

P 0386

68619

Mai 1992

COMMISSION ECONOMIQUE POUR L'AFRIQUE

Deuxième réunion du Comité préparatoire  
de la troisième Conférence africaine  
sur la population

Dakar, Sénégal  
1-3 juin 1992

**IMPACT DU SIDA SUR LA SANTE DE  
LA MERE ET L'ENFANT**

(Par OMS/AFRO)



## IMPACT DU SIDA SUR LA SANTE MATERNELLE ET INFANTILE

En Afrique le virus HIV se transmet principalement par des relations hétérosexuelles. Les autres modes de transmission (sang, seringues, de la mère à l'enfant) ne représentent que 5 à 10% des infections en Afrique subsaharienne. Les données épidémiologiques montrent une répartition égale de l'infection par le virus entre les hommes et les femmes, bien que dans certains cas une plus grande prévalence soit observée pour un des sexes. Ceci serait une indication du groupe infecté en premier dans la communauté. Ce pourrait être aussi une indication de l'introduction récente du virus dans la communauté (graphiques 1 à 4).

Le taux d'infection élevé observé chez les femmes en âge de procréation explique les taux d'infection élevés observés chez les enfants. Le virus peut être transmis au fœtus, pendant l'accouchement et après l'accouchement (graphiques 5 et 6). Au niveau mondial, un tiers environ des enfants nés de mères infectées sont aussi infectés. L'OMS a récemment confirmé que la transmission du virus de la mère vers l'enfant est en partie due à l'allaitement. La transmission du HIV par l'allaitement se produit plus fréquemment et plus probablement si les femmes sont récemment infectées, étant donné qu'il y a une forte concentration de virus en circulation. Cependant, étant donné que l'allaitement est un élément crucial de la survie de l'enfant, le risque pour l'enfant de mourir de SIDA du fait de l'allaitement devrait être contrebalancé par les risques de mourir d'autres causes, faute d'allaitement. Au cours d'une récente consultation OMS/UNICEF tenue à Genève sur la transmission du HIV et sur l'allaitement, il a été recommandé de continuer à promouvoir l'allaitement des enfants au sein de toutes les populations quels que soient les taux d'infection.

Les décès par SIDA peuvent intervenir dans un délai de 5 à 10 ans à partir de la date d'infection. La mortalité maternelle est en moyenne cent fois plus élevée dans les pays en développement que dans les pays industrialisés. L'impact du SIDA a aggravé la mortalité maternelle. Pareillement il y a eu une augmentation sensible de la mortalité infantile dans les endroits à taux de prévalence de SIDA élevé. Le graphique 7 montre les taux projectés de mortalité infantile en Afrique avec ou sans l'intervention du SIDA. La mortalité maternelle élevée a aussi pour conséquence une mortalité plus élevée parmi les enfants orphelins à cause de l'absence de leur mère. Dans le contexte africain, on est considéré comme orphelin dès qu'on perd sa mère.

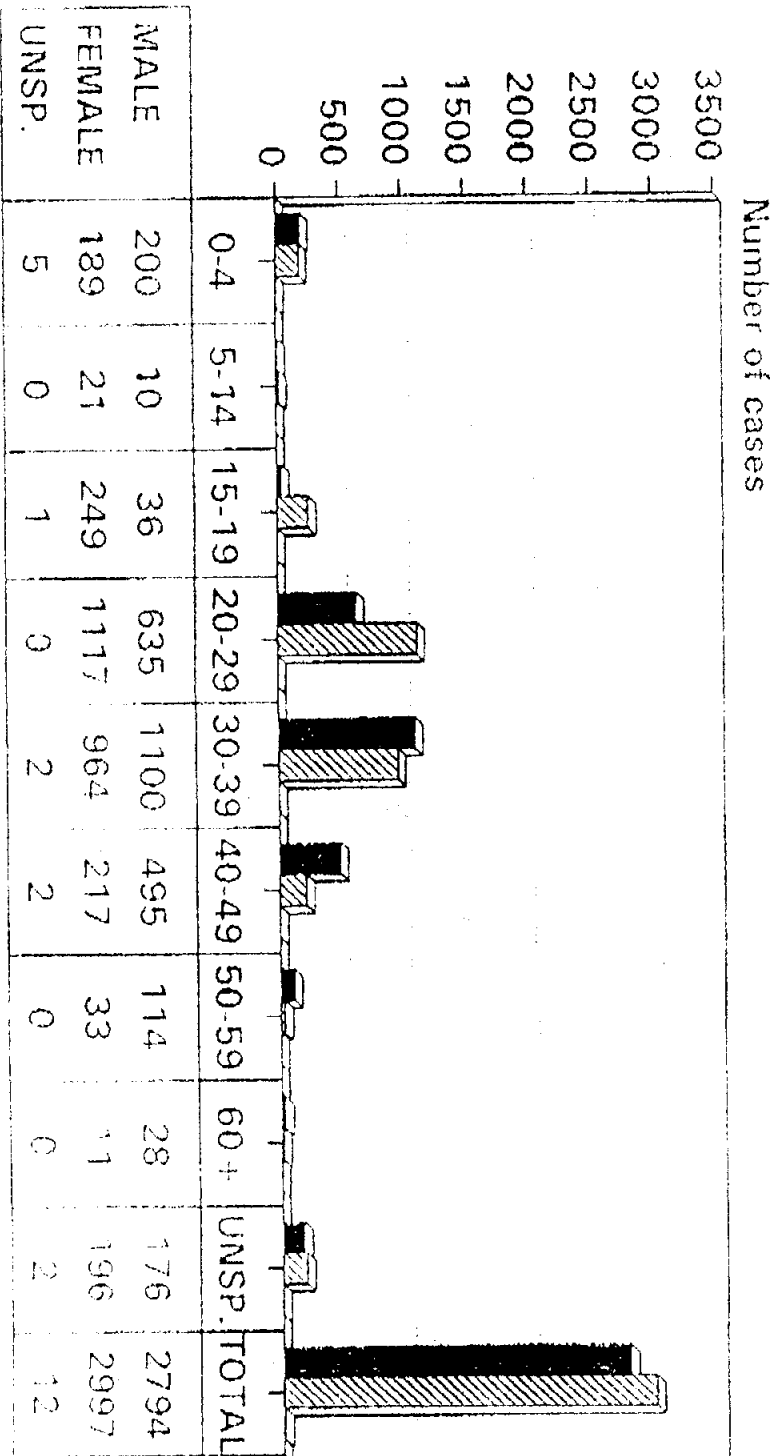
Les projections indiquent que l'impact démographique du SIDA en Afrique subsaharienne se traduira par une diminution du taux d'accroissement de la population. On estime aussi que l'espérance de vie à la naissance qui devrait atteindre 62 ans en l'an 2010 ne sera plus que de 48 ans du fait de l'épidémie du SIDA (graphique 8).

Les effets pervers du SIDA sur les femmes et les enfants peuvent être réduits par des mesures préventives comme l'éducation, la promotion et l'utilisation des préservatifs, la disponibilité d'emploi pour les femmes et les filles afin de les empêcher de se livrer à la prostitution. A long terme, les gouvernements devront adopter des politiques pour améliorer le statut des femmes dans la société, donner plus d'opportunités d'éducation, de formation professionnelle et technique, et promouvoir l'égalité des sexes pour l'accès à l'emploi.

La priorité devrait être donnée aux mesures préventives et aux activités de contrôle, avec comme population cible les femmes, dans toutes stratégies de prévention et de contrôle du SIDA adoptées par les gouvernements. De plus, des efforts devraient être faits pour réduire l'impact du SIDA sur les communautés et les individus, et pour mobiliser les forces au niveau communautaire, national et international pour combattre l'épidémie jusqu'à son extinction.

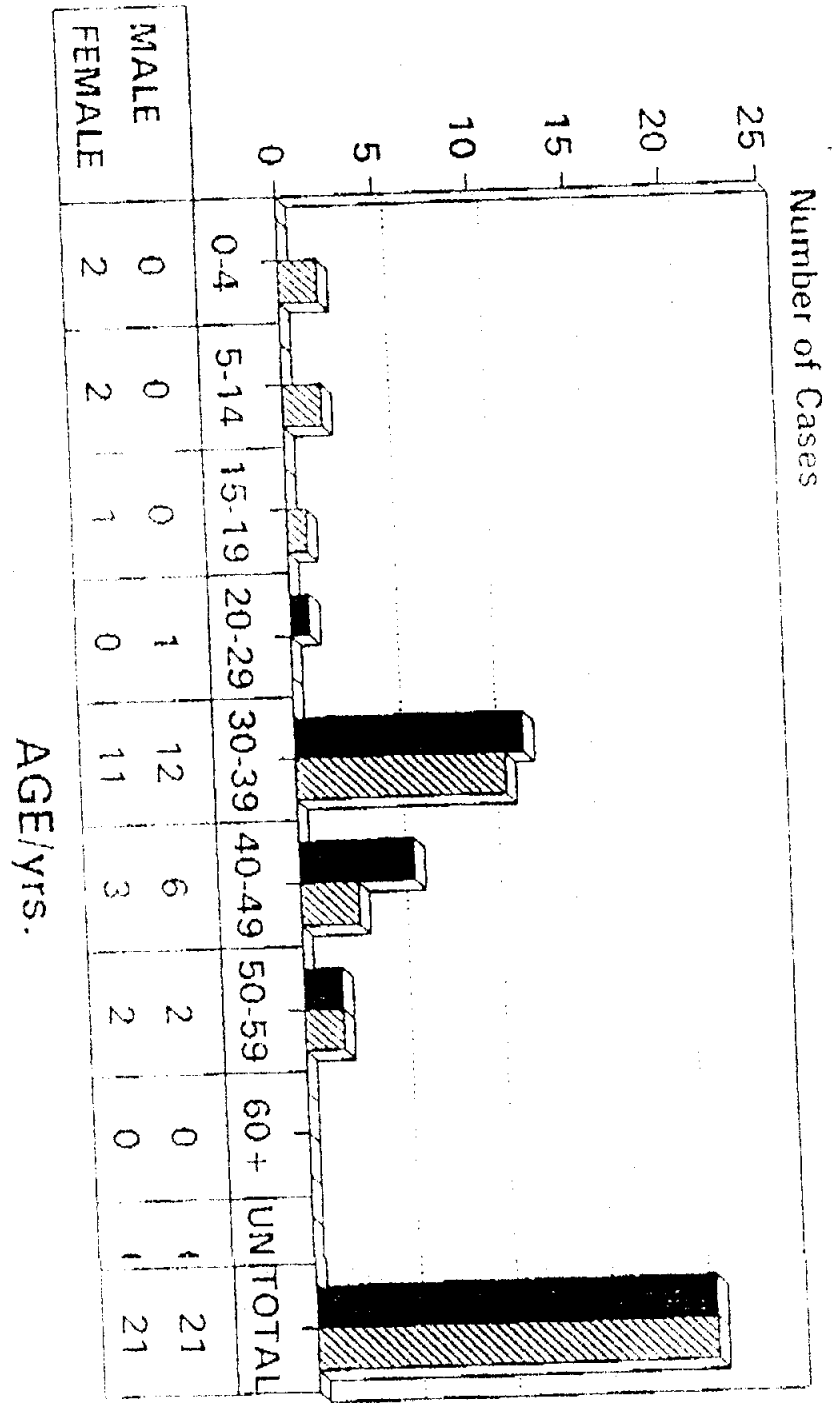
# AIDS CASES BY AGE AND SEX ZAMBIA, 1986 - 1991.

FIG 1



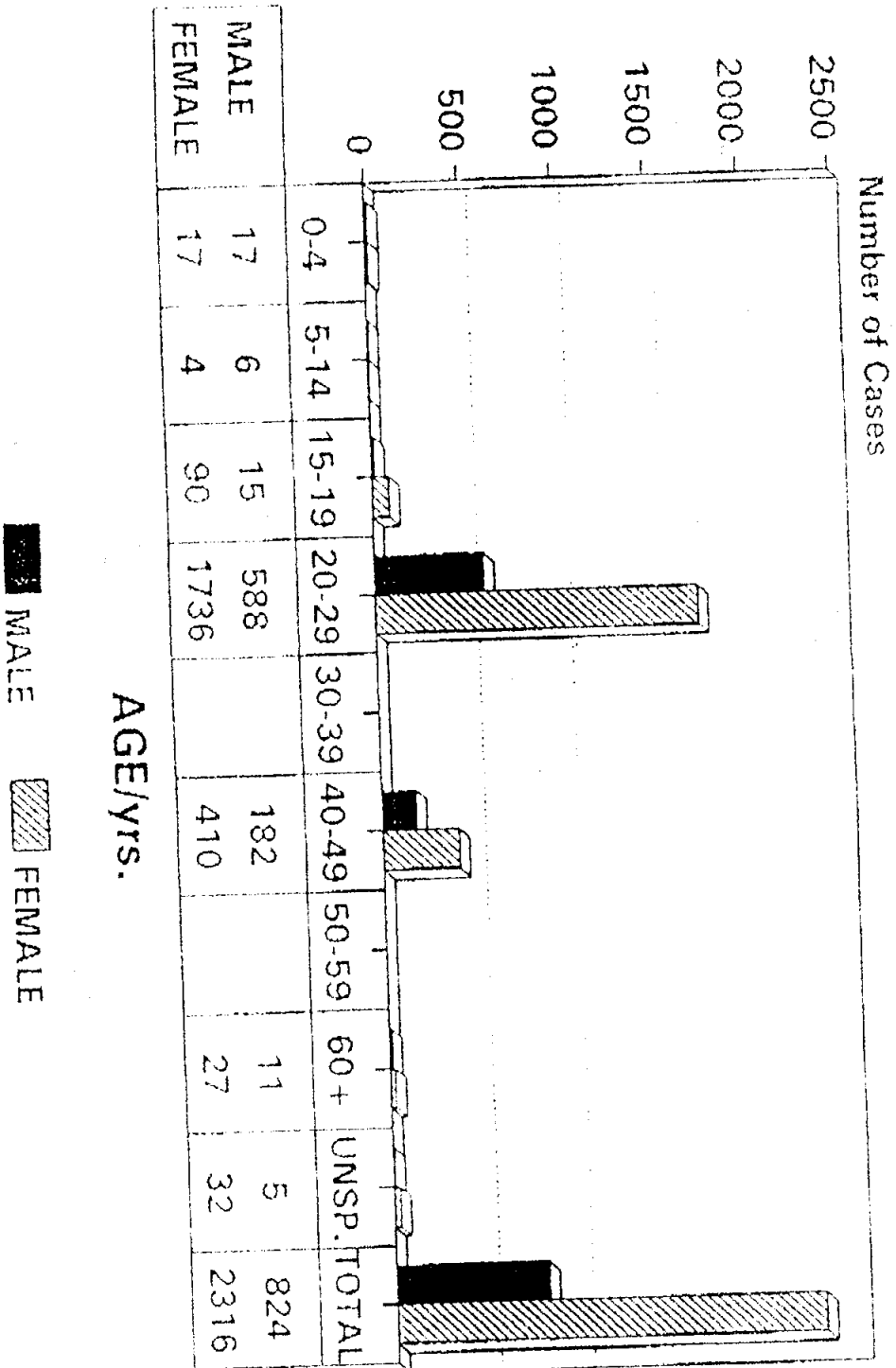
# AIDS CASES BY AGE AND SEX CAPE VERDE, 1986 - 1991.

FIG 2



# AIDS CASES BY AGE AND SEX GHANA, 1989 - 1991

FIG 3



# AIDS CASES BY AGE AND SEX

## COTE D'IVOIRE, 1988-JUNE 1991

FIG 4

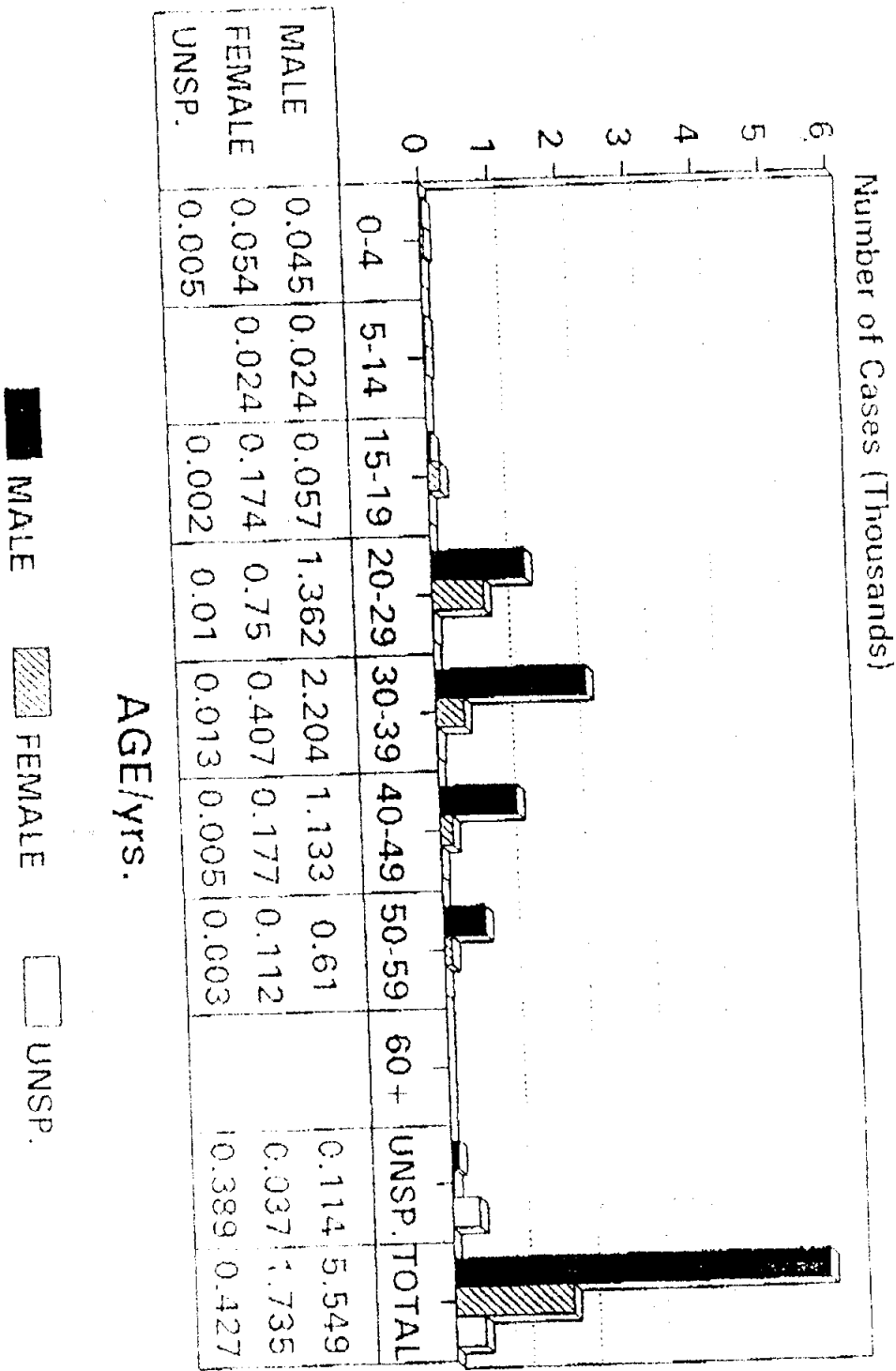




FIG 5

# HIV SeroPrevalence Rates Among Antenatal Mothers at Mulago

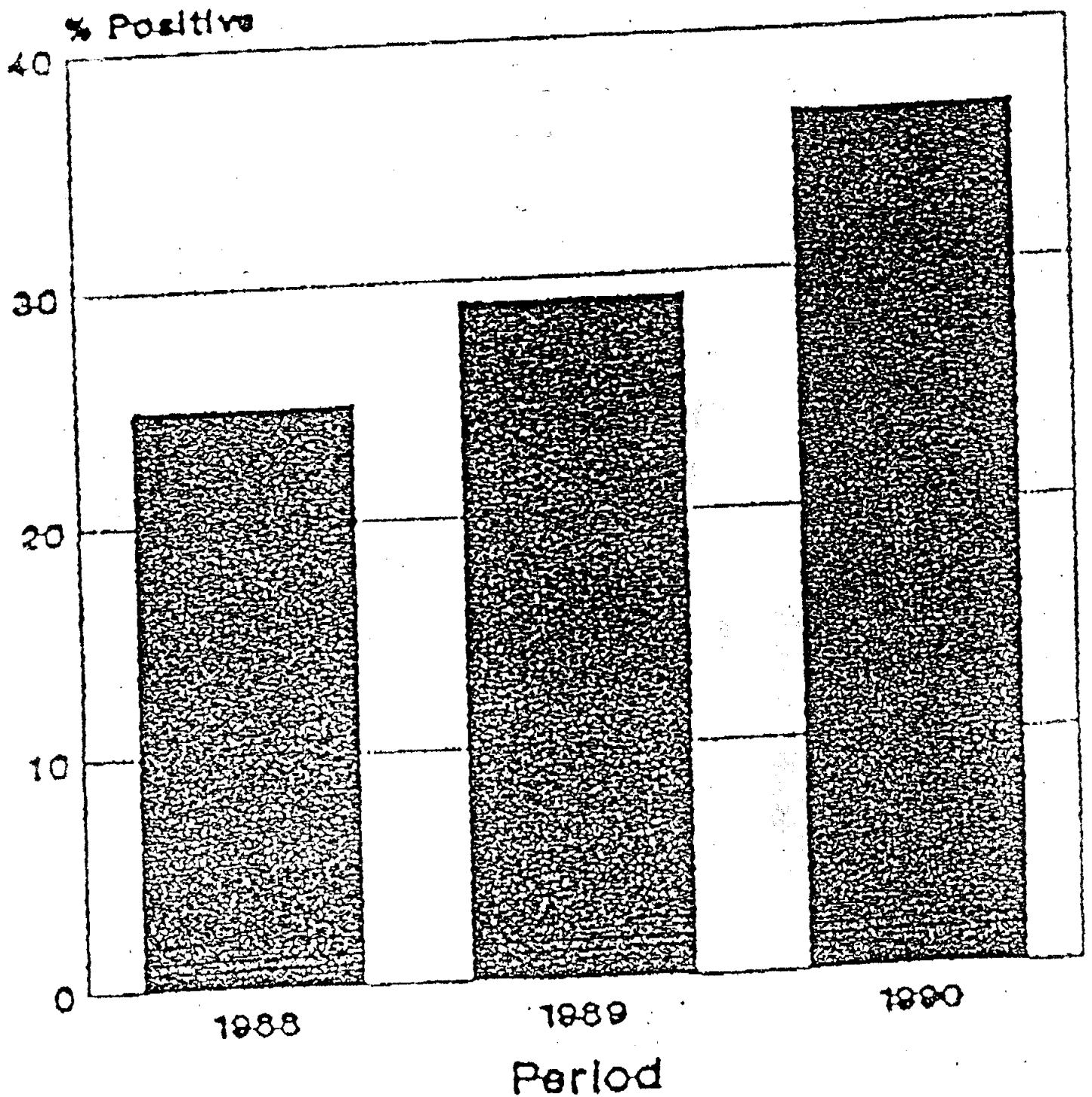


FIG 6

ANNEX

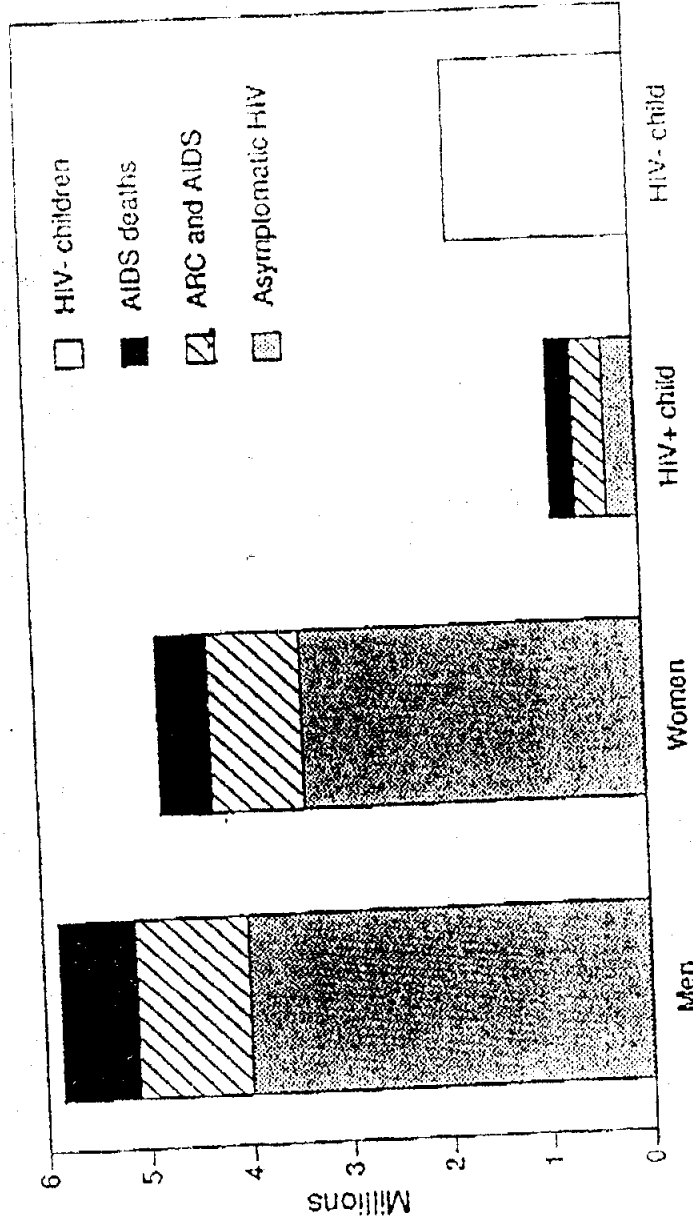


Fig 1. Cumulative global HIV/AIDS estimates, January 1992. The stacked columns show the status in early 1992 of the men, women, and children estimated to have become infected with HIV and the estimated numbers of HIV-negative children born to infected women.

FIG 7

# PROJECTED CHILD MORTALITY IN AFRICA

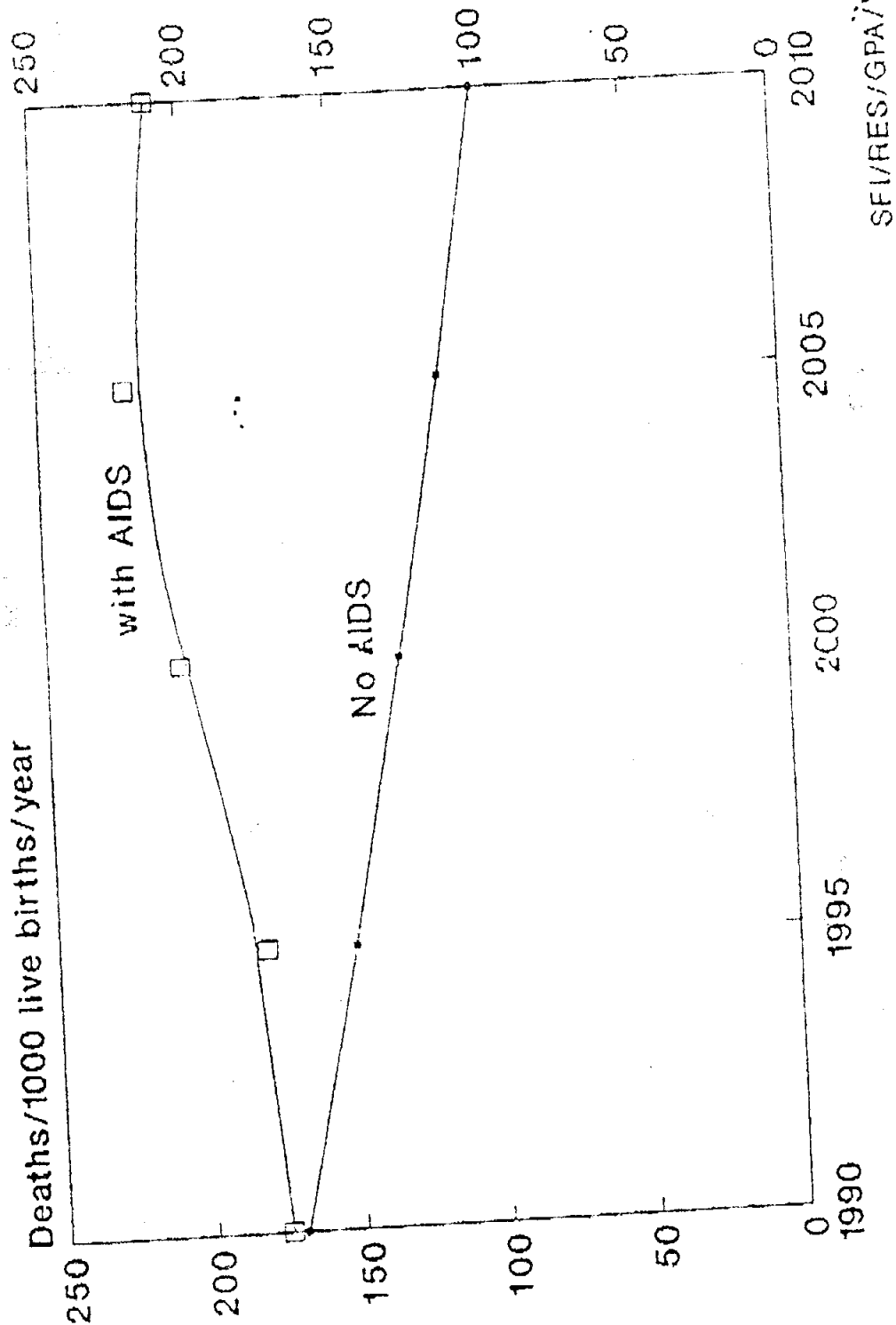


FIG.5.

FIG 8

# PROJECTED IMPACT OF AIDS ON DEMOGRAPHIC INDICATORS IN A SUB-SAHARAN AFRICAN COUNTRY

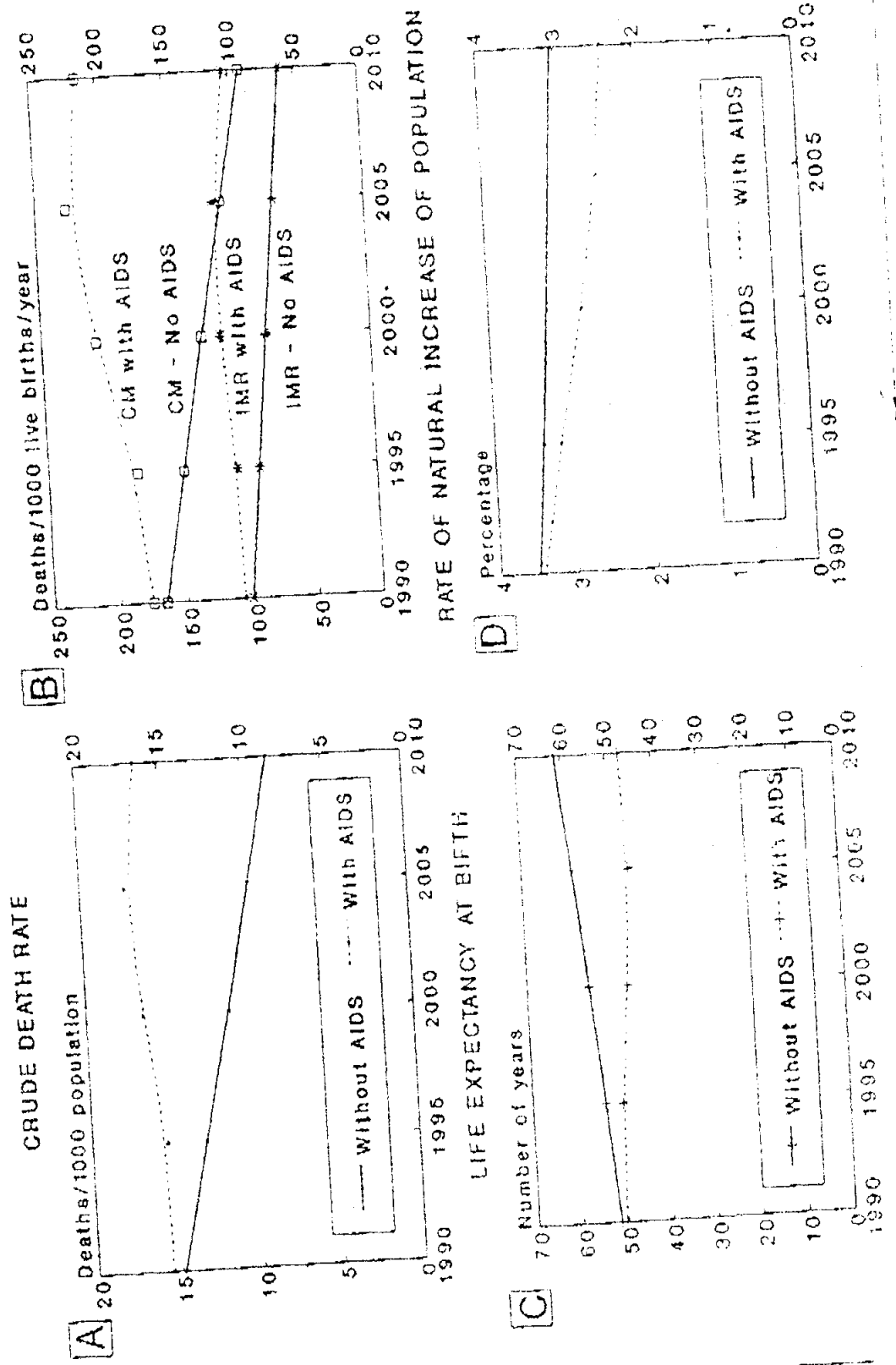


FIG 9

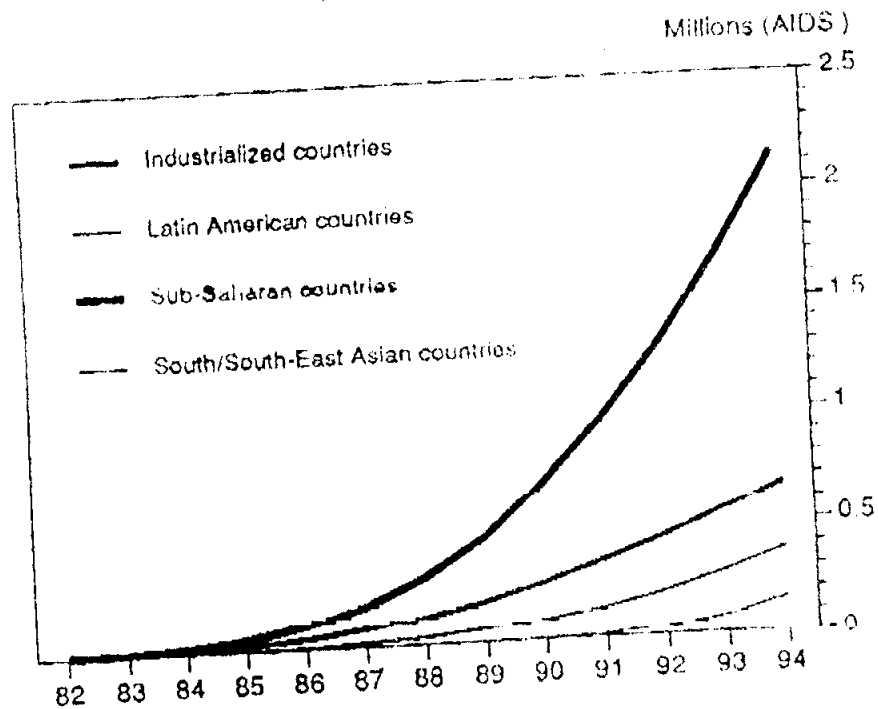


Fig 3. Cumulative estimates/projections of adult AIDS cases. These estimates and projections were derived from estimated HIV prevalence rates for 1990, using a WHO model for short-term projection of AIDS. The cumulative global projections for the mid-1990s total about 4 million adult AIDS cases.

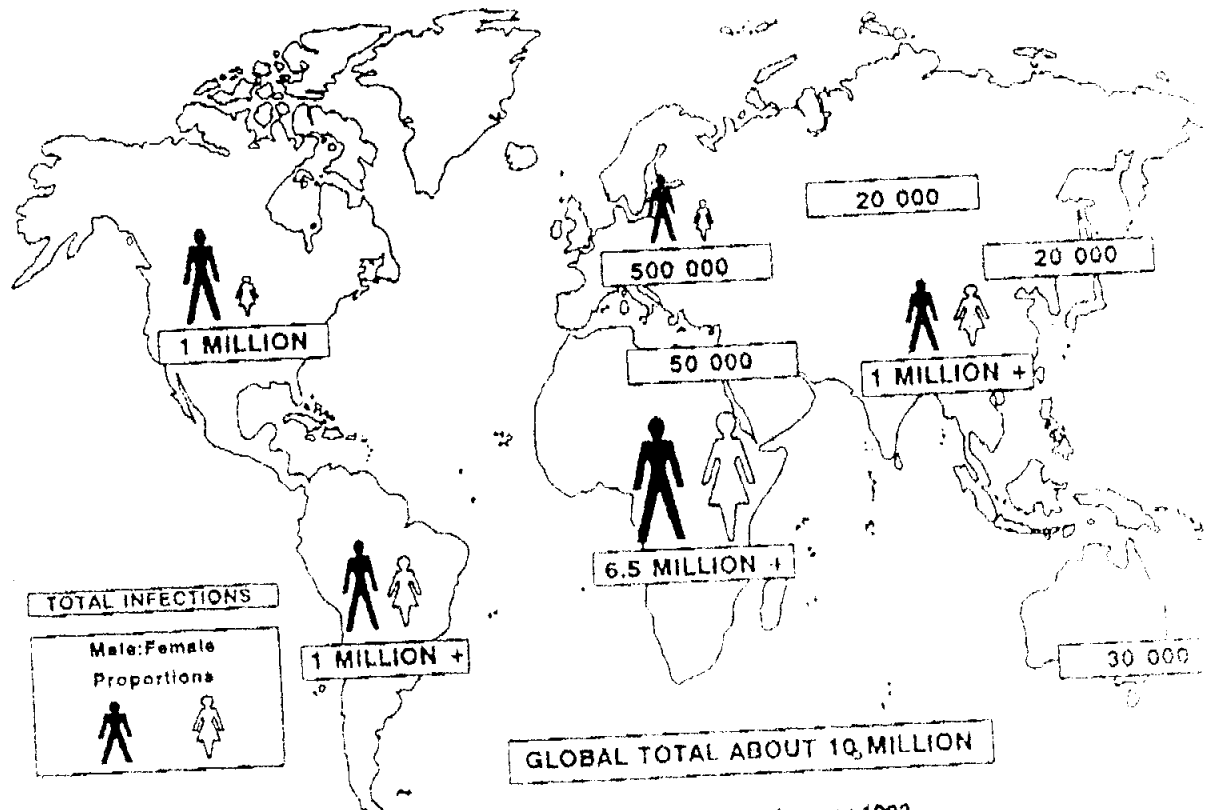


Fig. 4. Estimated cumulative global distribution of adult HIV infections, January 1992. The estimated cumulative global total of HIV-infected adults in 1992 is about 10 million, which means that, for the population, 1 in every 250 adults has been infected with HIV. Infection rates vary widely in different regions of the world, highest rates are in sub-Saharan Africa, where 1 in 40 men and 1 in 40 women are estimated to be infected, with an estimated cumulative total of more than 6.5 million.

1  
2  
3