

H

B24604 ex 2

ASPECTS RÉGIONAUX DE LA MORTALITÉ INFANTILE

J. PAPAIL

M. PICOUET

Chercheurs ORSTOM

213 rue Lafayette
75480 PARIS Cédex 10

RESUME

L'examen des données régionales sur la mortalité infantile fait ressortir de fortes disparités entre les régions : indices de déséquilibres économiques, mais aussi de conditions politiques, sociales et culturelles propres. Aussi, bien que la situation du Venezuela apparait, dans ce domaine, fort en avance sur la plupart des autres pays de la zone inter-tropicale de l'Amérique Latine, d'importants progrès restent à accomplir. Cela tient moins à l'action de l'Etat, engagée dans le maintien du niveau atteint en rapport avec l'accroissement de la population, qu'à l'évolution des conditions de vie et des comportements des individus.

RESUMEN

Fuertes disparidades interregionales sobre mortilidad infantil se manifiestan al examinar los datos de censos estatales asi como indices de desequilibrios económicos, pero también condiciones políticas, sociales y culturales propias. Aunque la situación de Venezuela parece ser en este campo muy adelantada en relación con otros países de la zona intertropical de America Latina, algunos avances quedan por cumplirse. Si bien la acción del Estado a favor del sostenimiento del nivel alcanzado en relación con el crecimiento de la población ha sido constante, esta situación se debe más a la evolución de las condiciones de vida y de los comportamientos de los individuos.

La mortalité infantile est en général un bon indicateur du niveau de développement social et économique des populations. A cet égard, le Venezuela, avec un taux de mortalité infantile actuel de l'ordre de 30 décès de moins d'un an pour 1 000 naissances, apparaît fort en avance sur la plupart des autres pays de la zone inter-tropicale de l'Amérique Latine. On peut même ajouter que c'est surtout la situation de la mortalité infantile qui différencie les tendances de la mortalité générale dans les pays de cette région. En effet, tandis que dans les pays andins de l'Ouest (Bolivie, Pérou, Equateur) une forte mortalité infantile persiste (plus de 100‰), elle a considérablement diminué dans les autres approchant les 50‰ pour la Colombie, un peu moins pour les Guyanes. Il est particulièrement significatif que les niveaux de la période 1970-1975 des trois pays de l'Ouest andin soient à peine comparables à ceux que le Venezuela connaissait vers 1950. Seules les Guyanes et le Brésil du Nord montrent également de bas niveaux, qu'ils semblent d'ailleurs avoir atteints récemment.

Ceci étant, il ne semble pas à l'examen des données régionales, que la situation de la mortalité infantile soit très homogène sur l'ensemble du territoire. Bien au contraire, l'analyse de l'évolution des vingt dernières années fait ressortir de fortes disparités régionales, indice de déséquilibres économiques certes, mais aussi de conditions politiques, sociales et culturelles propres. C'est ainsi que, malgré l'ampleur des gains de survie réalisés dans la petite enfance au niveau national, il reste d'importants progrès à accomplir dans certaines régions où le taux de mortalité infantile est encore relativement élevé à l'heure actuelle. Après une brève présentation de l'évolution démographique de la population vénézuélienne nous nous proposons de décrire, ici, les grandes lignes de cette situation.

I - CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE GENERAL

Effectués depuis 1873, les recensements vénézuéliens soulignent l'accroissement inégal que connaît ce pays jusqu'en 1936 en raison d'une situation épidémiologique très instable (épidémies de peste en 1902, de fièvre jaune en 1912, de variole en 1915, de grippe espagnole en 1918) et de l'état endémique du paludisme ; puis, après la seconde guerre mondiale, en raison de flambées migratoires externes très inégales suivant les périodes les plus importantes se situant autour de 1954-1958 et 1974-1980.

C'est surtout à partir de 1936, que commence la lutte nationale et systématique contre le paludisme, lutte qui peu à peu s'étend aux autres maladies parasitaires et infectieuses qui infestent le territoire. L'usage généralisé des insecticides, l'organisation de la santé publique, le développement de l'hygiène et les campagnes de vaccinations, déterminent dans la plupart des régions du pays une transformation spectaculaire des conditions de survie (Gabaldon, D. Anoldo, 1950). La disparition du paludisme en tant que cause de décès, autour des années 1950, réalisée au prix d'une mobilisation nationale des moyens sanitaires et médicaux, appuyée par une administration décidée à mettre un terme à l'état endémique de cette maladie, est certainement l'exemple le plus éloquent de cette transformation. Elle se traduit, dès le début des années quarante par une baisse générale rapide du taux de mortalité. Celui-ci passe de l'ordre de 30‰ vers 1936, à 20‰-en 1945, puis à moins de 7‰ en 1960. La baisse est énorme, de l'ordre de 5‰

par un entre 1940 et 1960. Elle est à la mesure des progrès de la situation sanitaire réalisés dans tout le pays. L'un des effets les plus visibles de cette évolution est le rajeunissement rapide de la population par la simple conséquence des conditions nouvelles de survie des générations.

Tableau 1 - L'accroissement intercensitaire de la population du Venezuela

Dates des recensements	Population Totale (1)	Accroissement intercensitaire		
		Naturel	Migratoire (2)	Taux annuel en %
7-9/11/1873	1 784 194	-	-	-
27-29/4/1881	2 005 139	215 029	5 916	1,49
17/1/1891	2 221 572	212 743	3 690	1,12
1/1/1920	2 479 525	267 939	- 9 986	0,38
31/1/ au 3/2/1926	2 814 131	291 088	43 518	2,13
26/12/1936	3 364 347	575 328	- 25 112	1,80
7/12/1941	3 850 771	477 796	8 828	2,77
25/11/1950	5 034 838	1 030 990	153 077	3,03
26/2/1961	7 523 999	2 156 329	332 832	4,00
2/11/1971	10 721 522	3 142 631	54 892	3,37
20/10/1981 (3)	14 516 735	3 322 223	473 000	3,10

Ceci est d'autant plus marqué que les niveaux de la natalité et de la fécondité sont à cette époque élevés. Vers 1940 la situation qui prévaut dans la plupart des pays andins est une natalité de l'ordre de 40‰ avec un taux de reproduction brut de 2,44 enfants par femme au Venezuela. L'évolution de la natalité montre alors une tendance au relèvement des taux (on enregistrera des taux de l'ordre de 48 à 49‰) puis une stabilisation de courte durée au plus haut niveau atteint, enfin, une tendance à la baisse, progressive au début et atteignant ces dernières années un rythme plus rapide. Aux effets de structure inévitables s'ajoutent ici un changement important du comportement des couples en matière de constitution de la famille que l'évolution du niveau de la fécondité par âge révèle. Actuellement le nombre moyen d'enfants par femme (fécondité cumulée) serait au-dessous de quatre.

Ces différents facteurs donnent, malgré un léger vieillissement de la population dû à l'allongement de la durée de vie, une population jeune comptant plus de 40 % de moins de 15 ans.

1. Non compris la population des indiens.
2. Solde migratoire intercensitaire des nés à l'extérieur.
3. Le recensement de 1981 semble avoir été affecté d'un taux d'omission très supérieur à celui des précédents recensements. En tenant compte, de cette différence, le solde naturel serait de l'ordre de 3,5 millions.

La pyramide des âges enfin, montre une base large et un sommet effilé caractéristique des populations dont la mortalité a baissé très rapidement face à une fécondité encore peu entamée, ces dernières décennies, par les comportements malthusiens.

II. CHOIX DES ETATS "REPRESENTATIFS" DE NIVEAUX DIFFERENTIELS DE LA MORTALITE INFANTILE

Si le phénomène est relativement bien appréhendé au niveau national et pour l'ensemble des décès, il n'en va pas de même pour la mortalité infantile au niveau régional (ou des Etats) où la qualité des enregistrements peut être très différente d'une zone à l'autre surtout en fonction du degré d'urbanisation et de la pratique des populations en la matière. Pour mesurer les disparités régionales de la mortalité, on a sélectionné des Etats à mortalité relativement faible et d'autres dont le niveau de mortalité est le plus élevé du pays (tout au moins en données brutes).

Le premier groupe est représenté par Nueva Esparta et par l'ensemble constitué du District Fédéral et de l'Etat de Miranda(4) qui ont été regroupés pour éviter le problème de "domiciliation" des événements vitaux (naissance et/ou décès d'un individu, enregistré dans le District Fédéral, bien que ses parents résident dans l'Etat de Miranda, ou vice versa). Nous n'avons pas sélectionné dans ce groupe, des Etats ayant une mortalité sensiblement plus faible (comme les Etats de Bolivar ou de Monagas par exemple), ces niveaux nous paraissant peu compatibles avec certaines de leurs caractéristiques telles que leur proportion de population rurale, leur proportion de population analphabète..., ce qui suggère d'importantes omissions de décès.

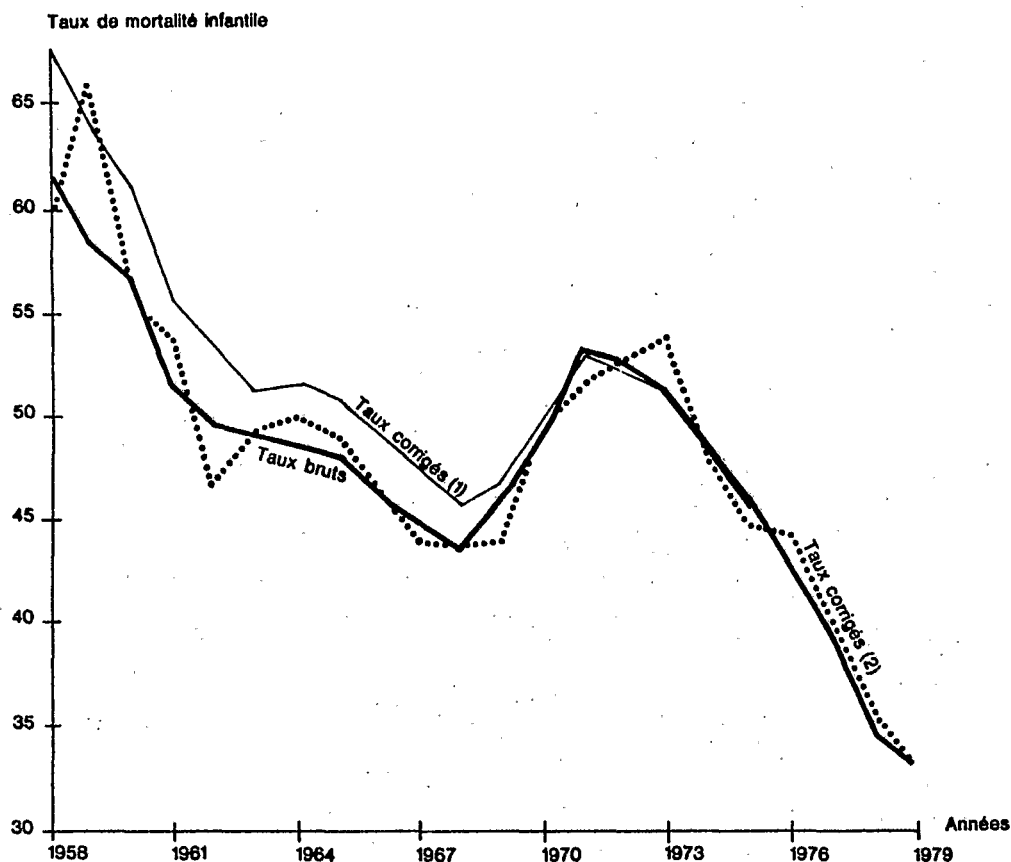
Le second groupe d'Etats est constitué par Portuguesa et deux Etats de la région andine vénézuélienne : Mérida et Trujillo, qui ont tous trois des caractéristiques assez semblables : taux d'urbanisation et d'alphabétisme faibles dans cette région de l'ouest du pays et taux de mortalité infantile très élevés par rapport à la moyenne nationale.

Il y a par ailleurs, une certaine corrélation entre niveaux de mortalité infantile et proportions de causes de mortalité diagnostiquées. En effet une faible proportion de décès dont la cause est inconnue ou mal définie semble aller de pair avec une consommation relativement importante de moyens médicaux ou tout au moins une certaine connaissance des maladies et de leurs risques de la part de la population, indicateurs d'une certaine maîtrise des problèmes de santé. C'est ainsi que dans le groupe d'Etats à faible mortalité (District Fédéral et Etat de Miranda, Nueva Esparta) les décès pour des causes mal définies ou inconnues ne représentaient qu'entre 7 et 13 % du total des décès infantiles alors qu'ils en représentaient entre 46 et 56 % dans le groupe à forte mortalité au début des années soixante. Le poids des causes mal définies ou inconnues a constitué un critère important dans le choix des entités fédérales à faible mortalité retenu dans cette analyse (a été ainsi exclu l'Etat d'Apure, dont le poids très élevé de ces causes, a paru peu compatible avec un faible niveau de mortalité tel que l'indiquent les données brutes).

4. Une partie de l'Etat de Miranda constitue avec le District Fédéral, l'aire métropolitaine de CARACAS.

III - EVOLUTION REGIONALE DES TAUX DE MORTALITE INFANTILE

Entre 1960 et 1979, la mortalité infantile au Venezuela a diminué pratiquement de moitié, passant de 65‰ (moyenne des années 1959-1961) à 34‰.



1. Décès corrigés de l'effet d'omission, rapportés aux naissances corrigées des effets du retard de la déclaration de l'événement à l'état civil.

2. Moyenne mobile des trois années pour les décès et naissances enregistrés par l'état civil.

Evolution du taux de mortalité infantile 1958-1979 - Venezuela.

Cette décroissance est nettement plus accentuée dans les Etats à forte mortalité qui enregistrent une baisse de 50 à 60 %, ce qui indique une réduction des disparités régionales du risque de décéder durant la première année de vie. Il est d'ailleurs souvent constaté que ces réductions sont d'autant plus spectaculaires que le niveau de départ est élevé (tableau 2).

Tableau 2 - Taux de mortalité infantile - données brutes (pour mille)

Etats fédéraux	1959-1960-1961	1977-1978-1979
Portuguesa	95,3	49
Trujillo	93,5	58,9
Mérida	87,3	46,8
Cojedes	78,6	35,7
Yoracuy	70,9	43,6
Tachira	70,6	40,2
Barinas	66,9	43,8
Lara	63,1	38,9
Carabobo	59,5	38,2
District Federal y Estado Miranda	51,6	32,6
Apure	47,6	27,5
Aragua	47,1	37,7
Falcon	46,3	29,6
Guarico	46,2	37,7
Bolivar	43,5	31,9
Zulia	43,2	36,6
Anzoátegui	42,1	27,3
Sucre	41,2	26,8
Nueva Esparta	38,8	26,7
Monagas	37,2	18,1
Venezuela	56,0	35,5

Source : Chiffres calculés d'après les annuaires statistiques du Venezuela.

L'évolution observée présente trois périodes au niveau national (M. Picouet, 1984) :

- une baisse très rapide et relativement régulière du taux de mortalité infantile qui passe de 70‰ à 54‰ entre 1959 et 1963,
- une longue période de quasi stagnation entre 1963 et 1974 au dessus de 50‰,
- une nouvelle baisse rapide et régulière de la mortalité infantile à partir de 1974 qui devrait amener le niveau du taux au-dessous de 30‰, caractérise également l'ensemble des Etats, mais cependant avec suffisamment de nuances, surtout dans le déroulement de la seconde période dans les Etats andins, pour qu'il soit pertinent de distinguer en fait quatre séquences d'évolution.

Dans les différents Etats, elles se développent de la manière suivante :

- Les premières années de la séquence entre 1959 et 1963 se caractérisent surtout par l'importance de la réduction de la mortalité dans les Etats de Trujillo, Mérida et Portuguesa, ce qui prolonge un mouvement déjà bien amorcé entre 1955 et 1959. Durant cette phase de quatre à cinq ans, la mortalité se réduit de 23 % dans le pays et de 25 à 40 % dans les Etats de l'Ouest.

- La seconde séquence qui débute en 1964 et s'étend jusqu'à la fin des années soixante, voit le rythme de baisse décroître fortement, les niveaux de mortalité stagnent même entre 1967 et 1970 dans tous les Etats considérés ici (à l'exception de Nueva Esparta qui représente un cas relativement particulier). Le gain de survie durant cette période est d'environ 10 % dans le pays et de 15 % en moyenne dans les Etats de Mérida, Portuguesa et Trujillo. Durant la décennie soixante caractérisée donc globalement par une baisse de la mortalité (de 20 à 25 % dans le pays et de 35 à 40 % dans les Etats de l'Ouest en quelques 10 ans), les Etats à faible mortalité (Nueva Esparta et l'ensemble constitué du District Fédéral et de l'Etat de Miranda) se distinguent par l'ampleur de la fluctuation de leurs taux qui s'inscrivent néanmoins dans la tendance générale. Durant cette période, la mortalité a baissé d'environ 40 % à Nueva Esparta et de 25 % dans le district fédéral et l'Etat de Miranda. Les forts taux estimés autour de 1960 dans les Etats de l'Ouest (entre 100 et 120‰) s'appliquent à des populations très caractéristiques : proportion de population rurale élevée (55 à 70 %), proportion d'analphabètes de 10 ans et plus très importante (plus de 50 %), descendance finale du moment très élevée (entre 7 et 8 enfants par femme), infrastructure sanitaire réduite (le nombre de médecins pour 10 000 habitants y est 3 à 4 fois moins élevé que dans la région de la capitale, exception faite de Mérida où cet indicateur est supérieur à la moyenne nationale, tout au moins en 1971), proportion de femmes bénéficiant d'une assistance médicale à l'accouchement réduite (moins de 40 %...). Ces quelques indicateurs socio-économiques sont très différents dans leurs niveaux de ceux des Etats ayant une mortalité beaucoup plus faible, et expliquent en bonne partie ces hauts niveaux de mortalité. Durant la décennie soixante, l'urbanisation croissante, la réduction de l'analphabétisme, le recours accru à l'assistance médicale lors de l'accouchement ont grandement favorisé la baisse de la mortalité impulsée par les actions menées par le Ministère de la Santé : développement de l'infrastructure médicale et de systèmes de protection (comme la création des centres d'hydratation autour de 1960), mise en place de programmes de protection pré-scolaire et de campagnes de vaccinations.

- Durant la troisième séquence qui débute en 1969-1970 et se termine en 1973-1974, on assiste, contre toute attente, à une hausse soutenue de la mortalité infantile qui revient en 1973 au niveau des années 1962-1963 dans quasiment tous les Etats. Cette hausse est généralement d'autant plus forte que le niveau de mortalité est plus élevé (on note un accroissement de la mortalité de 10 % au Venezuela durant cette période et de près de 40 % dans l'Etat de Portuguesa). Ce phénomène qui a un fort aspect conjoncturel, est important car il touche l'ensemble du Venezuela avec une intensité variable selon les Etats (le taux de mortalité double pratiquement dans l'Etat de Carabobo par exemple, passant de 50,6‰ à 96,8‰ en données brutes entre 1969 et 1972) et s'étend sur une période relativement longue (4 à 5 ans), durée peu classique pour des fluctuations conjoncturelles (M. Picouet, 1984).

- A partir de 1974, année durant laquelle les taux de mortalité sont revenus à leurs niveaux de 1969-1970 dans tous les Etats, on observe de nouveau, comme au début des années soixante, une baisse très rapide des taux jusqu'en 1978 (de 25 à 30 % de baisse en 4 ans pour l'ensemble du pays). Dans les Etats à forte mortalité, on observe le même rythme de baisse, mais celui-ci se réalise seulement en deux ans (1976-1978), les deux premières années de cette période (1974-1976) étant marquées par une stagnation ou une baisse très modérée des taux. On observe une évolution similaire dans le District Fédéral et l'Etat de Miranda.

IV - LES CAUSES DE MORTALITE PAR REGIONS

Au début des années 1960, les maladies infectieuses et parasitaires représentent, avec les pneumonies, environ la moitié des causes de décès. Les causes de mortalité péri-natale (5), participent à cette époque pour 25 % de l'ensemble des décès. C'est surtout par la réduction des entérites et autres maladies diarrhéiques, que s'est réalisée la baisse du taux de mortalité infantile, ainsi qu'on peut le constater dans le tableau 3.

Tableau 3 - Proportion de baisse de certaines causes de mortalité entre 1961 et 1978

Causes de mortalité	Venezuela	District Fédéral et Etat de Miranda	Mérida	Portuguesa	Trujillo
. Maladies infectieuses et parasitaires	49 (32)	43 (26)	61 (34)	65 (39)	46 (37)
. Entérites et autres maladies diarrhéiques	54 (24)	53 (19)	60 (31)	70 (27)	41 (29)
. Causes de mortalité péri-natale	63 (17)	75 (22)	60 (19)	72 (23)	28 (13)
. Mortalité infantile	28 (26)	17 (30)	13 (18)	13 (14)	35 (23)
	44	37	55	55	46

(Entre parenthèse est indiquée l'importance relative de ces causes dans l'ensemble des décès en 1961 dans chaque Etat (%))

Source : PICOUET M., "Une explication de l'évolution actuelle de la mortalité infantile au Venezuela", Cah. ORSTOM, sér. Sc. Hum., xx (2), 1984, pp. 171-184.

5. Ensemble de la mortinatalité (morts-nés) et de la mortalité néo-natale (mortalité dans le premier mois de vie) pour l'essentiel de caractère endogène.

- Alors qu'en 1961, le taux de mortalité infantile dans les Etats de Mérida, Portuguesa, Trujillo (entre 92 et 102 %) est deux fois plus élevé que celui du District Fédéral et de l'Etat de Miranda (51,3%), la mortalité due aux entérites et autres maladies diarrhéiques y est trois fois plus élevée. Ce dernier rapport a sensiblement baissé dans le temps (sauf dans l'Etat de Trujillo où il est encore de 2,7 en 1978) ; à cette même date, il se situe entre 1,6 et 1,8 à Mérida et Portuguesa.

On relève aussi l'importance, durant la première moitié des années soixante, des décès dus au tétanos qui sont de 13 à 25 fois plus élevés à Portuguesa et Trujillo que dans le District Fédéral et l'Etat de Miranda. A lui seul, durant cette période, le tétanos représentait un risque de décès équivalent au taux de mortalité infantile des pays les plus avancés actuellement (8 à 10 %). Cette cause est devenue négligeable à l'heure actuelle et le taux de mortalité par tétanos est inférieur à 0,5%, résultat obtenu en grande partie par l'accroissement des accouchements assistés médicalement.

Pour l'ensemble du pays, les décès dus aux causes de mortalité périnatale n'ont que très peu évolués, le taux de mortalité correspondant passant de 16 à 12% entre 1961 et 1978. Ce phénomène est observé dans tous les Etats, à l'exception de Trujillo où l'on note une baisse beaucoup plus importante (de 24 à 15 %). Ceci confirme les observations faites sur la mortalité péri-natale (constituée en majeure partie par ces causes de décès) pour laquelle on relevait une homogénéisation des taux des différents Etats, à l'exception de Trujillo. Dans ce cas particulier, ceci indique que contrairement aux autres Etats (en particulier Mérida et Portuguesa), les maladies infectieuses et parasitaires (et dans une moindre mesure les pneumonies) représentent toujours à Trujillo un poids important parmi les causes de décès durant le premier mois de vie (environ 27 % contre 7 à 15 % dans tous les autres Etats).

- Les décès dus aux pneumonies se sont considérablement réduits durant toute cette période, constituant même dans certains cas (District Fédéral et Etat de Miranda) presque la moitié des gains de survie réalisés entre 1961 et 1978 (8,5% sur la baisse totale de mortalité de 19%) (6).

Les risques de décès liés au groupe "autres maladies" (constitué entre autres par les gripes, bronchites, méningites) dont l'importance est relativement faible dans la mortalité (10 à 15 % de l'ensemble en 1961) se sont également réduits et ne représentent plus en 1978 qu'entre 2 et 5 décès pour 1 000 naissances vivantes selon les Etats.

Les décès par accidents sont les seuls dont le risque n'a pas diminué et a parfois même augmenté comme dans le District Fédéral et l'Etat de Miranda où il fut multiplié par trois entre 1961 et 1970.

- La période de hausse des taux de mortalité infantile entre 1969 et 1973, surtout sensible dans les Etats de Mérida, Portuguesa et Trujillo, exprimait, en fait, une hausse de la mortalité post-néo-natale à travers une recrudescence de la mortalité due aux maladies infectieuses et parasitaires,

6. Il faut cependant considérer que dans un certain nombre de cas, la pneumonie enregistrée comme cause de décès, n'est en réalité que la cause apparente de celui-ci qui est dû plus fondamentalement à une autre maladie.

en particulier des entérites et autres maladies diarrhéiques. Les taux de mortalité, se référant à ce groupe de causes, augmentaient en effet de 43 % à Mérida, de 44 % à Portuguesa et de 67 % à Trujillo durant cette période. Ceci montre la fragilité des acquis dans la lutte contre la mortalité durant la période post-néo-natale(7) où sévissent particulièrement les maladies infectieuses et parasitaires. Un manque de constance à cet égard (affaiblissement des moyens de lutte) peut provoquer une réduction, voire une annulation des gains de survie obtenus auparavant.

C'est ainsi que l'on a pu remarquer que le nombre de décès par entérites et autres maladies diarrhéiques rapporté au nombre de cas recensés de ces maladies parmi les enfants âgés de moins de deux ans, s'est accru en moyenne de 43 % dans les trois Etats à forte mortalité entre 1971 et 1973, signe évident d'une détérioration de la résistance des jeunes enfants à ce type de maladies durant cette période. En d'autres termes, à l'augmentation du nombre de malades pour ce groupe de causes, s'ajoutait pour les individus ayant contracté ces maladies, une augmentation du risque de décéder. Il s'agit donc d'une plus grande virulence de ces causes et/ou d'une détérioration de l'efficacité du système de santé pour y faire face.

La recrudescence de la mortalité due à ce groupe de causes s'est, par ailleurs, trouvée aggravée par la hausse des taux de mortalité par pneumonie durant cette période.

- On note enfin que la dernière période 1974-1978 est marquée par une réduction extrêmement importante des maladies infectieuses et parasitaires, ainsi que des pneumonies comme ce fut également le cas au début des années soixante.

Nous ne devons pas perdre de vue cependant que l'évolution de la mortalité infantile exprime d'une certaine manière et dans ses grandes lignes, l'évolution des conditions socio-économiques dans lesquelles se reproduisent les populations. C'est ainsi que l'urbanisation (sauf dans certaines mégalo-pôles où les conditions de vie peuvent se dégrader dans certains secteurs à croissance rapide et anarchique (8)), l'accroissement du niveau d'éducation, notamment des femmes (facteur souvent déterminant du niveau de la mortalité infantile) et plus généralement l'amélioration des conditions de vie, déterminent la tendance générale de l'évolution de la mortalité infantile.

Plus prosaïquement, il est certain par exemple, que l'amélioration de l'hygiène du milieu et de la nutrition contribue fortement à la réduction des entérites et maladies diarrhéiques et donc le nombre de ses issues fatales, en même temps qu'elle accroît les capacités de résistance aux autres maladies.

-
7. Mortalité entre la fin du 1er mois et la fin de la première année de vie.
 8. Détérioration en particulier des conditions de la protection de l'enfant et de la mère : augmentation du risque de mortalité par accidents, cause de décès en milieu urbain pour les moins de 5 ans, malnutrition...

En résumé, l'évolution de la mortalité infantile tend actuellement vers :

- . une réduction appréciable des taux de mortalité, surtout dans les Etats ayant une forte mortalité au départ ; réduction qui permet d'atténuer les disparités régionales persistantes ;
- . pour l'ensemble du pays, des gains de survie surtout dans la période post-néo-natale, allant de pair dans les Etats de l'Ouest (plus particulièrement à Mérida et Portuguesa), avec une importante réduction de la mortalité néo-natale.

A l'heure actuelle, les taux de mortalité néo-natale sont du même ordre de grandeur dans tous les Etats (16 à 20‰). Les différences sont imputables à la surmortalité post-néo-natale, de l'ordre de 25‰ dans les Etats à forte mortalité. Dans ce groupe, Trujillo se distingue par une surmortalité endogène et par une persistance des maladies infectieuses et parasitaires durant le premier mois de vie.

Il reste donc beaucoup de progrès à réaliser dans ce domaine, tout d'abord dans la partie néo-natale où un recul de la mortalité est possible ; ensuite et surtout dans la partie post-néo-natale où les taux de décès par entérites, maladies diarrhéiques, pneumonies (et plus généralement les maladies respiratoires) peuvent être fortement réduits.

Le processus de baisse de la mortalité infantile, qui dépendait essentiellement des interventions souvent ponctuelles des pouvoirs publics, est donc en train de se modifier profondément. En effet, les actions intensives menées dans le domaine de l'infrastructure médicale et sanitaire et de la lutte contre les grandes endémies n'ont plus aujourd'hui la même efficacité sur le rythme de la baisse. Elles contrôlent les flambées épidémiques, réduisent les écarts régionaux, tendent finalement à maintenir le niveau général acquis en rapport avec l'augmentation de la population. Ainsi, l'évolution actuelle de la mortalité au Venezuela dépend-elle surtout des transformations affectant les conditions de vies : amélioration de l'habitat et de l'instruction, développement socio-économique, urbanisation, etc... et les comportements : prise de conscience individuelle et des familles de la maladie, acquisition d'équipements sanitaires du ménage... Le processus est plus lent, mais aussi plus sûr et régulier.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- CHIYICHEN et PICOUET, M. Dinámica de la población, caso de Venezuela, Caracas, UCAB-ORSTOM, 1979, 735 p.
- RAFAEL, J. et HERNANDEZ, G. Algunas características de la mortalidad en Venezuela. AGECN, Estadística venezolana, 5, 1975 : 31-53.
- GABALDON, et ARNOLDO, D. Una política sanitaria, Caracas, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, 1950.
- PAEZ CELIS, J. El nivel de mortalidad de la población venezolana. AGECN, Estadística venezolana, 6, 1976 : 51-55.
- PICOUET, M. La mortalité infantile au Venezuela. Population, 3, 1978 : 738-746.
- PICOUET, M. Une explication de l'évolution actuelle de la mortalité infantile au Venezuela. Cah. ORSTOM, sér. Sc. Hum., 20 (2), 1984 : 171-184.
- PAPAIL, J. et PICOUET, M. Mortalité infantile et environnement socio-économique au Venezuela. ORSTOM/MINCOOP (à paraître).