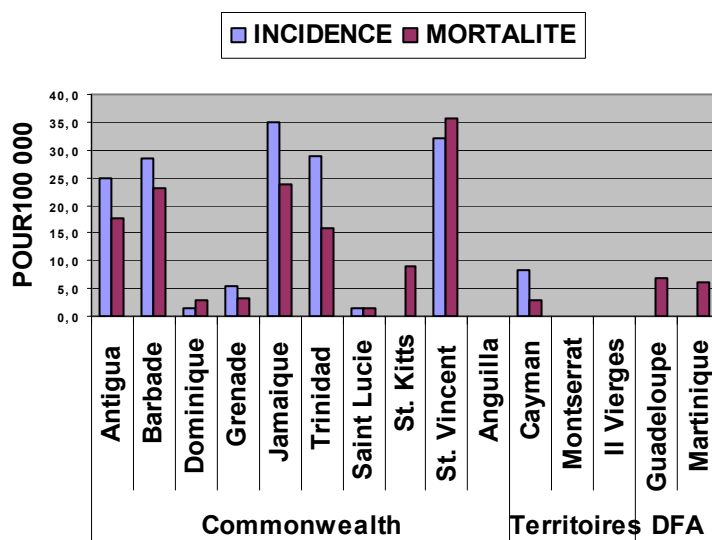
pays souverains présentent trois niveaux épidémiques très différents, les pays appartenant au Commonwealth se trouvant plutôt au niveau intermédiaire de la République dominicaine. Cuba a réussi à juguler l'épidémie malgré le développement du tourisme, notamment sexuel, par la répression mais aussi par la fourniture gratuite et universelle de traitements anti-viraux (PAHO 2004). Là aussi, l'appartenance au Commonwealth ne permet pas de mieux combattre cette pandémie puisque trois de ses membres ont des taux de prévalence plus élevée qu'en République dominicaine.

Graphique 4. Proportion d'adultes de 15 à 49 ans vivant avec le VIH-SIDA en 2002, en % (WHO 2004).



Le *Caribbean AIDS Telecommunications Information Network* (CATIN) du CAREC, de l'OMS et de la PAHO, collecte les données fournies par les pays de la Caraïbe anglophone sur les nouveaux cas de SIDA, ce qui leur permet de calculer les taux d'incidence, de mortalité et le rapport de masculinité. Le graphique 5 rapporte les données pour 2000. La petitesse des populations d'Anguilla, des îles vierges britanniques et de Montserrat, explique l'inexistence de nouveaux cas et de mortalité en 2000 alors que les taux étaient plus élevés d'autres années. En revanche, ils sont particulièrement élevés aux Bahamas et, pour cette raison, ne sont pas indiqués sur le graphique : 271 décès, incidence de $108^{00/000}$ et taux de mortalité de $92^{00/000}$. Tous ces chiffres sont particulièrement forts à la Jamaïque, à Trinidad, à Saint-Vincent, un peu moins forts à Antigua et la Barbade et relativement faibles à la Dominique, Grenade, Sainte Lucie, et Cayman. Des pays du Commonwealth ont donc des taux aussi faibles que certains pays indépendants.

Graphique 5. Taux d'incidence et de mortalité par SIDA dans 15 pays antillais (CAREC 2002 pour les pays anglophones ; CATTEAU et BAZELY 2004 pour les DFA)



L'hypothèse que la mortalité maternelle est plus faible dans les pays dépendants que dans les autres alors que la liaison est moins nette pour les morbidités et mortalités liées au cancer cervicaux utérins et au VIH-SIDA se trouve donc confirmée.

CONCLUSION

Aussi bien les données concernant la santé de la reproduction dans quelques pays antillais que celles concernant trois indicateurs démographiques dans les 24 nations antillaises indiquent un effet favorable de la dépendance sur les indicateurs sanitaires. Cet impact interviendrait plus par l'apport de services que par un développement accru. Il serait moins net dans les dépendances anglaises et plus marqué lorsque le lien est plus assimilationniste que de type colonial. Cependant, la robustesse de ces conclusions n'est pas assurée, du fait du faible nombre d'observations. Il serait donc souhaitable de constituer un panel des données pour leur donner plus de force, ce qui peut d'ailleurs être réalisé avec les données de la CIA, disponibles depuis 1986.

Une telle profondeur historique pourrait d'ailleurs contredire ces premiers résultats car l'ordre international a beaucoup changé pendant cette période. Certains pays ont pu accéder dans les premières années de leurs indépendances à de nombreuses aides internationales (Constant et Daniel 1999), ressources qui se sont tariées avec la fin de la guerre froide puis ont été dirigées vers le Moyen-orient. C'est dire d'ailleurs que le rôle des aides internationales et des autres acteurs que ceux des anciennes métropoles devrait être investigué.

REFERENCES

ARMSTRONG H. et KERVENOAEEL R.J. de, 1998, « A comparison of the economic performance of different micro-states, and between Micro-states and larger countries », *World Development*, 26(4): 639-656.

- BAR Laetitia, BAUDCHON et RALLU Jean-Louis, 2004, « Les dynamiques socio-démographiques dans les TOM du Pacifique : vers un développement durablement assisté », *Espaces, Populations, sociétés*, 2 :373-386.
- BAZELY Pierre, 2001, « Péri-natalité aux Antilles-Guyane. Un problème de santé publique ? », *Info-santé Antilles-Guyane*, 8, juillet.
- BEGOT Monique, BULEON Pascal, ROTH Philippe, 2001, *Emergences Caraïbes, élément de géographie politique*, Paris, Editions l'Harmattan.
- BEGOT Monique, DELBLOND Viviane, ROTH Philippe, *Atlas de la Caraïbe*, <http://www.atlas-caraïbe.certic.unicaen.fr/commun/lecteur2f/caraïbes&idtheme=4&idlangue=fr>, Consulté le 10 mai 2005.
- BRIGUGLIO L., 1995, "Small island developing states and their economic vulnerabilities », *World Development*, 23 (9) :1614-1632.
- CAREC, 2004, *Status and trends analysis of the Caribbean HIV/AIDS epidemic 1982-2002*. <http://www.catin.org/country/> Voir aussi : www.carec.org/mortality/index.html.
- CATTEAU Christine et BAZELY Pierre, 2004, « L'évolution récente de la mortalité à la Réunion en regard des tendances en Antilles-Guyane et en métropole », *Espaces, Populations, sociétés*, 2 : 397-413.
- CDC, "Infant health among Puerto Rican. Puerto Rico and US mainland, 1989-2000", *MMWR*, 24 octobre 2004, 52(42) : 1012-1016. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5242a2.htm#tab1>
- Chemins critiques. Revue haïtiano-caraïbienne, Sociétés-Sciences-Arts-Littérature*, IDIHCA (Montréal), 5(1), janvier 2001 : 251 pages.
- CIA, 2005, *World Factbook 2005*, <http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/>, Consulté le 17 mai 2005.
- CONSTANT Fred et DANIEL Justin (ed), 1999, *Politique et développement dans les Caraïbes*, Paris, l'Harmattan.
- CRUSOL Jean et alii. (ed), 1985, *L'enjeu des petites économies insulaires*, Paris, Economica.
- DE MIRAS Claude, 1997, « Le développement des petites économies insulaires relève-t-il encore de l'économie de marché ? », *Revue Tiers Monde*, 38 (149) :79-98.
- GAUTIER Arlette, 2004, « Procréation et famille et Guadeloupe », *Espaces, population, sociétés*, 2, 207-219.
- INSEE AntillesGuyane, 2004, *Panorama de la Caraïbe*.
- Insularité et fécondité*, 1992, Colloque international organisé par le Conseil régional de la Réunion, Saint-Denis de la Réunion.
- JOS E. et PERROT D., 1999, *La Caraïbe face aux défis de la mondialisation. Marchés et nations dans l'aire Caraïbe/Amérique*, Paris, Montchrestien.
- MCELROY Jerome, 2004, « Small island tourist economies across the life cycle », Paper prepared for the International Conference "Beyond MIRAB : the political economy of small islands in the 21st century", School of economics and finance, Victoria University, Wellington, New Zealand, 23-25 février.
- ONUSIDA, 2004, *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA. 4^e rapport mondial*. http://www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004_html-fr/GAR2004_03_fr.html, Consulté le 17 mai 2005. Annexe : estimations et données relatives au VIH et au SIDA, fin 2003 et fin 2001.
- PAHO, *Core Health data selected indicators. Data updated to 2002. Country profiles*.
- PAHO, *Update: Situation of cervical cancer in the Americas (2002 data)*. www.paho.org Consulté le 17 mai 2005.
- POIRINE B., *Les petites économies insulaires : théories et stratégies de développement*. Paris, L'Harmattan.
- Plan régional de santé publique en Guadeloupe. Programme 2005-2008*.

- STREETEN P., 1993, « The special problems of small countries », *World Development*, 21 (12) : 197-202.
- VISBAL Leticia Artiles, 2004, « Desafios para el Caribe a 10 anos de la conferencia internacional sobre la poblacion y el desarrollo de El Cairo, Egipto », *Revista Panamericana de Salud Publica* 15(2) : 140-144.
- WHO/UNICEF/FNUAP, 2003, *Maternal mortality in 2000 : estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA*. Genève, OMS. www.who.int/reproductive_health, consulté en novembre 2003. www.paho.org/English/DD/AIS/ consulté le 12 mai 2005.
- WHO (World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research), 2004, *Reproductive Health Indicator Database*, http://www.who.int/reproductive-health/global_monitoring/RHRxmls/RHRmainpage.htm
- WHO, 2005, *Skilled attendant at birth 2005 estimates*.

ANNEXES

Annexe 1. Le nombre de pays couvert par les différentes organisations.

	PNB / HT PP	Alpha f	ACC QUAL	Mortalité infantile	Espérance de vie F	Mortalité maternelle	ISF
CIA	24	21		24	24	0	24
FNUAP			6	5	5	4	6
PAHO	4	13	8	12	13	9	8
OMS/WHO	15		20	13	12	10	23

ANNEXE 2. Les principaux indicateurs socio démographiques selon la dépendance, l'influence, le statut et la langue (source : CIA 2005 et WHO 2004).

		POPUP	URB	MIG	ALPH	MI	EOF	ACC	ISF	PNB
Anguilla	Terri RU	13254		8,8	95	21	81	100	1,7	7500
Antigua et Barbuda	Indépendant CommonW	68722	37	-6		20	74	100	2,3	11000
Antilles néerlandaises	Autonome Néerlandais	219958	69	-0,4	97	10	79		2	11400
Aruba	Auto Néerl	71566	51	0	97	5,9	83	99	1,8	28000
Bahamas	Indé ComW	301790	89	-2	96	25	69	99	2,2	17700
Barbade	Indé ComW	279254	50	-0,3	97	13	73	98	1,7	16400
Cayman	Colonie RU	44270	**	18	**	8,2	82	100	1,9	32300
Cuba	souverain	11346670	75	-2	97	6,3	80	100	1,7	3000
Dominique	Indé ComW	69 029	71	-11	94	14	78	100	2	5500
Grenade	Indé ComW	89 502	38	-13	98	15	66	100	2,4	5000
Guadeloupe	DOM	448 713	**	-0,2	**	8,6	81	100	1,9	7900
Haiti	Souverain	8 121 622	36	-2	51	73	54	24	4,7	1500
Iles turkos et Caïques	Territoire Royaume U	20 556	45	11	**	16	77	88	3	11500
Il Vierges brit	Auto RU	22 643	61	10	98	18	77	100	1,7	38500
Il Vierges US	Terri USA	108 708	46	-9	**	8	83	100	2,2	17200
Jamaïque	Indé ComW	2 731 832	56	-4	92	12	78	95	2	4100
Martinique	DOM	432 900	95	0	98	7	78	100	1,8	14400
Montserrat	Terri RU	9341	**	0	97	7,3	80	**	1,8	3400
Porto Rico	Auto USA	3912622	76	-1	94	8,2	82	100	1,9	17700
République Dominicaine	Souverain	8 950 034	65	-3	85	32	69	96	2,9	6300
Saint Lucie	Indé ComW	166 312	34	-2	98	14	77	100	2,2	5400
St Kitts Nev	Indé ComW	38 958	38	-6	98	15	75	99	2,3	8800
St Vincent Grenadines	Indé ComW	117 734	55	-8	**	15	76	100	1,9	2900
Trinidad et Tobago	Indé ComW	1 088 644	74	-11	98	17	71	96	1,8	10500

Notes : Terri : territoire ; RU : Royaume uni ; CommonW : ComW : Commonwealth ; Auto : autonome ; Néerl : Néerlandais ; Indép : indépendant ; DOM : Départements d'Outre Mer (français) ; Départ : département ; POPUP : population ; URB : taux d'urbanisation % (WHO) ; MIG : taux net de migration % ; ALPHA : taux alphabétisation féminine % ; MI : taux de mortalité infantile pour 1000 ; EO F : espérance de vie féminine à la naissance ; ACC : taux d'accouchement par du personnel qualifié (médecins ou sage femmes) % , ISF : indicateur synthétique de fécondité ; PNB : produit national brut par habitant en parité de pouvoir d'achat.

Annexe 3. Les résultats des régressions linéaires bivariées.

	Popul a tion	Alpha féminine	Mortalité infantile	EO femme	ACC	ISF	Log10 PNB
R2	,078	,060	,263	,492	,041	,027	,243
SIG	,196	,298	,012	,000	,365	,450	,017
B constant		-3	1	-5,43	1,3	,959	,150
B indépendant		0,37	-0 ,37	,077	-0 ,009	-2,37	2,639 ^E -5