
PROGRAMME
MONDIAL DE LUTTE
CONTRE LE **SIDA**

LA SANTE DES MERES ET DES ENFANTS DANS
LE CONTEXTE DE L'INFECTION A VIH/SIDA

NOVEMBRE 1989



ORGANISATION
MONDIALE
DE LA SANTE

La santé des mères et des enfants dans le contexte de l'infection à VIH/SIDA

Introduction

Avec l'apparition de l'épidémie de VIH/SIDA, à laquelle sont confrontés pratiquement tous les pays et toutes les régions du monde, il est de plus en plus évident qu'il faut mettre en place des politiques de santé de la mère et de l'enfant sur des bases assez larges. En effet, malgré les multiples améliorations survenues en santé publique dans la foulée de l'évolution socio-économique et démographique de ces 50 dernières années, la morbidité et la mortalité parmi les mères et les enfants se situent encore à des niveaux inacceptables dans diverses parties du monde.

C'est particulièrement le cas dans les pays en développement et parmi quelques groupes minoritaires des pays industrialisés. Dans certains pays en développement, les taux de mortalité maternelle sont encore jusqu'à 200 fois plus élevés que dans les pays industrialisés. De même, les taux de mortalité infantile sont souvent multipliés par 10 par rapport à ce qu'ils sont dans les pays industrialisés.

En Afrique, par exemple, le risque de mortalité maternelle au cours de la durée moyenne de vie est d'environ 1 pour 21. Par comparaison, le risque pour les femmes d'Europe du Nord est progressivement tombé à environ 1 pour 10 000.

L'apparition du VIH/SIDA dans des groupes de population à l'état de santé déjà précaire souligne non seulement la vulnérabilité des mères et des enfants mais aussi les tensions sociales concomitantes auxquelles ce groupe a traditionnellement été soumis.

Ces statistiques montrent une fois de plus combien la santé des mères et des enfants a été négligée mais elles font aussi ressortir la complexité de leurs besoins et la difficulté pour de nombreux services de santé maternelle et infantile d'y répondre. Pourtant, dans les cas où l'on a pu organiser des soins de santé primaires et bien coordonner les interventions sanitaires et sociales, des améliorations notables ont été constatées.

Si l'on n'agit pas, l'impact des maladies liées au VIH parmi les mères et les enfants va inévitablement réduire les acquis à néant et grever encore plus les services sanitaires et sociaux. L'OMS estime que d'ici 1990, près de 2 millions de femmes en âge de procréer seront infectées par le VIH dans le monde, dont environ 80 % en Afrique subsaharienne où divers facteurs d'ordre social, économique et démographique ont empêché les services de santé et d'action sociale de faire face à l'évolution des besoins. Dans les pays où le tableau épidémiologique du VIH/SIDA est de type II, on prévoit que, d'ici la fin de 1992, environ 1 million d'enfants seront nés de mère infectée par le VIH; à peu près un quart d'entre eux seront infectés eux aussi et la plupart d'entre eux mourront du SIDA. Les 750 000 autres auront perdu ou perdront vraisemblablement un parent, sinon les deux, par suite du SIDA.

La nécessité d'améliorer l'état de santé et le bien-être des mères et des enfants reste donc un défi majeur d'ampleur sans doute croissante dans bien des pays, notamment ceux qui comptent parmi les moins développés économiquement et qui ont donc les infrastructures de soins et d'action sociale les plus fragiles.

La condition de la femme et la santé maternelle et infantile

Si la santé et le bien-être des mères et des enfants ne revêtent bien souvent qu'un faible rang de priorité, c'est parce que ce groupe a relativement peu d'influence sur la répartition des ressources nationales et sur la prise des décisions concernant les soins de santé.

Dans de nombreuses communautés, la condition de la femme est encore fonction de sa capacité procréatrice. Parce que les enfants sont une ressource économique et humaine très importante pour la famille, la sécurité des femmes et l'attention qui leur est accordée dépendent bien souvent de leur capacité de procréation. En partie à cause de ce phénomène, les efforts de planification familiale se sont heurtés à une résistance culturelle et individuelle: ils ont parfois été ressentis par les femmes comme quelque chose qui menaçait les relations avec leur partenaire, la famille immédiate et élargie, la communauté et leur propre intégrité. Il ne faut pas s'attendre à de grands changements dans ce domaine tant que les femmes n'auront pas davantage de pouvoir, notamment pour les décisions concernant la fécondité.

Or, la contribution des femmes à la vie de la communauté va bien au-delà de leur rôle dans la procréation et l'éducation des enfants. Presque partout, elles jouent encore un rôle primordial dans la production et apportent un concours essentiel à l'économie domestique, locale et nationale, en même temps qu'elles sont le pivot de la vie familiale. Les femmes représentent jusqu'à 80 % de la main-d'oeuvre dans l'agriculture et la production alimentaire de certaines communautés. Néanmoins, le fardeau que font peser sur leur santé et leur bien-être les travaux physiques, particulièrement pendant la grossesse et juste après l'accouchement, tout comme le problème biologique des grossesses trop rapprochées, sont très préoccupants.

Sur le plan de l'éducation, les possibilités sont encore limitées pour les fillettes et les femmes dans bien des régions du monde. Il n'y a pas eu d'amélioration des chances dans ce domaine dans la même mesure que pour les hommes, et les taux d'alphabétisation ainsi que les possibilités de promotion professionnelle restent nettement inférieurs à ce qu'ils sont pour les hommes. A l'heure actuelle, les deux-tiers des femmes des pays en développement sont encore incapables de lire et d'écrire. Or, des études faites dans de nombreux pays montrent que le niveau d'éducation des femmes monte à mesure que la fécondité baisse. Les femmes qui n'ont jamais été à l'école ont deux fois plus d'enfants que celles qui y sont allées sept ans ou plus, et les femmes ayant fait à tout le moins des études secondaires ont quatre fois plus de chance d'utiliser des moyens contraceptifs efficaces.

C'est un problème qui devra tout particulièrement retenir l'attention lorsqu'on définira des voies d'approche globales pour améliorer l'état de santé et le bien-être social des femmes et pour développer les initiatives en matière de prévention du VIH/SIDA.

Le contexte des services d'action sociale et de santé

Dans bon nombre des pays les plus touchés par l'épidémie de SIDA, notamment ceux où le SIDA est un phénomène hétérosexuel qui influence les caractéristiques de la reproduction humaine et donc de la santé de l'enfant (pays de Tableau II), l'organisation des services de santé et d'action sociale a été négligée. En dehors des grands centres urbains, rares sont les services de soins organisés spécialement conçus pour faire face ne serait-ce qu'aux besoins fondamentaux des mères et des enfants. Ainsi, alors que dans les pays industrialisés 99 % des accouchements ont lieu en présence d'un agent de santé qualifié, la proportion dans certains pays de Tableau II n'est souvent que de 29 %. Dans l'ensemble de l'Amérique latine, on estime que 64 % seulement des accouchements ont lieu en présence d'un agent de santé qualifié; en Asie, ce chiffre est de 49 % et en Afrique de 34 %.

Malgré tout, le nombre des femmes enceintes qui bénéficient de soins prénatals comportant au moins une consultation auprès d'un agent de santé qualifié est en augmentation; ces services finiront par être une structure importante pour l'éducation et les conseils face aux problèmes liés au VIH/SIDA.

Mais, pour ce qui est plus particulièrement de la planification familiale et de l'espacement des grossesses, l'expérience montre que, même lorsqu'il y a des services et que les problèmes logistiques ont été résolus, ces services ne réalisent bien souvent qu'une partie de leur potentiel. Des obstacles diffus, notamment les attitudes culturelles et les croyances quant à la procréation ainsi que les rapports prestataires-clients - les uns et les autres souvent exacerbés par la pauvreté et l'analphabétisme - continuent à s'opposer à une meilleure utilisation des services. Tant que ces problèmes ne seront pas résolus, le rôle des programmes de planification familiale dans l'amélioration de la santé maternelle et infantile et dans la prévention du SIDA restera limité.

Le manque d'éducation, l'impossibilité d'atteindre toutes les femmes et la résistance à la planification familiale dans bien des communautés font que l'on enregistre d'importantes différences dans les connaissances sur les méthodes de contraception modernes et leur utilisation.

Le contexte de la santé

On peut d'une façon générale classer en trois grands groupes les tableaux actuels de morbidité et de mortalité par toutes causes, même s'ils sont en train d'évoluer. Dans le premier groupe, auquel appartiennent de nombreux pays correspondant aujourd'hui au Tableau II pour le VIH/SIDA, on note une morbidité et une mortalité élevées dues aux maladies infectieuses et parasitaires, aux infections aiguës des voies respiratoires, à la malnutrition et à une fécondité élevée.

Le deuxième groupe, qui comprend de nombreux pays en voie d'industrialisation mais où l'on compte encore certains pays correspondant aux Tableaux II et III pour le VIH/SIDA, se caractérise par une évolution démographique et épidémiologique relativement rapide où les taux de mortalité infantile diminuent et l'espérance de vie à la naissance augmente, souvent en liaison étroite avec une diminution des taux de mortalité

par maladies infectieuses et parasitaires. Dans ces pays, l'amélioration de la situation socio-économique est allée de pair avec la mise en place d'initiatives pour la survie de l'enfant et l'amélioration de la couverture des soins de santé maternelle.

Le troisième groupe, caractéristique des pays industrialisés économiquement développés, révèle une prédominance des maladies non transmissibles, une faible mortalité infantile et maternelle ainsi que d'une faible fécondité. Si les services de santé et d'action sociale y sont développés et très utilisés, il reste toutefois des groupes ethniques minoritaires qui n'ont qu'un accès très limité aux services et les utilisent très peu. Leur situation sanitaire est souvent comparable à celle des habitants des pays en développement.

L'impact du VIH/SIDA sur la santé et le bien-être des mères et des enfants ainsi que sur ces tableaux de morbidité et de mortalité va être très différent.

Dans les pays correspondant au Tableau I, où l'épidémie de VIH/SIDA a surtout touché les homosexuels masculins et les personnes qui s'injectent des drogues, le nombre de mères et d'enfants infectés est en augmentation car le VIH/SIDA est de plus en plus fréquent parmi ceux qui s'injectent des drogues, leurs partenaires sexuels et l'ensemble de la communauté hétérosexuelle. Des données récentes montrent que, parmi les femmes atteintes de SIDA, jusqu'à 55 % en Europe et 52 % aux Etats-Unis se sont injecté des drogues dans le passé.

Dans les pays correspondant au Tableau II, où l'épidémie de VIH/SIDA est un phénomène hétérosexuel et où les femmes sont tout autant infectées que les hommes, de très nombreux nourrissons sont déjà infectés par le VIH et cette situation va se maintenir. Le SIDA pose déjà un problème pédiatrique majeur dans ces pays, qui sont en même temps les pays où la santé et le bien-être des mères et des enfants laissent le plus à désirer et où les services de santé et d'action sociale sont les moins bien armés pour répondre à leurs besoins.

D'ici le milieu des années 1990, la plupart des pays d'Afrique au sud du Sahara peuvent s'attendre à une augmentation sensible de la morbidité due au VIH/SIDA parmi les enfants de moins de cinq ans et les adultes âgés de 20 à 49 ans. Dans les régions où le taux de mortalité infantile est de 100 pour 1000 naissances vivantes, on peut s'attendre à une augmentation de plus de 50 % là où les taux de séroprévalence du VIH atteignent 30 % parmi les femmes enceintes. Dans les régions où l'on a enregistré une diminution du taux de mortalité parmi les moins de cinq ans, ces forts taux de séroprévalence du VIH pourraient bien réduire à néant les acquis antérieurs relatifs à la santé des nourrissons et des enfants. Compte tenu des taux actuels d'infection à VIH parmi les adultes dans de nombreuses villes d'Afrique centrale, les taux de mortalité parmi les adultes pourraient doubler voire tripler au début des années 1990. Dans ces villes, les décès dus au SIDA pourraient être aussi nombreux, sinon plus, que les décès d'adultes auxquels on peut s'attendre pour toutes les autres causes. S'il y a décès d'un ou des deux parents, il faut en suivre particulièrement les répercussions pour la santé de l'enfant, que celui-ci soit infecté ou non.

C'est dans les pays correspondant au Tableau III que l'on continue d'enregistrer la plus faible prévalence du VIH/SIDA mais beaucoup d'enfants, notamment ceux qui, parce qu'ils sont hémophiles, ont reçu du sang et des produits sanguins contaminés, ainsi que ceux qui sont à la rue vont continuer à être fortement exposés au risque de SIDA et devront bénéficier d'un suivi et d'un appui tout particuliers.

D'un point de vue purement biologique et psychosocial, les besoins de santé des mères, des nourrissons, des jeunes enfants et des adolescents, diffèrent de ceux des hommes et des jeunes adultes. La grossesse, l'accouchement et les soins aux enfants sont particulièrement éprouvants pour la santé physique et psychologique des femmes, car ils les empêchent de consacrer du temps à leur santé et à celle de leurs enfants. Comme les femmes doivent participer aux activités sociales et économiques de la communauté, elles sont soumises à des pressions concurrentes. Les grossesses fréquentes et peu espacées, qui sont le lot de bon nombre de femmes, constituent un fardeau supplémentaire.

D'autre part, les nourrissons, les jeunes enfants et les frères et soeurs plus âgés qui dépendent des soins et de la stimulation fournis par leur mère ont des besoins spéciaux. Parce que c'est la mère qui s'occupe pour l'essentiel de l'enfant, le bien-être de l'une et de l'autre est intimement lié. Lorsque la santé de la mère se dégrade, le bien-être du nourrisson et du jeune enfant peut être en danger.

Dans une grande partie de l'Afrique, on estime que, compte tenu des taux actuels de fécondité, une femme a en moyenne 6,3 enfants nés vivants; en Asie et en Amérique latine, elle a 3,6 enfants vivants. Or, dans les pays industrialisés, le nombre moyen de naissances vivantes par femme est inférieur à 2. Le risque de décès à la suite d'une grossesse dans les pays industrialisés est plus de 100 fois inférieur à ce qu'il est dans les pays en développement. L'insuffisance pondérale à la naissance et le risque accru d'infections diarrhéiques et respiratoires chez les jeunes enfants figurent parmi les autres conséquences d'une fécondité élevée.

On sait que, lorsque l'indice synthétique de fécondité baisse, le risque de décès lié à une grossesse pendant toute la vie baisse lui aussi. Il faudrait s'efforcer, dans le cadre des campagnes d'éducation visant à réduire la mortalité maternelle, d'abaisser l'indice synthétique de fécondité dans les pays en développement (qui est plus de deux fois supérieur à celui des pays développés).

L'impact des services de santé et d'action sociale

Malgré tout, quel que soit le niveau de développement socio-économique, l'impact du VIH/SIDA sur l'ensemble des pays représente un nouveau défi majeur pour des services de santé et d'action sociale déjà surchargés. La gamme des problèmes physiques et psychosociaux que connaissent les personnes infectées par le VIH ou atteintes de maladies liées au VIH est telle que, dans bien des cas, elles ont constamment besoin de soins médicaux, de surveillance et d'aide psychosociale. Bien souvent, la nature et la qualité des soins nécessaires va imposer aux infrastructures des services des exigences nouvelles qui seront difficiles à satisfaire, notamment là où les services de santé et d'action sociale n'ont que peu de ressources.

Ce sera particulièrement le cas dans les pays en développement, dont beaucoup appartiennent à la catégorie correspondant au Tableau II pour le VIH/SIDA et où les taux de morbidité et de mortalité parmi les mères, les nourrissons et les jeunes enfants sont déjà élevés.

L'augmentation des décès parmi les femmes en âge de procréer dont la famille et les enfants ont encore besoin pour leur santé physique et leur bien-être psychosocial va avoir des conséquences graves pour la santé et le bien-être des enfants, qu'ils soient infectés

ou non. Les problèmes psychosociaux liés à la peur, au manque d'affection et à l'ostracisme retiennent déjà l'attention et vont prendre de plus en plus d'importance.

Dans les pays industrialisés où le tableau épidémiologique correspond au Tableau I, certaines femmes et mères plus particulièrement exposées au VIH/SIDA sont peut-être aussi exposées à d'autres problèmes sanitaires et sociaux associés par exemple à l'injection de drogues et à la prostitution. Bon nombre de ces femmes à risque ont perdu la capacité et/ou la volonté de faire appel aux services de santé et d'action sociale. Elles ont souvent pris leurs distances vis-à-vis de leur famille et ne peuvent plus trouver l'appui dont elles auraient besoin. Or, les services spécialisés qui pourraient les aider à faire face à ces problèmes tardent à se mettre en place.

Les problèmes sanitaires et sociaux de tout individu infecté par le VIH sont vraisemblablement si complexes que les services actuels auront du mal à y faire face et qu'il va devenir de plus en plus nécessaire de trouver des approches de type nouveau pour les soins de santé et l'action sociale.

En particulier, il faudra améliorer les services de santé maternelle et infantile/planification familiale (SMI/PF) et élargir leur champ d'activité dans le cadre des initiatives en cours ou nouvelles de soins de santé primaires pour pouvoir s'attaquer à la prévention du VIH/SIDA et assurer des soins de base aux mères, aux nourrissons, aux jeunes enfants et aux adolescents.

Il va être de plus en plus nécessaire d'aborder la question de la contraception chez les femmes exposées au risque de VIH ou celles qui sont déjà infectées. De même, dans les pays où l'interruption de grossesse est une option légalement et culturellement viable pour les femmes infectées par le VIH, il faudra privilégier davantage les conseils et les services médicaux. Quant au diagnostic précoce d'infection à VIH et son importance pour les choix du point de vue de la procréation, les services de SMI/PF peuvent aussi constituer un instrument important de dépistage du VIH et/ou de la prévention de l'infection à VIH. Cette voie d'approche a des répercussions énormes et il faudra étudier et résoudre les problèmes techniques, sociaux, éthiques et légaux que soulève le dépistage du VIH.

L'épidémie de SIDA a déjà et continuera d'avoir d'énormes incidences économiques pour l'appui aux services de santé et d'action sociale. A mesure que des groupes de populations économiquement productifs vont être de plus en plus touchés, ils ne vont plus être en mesure de contribuer à la base économique des services locaux de santé et d'action sociale. Le coût des soins dispensés aux sidéens pourrait bien dépasser les possibilités actuelles et saper, dans bien des cas, la base économique d'autres services de santé et d'action sociale.

Si l'on veut éviter que l'épidémie de SIDA ait, directement ou indirectement, des conséquences graves pour la santé et le bien-être des mères et des enfants, il faut de toute urgence entreprendre dans un esprit de collaboration des activités novatrices faisant appel à tous les secteurs de la société sur le plan national et international. Les tendances actuelles de l'épidémiologie du VIH/SIDA pour les mères et les enfants se révèlent être une menace nouvelle et lourde de conséquences pour leur santé et leur bien-être partout dans le monde.