



Océane Consult International

OCI

12 BP. 60 OUAGADOUGOU 12 Tél. 50 37 09 38 / 70 12 26 01

E-mail : oci_bf@yahoo.fr

BURKINA FASO

**Système d'Information Géographique
Etude Conseil Formation**

**ETUDE SUR LA MANIFESTATION ET L'AMPLEUR
DU VIH/SIDA CHEZ LES ENSEIGNANTS ET SON
IMPACT SUR L'OFFRE ET LA DEMANDE EN
EDUCATION**

FEVRIER 2007

TABLE DES MATIERES

Introduction	6
1. Rappel du contexte de l'étude	7
2. PRESENTATION DE LA METHODOLOGIE UTILISEE	9
2.1. LA COLLECTE DES DONNEES	10
2.1.1. La recherche et l'exploitation documentaire sur le VIH/SIDA.....	10
2.1.2. Les entretiens avec les structures et personnes ressources.....	10
a) Les cibles de la collecte.....	10
2.2. LE TRAITEMENT DES DONNEES COLLECTEES.	15
2.2. DOCUMENTATION DE L'ETUDE.....	15
3. GENERALITES	16
3.1. INFORMATIONS GENERALES SUR LE BURKINA	16
3.2. PRESENTATION DU SYSTEME EDUCATIF BURKINABE	19
3.3. PRESENTATION DES MINISTERES DE TUTELLE DE L'EDUCATION.....	22
3.3.1. Le MEBA	22
3.3.2. Le MESSRS	25
4. SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DU SIDA ET PLANIFICATION DE LA LUTTE CONTRE LA PANDEMIE AU BURKINA FASO.....	28
4.1. <i>SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE</i>	28
4.2. LE CADRE INSTITUTIONNEL DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA AU BURKINA.....	28
4.2.1. La lutte contre le SIDA au niveau national	29
4.2.3 La lutte contre le SIDA au niveau des deux ministères	33
5. PRESENTATION DE LA PERCEPTION, DE LA MANIFESTATION ET DE L'AMPLEUR DU VIH/SIDA EN MILIEU ENSEIGNANT	37
5.1. ANALYSE DES CAP (CONNAISSANCES APTITUDES ET PRATIQUES) DES ENSEIGNANTS PAR RAPPORT AU VIH/SIDA	37
5.1.1. Niveau de connaissance des enseignants par rapport au VIH/SIDA	37
5.1.2. Les aptitudes.....	38
5.1.3. Les pratiques (comportements)	39
5.2. ANALYSE DES DETERMINANTS ENDOGENES ET EXOGENES ET DES FACTEURS DE VULNERABILITES	45
5.3. MANIFESTATION ET AMPLEUR DE LA MALADIE EN MILIEU ENSEIGNANT	50
5.3.1. Taux de séroprévalence	50
5.3.2. Répartition du nombre d'enseignants infectés par zones géographiques.....	52
5.3.3. Le nombre de décès déclarés.....	53
Nombre d'enseignants décédés entre 1999 et 2004 et cas estimatif des décès dus au sida .	53
6. IMPACT DE LA PANDEMIE SUR L'OFFRE ET LA DEMANDE D'EDUCATION...	55
6.1. IMPACT SUR L'OFFRE D'EDUCATION	55
6.1.1 La baisse de la qualité de l'enseignement	56
6.1.2. Une réorientation du budget de l'éducation	60
6.2. IMPACT DU VIH/SIDA SUR LA DEMANDE D'EDUCATION.....	62
6.2.1 Une population scolarisable en baisse.....	62
6.2.2. La réduction du taux de fécondité	65
6.2.3. La stigmatisation et la discrimination	65

7. PROPOSITIONS ET RECOMMANDATIONS.....	67
7.1. PROPOSITION D'UNE ORIENTATION STRATEGIQUE GLOBALE	67
7.2. METTRE LES CMLS DU MEBA ET DU MESSRS AU CENTRE DES ACTIONS	68
7.3. METTRE EN ŒUVRE UNE STRATEGIE DE PREVENTION QUI INDUISE UNE EXPOSITION MINIMALE DES ENSEIGNANTS AUX NOUVELLES INFECTIONS.	74
7.3.1. Les principes de base de l'approche que nous proposons	74
7.3.2. Quel outil de communication choisir pour promouvoir la prévention du VIH au niveau des enseignants	75
7.3.3. Pourquoi l'approche Life skills ou compétences de vie courante comme instrument pour planifier la prévention du SIDA en milieu enseignant ?.....	76
7.3.4. Les avantages pratiques des life skills pour les enseignants	77
7.4. L'ENSEIGNANT COMME POINT DE DEPART POUR LA LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION	78
7.5 AMELIORER LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES INFECTEES ET AFFECTEES	78
7.6 UTILISER L'ECOLE COMME CADRE POUR RENFORCER LA QUALITE DU SOUTIEN PSYCHOSOCIAL.....	80
7.8. IMPERIEUSE NECESSITE DE SYNERGIE DES DIFFERENTS ACTEURS DANS L'ACTION	81
7.9. RENFORCER LE PLAIDOYER.....	82
7.10. LA CAPITALISATION DES ACQUIS DANS UNE DYNAMIQUE DE SUIVI- EVALUATION	83

LISTE DES ABREVIATIONS

ARV : Anti-Rétroviraux
APE : Association des Parents d'Elèves
ADIP /Solidarité : Association pour le Développement des Initiatives en Santé / Solidarité
CCC : Communication pour le Changement de Comportement
CDLS : Comité Départemental de Lutte contre le SIDA
CEB : Circonscription d'Education de Base
CEBNF : Centre d'Education de Base non Formelle
CERFODES : Centre d'Etude, de Recherche et de Formation pour le Développement Economique et Social
CICDoc : Centre d'Information, de Conseil et de Documentation sur le VIH/Sida et la Tuberculose
CISMA : Conférence Internationale sur le Sida et les Maladies sexuellement transmissibles
CMLS : Comité Ministériel de Lutte contre le Sida
CNLS : Conseil National de Lutte contre le Sida
CPLS : Comité Provincial de Lutte contre le SIDA
CPF : Code des Personnes et de la Famille
CVLS : Comité Villageois de Lutte contre le SIDA
DEP : Direction/Directeur des Etudes et de la Planification
DPEBA : Direction/Directeur Provincial de l'Enseignement de Base
DREBA : Direction/Directeur Régional(e) de l'Enseignement de Base
DR/MESSRS : Direction/Directeur Régional(e) du Ministère des Enseignements Secondaire, Supérieur et de la Recherche Scientifique
DRH : Direction/Directeur des Ressources Humaines
EDS : Enquête Démographique et de Santé
EMP : Education en Matière de Population
ENEP : Ecole Nationale des Enseignants du Primaire
FDC : Fondation pour le Développement Communautaire
GAP : Groupe d'Animation Pédagogique
GTZ : Coopération Technique Allemande
IDH : Indice de Développement Humain
IEC : Information Education Communication
INSD : Institut National de la Statistique et de la Démographie
IPC : Initiative Privée Communautaire
IRD : Institut de Recherche pour le Développement
IST : Infection Sexuellement Transmissible
MASSN : Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale
MEBA : Ministère de l'Enseignement de Base et de l'Alphabétisation
MESSRS : Ministère des Enseignements Secondaire, Supérieur et de la Recherche Scientifique
MS : Ministère de la Santé
MST : Maladie Sexuellement Transmissible
OBC : Organisation à Base Communautaire
OCADES : Organisation Catholique pour le Développement et la Solidarité
OEV : Orphelin et enfant vulnérable
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA : Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PAMAC : Programme d'Appui Conjoint aux Associations et au Monde Communautaire

PAPMLS : Projet d'Appui au Programme Multisectoriel de Lutte contre le Sida
PDDEB : Plan Décennal de Développement de l'Education de Base
PIB : Produit Intérieur Brut
PNB : Produit National Brut
PNUD : Programme des Nations Unies pour le développement
PPIE : Programme Pilote Intégré Education
PPTE : Pays Pauvres Très Endettés
PVVIH : Personne Vivant avec le VIH
RAJS/BF : Réseau Africain des Jeunes contre le SIDA
SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SNEA-B : Syndicat National des Enseignants Africains du Burkina
SNESS : Syndicat National des Enseignants du Secondaire et du Supérieur
SP/CNLS-IST : Secrétariat permanent du Conseil National de Lutte contre le Sida
TBS : Taux Brut de Scolarisation
TDR : Termes De Référence
UNESCO : Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH/SIDA : Virus de l'Immunodéficience Humaine/Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise

Introduction

Tous les acteurs du développement reconnaissent que le secteur de l'éducation fait partie des secteurs les plus touchés par la pandémie du SIDA ; ils reconnaissent aussi qu'en raison du rôle stratégique que joue l'éducation dans la dynamique du développement d'un pays, des actions spécifiques doivent être développées pour apporter des formes de réponses qui puissent freiner son impact sur les communautés éducatives. C'est fort de cela que le SNEA-B et le SNESS, dans le cadre de leur projet commun, Education Pour Tous (EPT) et lutte contre le SIDA et les IST à l'école ont diligenté cette étude qui se fixe pour principaux objectifs de :

- faire la situation de la séroprévalence chez les enseignants ;
- évaluer à l'échelle du pays, la manifestation de la pandémie en milieu enseignant ;
- apprécier l'impact du VIH/SIDA sur l'offre et la demande d'éducation ;
- proposer des stratégies et des actions concrètes pour permettre aux deux syndicats de planifier des interventions pertinentes.

Sur cette base, nous avons conçu une méthodologie, planifié des activités et mobilisé des consultants compétents pour mener les investigations sur la base d'un échantillonnage représentatif.

L'étude était placée sous la responsabilité de Monsieur KAMBOU Ollo Emile, chef du département en charge des ministères au niveau du SP/CNLS et Jérémie BAMBARA, directeur du Cabinet Océane Consult International comme responsable de la collecte. Elle a bénéficié de l'accompagnement méthodologique de Monsieur YARO Yacouba, directeur du cabinet CERFODES qui déjà conduit une étude similaire. Les consultants principaux étaient soutenus par des enquêteurs qui ont participé à la collecte de données sur le terrain.

Nous allons dans ce rapport, présenter dans un premier temps, la démarche que nous avons utilisée pour la collecte, le traitement et l'analyse des données. Dans un second temps, nous allons restituer les principaux résultats et enfin en troisième étape formuler des propositions et des recommandations qui pourront orienter les responsables des deux syndicats dans la définition de stratégies et d'actions entrant dans le cadre de la lutte contre le SIDA en milieu enseignant.

PREMIERE PARTIE : GENERALITES

1. Rappel du contexte de l'étude

Le Burkina Faso est l'un des pays les plus touchés par l'infection à VIH en Afrique de l'Ouest. Pour apprécier la manifestation de la pandémie sur l'ensemble du pays, les chiffres suivants donnent une idée de l'ampleur et de l'évolution très rapide du VIH/SIDA depuis son apparition. De 10 cas en 1986, le nombre de personnes infectées est passé à 21 589 en 2003 (rapport CNLS-IST 2004). Chaque jour, environ 94 Burkinabé s'infectent par le SIDA et des centaines de personnes affectées dont des OEV, subissent directement ou indirectement, les conséquences de la pandémie. Ces chiffres sont sous-estimés de l'avis des autorités sanitaires, en raison du faible taux de fréquentation des structures de santé par les populations doublés du fait que seulement un cas de SIDA sur 10 est notifié. Le nombre de personnes séropositives a été évalué en fin 2003 à 300 000 dont environ 150 000 femmes (rapport CNLS-IST 2004). Le nombre d'orphelins a été estimé à 260 000 enfants de moins de 15 ans au Burkina faso selon l'ONUSIDA en 2003. L'ONUSIDA a estimé en 2003, le nombre de décès à 29 000 personnes (enfants et adultes). Quant au taux global de séroprévalence pour la population adulte, il est de 2,7% en fin 2003 (rapport CNLS-IST 2004) sur les données des sites sentinelles et de 2,3% en 2006. Le nombre de personnes vivant avec le VIH a été estimé en fin 2006 à environ 150 000 et ceux qui bénéficient d'une prise en charge avec des ARV, à environ 12 000.

Aujourd'hui tous les spécialistes s'accordent à dire que le VIH /SIDA se féminise de plus en plus ; en effet avec une répartition de 50% des personnes infectées pour les deux sexes depuis l'apparition de la pandémie, on constate que ce sont les populations féminines qui sont les plus touchées avec plus de 59% des cas enregistrés .

Le secteur de l'éducation selon une étude de l'OMS est considéré comme étant à haut risque de vulnérabilité. Cette pandémie a un impact négatif sur l'organisation, le fonctionnement et la performance du système éducatif et constitue une grave menace pour la réalisation des objectifs de "l'Education Pour Tous" qui prévoit à une étape intermédiaire en 2015, scolariser 70% des enfants en âge d'aller à l'école. Selon les résultats de l'étude VIRUS en 2003, le taux de séroprévalence dans le milieu enseignant est de 2,7%. Les capacités du système éducatif sont éprouvées par le nombre croissant d'enseignants qui décèdent du VIH/SIDA, influençant ainsi négativement l'offre et la demande d'éducation.

Le VIH/SIDA se manifeste de façon spécifique dans la communauté éducative et par conséquent la recherche de solution pour combattre ce mal dans cet environnement doit être traitée de la même façon.

Le Ministère de l'Enseignement de Base et de l'Alphabétisation et celui des Enseignements Secondaires, Supérieurs et de la Recherche Scientifique, chargés du système éducatif ont mis en place des mesures éducatives et des activités pour lutter contre le VIH/SIDA et les IST dans le secteur de l'éducation. La mesure la plus importante en matière de lutte contre le VIH/SIDA au Burkina Faso, est la création dans chaque département ministériel, d'un point focal composé de 6 membres ou comité de pilotage . Ces comités de pilotage ont travaillé depuis leur création en 1999 avec le SP/CNLS et l'ONUSIDA, à la préparation et à la réalisation d'une étude sur l'analyse de la situation et de la réponse au VIH/SIDA et aux IST dans le secteur de l'éducation et à l'élaboration d'un plan d'action. Les organisations syndicales n'ont malheureusement pas été représentées au sein de ces comités.

En dehors de ce constat le SNESS et le SNEA-B qui sont des organisations syndicales du secteur de l'éducation s'impliquent activement dans les activités de lutte contre le SIDA à travers plusieurs activités dont le plus important est le projet Education Pour Tous et lutte contre le VIH/SIDA/IST. A ce titre un programme pluriannuel a été élaboré, dans lequel les activités de lutte contre le SIDA et les IST tiennent une place importante. Sur la liste des activités de ce programme, des actions d'analyse de situation, de formation, de communication, de recherche, de plaidoyer et de suivi-évaluation ont été planifiées.

La préoccupation actuelle des deux syndicats, c'est de disposer de données actualisées et fiables qui puissent permettre de planifier de façon efficace, les activités de lutte contre le SIDA dans la communauté éducative. C'est ce mobile qui a amené le SNESS et le SNEA-B à diligenter cette étude dont les conclusions vont permettre de disposer d'une base de données fiable sur l'ampleur de la pandémie, et surtout son impact sur l'offre et la demande d'éducation, toute chose qui constituera un référentiel pour organiser la lutte.

C'est dans ce contexte global que se situe la présente étude dont les grandes conclusions sont consignées dans ce présent rapport.

2. PRESENTATION DE LA METHODOLOGIE UTILISEE

Pour répondre aux préoccupations formulées dans les termes de référence, nous avons utilisé une méthodologie qui, dans une approche participative, a associé au niveau du processus de collecte et d'analyse, les cibles directes et indirectes de l'étude.

Nous sommes partis du principe que les conclusions d'une telle étude ne peuvent être fiables et pertinentes que si les investigations couvrent tout le territoire. Et pourtant, certains facteurs limitants comme la modicité des ressources (humaines et matérielles), le temps assez limité qui est donné aux consultants pour exécuter le travail (seulement 2 mois), nous avons opté pour la formule d'un échantillonnage représentatif et objectivement réalisable.

Le principe de base de l'investigation et de l'échantillonnage: les enseignants, loin devant les agents des services de santé, sont les salariés les plus nombreux de la fonction publique et du privé (ils représentent à eux seuls 2/3, des salariés du public). Leur nombre traduit également leur présence dans toutes les localités du pays. Tout comme les autres corps, ils connaissent le phénomène de mobilité, parce que périodiquement soumis à des mutations.

Dans la définition de la vulnérabilité d'une cible, l'ONUSIDA dit qu'elle est certes liée aux CAP (Connaissances Aptitudes et Pratiques) des populations, mais surtout à l'influence de l'environnement dans laquelle cette cible fait son immersion. A ce titre, nous avons formulé pour hypothèse, qu'un enseignant qui travaille dans une zone où le taux de séroprévalence est bas, sera moins exposé à l'infection. Par contre il sera plus exposé dans les zones où les sites et les événements à risque prolifèrent, où les opportunités de négocier des rapports sexuels sont facilement offertes et où les pesanteurs sociologiques et culturelles font que le sexe n'est pas un tabou.

En dehors du facteur géographique, notre échantillonnage a intégré également d'autres variables, comme :

- **le genre** : les investigations ont accordé une attention à la manifestation de la pandémie tant chez les hommes que les femmes enseignants.
- **la spécification de la séroprévalence entre enseignants du MESSRS et ceux du MEBA**, et ce dans la perspective de voir s'il le taux est variable au niveau des deux corps d'enseignement.

2.1. LA COLLECTE DES DONNEES

2.1.1. La recherche et l'exploitation documentaire sur le VIH/SIDA

La recherche et l'exploitation des données sur le VIH/SIDA et surtout, celles en rapport avec les préoccupations spécifiques soulevées dans les TDR, ont constitué le point de départ de notre étude dans sa démarche méthodologique. Nous sommes partis du principe qu'un certain nombre d'investigations en rapport avec notre thème a déjà été diligenté, et les consulter constituerait un atout pour nous. Ainsi, nous avons construit une base de données à partir de l'exploitation des informations et des données déjà capitalisées par des structures fiables qui oeuvrent dans le domaine de la planification d'intervention de lutte contre le SIDA dans ses aspects prévention et réduction de son impact depuis plusieurs années.

2.1.2. les entretiens avec les structures et personnes ressources

a) Les cibles de la collecte

Pour donner une efficacité à notre méthode de collecte, nous avons fait le ciblage d'un certain nombre de structures et de personnes ressources qui pouvaient mettre à notre disposition, des informations utiles.

✓ Les structures ressources

L'annuaire des intervenants dans le domaine de la lutte contre le SIDA au Burkina dit qu'il existe actuellement plus 200 structures, qui du monde communautaire, qui des structures étatiques ou des institutions internationales à mener le combat contre la pandémie dans notre pays. Dans le cadre de notre étude, nous avons identifié un certain nombre d'entre elles parce qu'elles sont des références au niveau national ou parce que leur champ d'action est un centre d'intérêt pour notre thème. Sur la base de ce principe, les structures auprès de qui nous avons mené des investigations sont :

- le PAMAC qui est une structure de référence sous la tutelle du SP/CNLS, qui appuie sur le plan organisationnel, opérationnel, financier et institutionnel, les partenaires du monde communautaire qui œuvrent dans la lutte contre le SIDA. Le PAMAC, avec l'appui de certains de ses partenaires, soutient sur l'étendue du pays, des initiatives de promotion du dépistage, à travers l'organisation de campagnes de dépistage surtout au profit des jeunes, la construction de centres de dépistage et leur approvisionnement en réactifs, etc. La spécificité du PAMAC dans la prévention de la maladie, c'est qu'il organise chaque année et ce, depuis 2002, des campagnes de dépistage dans les établissements secondaires et universitaires du pays et qui touchent aussi bien les élèves que les enseignants. En dehors du guide d'entretien que nous avons administré

à la personne ressource avec qui nous avons eu l'entretien, la structure a mis à notre disposition des statistiques, des rapports d'activités et des études qui ont été utiles à la construction de notre base de données.

- Le CIC Doc (Centre d'Information, de Conseil et de Documentation sur le SIDA) qui est une structure de référence au niveau national, dispose également d'une base de données importante sur la situation épidémiologique du SIDA, capitalisée sur la base d'études et d'un important centre de documentation. L'exploitation de cette importante base de données a été très bénéfique à notre étude.
- Les CMLS du MEBA et du MESSRS : en tant qu'organes centraux de coordination de la lutte contre le SIDA et les IST au niveau des deux ministères, les CMLS du MEBA et du MESSRS sont les structures que nous avons rencontrées les premiers dans le processus de collecte. Les entretiens se sont principalement déroulés avec les coordinateurs des 2 structures, en l'occurrence Monsieur BOLOGO et Madame BANDRE. L'intérêt qu'ils ont réservé au thème de l'étude les a amené à nous orienter vers des pistes que nous n'avions pas intégrées et surtout, à nous mettre en contact avec des enseignants PVVIH. En outre, ils ont mis à notre disposition, des documents de diverses natures dont des analyses de situation et des études.
- Le Centre MURAZ à Bobo-Dioulasso qui est un centre d'excellence en matière de recherche et de surveillance épidémiologique ; il est le centre de référence qui fournit chaque année, des informations sur la séroprévalence sur l'ensemble du pays et, de façon spécifique par rapport à chaque groupe cible. Nous avons eu une séance de travail avec le responsable épidémiologie de SHADEI (Sciences Humaines Appliquées au Développement Economique et Institutionnel) qui est une cellule spécialisée du centre Muraz qui nous a formulé des recommandations sur le plan méthodologique et mis à notre disposition, des informations sur le thème. En plus de cela, le coordonnateur de l'étude a pu obtenir avec le directeur du centre Docteur MEDA, une copie de l'étude VIRUS (VIH et IST en milieu Rural Urbain et Sectoriel) .
- Les CISSE (Centre d'Information en Santé et sur la Surveillance Epidémiologique) et les sites sentinelles qui sont des grands centres stratégiques au Burkina sur le plan

capitalisation de l'information épidémiologique et qui collectent régulièrement des données anonymes sur des cibles jugées à risque (femmes enceintes, hommes de tenue, orpailleurs, élèves, enseignants, routiers, professionnelles du sexe, etc.). Pour l'ensemble du pays, il existe une dizaine de CISSE, mais pour des raisons objectives, nous n'avons pu nous entretenir qu'avec quelques-uns d'entre eux (Ouagadougou, Bobo-Dioulasso, Dori, Koudougou, Tenkodogo, Fada)

- Les Centres de Dépistage Volontaire et Confidentiel (CDVC) : dans toutes les localités où nous avons mené les investigations, nous avons profité de l'occasion pour capitaliser des informations au niveau des CDVC quand ils existent. Même s'il n'a pas toujours été évident de capitaliser des informations en rapport avec la séroprévalence propre aux enseignants, nous avons pu apprécier à tous les niveaux l'ampleur de l'épidémie et souvent, par tranche d'âge, sexe, groupes socioprofessionnels, etc.
- Les DEP et les DRH du MEBA et du MESSRS : au niveau de ces deux structures, nous avons collecté des informations en rapport avec les statistiques scolaires et plus précisément la répartition des enseignants en nombre et par entité administrative, le nombre de décès d'enseignants, etc.
- Les centres de documentation du PNUD et de l'ONUSIDA : ces deux structures du système des Nations Unies, sont celles qui ont diligenté de nombreuses études sur la manifestation et l'ampleur de l'épidémie dans le monde et particulièrement au Burkina. L'exploitation de leur centre de documentation riche en ouvrages sur le SIDA en milieu enseignant nous a permis de collecter des informations spécifiques.
- Les Associations de Parents d'Elèves (APE) au niveau des écoles de certaines localités du Burkina concernées par notre ciblage.

✓ **Les personnes ressources**

- Les enseignants PVVIH : ces rencontres ont été rendues possibles grâce à l'intervention des deux coordonnateurs des CMLS du MEBA et du MESSRS, qui ont pu dans le respect des principes de l'anonymat, obtenir les rendez-vous pour nous. Ainsi, nous avons pu nous entretenir avec un PVVIH du MEBA et un autre du MESSRS et capitaliser des informations qui nous ont permis de valider les

orientations que nous avons données à notre proposition en rapport avec la stratégie de prévention.

- Enseignants du primaire et du secondaire : pour administrer un questionnaire et capitaliser leurs points de vue sur l'ampleur de l'épidémie dans leur environnement. Nous avons profité de l'occasion pour évaluer leur appréciation de l'approche de prévention que nous recommandons.
- Des élèves : mener des investigations d'une telle nature sans intégrer le point de vue des élèves qui sont parties prenantes du système éducatif, pourrait enlever à notre étude, un certain crédit. C'est dans cette logique que nous avons administré un guide d'entretien à des élèves pris individuellement dans différentes localités du pays.
- Des parents d'élèves
- Des responsables des CEB qui sont théoriquement les relais des CMLS du MEBA au niveau décentralisé.
- Des DR de l'enseignement secondaire qui sont également des relais des CMLS du MESSRS au niveau régional
- Des directeurs des établissements secondaires et des écoles primaires dans différentes localités du pays.
- Des représentants du personnel administratif au niveau des deux ministères et dans les établissements.

b) Les sites de collecte

Au Burkina Faso, les différentes études et conclusions des centres de surveillance épidémiologiques renseignent que le taux de séroprévalence qui est actuellement de 2,3 % cache d'énormes disparités entre zones urbaines et zones rurales, entre zones géographiques (les localités du Sud-Ouest sont plus infectées par exemple, que celles du plateau central et du Centre Nord), entre zones frontalières et l'intérieur du pays, etc.

Le corps des enseignants est celui qui est présent dans toutes les contrées du pays depuis les centres urbains jusqu'aux plus petits hameaux de culture. Ainsi donc, à défaut de pouvoir mener nos investigations dans toutes les localités où il y a des enseignants (ce qui reviendrait à parcourir environ 8000 villages et villes), nous avons choisi plusieurs sites dont la représentativité nous a permis de parvenir à des conclusions que nous pensons fiables.

Pour toutes ces raisons, nous avons mené nos investigations au niveau de différentes entités géographiques qui montrent les différents faciès de la manifestation du SIDA dans le pays. Il s'est agi :

- des zones où le taux de séroprévalence est élevé et plus précisément, les régions des Hauts Bassins, du Centre-Est, du Centre et le Nord, respectivement dans les localités de Bobo-Dioulasso, Tenkodogo, Ouagadougou et Dori.
- Des régions les moins infectées particulièrement dans la région de l'Est et plus précisément, à Fada.
- Des zones urbaines à travers les villes de Ouagadougou, Bobo-Dioulasso, Koudougou et Dori qui demeurent des zones à fort taux de séroprévalence.
- Des villages et départements en zones rurales qui, dans leur grande majorité, sont des zones à faible taux de séroprévalence.
- Des régions frontalières, plus précisément le poste frontalier de la localité de Bittou, qui sont réputées très fortement infectées
- Des sites à risque, notamment la localité de Essakane dans la province du Séno comportant des sites aurifères et qui est classée zone à fort potentiel de risque d'infection et celle de Soumagou dans la province du Boulgou où existent des marchés de nuit.

c) Notre projet d'organiser des tests de dépistage avec les enseignants au niveau de certains sites de référence

Dans notre offre technique, nous avons prévu - dans la perspective d'éviter que les conclusions de notre étude ne reposent essentiellement sur l'exploitation de données statistiques collectées auprès des sources que nous avons mentionnées plus haut - de croiser les informations collectées avec les résultats des tests de dépistage que des enseignants au niveau de certains sites auraient accepté faire de façon volontaire et anonyme.

Dans la réalité, cela n'a pas été possible pour plusieurs raisons :

- la première, c'est que les coordonnateurs des CMLS nous l'ont déconseillé, parce qu'à leur niveau, des tentatives ont déjà été essayées à plusieurs niveaux sans succès, parce que les candidats classiques au dépistage ne se recrutent pas au sein des enseignants .
- La seconde raison découle du fait que selon les centres de dépistage avec lesquels nous avons eu des entretiens, cet exercice n'est pas réalisable parce que difficile à organiser, très coûteux et les délais de son exécution extrêmement longs.

Fort de cela, nous nous sommes seulement limités à exploiter les données existantes en prenant le soin de multiplier les sources d'information.

d) Les outils de la collecte

En dehors de la recherche et de l'exploitation des données documentaires, une grande partie de notre investigation s'est effectuée à travers la collecte de données primaires et secondaires auprès des différentes cibles spécifiées plus haut. La plupart des entretiens que nous avons eus avec les différentes cibles se sont effectués à partir d'un guide d'entretien, précisément des Interviews Semi-Structurées (ISS) pour les interviews individuels, un Check List ou des focus group qui ont été administrés à des groupes. Ces différentes cibles ont été identifiées et sélectionnées dans la logique de préserver la représentativité de l'échantillon. Si ces entretiens pour l'essentiel, ont été formelles, une certaine catégorie de cible a été approchée de façon informelle pour préserver le principe de l'anonymat mentionné plus haut.

Les entretiens qui ont été faites avec une grille ouverte de questions, ont eu un triple effet : recueillir des informations pour comprendre une situation, étudier des cas sortant de la moyenne mais pouvant donner des idées sur le « champ du possible » et décortiquer des problèmes pour faciliter la formulation de certaines hypothèses de solutions. Ces entretiens nous ont permis de faire le point de la manifestation de la pandémie en milieu enseignant et spécifiquement dans chaque zone.

2.2. LE TRAITEMENT DES DONNEES COLLECTEES.

Au regard de la quantité des données que nous avons collectées dans le cadre de la mission (nous avons administré des questionnaires à environ 110 cibles toutes catégories confondues) et vu la nature des informations (avec une forte composante de statistiques), il était impossible de procéder à leur traitement manuel. Nous avons, pour ce faire utilisé un logiciel de base de données, notamment SPSS qui non seulement nous a permis de faire, un traitement fiable, mais surtout de croiser les informations dont les sources étaient variées comme nous l'aurons constaté plus haut.

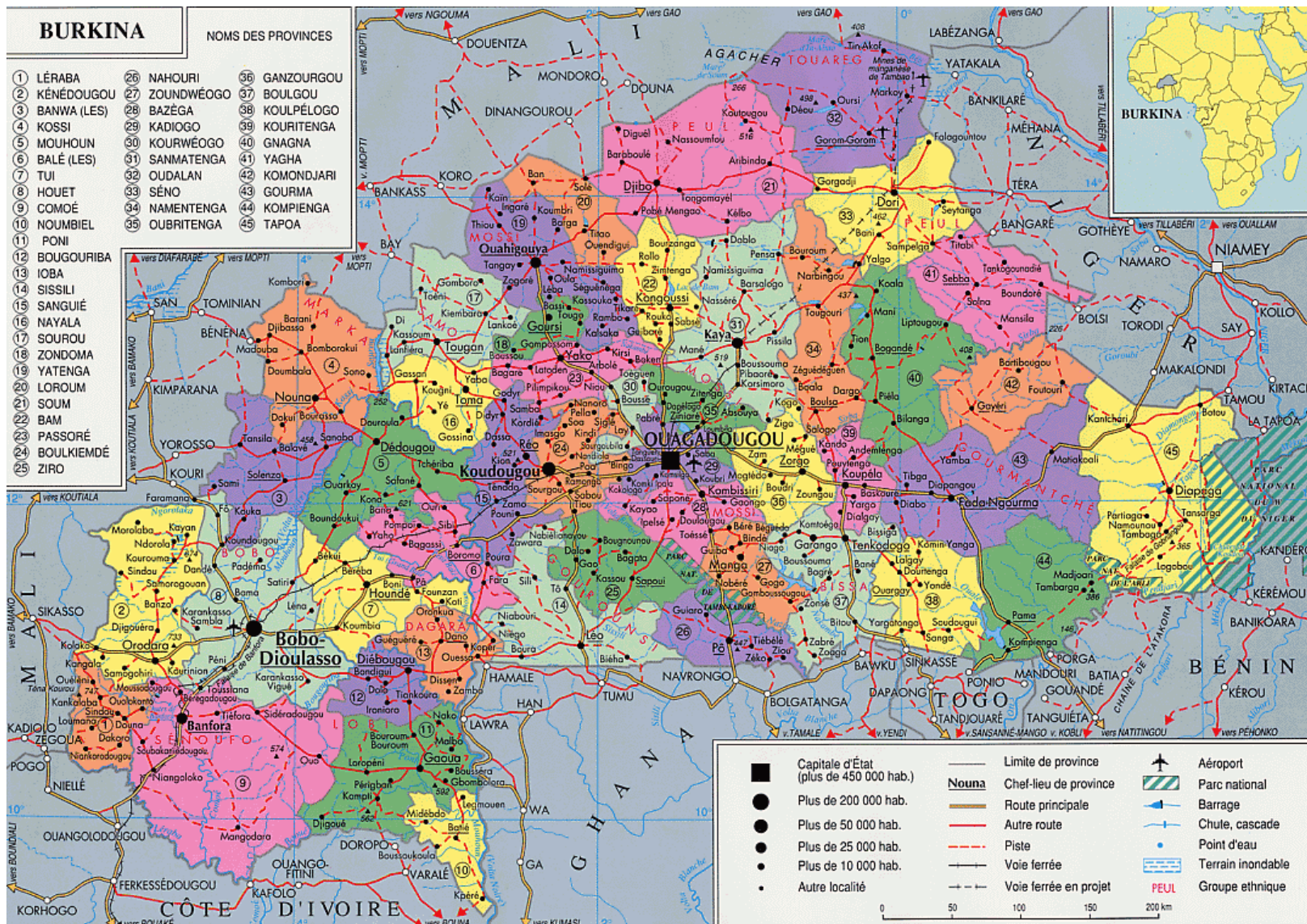
2.2. DOCUMENTATION DE L'ETUDE

La documentation de l'ensemble du processus de collecte et d'analyse des données a permis de produire le présent rapport.

DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION DES RESULTATS

3. GENERALITES

3.1. INFORMATIONS GENERALES SUR LE BURKINA



Haute Volta à l'indépendance depuis 1960, le pays a pris le nom de Burkina Faso en Août 1983 avec l'avènement de la révolution. Ancienne colonie française, le Burkina est situé au cœur de l'Afrique Occidentale. Il couvre une superficie de 274 000 Km² et est limité au Nord et à l'Ouest par le Mali, à l'Est par le Niger, au Sud par la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Bénin et le Togo. Il constitue un important point de transit routier pour tous ces pays surtout ceux du Sahel qui passent par là pour avoir accès au littoral maritime.

La population burkinabé est essentiellement agricole avec plus de 87% de personnes qui vivent en milieu rural. La densité de la population est de 38 habitants au km². Le pays est divisé en 13 régions, 45 provinces, 375 départements qui sont érigés en communes rurales depuis fin 2006, 49 communes urbaines et environ 8000 villages. Le Burkina, c'est aussi une diversité culturelle et ethnique, avec des populations qui vivent en harmonie dans des espaces géographiques qui garantissent l'unité nationale.

La population du Burkina Faso était de 10 941 754 habitants selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 1996. Avec un taux d'accroissement général de 2,38% par an, la population burkinabé est passée à 11,6 millions en 2001, elle serait de 13,4 millions (décembre 2004) et doublera d'ici à 30 ans, selon les estimations démographiques des pays et régions du monde (Population Référence Bureau, 2003).

Les enfants de 0-18 ans et les femmes constituent les couches les plus importantes démographiquement. Selon les données de l'INSD (2003), les femmes représentent près de 52% de la population et la tranche des moins de 15 ans environ 49%.

La population du Burkina Faso est caractérisée par une soixantaine de groupes ethnolinguistiques. Les principales langues parlées sont le mooré, le dioula et le fulfuldé. La langue officielle est le français. Les populations se reconnaissent dans les religions suivantes: islam (52%) ; christianisme (24,3%) et animisme (23,3%).

L'économie nationale est essentiellement basée sur le secteur primaire, l'agriculture et l'élevage représentant 35 à 40% du PIB. Le secteur secondaire représente quant à lui, 20 à 22% du PIB. Quant au secteur tertiaire, il est en nette évolution depuis 1995 avec un taux de croissance de 7,6% entre 1995 et 1998. Le secteur informel joue un rôle de plus en plus prépondérant et visible dans les secteurs primaire, secondaire et tertiaire ; sa contribution au PIB est estimée à 33%.

On estime que 46,4% de la population vit en-dessous du seuil de la pauvreté, évalué en 2003,

à 82 672 F CFA par an et par adulte (moins d'un dollar US par jour). Un des indicateurs consolidés est l'Indice de Développement Humain (IDH), dont la valeur depuis 25 ans, est demeurée très en deçà du niveau moyen de l'ensemble des pays les moins avancés.

La population sexuellement active (qui est le groupe cible le plus touché par le VIH/SIDA) représente environ 45% de la population, avec une importante proportion de jeunes, dont frange vivant en majorité en milieu rural.

3.2. PRESENTATION DU SYSTEME EDUCATIF BURKINABE

Le système éducatif burkinabé a longtemps évolué tant son organisation et son fonctionnement ont été marqués par les différents gouvernements qui se sont succédé dans le pays. En dépit de cette réalité, il importe de mentionner que le secteur de l'éducation a toujours constitué une des priorités dans la définition des stratégies du développement du pays.

Le système éducatif du pays est constitué des enseignements de base, secondaire et supérieur avec la spécification que l'enseignement de base comprend le formel et le non formel. L'enseignement secondaire, quant à lui, est composé d'un enseignement général et d'un enseignement technique. L'ensemble du système éducatif est géré par trois Ministères que sont le Ministère de l'Enseignement de Base et de l'Alphabétisation (MEBA), le Ministère des Enseignements Secondaire, Supérieur et de la Recherche Scientifique (MESSRS) et le Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale (MASSN) pour le préscolaire. Dans le cadre de notre étude, nous allons nous intéresser spécifiquement aux deux premiers ministères.

D'une façon générale, le Taux Brut de Scolarisation (TBS) est estimé à 52,2% pour l'enseignement de base (DEP/MEBA, 2004) et à 13,02% pour le secondaire (DEP/ MESSRS, 2003). Il existe une grande disparité de taux de scolarisation en fonction des régions, du revenu familial et du genre (46,6% pour les filles et 53,4% pour les garçons). En milieu urbain, où ne vit que 20% de la population, 96% de garçons et 89% de filles vont à l'école, contre respectivement 33% et 21% en milieu rural.

Par ailleurs, on enregistre des disparités entre zones géographiques pour ce qui est du taux de scolarisation. Pour l'enseignement primaire, ce taux varie considérablement entre les 45 provinces du pays, avec le plus faible taux de 15% dans la Komondjari et la Gnagna (zones à

prédominance rurale) et le taux le plus élevé de 92% dans le Kadiogo (fortement urbanisé, province où se trouve Ouagadougou, la capitale politique).

Les principales causes de cette situation peu reluisante sont :

- **de faibles opportunités en matière d'offre** qui se justifient en grande partie par une insuffisance des écoles et/ou leur mauvaise répartition sur l'ensemble du pays. On estime que 15 % des élèves doivent marcher plus d'une heure pour atteindre l'école. De plus, 10% environ des élèves ne peuvent aller jusqu'au bout de leurs études primaires, car les écoles accessibles ne disposent pas des six cours de l'éducation de base. En second lieu, le système éducatif burkinabé est caractérisé par un manque d'enseignants, aussi bien pour l'enseignement de base que pour celui du secondaire. Pour l'enseignement de base, on estimait, jusqu'à ces deux dernières années (où de nombreux recrutements ont été faits), que le manque à gagner en enseignants était de l'ordre de 17%. Pour ce qui est du secondaire, le manque d'enseignants est estimé à 1300 et concerne principalement les matières scientifiques. Certaines pratiques dans les affectations des enseignants constituent une des causes du déséquilibre entre les zones urbaines et rurales. Très souvent, les écoles des zones urbaines fonctionnent avec des enseignants suppléants (parfois même en grand nombre) alors que dans les écoles des zones rurales, il en manque.
- **la qualité de l'enseignement qui se dégrade avec le temps** : qui se justifie essentiellement par la diminution du temps de formation des enseignants dans les Ecoles Nationales des Enseignants du Primaire (ENEP) et des problèmes rencontrés par les enseignants contractuels généralement désignés « enseignants PPTE » ; ceux-ci ont passé, dit-on, plus de temps à « poursuivre » leurs dossiers administratifs d'engagement, qu'à être en classe au cours de l'année scolaire 2003/2004. Dans la mise en oeuvre du Programme Décennal de Développement de l'Education de Base (PDDEB), diverses mesures pédagogiques et administratives pour améliorer le rendement, sont préconisées : interdiction de faire redoubler un écolier avant le cours élémentaire, obligation de faire passer 70% des enfants en classe supérieure et de réduire le redoublement à moins de 30%...
- **Les contraintes de diverses natures qui influencent la demande** : cette assertion est bien spécifiée par les résultats de l'enquête prioritaire de 1998 : 24% des personnes âgées de 7 à 24 ans ne fréquentent pas l'école en raison de son coût élevé ; 22 % n'y vont pas à cause du refus de leurs parents ; 11% ne sont pas inscrits car, à leurs yeux, l'école est complètement inutile. Les cotisations des parents d'élèves sont instituées comme une

forme de soutien des ménages et des communautés à la prise en charge du fonctionnement des écoles. Pourtant, elles constituent pour certains parents, des blocages à la scolarisation de leurs enfants, surtout en raison du nombre d'enfants, à qui il faut, de surcroît acheter les fournitures scolaires. Avec le PDDEB, de gros efforts sont faits par le MEBA pour envoyer dans les écoles, des fournitures scolaires.

En milieu rural, 90% des enfants vivant dans des foyers qui ne scolarisent pas leurs enfants, sont des membres actifs de la famille. Dans les familles rurales qui scolarisent seulement une partie des enfants, 54% des enfants comptabilisés dans la main-d'œuvre. En milieu urbain, le taux d'enfants qui travaillent est moins élevé. Parmi les enfants non inclus dans la main-d'œuvre, une part importante d'entre eux (surtout d'entre les filles) ne fréquente pas l'école parce qu'ils ont des activités domestiques.

▪ **Un système éducatif qui souffre de son faible développement quantitatif et qualitatif** et ce, en dépit des 1,8% du PIB que le Burkina Faso investit dans l'éducation de base, part plus importante comparée à la part moyenne (1,6%.) d'autres pays ayant moins de 1000 dollars de revenu par habitant.

L'enjeu majeur du PDDEB, tout comme celui de "l'Education Pour Tous" ou des Objectifs du Millénaire est d'offrir, d'ici à 2010, l'éducation de base formelle à 70% des enfants au Burkina Faso en âge d'aller à l'école. A ce défi de la scolarisation formelle, le PDDEB ajoute un autre challenge : à l'orée 2010, le taux d'alphabétisation actuel de 24% passera à 40% au moins.

La mise en oeuvre du PDDEB rencontre de nombreuses difficultés, à telle enseigne que le ministre de l'enseignement de base a pu dire, à un moment, que « *la machine du PDDEB est grippée* ». Difficultés liées à des aspects procéduraux de gestion et à la faible implication des acteurs de terrain, notamment les enseignants dans la mise en oeuvre de ce plan.

Le nombre des établissements d'enseignement secondaire (537) enregistré en 2002-2003 représente 2,75 fois ce qu'il était en 1991-92 où l'on comptait 195 établissements publics et privés. Malgré tout, l'offre reste très nettement insuffisante au regard de la demande. Les rapports officiels à chaque rentrée font état d'une surcharge des classes dans les établissements publics. Les normes officielles ont fixé le plafond à 70 et 60 élèves par classe respectivement pour le premier et le second cycle. Mais en réalité, compte tenu de la forte demande, les classes du premier cycle du secondaire enregistrent des effectifs de l'ordre de quatre-vingt élèves. La répartition spatiale des classes suit naturellement celle des établissements et est défavorable aux zones rurales.

L'Etat reste le principal fournisseur de l'éducation dans le secondaire puisqu'il scolarise

62,75% des effectifs. Dans l'enseignement général, il scolarise 65,87% des effectifs. Dans l'enseignement technique par contre, le secteur privé scolarise 75,07% des effectifs, essentiellement dans le secteur tertiaire, tandis que l'enseignement technique public est davantage orienté vers le secteur industriel.

3.3. PRESENTATION DES MINISTERES DE TUTELLE DE L'EDUCATION

Comme nous le mentionnions plus haut, le système éducatif est géré par trois ministères : le MEBA, le MESSRS et le MASSN.

Notre étude concernant les enseignants des deux syndicats du primaire du secondaire et du supérieur, nous allons nous intéresser uniquement aux deux premiers ministères, en raisons du cadre défini par les TDR.

3.3.1. Le MEBA

Organisation et mission

Le Ministère de l'Enseignement de Base et de l'Alphabétisation a pour mission principale, de mettre en œuvre la politique du gouvernement en matière d'éducation de base et d'alphabétisation. Son organisation, régie par le décret No 2004-093/PRES/PM/MEBA du 31 mars 2004, s'articule autour des structures suivantes :

- a) un cabinet du ministre, constitué de conseillers techniques du ministre, du secrétariat particulier du ministre, du protocole ministériel et de l'inspection technique des services.
- b) un ministre délégué s'occupant plus spécifiquement de l'alphabétisation et de l'éducation non formelle. Il bénéficie d'une structure semblable qui s'occupe et planifie ses interventions en droite lignes des orientations définies par le gouvernement en étroite collaboration avec son ministère de tutelle.
- c) un secrétariat général qui rassemble :
 - des structures centrales :
 - des structures déconcentrées chargées chacune à son niveau de superviser, de coordonner et de contrôler les activités d'éducation de base. Elles sont constituées de 13 DREBA, de 45 DPEBA et de 265 CEB
 - des structures rattachées, essentiellement constituées des 5 ENEP implantées dans les localités de Ouahigouya, Loumbila, Gaoua, Fada et Bobo-Dioulasso.
 - des structures de mission qui sont le SP/PDDEB et le CMLS

LE PERSONNEL

LE PERSONNEL ENSEIGNANT DU MEBA DE L'ANNEE SCOLAIRE 2005-2006

TYPE D'ENSEIGANT REGION	Instituteur Principal		Instituteur certifié		Instituteur adjoint certifié		Instituteur adjoint		Autres		TOTAL	
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
BOUCLE DU MOUHOUN	60	2	703	95	1337	405	3	4	12	0	2115	506
CASCADES	28	5	337	70	307	127	34	2	13	0	719	204
CENTRE	132	75	873	1188	451	540	815	335	16	1	2287	2139
CENTRE-EST	54	3	581	135	688	404	72	24	8	1	1403	567
CENTRE-NORD	33	2	395	89	701	390	20	10	165	33	1314	524
CENTRE-OUEST	77	13	1062	254	669	425	83	38	3	1	1894	731
CENTRE-SUD	39	1	579	94	395	222	29	7	28	2	1070	326
EST	18	1	185	45	725	326	235	84	21	4	1184	460
HAUTS-BASSINS	111	18	1083	450	503	436	326	55	16	3	2039	962
NORD	70	6	696	139	1062	489	12	8	138	13	1978	655
PLATEAU CENTRAL	34	6	655	131	325	285	28	14	22	6	1064	442

SAHEL	4	0	85	14	601	78	45	3	7	0	742	192
SUD-OUEST	27	0	315	41	624	147	39	4	2	0	1007	192
TOTAL ENSEIGNANTS	687	132	7549	2745	8388	4274	1741	588	451	64	18 816	7803
Personnel d'encadrement et administratif												
Inspecteurs du premier degré			287									
Conseillers pédagogiques itinérants			231									
Personnel d'administration			354									
Animateurs			9385									
Superviseurs			1877									
TOTAL GENERAL			39 449									

3.3.2. Le MESSRS

Organisation et mission

Le ministère des Enseignements Secondaires, Supérieur et de la Recherche Scientifique a pour mission, de mettre en œuvre la politique du gouvernement dans le domaine de l'enseignement secondaire, supérieur et de la recherche scientifique. Son organisation, régie par le décret No 2002-561/PRE/PM/MESSRS du 27 novembre 2002 s'articule autour des structures suivantes :

- a) un cabinet du ministre constitué de conseillers techniques du ministre, du secrétariat particulier du ministre, du protocole ministériel et de l'inspection technique des services.
- b) un ministre délégué chargé de l'enseignement technique et professionnel, bénéficiant de structures semblables.
- c) un secrétariat général qui rassemble les directions centrales, les directions déconcentrées, les structures rattachées (universités et grandes écoles, le CNRST, le centre national des oeuvres universitaires, le centre national de l'orientation scolaire, professionnelle et des bourses, le centre national des manuels scolaires et des fournitures scolaires, l'office central des examens et concours du secondaire)
- d) des structures de mission, créées pour exécuter des missions conjoncturelles ou ponctuelles

LE PERSONNEL ENSEIGNANT DU MESSRS 2005-2006

TYPE D'ENSEIGNANT REGION	> MAITRISE		MAITRISE		LICENSE		DEUG		BAC		<BAC		Autres		TOTAL	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
BOUCLE DU MOUHOUN	11	3	47	4	145	15	52	1	35	0	28	3	11	0	329	27
CASCADES	6	0	20	3	84	10	30	2	8	0	10	0	14	1	172	16
CENTRE	50	10	211	98	299	203	105	48	16	2	27	5	167	87	875	453
CENTRE-EST	6	2	57	3	119	22	58	9	9	0	22	0	0	0	271	36
CENTRE-NORD	8	2	37	6	77	20	31	4	7	1	11	2	7	1	178	36
CENTRE-OUEST	9	0	73	6	128	31	55	9	5	1	18	2	41	1	329	50
CENTRE-SUD	4	0	28	3	114	17	34	6	2	0	16	1	9	1	207	28
EST	3	1	30	1	70	11	42	1	13	0	8	0	0	0	166	14
HAUTS-BASSINS	8	1	98	18	211	38	76	13	19	2	24	2	10	6	446	80
NORD	8	0	47	8	128	19	64	10	6	0	23	1	2	0	278	38
PLATEAU CENTRAL	7	0	40	7	86	23	45	11	1	0	21	2	3	1	203	44
SAHEL	2	0	12	0	41	3	17	1	3	0	3	0	17	0	95	4
SUD-OUEST	0	0	12	0	31	1	15	0	6	0	2	0	1	0	67	1
TOTAL	126	19	725	158	1590	417	639	117	141	6	217	18	292	98	3730	833
TOTAL GENERAL	4 563															

Rapport nombre d'élèves/enseignant

Pour ne considérer que le MEBA, le nombre total d'élèves pour ce degré d'enseignement, a été évalué en 2005 à 1 270 837 . En ne tenant compte que de ces chiffres, l'offre en matière d'enseignement est d'environ 52 élèves par enseignant (la moyenne officielle est de 60 élèves/enseignant). Ce chiffre, en réalité, cache d'énormes disparités entre filles et garçons et entre zones géographiques. Dans les grands centres urbains, du fait des concentrations démographiques, le nombre d'élèves par classe atteint souvent 100. Par contre dans certaines régions du Burkina comme le Soum, l'Oudalan, la Gnagna, la Tapoa et la Kompienga –pour ne citer que celles-ci - on enregistre rarement plus de 25 enfants par classe et en majorité des garçons, du fait de la persistance des pesanteurs socioculturelles et de la pauvreté.

4. SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DU SIDA ET PLANIFICATION DE LA LUTTE CONTRE LA PANDEMIE AU BURKINA FASO

4.1. SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE

La manifestation de l'ampleur du VIH/SIDA au Burkina a connu une évolution depuis les premiers cas caractérisant l'apparition de la maladie jusqu'à nos jours. Le taux de séroprévalence qui était estimé à 7,17% en 1997 connaît une diminution sensible : en 2002, il était estimé à 6,5%, puis à 4,3% en 2003, et 2,7% en 2004. Ces estimations qui émanent des sites sentinelles (qui sont des unités médicosociales de surveillance de l'évolution de la maladie), sont faites sur la base d'un échantillon de personnes testées surtout constitué de femmes enceintes âgées de 15 à 49 ans et d'autres cibles jugées à risque. Ce taux a même été revu à la baisse par l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) en 2003. Cette enquête estimait le taux de séroprévalence à 1,8% pour l'ensemble de la population, mais pour les centres urbains, les taux étaient supérieurs à 4% pour Bobo-Dioulasso et Ouagadougou. Cet indicateur de l'EDS est, cependant, discuté par de nombreux intervenants dans la lutte contre le Sida qui émettent souvent des doutes sur sa traduction exacte de la réalité nationale.

En tout état de cause, que ce soit les indicateurs des sites sentinelles ou ceux issus de l'EDS 2003, ils appellent à une interprétation prudente. En effet, même si la séroprévalence est en baisse au Burkina Faso, cela ne signifie pas automatiquement que le nombre de personnes infectées par le VIH/Sida est en diminution.

Selon les spécialistes, l'interprétation de ces taux actuels indique que les nouvelles infections dues au VIH/Sida sont en constante chute au sein de la population globale (cf. EDS) comme dans la population sexuellement active (cf. les données épidémiologiques des sites sentinelles). Il est donc important de distinguer d'une part, l'effet déjà induit par cette épidémie avec son lot de personnes déjà infectées, avec d'autre part, une apparition en baisse des nouveaux cas. Les personnes que nous avons rencontrées ne se sont pas prononcées sur les causes éventuelles de cette baisse de nouveaux cas.

4.2. LE CADRE INSTITUTIONNEL DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA AU BURKINA

Le gouvernement du Burkina faso a mis en place et ce, depuis l'apparition des premiers cas du SIDA en 1986, un cadre institutionnel au niveau central qui définit les politiques et stratégies de lutte contre le SIDA dans le pays. Aucune intervention en matière de lutte contre le VIH/SIDA ne peut être planifiée si elle n'est pas en phase avec les orientations du gouvernement qui sont consignées dans le Cadre Stratégique de Lutte contre le VIH/SIDA et les IST. C'est pour cette raison que dans le cadre de notre étude, nous allons partir du cadre

officiel de référence de la lutte contre le SIDA dans le pays avant de nous intéresser à ce qui est planifié au niveau des ministères de tutelle des enseignement primaire, secondaires et supérieur et au niveau décentralisé.

4.2.1. La lutte contre le SIDA au niveau national

Au Burkina Faso, la lutte contre le SIDA est placée sous l'autorité du Secrétariat Permanent de Conseil National de Lutte contre le SIDA et les IST (SP/CNLS) et sous la présidence effective du chef de l'Etat. Le SP/CNLS développe les politiques et stratégies de lutte contre SIDA au niveau central. En partenariat avec ses partenaires techniques et financiers, il mobilise des ressources pour accompagner l'ensemble des acteurs dans l'application/exécution de stratégies et politiques de lutte. Les stratégies et les politiques de lutte sont consignées dans un document de référence qui est le Cadre Stratégique de Lutte Contre le SIDA et les IST (CSLS), dont le dernier à être élaborée est celui couvrant la période 2006-2011. Le CSLS est articulé autour de 5 grands axes qui sont des indicateurs pour la mise en œuvre de la stratégie de lutte contre le SIDA. Les 5 axes du CSLS sont:

AXE 1 : renforcement des mesures de prévention de la transmission du VIH/SIDA et des IST, et promotion du conseil dépistage volontaire

AXE 2 : renforcement de l'accès aux soins et à la prise en charge médicale et communautaire des PVVIH

AXE 3 : renforcement de la protection et du soutien aux PVVIH et personnes affectées par le VIH/SIDA et autres groupes spécifiques

AXE 4 : renforcement du partenariat, de la coordination et de la mobilisation des ressources.

AXE 5 : renforcement de la surveillance de l'épidémie, du suivi-évaluation et de la promotion de la recherche.

Au niveau décentralisé, sont mises en place des structures-relais tant au niveau des communautés, des entités territoriales, des ministères, que des entreprises privées. Ces structures relais élaborent des plans d'action dont la mise en œuvre concourt à l'atteinte des objectifs du CSLS.

La ressources mobilisées dans le cadre de la lutte contre le SIDA et les IST proviennent à plus de 87% des partenaires bilatéraux et principalement de la Banque Mondiale sous forme de prêts ou de subventions au gouvernement. Les montant des ressources financières mobilisées pour la mise en œuvre du CSLS 2001-2004 s'élevait à environ 69 milliards de CFA, alors que

pour le CPLS 2006-2011, il faudra plus de 160 milliards, la prise en charge des malades avec des ARV occupant une place essentielle.

S'il est présomptueux de se prononcer de façon précise sur l'évolution de la pandémie dans tous ses faciès, on peut tout de même reconnaître que la tendance du VIH/SIDA est à la baisse. En effet, on est passé d'un taux de séroprévalence de 7,14% en 1992 à 2,3% en 2005, avec tout de même d'énormes disparités entre entités géographiques, genre, groupes cibles, etc.

La tendance à la baisse de la pandémie ne devrait pas aussi faire perdre de vue l'impact de la maladie qui a introduit dans la communauté, plus de 150 000 personnes infectées et des milliers de familles affectées dont des orphelins et enfants vulnérables. L'impact de la pandémie est perceptible au niveau de tous les secteurs de la société, tant et si bien que le SIDA n'est plus seulement un problème de santé publique, mais une question de développement.

La situation des PVVIH

Au Burkina le nombre de personnes vivants avec le VIH (PVVIH) a été estimé à 350 000 en 2001, et avec le taux de séroprévalence qui est tombé à 2,3%, on estime leur effectif à 150 000 personnes. Même si le nombre de nouvelles infections a théoriquement baissé, il faut tout de même reconnaître que l'espérance de vie des PVVIH s'étant améliorée en raison de l'amélioration de la qualité de la prise en charge médicale et psychosociale, cela réduit considérablement la mortalité.

En septembre 2006, 20 256 PVVIH et 10 568 OEV ont bénéficié de la prise en charge communautaire des Organisations à Base Communautaire (OBC) suivant le détail suivant :

CIBLES	EFFECTIFS
PVVIH	
Femmes adultes	13 369
Hommes adultes	5 874
Filles de moins de 14 ans	608
Garçons de moins de 14 ans	405
OEV	
Filles	5 768
Garçons	4 800

TOTAL OEV	10 568
TOTAL GENERAL	30 824
ACCES AUX ARV	
Nombre de malades ayant eu accès aux ARV	12 862

Source: Synthèse globale des données collectées par le PAMAC sur les activités des associations de lutte contre le SIDA au Burkina ; Janvier 2006

Ces chiffres montrent bien les limites de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH et des OEV, malgré le dévouement des organisations du monde communautaire inventoriées au nombre d'environ 200 sur l'ensemble du pays.

Cette lacune se traduit aussi au niveau du statut juridique des PVVIH qui ne bénéficient pas d'une protection juridique surtout au niveau de leurs lieux de travail. Nous nous penchons expressément sur la question parce qu'elle concerne directement les cibles de notre étude et que la question a été soulevée avec emphase au cours de nos investigations. A ce sujet, le chargé des questions juridiques des PVVIH au PAMAC reconnaît que le Burkina Faso « *n'a pas légiféré sur la question spécifique des travailleurs infectés par le VIH, qu'ils soient en activité ou en arrêt pour cause de Sida* ». Ce manque d'une loi spécifique pour ces personnes s'explique par la volonté des juridictions burkinabé de ne pas adopter des lois spéciales qui pourraient contribuer à marginaliser, voire à stigmatiser les PVVIH. C'est ainsi que le Burkina se sert de deux outils pour répondre aux questions juridiques auxquelles font face les PVVIH et leurs familles. Il s'agit du Code des Personnes et de la Famille (CPF) et du code du travail.

Pour toutes les questions relatives à la famille et à la personne humaine telles que le mariage d'une PVVIH, l'autorité parentale sur les enfants au cas où l'un des parents est infecté ou affecté ou encore pour la succession ou l'héritage en cas de décès, le CPF est utilisé comme l'outil juridique à partir duquel une décision est prise ou des réponses apportées aux problèmes soulevés.

Quant aux questions spécifiques au travailleur et à son environnement de travail, c'est le code du travail qui est alors utilisé pour les réponses juridiques. On peut retenir que celui-ci est une garantie en matière de protection de tout travailleur malade. Ainsi, il signale que la maladie n'est pas une cause de rupture de l'emploi, si la personne est toujours en activité. Le même code prévoit qu'en cas de maladie qui révèle l'incapacité du travailleur à servir au poste pour lequel il est recruté, l'employeur peut maintenir le travailleur malade au poste,

mais diminuer son salaire ; dans le cas contraire, l'employeur peut changer le travailleur de poste ou d'activité au sein de la structure qui l'emploie, mais en maintenant son salaire. C'est ce dernier cas de figure qui est la réalité des fonctionnaires. Dans le secteur privé, la situation est plus complexe, car il peut arriver que face aux sautes d'humeur du malade ou à des retards observés, l'employeur prétexte d'un manque de conscience professionnelle de cet employé pour se débarrasser de lui.

Dans des cas où le travailleur n'arrive plus effectivement à être présent à son poste et présente en conséquence des retards ou un absentéisme régulier, l'employeur peut, selon le Code du travail, recruter quelqu'un de façon temporaire pour un an. Toutefois, dans un tel cas précis, l'employeur devrait informer le nouveau recruté qu'il est en remplacement d'une personne malade pour une période donnée fixe; s'il advenait que le malade retrouve la santé, il occuperait alors son poste. Cette clause du code du travail burkinabé vise à sécuriser aussi bien le travailleur malade ou impotent, temporairement ou définitivement, qu'à permettre au remplaçant d'être dans une situation de prévoyance.

Le CPF et le code de travail apportent ainsi des réponses à des situations que peuvent vivre les personnes infectées ou les malades du Sida dans l'environnement du travail. Toutefois, il reste que mis à part le personnel de santé, le Sida n'est pas inscrit dans les maladies professionnelles. C'est dire qu'en cas de maladie, le travailleur est le seul responsable des frais qu'il engage pour se soigner. Par ailleurs, la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) dispose de règles qui ne permettent pas de soutenir le travailleur malade du Sida. Ce constat permet de dire que s'il existe une protection juridique du malade du Sida, en revanche, il n'existe pas encore une protection sociale, si ce n'est le soutien apporté par le Fonds de solidarité et celui émanant des associations et ONG de prise en charge des malades.

La situation des OEV

Le nombre des OEV de moins de 15 ans est estimé actuellement à 260 000 pour l'ensemble du pays. Ce chiffre pourra atteindre 450 000 enfants d'ici à 2015 (source :le SIDA et son évolution au Burkina, impact sur le développement) si les tendances de la mortalité des PVVIH se poursuivent.

Pour l'année 2006, 10 568 OEV ont bénéficié d'une prise en charge au niveau communautaire avec la décomposition suivante : 5 768 filles et 4 800 garçons.

Pour l'ensemble du système éducatif, le nombre des OEV est estimé à 2300 enfants de moins de 15 ans, avec une grande concentration dans les grandes villes, notamment Ouagadougou et Bobo-Dioulasso.

5.2.2 La lutte contre le SIDA au niveau décentralisée et sectoriel

Pour donner une réponse efficiente à la lutte contre le SIDA, le gouvernement a décidé d'élargir la lutte à toutes les composantes de la nation en se référant aux cadres géographique et administratif existants en les utilisant comme cadres de référence pour combattre la pandémie.

Ainsi donc au niveau décentralisé, des structures relais ont été mises en place pour servir de cadres de planification et de mise en œuvre de la lutte contre le SIDA au niveau local. Au niveau provincial, est mis en place le comité provincial de lutte contre le SIDA (CPLS) avec le haut-commissaire à sa tête, ce qui fait que pour l'ensemble du pays, on a 45 CPLS. Au niveau de chaque département est mis en place le comité départemental de lutte contre le SIDA dont le président est le préfet, soit un total de 375 CDLS. Enfin au niveau de chaque village, il y a les comités villageois de lutte contre le SIDA dont les délégués administratifs sont les premiers responsables ; pour l'ensemble du Burkina, on dénombre environ 8000 CVLS.

Il importe de mentionner que cette impressionnante structuration décentralisée cache un véritable dysfonctionnement du fait de l'absence de ressources pour permettre une effectivité de l'action. En effet, plusieurs CDLS nous ont confié dans le cadre de l'enquête, que depuis qu'ils ont été mis en place, ils ont reçu seulement 2 fois, 25 000F pour mener des activités de sensibilisation alors qu'ils n'ont jamais reçu une formation en rapport avec la prévention du SIDA.

En dehors de la structuration décentralisée de la lutte contre le SIDA au Burkina, il y a que le canal des départements ministériels et des entreprises est utilisé comme espace pour soutenir les initiatives dans ce sens. C'est dans ce cadre qu'est mis en place au niveau de chaque ministère un Comité Ministériel de Lutte contre le SIDA (CMLS) dont ceux du MESSRS et du MEBA sur lesquels nous allons faire un zoom particulier.

4.2.3 La lutte contre le SIDA au niveau des deux ministères

La lutte contre le VIH/SIDA est organisée au niveau des deux ministères par les Comités Ministériels de Lutte contre le SIDA (CMLS) présidés par les ministres eux-mêmes. Le CMLS est l'organe central de coordination du plan sectoriel de lutte contre le SIDA et les IST dans le ministère. Il sert de relais entre le département ministériel et le Secrétariat permanent du Conseil National de Lutte contre le SIDA et les IST sur les questions du VIH/SIDA.

Les CMLS ont été créés par décret le No 2002-002/PRE/CNLS-IST/SP du 5 juin 2002 et les actions de chacun des CMLS s'inscrivent dans le cadre de 3 des 5 axes stratégiques définis par le cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA 2001-2005 qui sont : le renforcement des mesures de prévention et de la transmission des IST et du VIH/SIDA, l'amélioration de la qualité de la prise en charge globale des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA, l'élargissement de la réponse, la promotion du partenariat national et international et la coordination multisectorielle.

Des cellules-relais de 5 membres chacune ont été créées au niveau central, régional et provincial et sont chargées de mettre en œuvre les plans d'action annuels des CMLS et de mener d'autres activités en fonction des financements locaux par elles acquises. Il importe de préciser que la création des cellules relais est automatique au MEBA pour tout département ou communauté doté d'une CEB et qu'au niveau du MESSRS, chaque établissement secondaire, les structures de recherche et les instituts supérieurs sont dotés d'une cellule relais.

Au total pour l'ensemble des 2 ministères, les activités déjà réalisées se sont focalisées sur :

- la mise en place des cellules-relais déconcentrées de lutte contre le VIH/SIDA, tant au niveau du MEBA que du MESSRS depuis 2001.

Intitulé du ministère	MEBA	MESSRS	TOTAL
Nombre total de cellules relais	750	340	1 090

- La formation du personnel de ces cellules-relais en IEC/CCC/IST/VIH/SIDA
- L'organisation de séances de causeries éducatives et de sensibilisation
- La formation des pairs éducateurs et la création de centres d'écoute
- Le dépistage volontaire du personnel enseignant, y compris des élèves et étudiants
- L'élaboration des modules et des supports de sensibilisation
- La prise en charge socioéconomique du personnel infecté et affecté
- La création d'associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA dans le secteur de l'éducation
- La formation des membres des CMLS et des cellules relais en planification et suivi-évaluation des activités.
- La production des supports IEC/CCC (cassettes vidéo, tee-shirts, etc.)

Les moyens des CMLS : *des ressources insuffisantes pour des malades et des orphelins à prendre en charge de plus en plus nombreux.*

Les CMLS du MEBA et du MESSRS disposent de ressources financières et matérielles (un véhicule tout terrain chacun, du matériel audio visuel, des équipements informatiques, des outils de sensibilisation, etc.) pour mettre en œuvre leur plan d'action. Ces ressources ont été mobilisées avec le concours du SP/CNLS et d'autres partenaires .

Pour l'année 2006, le CMLS du MEBA a disposé d'un budget estimatif de 234 millions pour mettre en œuvre son plan d'action, ressources mobilisées à partir du financement du PA/PMLS (37 500 000 F) et une subvention du PDDEB à hauteur de 196 721 340 F. Plus de 80% de ce budget a été orienté vers les activités de prise en charge des personnes infectées et affectées (139 personnes infectées et 200 personnes affectées reçoivent respectivement chacune, 50 000 F et 25 000 F par trimestre).

En dehors de la prise en charge, le CMLS développe des activités de prévention au niveau décentralisé dont l'organisation de campagnes de dépistage qui coïncident souvent avec l'organisation de grands évènements qui regroupent des enseignants.

Le CMLS du MESSRS, quant à lui, pour l'année 2007, a un budget prévisionnel de 116 millions dont un financement du SP/CNLS pour un montant de 56 millions et une subvention du Projet Enseignement Post Primaire (PEPP) pour le reste du budget.

Le CMLS du MESSRS consacre comme celui du MEBA l'essentiel de son budget, à des activités de prise en charge des enseignants infectées et des membres de leurs familles affectées.

En dehors de cela, il faut ajouter que les cellules-relais au niveau décentralisé mobilisent dans certaines localités, des ressources avec le soutien des partenaires au développement.

La contribution du Plan Décennal de Développement de l'Education de Base (PDDEB) dans la lutte contre le VIH/Sida dans le monde scolaire

Le PDDEB a une composante santé axée sur les cantines scolaires, la promotion de l'hygiène, de l'assainissement et du VIH/SIDA.

Dans les documents de base, des activités sont décrites en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA avec un budget y afférant, mais pour l'instant, elles ne sont pratiquement pas encore mises en œuvre en dehors du soutien financier de 94 millions qui est alloué au CMLS du MEBA. Selon l'un des partenaires techniques et financiers qui appuient la réalisation du PDDEB, quatre missions conjointes ont été organisées pour le suivi du PDDEB, mais la

question du VIH/SIDA n'a pas fait l'objet d'un débat. Pourtant, tous reconnaissent l'importance de l'intégration du thème dans ledit plan.

Le Burkina a opté pour le développement des curricula axés sur les compétences de vie courante (aspect sur lequel nous allons revenir amplement dans nos propositions). Le PDDEB prévoit d'apporter un concours financier pour accompagner la rénovation des curricula de l'enseignement de base, et la finalisation du projet de rédaction des curricula en compétences de vie courante au profit des enseignants et des élèves. Mais de l'avis de plusieurs personnes interviewées, le processus est lent et devra intégrer la formation des enseignants et la révision des manuels.

Le plan d'Education Pour Tous (EPT) a intégré lui aussi un volet VIH/Sida. Mais, Diverses raisons, c'est le PDDEB qui constitue l'armature de l'enseignement de base au Burkina actuellement et la référence.

La contribution des centrales syndicales à la lutte contre le SIDA

Comme nous l'avons souligné dans la définition du contexte de l'étude, les centrales syndicales et plus particulièrement le SNESS et le SNEA-B sont préoccupés par la lutte contre le SIDA dans la communauté éducative.

Le SNAE-B auquel adhère plus de la moitié des enseignants de l'enseignement de base et le SNESS participent à un projet de prévention scolaire, réalisé dans huit pays avec l'appui de l'Internationale de l'Education et de l'OMS . Dans ce cadre et ce, depuis 2003, une stratégie de formation en cascade et de démultiplication aurait permis de toucher environ 4500 enseignants des enseignements de base et du secondaire. Environ 3000 manuels ont été remis au personnel enseignant dans la perspective qu'ils les exploitent pour la réalisation d'activités de prévention avec leurs élèves.

D'autres activités sont planifiées dans le cadre du plan d'action triennal des deux centrales syndicales et les conclusions du présent rapports doivent permettre de définir des orientations stratégiques pour des actions mieux ciblées.

5. PRESENTATION DE LA PERCEPTION, DE LA MANIFESTATION ET DE L'AMPLEUR DU VIH/SIDA EN MILIEU ENSEIGNANT

5.1. ANALYSE DES CAP (CONNAISSANCES APTITUDES ET PRATIQUES) DES ENSEIGNANTS PAR RAPPORT AU VIH/SIDA

Il est indiqué en matière d'appréciation de la manifestation et de l'ampleur du VIH/SIDA au sein d'un groupe cible spécifique, de commencer par évaluer ses CAP dans le but de pouvoir apprécier si elle a l'information juste sur la pandémie, c'est-à-dire, si :

- elle sait définir la maladie
- elle connaît ses modes de transmission
- elle connaît ses modes de non transmission
- elle connaît les signes cliniques et l'évolution naturelle de la maladie
- elle maîtrise parfaitement les modes de prévention
- elle connaît l'intérêt du test de dépistage
- elle connaît l'impact de la maladie au niveau de l'individu, de la famille et de la communauté.
- Quelle est sa perception des Personnes vivant avec le VIH.

On cherche aussi à connaître quelle serait son attitude vis-à-vis d'un séropositif ou d'un malade du SIDA .

Nous avons converti toutes ces préoccupations dans un questionnaire que nous avons administré à des enseignants, sélectionnés sur la base du principe de l'échantillonnage que nous avons défini plus haut en intégrant systématiquement la dimension genre. Après traitement et analyse des informations collectées, les grandes informations que l'on peut retenir sont les suivantes :

5.1.1. Niveau de Connaissance des enseignants sur le VIH/SIDA

Sur environ 110 enseignants que nous avons interviewés, quasiment tous ont un bon niveau de connaissance du VIH/SIDA, ceci sans distinction de sexe, de corps d'enseignement, de situation géographique, ni d'âge.

D'une manière générale, tous savent ce que le sigle SIDA et VIH signifie, comment la maladie se transmet, quels sont les modes de prévention, l'intérêt du test de dépistage, l'impact et l'ampleur de la maladie, etc. A titre comparatif, le niveau de connaissance de certains groupes-cibles à haut niveau de vulnérabilité comme les hommes de tenue, les routiers, les orpailleurs, les travailleuses du sexe, du VIH/SIDA est très médiocre. Au sein de ces groupes à risque, plus de 50% de personnes ne maîtrisent pas bien toutes les informations

de base concernant la pandémie, plus spécifiquement ses voies de transmission et surtout ses modes de prévention, ce qui justifie le nombre très élevé de séropositifs.

D'une manière générale, le niveau de connaissance des enseignants de la pandémie est suffisante pour qu'ils évitent de se faire infecter et d'infecter les autres s'ils le désirent ou encore se faire prendre en charge de façon appropriée en cas d'infection.

A travers notre questionnaire, nous avons pu nous rendre compte que les enseignants lient aussi leur niveau de connaissance de la pandémie à l'existence de cadres de rencontre et de réflexion formels et informels qui rassemblent périodiquement les enseignants et qui sont des tribunes utilisées par les structures-relais des CMLS pour diffuser des messages. Il s'agit notamment des GAP, des conférences pédagogiques, etc. Ils citent aussi la diversité des sources d'information qu'utilisent divers médias : les mass medias, les centres d'écoute, les centres ambulatoires, les centres de dépistage, les centres Info SIDA, le téléphone vert, les campagnes de sensibilisation et divers types d'outils (les films, les supports audios, les affiches, les banderoles, les livres, les journaux, les dépliants, etc.).

5.1.2. Les aptitudes

Dans le domaine du VIH/SIDA, on désigne par aptitude, la prédisposition physique, biologique et surtout, psychologique d'un individu à ne pas adopter un comportement à risque quelle que soit la nature de l'environnement qui le rend vulnérable.

L'aptitude n'est pas innée, mais une somme de capacités que l'on renforce à travers l'expérience, l'exercice, l'information, l'observation, etc.. Comme nous le voyons, la prédisposition d'un individu à éviter l'infection à VIH, est intrinsèquement liée à sa capacité à ne pas adopter de comportements à risque. Pour qu'un individu renforce ses aptitudes en matière de prévention du VIH/SIDA, il faut qu'il réussisse à :

- ✓ gérer ses stress et ses émotions
- ✓ avoir l'esprit critique
- ✓ accroître le contrôle interne de sa personne
- ✓ minimiser son exposition aux risques
- ✓ savoir dire non dans des situations de vulnérabilité

Nous avons consacré une partie du questionnaire à ces préoccupations et le constat suivant a découlé du traitement des informations recueillies :

- d'une façon générale, les enseignants disposent de grandes aptitudes pour minimiser leur risque d'infection à VIH. Cela serait dû en notre sens, en grande partie, à leur niveau d'instruction, aux différentes informations et formations qu'ils ont reçues sur le

SIDA, à leur accès aux médias qui facilite leur ouverture sur l'actualité en rapport avec le SIDA dans le monde, à l'existence de cadres formels d'échange, à l'esprit critique que confèrent leurs compétences en pédagogie.

- En dépit de cela, il faut reconnaître que les aptitudes sont des prédispositions personnelles qui peuvent varier énormément d'un individu à un autre même s'ils sont dans un même environnement ou ont le même niveau d'instruction, etc.. Au cours de nos entretiens, nous avons rencontré des enseignants qui bien que disposant d'informations justes sur le SIDA, n'avaient pas les prédispositions idoines pour minimiser le risque d'infection. On retrouve cette catégorie parmi les enseignants célibataires, les célibataires géographiques (les couples qui ne sont pas affectés sur les mêmes postes), les enseignants solitaires, ceux qui tiennent des grandes classes au niveau du secondaire, ou qui absorbent exagérément de l'alcool. En termes de proportion, cette catégorie représente 19% des enseignants que nous avons interviewés.

L'aptitude des enseignants par rapport au VIH/SIDA est aussi lié au nombre de formations qu'ils ont reçues sur le thème du SIDA. A ce sujet, le nombre de personnes interviewées qui ont dit avoir suivi des formations sur le VIH/SIDA sont par différentes zones géographiques:

A bénéficié d'une formation	Région d'enquête							
	Bobo-Dioulasso		Ouagadougou		Dori		Boulgou	
	H (%)	F (%)	H	F	H	F	H	F
Non	72 %	85 %	70	75	74	83	71	74
Oui	28%	15 %	30	25	26	17	29	26

Sources : Etude VIRUS

5.1.3. Les pratiques (comportement)

Quand on parle de pratiques dans le domaine du VIH/SIDA, on fait allusion à l'ensemble des comportements qui permettent à l'individu de se protéger ou de s'exposer à l'infection. C'est aussi l'ensemble des habitudes sociologiques et culturelles qui sont de fait, des facteurs de vulnérabilité et qui exposent les communautés ainsi que les individus à l'infection. Dans le cadre de cette étude, nous avons cherché à cerner cette composante en orientant notre questionnaire vers des aspects en rapport avec le dépistage, les méthodes de prévention, la stigmatisation, les comportements à risque, etc.

Les enseignants et le test de dépistage

Le test de dépistage est considéré comme le point de départ de toute activité de prévention ou de prise en charge, selon que les résultats vont révéler que l'on est sain ou infecté. Conscients de cela, nous avons dans notre guide d'entretien cherché à connaître l'attitude des enseignants face au dépistage. De l'analyse des informations collectées, il ressort que seulement 12% des enseignants interviewés ont déjà fait leur test de dépistage. Les raisons évoquées par les autres qui ne l'ont pas encore fait sont entre autres :

- la plupart de ceux qui ne veulent pas faire leur test de dépistage justifient leur comportement par le fait qu'ils ont déjà eu des comportements à risque .
- Pour d'autres c'est la peur d'être testé positif qui explique leur réticence.
- La peur d'affronter une nouvelle vie au cas où le test se révélerait positif est aussi évoquée
- La peur d'être stigmatisé surtout par les élèves dans un environnement où ils assument la fonction d'éducateur a aussi été évoquée.

Les enseignants comme les autres groupes cibles dont le niveau d'instruction est élevé ont une certaine phobie pour le test de dépistage. Lors des campagnes de dépistage que nous organisons en milieu scolaire chaque année, très peu d'enseignants viennent se faire dépister. La plupart des enseignants qui vont se faire dépister le font sur recommandation d'un agent de santé très souvent dans le cadre d'un diagnostic préalable à la planification d'une prise en charge médicale. Ces propos sont tenus par le directeur du centre de dépistage ADIP/solidarité de Koudougou

Par rapport à cette question, la coordonnatrice du CMLS du MESSRS se dit être désespérée, parce l'absence de statistiques fiables fait qu'elle ne dispose pas de cadre référentiel pour planifier de façon plus ciblée, la lutte tant au niveau de la prévention que de celui de la prise en charge. Elle ajoute en disant que les personnes infectées ne viennent se faire référencer au niveau du comité que quand la maladie est à un stade avancé donc souvent trop tard.

Les enseignants et les comportements à risque

55% des enseignants que nous avons interviewés, nous ont dit entretenir ou avoir entretenu ces 6 derniers mois, des relations sexuelles en dehors de leur ménage ou avoir pratiqué le multipartenariat sexuel avec des partenaires occasionnels (pour les célibataires).

Les enseignants aux partenaires sexuels multiples sont surtout ceux qui sont dans les grands centres urbains pour les hommes mariés, les hommes célibataires et dans une moindre

mesure, les filles célibataires, parce que l'offre de sexe existe. Par contre dans les campagnes, ce sont surtout les enseignants célibataires (hommes surtout) qui s'adonnent à cette pratique et dans certains cas, avec leurs élèves pour le niveau secondaire.

Les enseignantes que nous avons rencontrées dans le cadre de l'étude disent ne pas avoir plusieurs partenaires dans la gestion de leur sexualité. En effet, 100% des enseignantes mariées disent être fidèles à leurs époux, même si elles sont célibataires géographiques ; 85% des enseignantes célibataires disent observer l'abstinence ou la fidélité.

L'appréciation du degré du risque, comme nous allons le voir plus loin est influencée négativement dans le groupe des enseignants qui s'adonnent à la consommation de l'alcool et/ou de certains stupéfiants. Certaines sources d'information comme celles des élèves et des parents d'élèves nous ont témoigné que ce sont surtout les enseignants qui fréquentent les débits de boissons, qui développent des relations avec plusieurs partenaires sexuelles. De façon informelle, nous avons vérifié que cette appréciation était justifiée au niveau des localités où nous sommes passés.

En définitive, on constate que ce sont surtout les enseignants hommes qui adoptent des comportements sexuels à risque plus que les femmes qui, dans leur grande majorité, demeurent fidèles à leurs partenaires ou observent l'abstinence.

Ces informations sont à prendre avec une certaine prudence, parce que les femmes de par leur éducation, ne sont pas enclines à avouer leur infidélité, cela étant mal perçu par la société, alors que les hommes peuvent sans complexe donner avec sincérité, des informations sur la gestion de leur sexualité.

Le tableau suivant donne un aperçu de la gestion du degré de comportement à risque des enseignants pour un échantillon de 110 personnes.

	Nombre total	A entrete nu des rapports sexuels avec au moins 1 partenaire, ces 6 derniers mois		A eu des rapports sexuels à risque, ces 6 derniers mois	
		Nombre	%	Nombre	%
Enseignants	70	46	55 %	9	12%
Enseignantes	40	1	2,5%	0	0%

Les enseignants et les moyens de prévention

Les enseignements que nous tirons de l'analyse des résultats des enquêtes, c'est que 90% des enseignants jeunes (tranche d'âge comprise entre 25 et 35 ans) interviewés disent utiliser systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels occasionnels ou à risque. Cependant certains d'entre eux précisent qu'ils abandonnent l'utilisation du préservatif quand une certaine fidélité s'installe dans leurs relations avec leurs partenaires. Toujours au sein de ce groupe cible, rares sont ceux qui disent observer l'abstinence ; mais 25% (surtout les hommes) disent observer la fidélité vis-à-vis d'une seule partenaire.

A partir de 40 ans seulement 10% des enseignants disent utiliser le préservatif parce que pour la plupart des 90% autres restants, ils n'en trouvent pas la nécessité puisque ne pratiquant pas le multiparténariat sexuel.

Les enseignantes pour la plupart, disent ne pas utiliser le préservatif féminin parce qu'il n'est pas pratique et les hommes ne l'apprécient pas. Les enseignantes célibataires nous ont confié qu'elles exigeaient systématiquement l'usage du préservatif avec leurs partenaires lors des rapports sexuels, surtout quand ils sont occasionnels.

Par rapport à l'exposition aux autres modes de transmission comme les objets coupants et piquants souillés par le sang contaminé, plus de 95% des enseignants interviewés nous disent observer beaucoup de précautions. Pour illustrer cela, ils citent par exemple, l'usage de lames neuves ou la désinfection systématique des tondeuses quand ils vont chez le coiffeur ; l'usage de gant ou de sachet plastique quand ils s'exposent au sang de personnes blessées, etc.

Par rapport à la transmission mère-enfant, seulement 15% des femmes interviewées disent faire leur test de dépistage chaque fois qu'elles sont enceintes. 50% des jeunes filles disent avoir en projet de faire leur test quand elles attendront leur bébé.

	Nombre total	Utilise systématiquement un préservatif lors des relations sexuelles occasionnelles		Est fidèle à un seul partenaire		Observe l'abstinence	
		Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Enseignants	70	63	95 %	17	25%	4	5%
Enseignantes	40	3	7%	38	95%	15	37,5%

Les enseignants et la stigmatisation

La stigmatisation est une attitude discriminatoire qui se manifeste de façon intense, en milieu scolaire et qui constitue un frein à la planification de la lutte contre le SIDA au sein de la communauté éducative.

Pour apprécier l'ampleur du phénomène en milieu enseignant, nous avons administré un questionnaire à quatre cibles distinctes ; notamment des enseignants, des enseignants séropositifs, des élèves du secondaire et des parents d'élèves.

La synthèses que l'on peut faire de tous ces entretiens, c'est que :

- aussi bien les enseignants que les élèves stigmatisent leurs collègues ou leurs professeurs séropositifs même si dans la plupart des cas, ils se fient à l'apparence physique. Même si cela n'est pas clairement exprimé dans les discours, les séropositifs sont regardés « autrement », ce qui pousse ceux-ci à adopter des attitudes de rétractions, de confinement ou d'exclusion.
- Un nombre non négligeable d'élèves dit éviter (sécher dans leur jargon) les cours des enseignants qu'ils suspectent d'être séropositifs. Ils justifient ce comportement par le fait qu'ils ressentent de la pitié pour eux et ont du mal à suivre leurs cours. Certains vont jusqu'à dire qu'ils ressentent plutôt de la haine, parce qu'ils pensent qu'ils ont eu des comportements irresponsables, ce qui est indigne d'un éducateur.
- Certains parents disent n'avoir plus le courage d'envoyer leurs enfants dans une classes où un enseignant séropositif dispense des cours, parce qu'ils pensent que sa présence peut créer un environnement non propice pour le succès de leurs enfants et dans le pire des cas, les exposer à l'infection (lors de la manipulation des objets au cours des travaux dirigés par exemple) .
- Les enseignants séropositifs disent souffrir intensément du regard des autres, particulièrement de celui de leurs collègues et des élèves. Pour eux, aller dans la cour de l'école est une épreuve et le moindre prétexte est utilisée pour éviter les cours. Ils disent ne plus disposer des aptitudes pédagogiques pour dispenser des cours.

Pour apprécier l'ampleur de la stigmatisation en milieu enseignant, le tableau suivant donne une idée des attitudes exprimées par le personnel enseignant vis-à-vis des malades du SIDA :

Attitudes	Hommes %	Femmes %	Ensemble de l'échantillon %
Sentiment de soutien (n=2081)			
Oui	51,7	49,1	50,7

Non	48,3	50,9	49,3
Sentiment de pitié (n=2081)			
Oui	27,9	30,4	28,8
Non	72,1	69,6	71,2
Sentiment de compassion (n=2081)			
Oui	40,6	39,9	40,3
Non	59,4	60,1	59,7
Sentiment de haine (n=2081)			
Oui	0,2	0,4	0,3
Non	99,8	99,6	99,7
Sentiment d'indifférence (n=2081)			
Oui	6,0	5,2	5,7
Non	94,0	94,8	94,3

n = taille de l'échantillon

Source : Enquête d'analyse de la situation du VIH/SIDA dans le secteur de l'éducation, Burkina Faso, avril-décembre 2003.

En faisant allusion à la réalité que vivent les enseignants par rapport à cette attitude, un PVVIH qui enseigne dans la banlieue de Ouagadougou, nous a confié ceci :

*Le plus dur pour moi, c'est le regard de mes collègues, qui au lieu de me manifester de la compassion, me manifestent de la pitié. Des collègues avec qui j'entretenais des relations d'amitié me fuient aujourd'hui comme si j'avais la peste et c'est à cause de cela que l'environnement de l'école est un véritable poison pour moi.
Ma nièce qui vit avec moi depuis 7 ans a abandonné l'école pour le simple fait que elle aussi est stigmatisée. Elle m'a confié que ses camarades la pointent du doigt en disant que c'est la fille de l'enseignant infecté ; en plus, elles la fuient et c'est cette situation d'isolement qui l'a amenée à abandonner l'école*

La coordonnatrice du CMLS du MESSR dans cette réflexion nous a confié cet avis plutôt contraire par rapport à celui du PVVIH :

*La première source de stigmatisation, c'est les PVVIH elles-mêmes, qui pensent que les autres ne sont pas au courant de leurs statuts. Ils devraient, à mon sens, accepter leurs statuts et en parler dans leur environnement, ceci va à coup sûr, susciter un élan de solidarité de la part des autres enseignants et même des élèves qui vont aménager des espaces pour exprimer leurs soutiens (psychologique, social, matériel, etc.).
Tant que les PVVIH éviteront d'afficher leurs statuts, elles continueront d'entretenir la stigmatisation dont elles sont les premières victimes. On continuera toujours d'entretenir un mythe autour de la maladie et du rejet des malades tant que les premiers concernés, c'est-à-dire les PVVIH ne vont pas s'afficher à visage découvert. Pourtant il y a eu une évolution de la perception de la maladie dans la conscience collective. Un pas a besoin d'être franchi, c'est celui du témoignage des personnes infectées, pour permettre de démontrer que le SIDA est une maladie comme les autres.
Ce qui me gêne aujourd'hui c'est qu'à cause du SIDA, des enseignants malades mais non infectés qui présentent quelques signes similaires, sont stigmatisés à tort.
C'est pour cette raison que dans notre plan d'action, la lutte contre la stigmatisation tient une place privilégiée.*

Selon une étude diligentée par l'ONUSIDA, la stigmatisation constitue la principale source qui influence l'offre et la demande d'éducation. En attendant de traiter de cet aspect plus en détail dans les prochains chapitres, nous constatons avec amertume, que par le simple fait de la stigmatisation, des élèves abandonnent l'école et des enseignants infectés, leurs classes.

5.2. ANALYSE DES DETERMINANTS ENDOGENES ET EXOGENES ET DES FACTEURS DE VULNERABILITE

Comme nous l'avons vu plus haut, les enseignants, selon une étude de l'OMS, sont considérés comme des cibles à haut risque de vulnérabilité. Cette exposition à l'infection se justifie par le fait que plusieurs facteurs dans leur environnement les exposent à l'infection à VIH et aux IST. Selon les conclusions de notre investigation, les principales causes qui rendent les enseignants vulnérables à l'infection sont :

- le multiparténariat sexuel : parmi les trois modes de transmission les plus courants de la maladie (voie sexuelle, voie sanguine et transmission mère-enfant), c'est celle qui passe par la voie hétérosexuelle qui est la plus importante, puisqu'à elle seule, elle représente 85% des cas d'infection. Parmi les déterminants responsables de la transmission de la maladie par voie sexuelle, le principal vecteur est certes le rapport sexuel non protégé, mais il y a aussi le multiparténariat sexuel. Par rapport à ce dernier aspect, les enquêtes nous ont permis de nous rendre compte environ 55% des enseignants interviewés (les hommes essentiellement) disent avoir deux ou plusieurs partenaires avec qui ils entretiennent des rapports sexuels occasionnels ou réguliers. Même si nous n'avons pas pu vérifier si parmi ces 55% de la cible concernée, il y avait des personnes infectées, nous tirons simplement la conclusion que c'est une cible qui est fortement exposée à l'infection, à partir du moment où le principal outil de prévention utilisé, le préservatif, n'est fiable que s'il est bien conservé et correctement utilisé.

Les enseignants aux partenaires multiples se rencontrent aussi bien en zone urbaine qu'en zone rurale. Le multiparténariat concerne beaucoup plus les jeunes enseignants (surtout célibataires) que les enseignants mariés (même s'il faut préciser que beaucoup d'hommes mariés sont concernés par la pratique en zone urbaine). Les enseignants aux partenaires multiples recrutent certaines de leurs partenaires sexuelles parmi les élèves (surtout pour le niveau secondaire). Le multiparténariat concerne plus les enseignants hommes que les enseignantes.

- Le statut de célibataire géographique

La plupart des enseignants mariés que nous avons interviewés et qui disent pratiquer le multipartenariat, justifient en grande partie, leur comportement par le fait qu'ils sont séparés de leur conjointe pour raison d'affectation. C'est le cas d'un enseignant avec qui nous avons une familiarité que nous avons rencontré dans la localité de Dori et dont l'épouse sert dans le Sud-Ouest du pays, qui nous a confié cette confidence: *“ cela fait plus de 6 mois que je n'ai pas vu ma femme, alors que quand nous vivions ensemble, nous étions en intimité un jour sur deux. Je dois vous avouer que je vis très mal ma situation de célibataire géographique. Actuellement, je me rabats sur mes élèves sur qui j'ai de l'influence et avec qui j'entretiens régulièrement des rapports sexuels, parce qu'en termes d'opportunité de trouver des partenaires sexuels ici, l'offre est très maigre et pas toujours de bonne qualité,(je veux faire allusion aux travailleuses du sexe et aux femmes de bar). Avec les élèves, tu peux utiliser le prétexte de leur encadrement pour masquer les relations intimes que tu développes avec elles”*.

Une enseignante célibataire qui vit séparée de son copain dit entretenir des relations sexuelles avec un de ses collègues, et pour elle c'est l'influence de la proximité et du frottement surtout doublé de l'absence de son partenaire officiel qui a justifié cela. Pour illustrer son comportement, elle a utilisé un proverbe africain qui dit que *“quand tu attaches des chèvres assez proches les unes des autres, il y a de fortes chances que leurs cordes s'entremêlent”*

- La situation financière d'une certaine catégorie d'enseignants: cette hypothèse est vérifiée principalement avec les jeunes enseignantes recrutées sous contrat PPTE. En effet avec des salaires modiques qui pendant longtemps ne tombaient pas régulièrement, certaines enseignantes acceptent entretenir des relations sexuelles contre des avantages matériels. Cette information nous a certes été donnée de façon informelle par certaines personnes ressources, mais la diversité des sources et leur concordance témoignent une certaine fiabilité. A ce propos, un membre d'une APE nous a confié ceci : *“comment voulez-vous que cette catégorie d'enseignants, notamment les jeunes filles, ne s'adonnent pas à de telles pratiques ? On les « largue » en brousse et pendant longtemps, elles n'ont pas de salaire, qu'est-ce que vous voulez qu'elles mangent ? La moindre occasion qu'elles ont pour monnayer leur corps contre de l'argent, elles n'hésitent pas. C'est un problème sérieux auquel les responsables de l'éducation doivent s'attaquer, sinon ça peut devenir un drame social”*.

- La fréquentation des débits de boissons et l'abus de la consommation d'alcool

Selon les informations collectées au niveau des sites sentinelles, un nombre important d'enseignants infectés se recrutent au sein des cibles dont les débits de boissons constituent des lieux de loisir ou qui s'adonnent à la consommation de l'alcool souvent frelaté. En effet, il est démontré qu'il y a une relation intrinsèque entre les débits de boissons et l'opportunité de négocier des rapports sexuels avec des femmes à partenaires multiples (ce sont en fait, des serveuses de boissons officiellement et des prostituées dans la réalité).

En plus de cette opportunité qu'offre le cadre, il y a surtout le fait que la consommation d'alcool stimule la libido chez beaucoup de personnes ou affecte la capacité du self control, toute chose qui occasionne l'adoption de comportements à fort risque de vulnérabilité à l'infection à VIH.

Dans les grandes villes et les villes secondaires, les débits de boissons sont des lieux privilégiés de rencontre entre les fonctionnaires dont la grande majorité absorbe de l'alcool. Nous avons eu l'occasion de vérifier cela pendant toute la période de la collecte.

- Les medias

Les medias comme facteur d'exposition à l'infection à VIH n'est pas seulement propre au milieu enseignant, mais il paraît essentiel à notre sens, de le mentionner parce que dans le cadre de notre enquête, beaucoup de personnes interviewées les ont identifiés comme variable importante.

Dans les grandes villes comme Ouagadougou et Bobo Dioulasso et dans les autres villes secondaires, les NTIC et particulièrement Internet se révèlent aujourd'hui être un puissant instrument de propagation de la culture pornographique avec tout ce qu'il a comme conséquence sur l'adoption de comportements sexuels à risque. Le tableau suivant donne une idée du nombre de personnes qui exploitent les potentialités pornographiques de Internet.

	Nombre total	Consulte les sites porno sur Internet		Télécharge des sites porno sur Internet		Visionne des films porno téléchargés avec des partenaires sexuels	
		Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Enseignants	70	15	21 %	7	10%	4	5,7%
Enseignantes	40	1	2,5%	1	2,5%	1	2,5%

En dehors de Internet, certains enseignants achètent des antennes paraboliques où de nombreuses chaînes diffusent des films porno. C'est le cas au niveau des localités des zones frontalières avec le Ghana, le Togo où la plupart des fonctionnaires ont acquis ces types d'antennes. Dans la ville de Bittou qui est située à 25 kilomètres du Togo et du Ghana par exemple, tous les enseignants que nous avons rencontrés possèdent une antenne parabolique acquise pour environ 125 000 F CFA avec accessoires. D'autres enseignants des localités de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso prennent des abonnements avec le bouquet Canal+ parce qu'entre autres, ils veulent accéder à des chaînes pornographiques.

Dans certaines localités rurales non desservies par la télévision nationale, des enseignants qui n'ont pas l'embaras du choix en termes de loisirs, fréquentent les « vidéo clubs » qui diffusent toutes sortes de films dont les pornos. Ces clubs qui fonctionnent dans des endroits lugubres et fermant très tard le soir, sont également des sites à risque, où les opportunités de négocier des rapports sexuels sont offertes.

- L'impact de certaines pratiques culturelles des localités dans lesquelles les enseignants travaillent

Il est un fait avéré au Burkina Faso, les facteurs socioculturels constituent un déterminant non négligeable dans la propagation de la pandémie. Selon une étude réalisée en 1998 par le PNUD, les réalités socioculturelles représentent plus de 23% des facteurs qui exposent les communautés, surtout rurales à l'infection. Au nombre de ces facteurs, on cite souvent le lévirat, le sororat, l'excision, les mariages forcés, la précocité de l'âge des premiers rapports sexuels.

Pour ce qui concerne les enseignants, surtout ceux qui travaillent en milieu rural, l'exercice de leur profession qui est un métier de communication et de collaboration avec les communautés locales, les oblige à faire une immersion, ne serait-ce que partielle dans leur environnement. C'est ainsi qu'ils fréquentent au même titre que les populations locales, certains sites et événements qui sont reconnus comme étant à haut risque de vulnérabilité et où l'offre en terme d'opportunité de négocier des rapports sexuels est très élevée. Il s'agit par exemple, des marchés de nuit dans certaines localités du Centre-Est, des funérailles dans le Sud-Ouest ou dans le Plateau central, des fêtes traditionnelles et populaires, etc.

Les enseignants justifient leur attachement à ces sites et événements à risque par l'absence de cadre de distraction, et chaque occasion de telle nature est une précieuse opportunité de loisirs pour eux et secondairement, mais malheureusement, une occasion pour négocier des relations sexuelles avec des partenaires occasionnels. En plus de cela en tant que partie prenante de leur

milieu, ne pas participer à des évènements de la communauté peut être apprécié comme une forme d'exclusion, toute chose qui est mal perçue. Enfin, ils disent aussi être parmi les cibles les plus en vue pour les filles, du fait de leur statut de fonctionnaires (possédant très souvent un moyen de déplacement et censés posséder de l'argent), lesquelles filles n'hésitent pas à leur faire des avances qui, dans la plupart des cas, débouchent sur des relations sexuelles.

La situation géographique

Comme nous l'avons mentionné plus haut, l'environnement est un déterminant essentiel dans l'exposition des populations à la vulnérabilité. En effet au Burkina Faso, certains sites sont reconnus comme étant potentiellement à risque et à ce titre, toutes les catégories sociales qui y vivent sont considérées comme étant exposées au risque d'infection.

Nous avons vérifié cette assertion dans la ville frontalière de Bittou où l'existence du poste de douane crée un environnement de brassage humain avec des populations de diverses origines qui, pour la plupart, passent la nuit à cause des formalités douanières. Cet environnement crée aussi une dynamique économique au centre de laquelle le sexe est un véritable « business » avec le développement de plusieurs formes de prostitutions (prostitution de luxe, femmes au tabouret, prostitution par racolage, femmes de bar, les femmes vendeuses ambulantes, etc.). L'ONUSIDA dans une étude est arrivée à tirer la conclusion que quand l'offre sexuelle existe, l'exposition des populations à la vulnérabilité augmente. L'enseignant qui vit dans cet environnement est forcément influencé, et c'est pour cette raison qu'on nous a confié au CMA de Bittou que la plupart des cas de décès d'enseignants dans cette localité est essentiellement le fait du SIDA.

L'association de Jeunes pour le Développement de la Région de Bittou (AJDRB) qui est une organisation à base communautaire qui lutte contre le SIDA avec l'appui financier de PAPSIDA et de l'IPC, nous a confié qu'elle prend en charge plus 35 orphelins dont les parents furent des enseignants du primaire.

Les relations d'intimité entre professeurs et enseignants

La place qu'occupe l'enseignant dans le système éducatif fait qu'il exerce une certaine autorité et même une influence sur ses élèves. Nous ne voulons pas revenir dans le cadre de cette étude, sur la problématique des relations intimes enseignants/élèves ou de celle des « notes sexuellement transmissibles » ; nous voulons juste appréhender un fait et analyser son lien avec la manifestation du SIDA chez les enseignants.

La délicatesse du sujet nous a amené à ne pas certifier la véracité des informations que nous avons collectées, mais une chose est sûre, c'est que le problème est manifeste et prend une certaine ampleur. Dans les zones rurales par exemple, un nombre non négligeable de jeunes enseignants enquêtés entretiennent des rapports sexuels avec leurs élèves. En effet, plus de 35% des enseignants hommes célibataires de fait ou célibataires géographiques que nous avons interviewés, ont avoué entretenir des rapports sexuels avec une ou plusieurs de leurs élèves.

Le plus important dans notre investigation n'était pas de vérifier cette situation, mais surtout de voir si les enseignants se préservent lors de ces rapports.

Au sein de l'échantillon qui dit entretenir des rapports avec les élèves, 77% dit utiliser systématiquement des préservatifs, les 23 % restants disent utiliser le préservatif au début de leurs relations, mais abandonnent son usage avec le temps. La raison qu'ils évoquent, c'est que le risque que les élèves soient infectés est moindre et en ce moment, l'usage du préservatif ne se justifie pas.

Si nous analysons leur logique, l'important c'est le plaisir qu'ils veulent éprouver qui est capital, sinon le risque d'infecter les élèves (puisque très souvent ils ne connaissent pas leurs statuts) ou le fait de les engrosser ne les préoccupe guère.

5.3. MANIFESTATION ET AMPLEUR DE LA MALADIE EN MILIEU ENSEIGNANT.

5.3.1. Taux de séroprévalence

Au regard de ce que nous avons dit précédemment, il n'est pas aisé de fournir avec exactitude, des informations sur la séroprévalence, ceci en raison du fait qu'il n'y a pas encore eu de campagne de dépistage spécifique pour les enseignants. Le PAMAC a certes organisé des campagnes de dépistage en milieu scolaire, mais cela a touché l'ensemble de la communauté éducative, c'est-à-dire les élèves, les enseignants, le personnel administratif et de soutien.

Cette situation se justifie aussi en partie par le fait que les enseignants ont une phobie des tests de dépistage et pour preuve, dans notre méthodologie, nous avons proposé d'organiser à une échelle réduite, des tests de dépistage au niveau de certaines localités, mais aucun enseignant n'a adhéré à cette initiative.

Pour pallier à cette insuffisance, nous avons dans un exercice de triangulation, mené des analyses croisées de diverses sources et les déductions que nous avons pu en faire c'est que les chiffres sont dans l'ensemble, assez proches les uns des autres. Les principales sources d'information que nous avons croisées sont :

- les conclusions de l'étude VIRUS (Vih et Ist en milieu Rural, Urbain et Sectoriel) conduite en 2003 par le centre MURAZ sur la séroprévalence en milieu enseignant
- les rapport « bilan de la campagne nationale de conseil dépistage en milieu scolaire et universitaire, 3ème édition, du 25 avril au 6 mai 2006 » conduite par le PAMAC.
- le rapport d'étude « impact du VIH/SIDA sur le système éducatif au Burkina Faso » Y. YARO et O. AKPAKA.
- la synthèse globale des données collectées par le PAMAC sur les activités des associations de lutte contre le SIDA en 2006 au Burkina Faso.
- les statistiques des activités de prévention et de prise en charge des PVVIH des CMLS du MESSRS et du MEBA.
- les statistiques des DEP et DRH du MEBA et du MESSRS.
- les statistiques des centres de dépistage au niveau de plusieurs localités.
- les statistiques du CIC Doc.

Aujourd'hui grâce aux différentes campagnes de dépistage organisées en milieu scolaire, on connaît pour l'ensemble du système éducatif (milieu scolaire et universitaire), le taux de séroprévalence qui est de 1,19 % (PAMAC octobre 2006) . Pendant la même période, ce taux a été estimé à 0,8% chez les élèves du secondaire et 1,17% en milieu universitaire, avec des variantes spécifiques de 1,38% pour les filles et 1,02% pour les garçons.

Une des insuffisances de cette campagnes de dépistage, c'est qu'elle donne un taux pour l'ensemble du personnel (enseignants, administration, personnel de soutien, etc.) mais pas spécifiquement, pour les enseignants.

Si on se réfère au taux de prévalence des enseignants, tel qu'indiqué dans l' « Analyse nationale de la situation du VIH dans les secteurs de la santé et de l'éducation » en 2004, il est de 2,7%, taux, légèrement supérieur à celui de l'ensemble de la population burkinabé qui est de 2,3 %, déterminé à partir des sites sentinelles.

Etant donné les effectifs du personnel dans l'enseignement de base (39 449 en 2005-2006), le nombre de PVVIH pourrait être évalué à 1065. Pour l'enseignement supérieur dont l'effectif est de 4563, le nombre de PVVIH est estimé à 124 .

En dehors de cela si l'on se réfère au nombre de PPVIH pris en charge par le CMLS du MEBA (139 PPVIH en 2005) et si l'on tient compte de l'augmentation du nombre de PVVIH prise en charge en un an (29 entre 2004 et 2005) et encore, si l'on prend en compte le fait qu'environ un cas sur 10 est notifié, on peut déduire que le nombre de PVVIH au

niveau du MEBA est d'environ 1400 personnes, ce qui traduirait un taux de séroprévalence de **3,5%**. Ce taux semble être proche de la réalité selon le coordonnateur du CMLS du MEBA. Ce taux de 3,5% est très voisin de celui enregistré dans le cadre de l'étude VIRUS dans plusieurs localités comme nous pouvons le voir dans le tableau du chapitre suivant. Il est de 3,2 % pour la zone de Bobo-Dioulasso, de 3,7% pour la localité de Ouagadougou, 3,5% pour la zone du Yatenga.

A titre comparatif, le tableau suivant donne une idée de la prévalence du VIH au niveau d'autres groupes cibles pour la période 2006 :

	Nombre	Positifs	Prévalence
Travailleuses du sexe (prostituées)	840	99	11,8%
Filles et femmes marchandes ambulantes	244	32	13,1%
Serveuses de bar	807	90	11,2%
Clients et gérants de bars	2 882	88	3,1%
Dolotières	305	20	6,6%
Commerçants (es)	1351	46	3,4 %
Campagne auprès de la population générale	62 488	1519	2,4%
Agents de santé			3,8 %
Hommes de tenue			10,8 %

Source : Synthèse globale des données collectées par le PAMAC sur les activités des associations de lutte contre le SIDA en 2006 au Burkina Faso, Janvier 2007

5.3.2. Répartition du nombre d'enseignants infectés par zones géographiques

Pour fournir des renseignements par rapport à cette situation, nous avons exploité les résultats de l'étude VIRUS qui dans son échantillonnage, a retenu des villes du Burkina qui sont représentatives en termes d'appréciation de la manifestation et de l'ampleur du VIH/SIDA. L'appréciation de la prévalence VIH a été faite à partir de tests sur échantillon urinaire chez le personnel enseignant selon les entités géographiques ci-dessous désignées.

Zone d'étude	Sérologie VIH (WESTERN Blot)			
	Positive		Négative	
	n	(%)	n	(%)
Bobo-Dioulasso	15	(3,2)	454	(96,8)
Ouagadougou	18	(3,7)	475	(96,3)
Province du Poni	0	(0,0)	280	(100,0)

Province du Yatenga	9	(3,5)	251	(96,5)
TOTAL	42	(2,7)	1460	(97,3)

Source : Etude VIRUS, centre MURAZ , 2003

5.3.3. Le nombre de décès déclarés

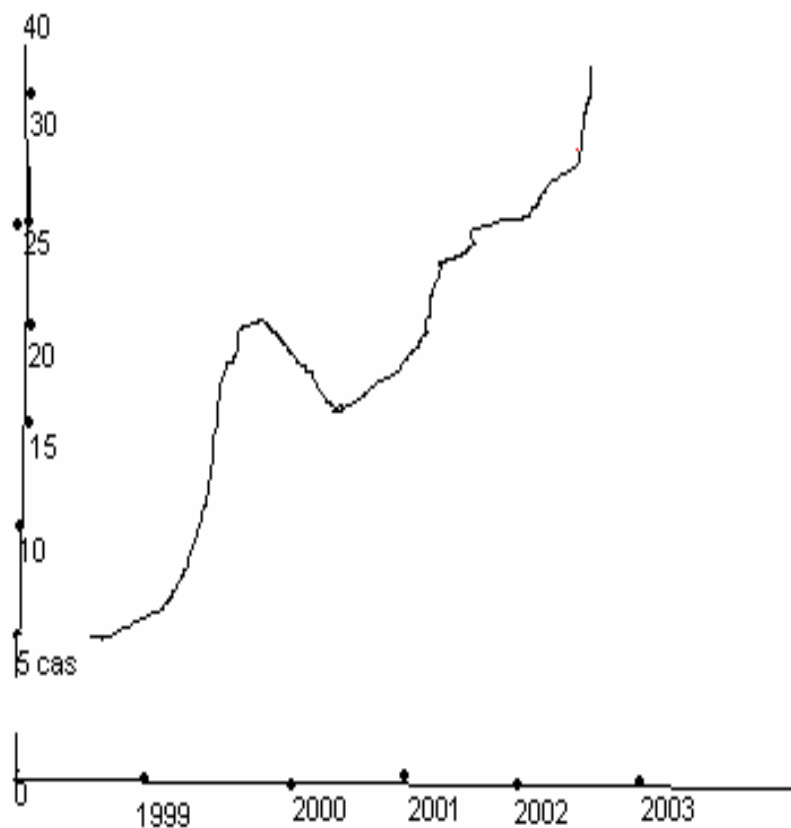
Pour déterminer ce taux, nous sommes partis du nombre total de décès d'enseignants sur une période donnée que nous avons obtenu à partir des statistiques des DEP et de la DRH du MEBA et du MESSRS et sur la base des indications du ministère de la santé qui dit que 33% des cas de décès d'enseignants est dû au SIDA pour faire des rapprochements.

Nombre d'enseignants décédés entre 1999 et 2004 et cas estimatif de décès dus au sida

Ces informations obtenues auprès de la DRH du MEBA et relatives aux décès d'enseignants, s'appuient sur les communiqués nécrologiques que le MEBA fait passer à la radio. Celles concernant les décès d'enseignants du MESSRS proviennent aussi de la DRH ; elles ont été obtenues à partir d'un travail fait sur les fiches individuelles.

	1999-2000			2000-2001			2001-2002			2002-2003			2003-2004		
	Hommes	Femmes	Total	H	F	T	H	F	T	H	F	T	H	F	T
MEBA	20	6	26	48	12	60	28	17	45	48	11	59	77	18	95
MESSRS	33	1	4	4	0	4	5	1	6	13	1	14	29	11	40
NOMBRE TOTAL DE DECES	53	7	30	52	12	64	33	17	51	61	12	73	106	29	135
Nombre de cas de décès dus au SIDA (estimation de 33% des cas de décès)	18	2	10	17	4	22	11	6	17	20	4	24	35	10	45

Source : DEP et DRH du MEBA et du MESSRS



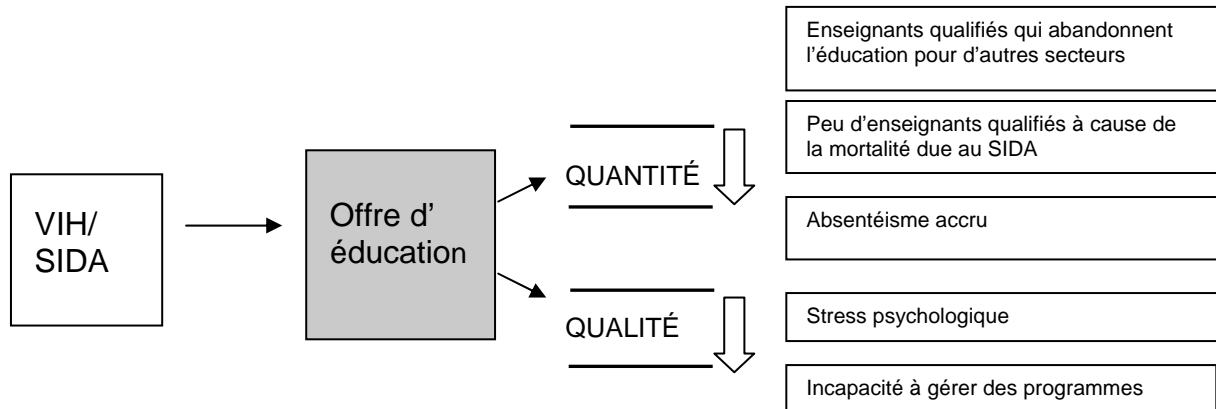
EVOLUTION DES CAS ESTIMES DE DECES DU AU SIDA EN MILEU ENSEIGNANT

La tendance de la courbe traduit une évolution exponentielle des cas de décès dus au SIDA. Malgré la tendance à la baisse de l'évolution du VIH/SIDA, le nombre de cas de décès s'accroît, signe que le taux d'infection était élevé au début des années 90, puisqu'on sait que l'évolution naturelle de la maladie jusqu'au stade terminal, couvre une période latente d'environ 10 ans.

6. IMPACT DE LA PANDEMIE SUR L'OFFRE ET LA DEMANDE D'EDUCATION

6.1. IMPACT SUR L'OFFRE D'EDUCATION

D'une façon générale, l'impact du VIH/SIDA sur l'**offre** d'éducation peut être subdivisé en effets quantitatifs et qualitatifs comme nous pouvons le voir sur le tableau suivant qui traduit bien cette situation :



Le plus important effet du SIDA sur la **quantité** est la diminution du nombre d'enseignants expérimentés ou formés disponibles. Cette baisse est directement liée à un taux d'infection assez élevé parmi les enseignants dans notre pays. Si nous considérons le taux du SIDA en milieu enseignant qui est voisin de 2,7% selon plusieurs sources, il est au dessus du taux national qui est de 2,3% actuellement. L'Organisation Internationale du Travail (OIT) définit les enseignants comme une catégorie à haut risque à l'infection à VIH. En effet, le statut socio-économique relativement élevé, l'autorité ou la pression qu'ils exercent sur leurs élèves et la mobilité des enseignants, qui sont souvent affectés dans des postes loin de leurs familles, pourraient accroître leurs contacts sexuels avec des partenaires autres que ceux habituels et élever le risque lié à l'infection à VIH. Lorsque ces enseignants développeront la maladie du SIDA, l'effet de la maladie ou de la mortalité sur la réserve d'enseignants se fera sentir souvent de façon intense.

La **qualité** de l'éducation peut aussi en souffrir en raison du stress psychologique, du traumatisme et de la discrimination/stigmatisation dont sont victimes les enseignants infectés du VIH ou qui ont des foyers infectés du VIH. Par exemple, dans notre pays, la plupart des enseignants dans de pareilles circonstances, étaient même incapables d'aborder le problème

avec leurs parents ou amis (Banque mondiale, 2002). Un tel isolement ajouté à la peur influenceront, sans aucun doute, sur la qualité de leur performance d'enseignants.

Le déclin de la qualité et par conséquent de la valeur attribuée à l'éducation par les parents et les enfants pourrait renforcer les tendances à la baisse observées dans le taux d'inscription.

De façon spécifique, l'impact du VIH/SIDA sur l'offre d'éducation peut s'exprimer à travers les composantes suivantes :

6.1.1 La baisse de la qualité de l'enseignement

Le système éducatif burkinabé, souffre du poids des effectifs très élevés des enseignants infectés par le VIH/SIDA qui est estimé pour l'ensemble du système, à 2000 personnes. Ceci se répercute considérablement sur la qualité de l'enseignement du fait de plusieurs facteurs dont :

- *Le stress et traumatisme liée à la maladie*

Le SIDA est une maladie qui affecte l'individu à travers plusieurs maladies appelées classiquement infections opportunistes et qui fragilisent surtout, l'individu au niveau de ses organes vitaux et surtout du système nerveux central. Le malade du SIDA est psychologiquement perturbé par son statut, ce qui le met dans un état dépressif dont la manifestation concrète est la nervosité avec son entourage immédiat dont font partie les élèves.

A un stade avancé de la maladie, la malade traverse des crises épisodiques de démence dont la répercussion sur l'exercice de la fonction d'encadreur, est désastreux.

En définitive, on retiendra que l'état psychologique de la PVVIH se répercute négativement sur les aptitudes pédagogiques de l'encadreur qu'il est et cela a une incidence négative sur la qualité de son enseignement.

- *L'absentéisme chronique des enseignants infectés du fait de la maladie ou de la peur de la stigmatisation*

Ces deux facteurs sont les principales causes de la baisse de la qualité de l'enseignement liée au SIDA. Selon des estimations de Goliber (2000), rapportées par Kelly (2003), un enseignant contaminé perd l'équivalent de six (6) mois de travail avant de développer le Sida, et un an en moyenne entre les manifestations cliniques du Sida et le décès, soit environ dix huit mois d'incapacité avec une participation de plus en plus réduite.

Selon une étude réalisée par Y. YARO et O. AKPAKA en rapport avec l'impact du SIDA sur le système éducatif, il semble que la gestion de ces absences répétées varie selon le secteur (public ou privé), selon le niveau d'enseignement (enseignement de base ou enseignement secondaire), selon le milieu où se trouve l'école.

Quoi qu'il en soit, la réponse est locale (au niveau de l'établissement le plus souvent ou de la circonscription quelquefois) le plus longtemps possible, « *ils gèrent entre eux* » et ce n'est pas seulement pour des raisons de décentralisation.

Dans les établissements publics, le souci de « *ne pas frustrer qui que ce soit... de ne pas l'enlever comme ça* » prédomine. « *On ne lui en tient pas rigueur quand on est au courant car ça peut arriver à tout le monde* ».

En milieu rural, un rapport en cours d'année pour signaler une absence prolongée serait mal interprété, nous a-t-on dit, (« *pourquoi va-t-on dire que je suis absent ?*... « *dès que tu tombes un peu malade, on te remplace* »). Préserver de bonnes relations avec le collègue apparaît très important, lui éviter la honte, ainsi que celle de l'établissement est une motivation valorisée. Quelle que soit la solution retenue pour pallier ces absences, l'enseignant garde la totalité de son salaire. Se trouve confirmée l'hypothèse formulée avant le début de l'enquête sur la volonté d'éviter la honte à la PVVIH, et nous ajouterions maintenant, de préserver le mur de silence.

Dans l'enseignement de base, plusieurs cas de figure, cités sur le terrain, sont possibles face à ces absences répétées:

- si l'école dispose d'un suppléant, comme c'est le cas dans beaucoup d'écoles primaires en ville, entre autres à Bobo, le suppléant remplace l'absent;
- si le directeur est déchargé de classe, il s'occupe de la classe de son collègue malade ;
- en dehors de ces deux situations, le directeur et les collègues s'organisent pour, alternativement, prendre en charge leur classe et celle de l'absent, en attendant une solution définitive ;
- ou bien encore, le directeur donnera des exercices aux élèves (surtout pour leur éviter de faire du bruit)
- en dernier ressort, les enfants seront renvoyés à la maison et la classe fermée. Si cela devait durer plusieurs mois, faute d'un remplaçant, l'année pourrait être déclarée « année blanche » pour cette classe. De telles situations se rencontraient dans les années passées en milieu rural, étant donné la pénurie d'enseignants et la difficulté, toujours actuelle, d'affecter quelqu'un en milieu rural en pleine année scolaire.

Au bout d'un certain temps, les absences sont signalées au niveau de la CEB et l'envoi d'un nouvel enseignant pour appuyer l'école sera demandé. La question des « suppléants intouchables » (intouchables du fait de leur situation sociale, familiale ou personnelle) a été évoquée à plusieurs reprises dans les sites de la collecte.

Dans l'enseignement secondaire, les heures seront données à un collègue qui acceptera ou non cette charge supplémentaire « moyennant finances », ou le plus souvent, l'établissement recrutera un vacataire qu'il paiera. Les élèves interrogés à ce sujet sont respectivement 40,5% à dire que l'administration fera appel à un vacataire et 38,4% à un autre professeur de l'établissement. Dans le pire des cas, le cours ne sera pas donné jusqu'à la fin de l'année.

Mais « *souvent on bouche les trous en classe d'examen, qui constitue la vitrine de l'établissement* ».

Selon un proviseur que nous avons interviewé, parfois « *la pression des élèves amène à remplacer un enseignant malade* ». Les élèves de la classe de 5^{ème} projettent une vision plutôt positive de l'attitude des autorités scolaires, au cas où un enseignant serait atteint. Ils sont près de 40% à imaginer que les autorités apporteront un soutien et accorderont des repos de temps en temps, à l'enseignant atteint.

Si l'absence perdure, si la personne ne peut plus enseigner ou si elle est décédée, à la rentrée suivante ou pendant l'année si cela est possible, il sera procédé à son remplacement, surtout au MEBA qui a actuellement des possibilités budgétaires pour un recrutement annuel, en grand nombre, de jeunes formés à leur propre compte dans les ENEP. Par contre au MESSRS, « *parent pauvre de l'éducation* » où le déficit d'enseignants est très marqué, surtout dans les disciplines scientifiques, l'appel aux vacataires est souvent la seule solution.

Par contre « *si un enseignant veut rester dans sa classe, on le laisse* ». Dans certains cas, des aménagements sont faits et l'enseignant malade ne travaille que le matin et se repose l'après-midi (le grand nombre de suppléants permettait une telle organisation). Parmi les enseignants enquêtés, 12% ont évoqué ces réaménagements. Dans le secondaire, des allègements des charges horaires sont parfois réalisés.

Par contre s'il demande une mutation, pour aller en ville afin de bénéficier de certains soins et « *être dans l'anonymat* » et qu'il apporte la preuve de ses problèmes de santé, l'administration fera le maximum pour le satisfaire. Selon les propos d'un DR/MESSRS, « *on est obligé de gérer en fonction de la maladie et non des besoins... On l'a réaffecté selon ses convenances* ». « *Si la personne peut encore travailler, il est affecté comme suppléant dans nos écoles aux classes pléthoriques, qui avoisinent 200 dans certaines* », rapporte la DPEBA du Houet.

D'autres, moins nombreux, demandent, surtout lorsqu'ils se sentent gravement malades, à retourner dans leur village, pour bénéficier de l'environnement familial.

Dans leurs réponses aux questionnaires, les enseignants enquêtés sont près des deux tiers à estimer que la demande des intéressés est agréée. Des difficultés apparaissent dans certains cas « *du fait que le statut sérologique n'est pas connu des encadreurs et le nombre limité de places au bureau* ».

Certains pour préserver la confidentialité vont directement au CMLS voire au ministère rencontrer le ministre, président du CMLS, pour présenter leur cas. Selon un syndicaliste, en 2004, 900 enseignants du MEBA voulaient venir à Ouagadougou, mais il n'y avait que 90 postes disponibles. Selon le DR/MESSRS du Centre (région de Ouagadougou) les demandes d'affectation pour raisons de santé ont énormément augmenté ces dernières années et « *on me dit que j'ai assez de professeurs, mais ils sont inexploitable* ».

« *Quand on sent qu'un enseignant s'affaiblit de jour en jour, on l'envoie au bureau* », nous a déclaré un DREBA, où ils sont « *entassés* » et peu efficaces. Mais selon ce même responsable, l'administration scolaire n'en est pas pour autant bloquée, « *car on ne leur confie pas vraiment des responsabilités* ». Un autre directeur régional, ne partage pas ce point de vue, estimant que « *dans l'administration aussi l'efficacité est compromise, certains étant obligés de faire leurs tâches et celles des autres* ».

Dans certaines CEB, le nombre élevé d'agents laisse planer des doutes sur le souci d'efficacité et de rentabilité des administrations. L'hypothèse sur la perturbation des administrations scolaires par le grand nombre de personnes malades n'est donc ni confirmée, ni infirmée. Les retraites anticipées pour raisons de maladie ou les congés de longue maladie sont des pratiques extrêmement rares. Même déclarer officiellement « *impotent* » un enseignant suscite de vives réactions des intéressés et des pressions pour revenir au statu quo ante, nous a-t-on dit dans les provinces d'enquête.

« *Tenir la classe, faire les préparations, les corrections, c'est pas facile...mon inspectrice était très compréhensive, j'étais suppléante, sa remplaçante ne comprend pas, je voudrais une affectation.* », déclare une enseignante PVVIH.

La femme d'un enseignant décédée du Sida, après avoir expliqué que son mari même gravement atteint, voulait faire un effort et aller en classe, ajoute : « *pour finir, on l'a enlevé et affecté à l'inspection* »

En conclusion, on retiendra que l'absentéisme des enseignants dû au SIDA se répercute sérieusement sur la qualité de l'enseignement qui est déjà décrié à d'autres niveaux par de nombreux acteurs.

○ *Un capital humain affecté par la maladie et le décès*

Le milieu enseignant comme mentionné plus haut, est considéré par l'OIT comme un groupe à haut risque et fortement exposé à l'infection à VIH. En dehors du nombre d'enseignants infectés qui est assez élevé (environ 1400 pour le MEBA et 650 pour le MESSRS), il y a surtout le fait que le nombre de décès d'enseignants est considérable, réduisant ainsi les capacités de l'offre éducative.

En effet entre 2000 et 2004, le nombre d'enseignants décédés du fait du SIDA a été multiplié par 4,5 passant de 10 cas en 2000, 22 cas en 2001, 45 cas en 2004. Si la tendance se poursuit, il pourrait atteindre 90 cas en 2010. Ce chiffre laisse voir qu'il y a environ 3 enseignants qui décèdent par mois du fait du SIDA

La diminution considérable du nombre d'enseignants induit plusieurs conséquences dont la principale est l'augmentation du ratio nombre d'élèves/enseignant : actuellement ce ratio qui est environ de 60 élèves par enseignant va certainement augmenter, surtout que dans la perspective des objectifs de l'Education Pour Tous, le PDDEB veut atteindre un taux de scolarisation au primaire de 70% d'ici à 2010. Les spécialistes sont en train de prévoir que si les tendances ne changent pas, ce ratio pourra très fortement augmenter.

6.1.2. Une réorientation du budget de l'éducation

Au-delà du capital humain qui est affecté par le décès ou la maladie des enseignants et des encadreurs, le Sida entraîne une réorientation considérable du budget de l'éducation. Ainsi donc, si la tendance se poursuit, dans les années à venir, une part importante du budget voté pour le secteur de l'éducation tendra à servir au remplacement des enseignants impotents ou décédés. En dehors de cela, une partie de ce budget va servir à soutenir les familles des enseignants décédés, soit par le biais des allocations familiales, soit par une prise en charge matérielle (comme le fait actuellement les CMLS du MEBA et du MESSRS).

Le PNUD lors d'une évaluation en 2005, estimait que le Burkina Faso a dépensé 707 millions de FCFA en 2001 et devrait s'attendre à mobiliser 1,44 milliards de FCFA en 2010 uniquement pour remplacer les enseignants décédés du Sida (PNUD, 2001). Les estimations du PNUD étaient basées sur un taux de séroprévalence très élevé de 7,14% à l'époque. Bien que ce taux soit fortement en baisse, cette estimation financière de l'impact du Sida paraît toujours être pertinente.

En effet, si on considère que le coût moyen de la formation d'un enseignant est de 675 000 FCFA et que près de 2 000 enseignants (enseignement de base et enseignement secondaire) vivent avec le VIH/Sida, au regard du taux de séroprévalence actuelle chez les enseignants qui est de 2,7%, on peut penser que le pays devrait s'attendre à dépenser 1 350 000 000 FCFA d'ici aux cinq années à venir. Ces dépenses prévisionnelles s'inscrivent dans un financement visant à combler le vide que pourrait laisser les enseignants ayant développé la maladie et, qui en conséquence seraient désormais inaptes au travail ou décédés.

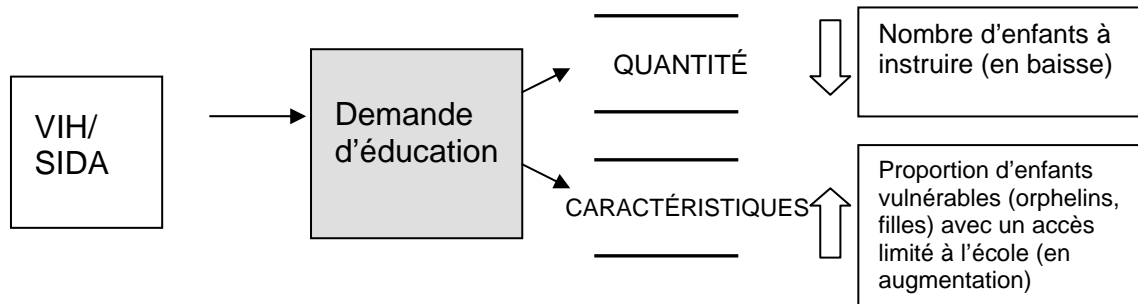
Ainsi, en partant d'hypothèses prenant doublement en compte :

- 12% d'enseignants ayant développé le Sida d'une année à une autre, parmi les 2000 enseignants supposés vivre avec le VIH/Sida ;
- et une dépense moyenne de 600 000 F CFA annuellement pour les frais salariaux aussi bien de l'enseignant remplaçant (suppléant) que de l'enseignant remplacé (titulaire inapte), le budget du secteur de l'éducation devrait faire face à des dépenses salariales et administratives d'environ 144 millions par an. Un tel montant représente la construction de 35 classes annuellement. Ce qui, évidemment, réduirait certains objectifs du gouvernement, étant donné que la capacité d'accueil peut être affectée. Ainsi, l'effet du VIH/Sida se pose en termes d'obstacles pour l'offre scolaire, car 35 classes en moins annuellement, c'est près de 2900 enfants qui n'auront pas la chance d'être accueillis pour raison de place insuffisante dans les écoles. Le coût estimé de l'impact du VIH/Sida sur l'éducation au Burkina s'ajoute à de nombreuses autres contraintes, et on peut s'inquiéter que dans les années à venir, un Etat comme le Burkina Faso ne puisse pas relever le défi de soutenir efficacement et de manière significative, le développement de son système éducatif. Ces problèmes ne sont pas pour faciliter une situation déjà complexe, quand l'on sait que le Burkina Faso éprouve des difficultés à offrir une scolarisation à tous les enfants en âge d'aller à l'école et que de surcroît, comme la plupart des pays africains au sud du Sahara, le Burkina Faso ne parvient pas à financer seul son système éducatif.

Au niveau microéconomique, il est fréquent que les établissements, pour aider les familles endeuillées, supportent l'achat des cercueils et assistent les familles dans l'organisation des obsèques, ce qui bien évidemment, a un coût. Officiellement, le MEBA rembourse les familles au vu des pièces justificatives ; au niveau du MESSRS ce sont les directions régionales qui se chargent de ces frais et se font rembourser après maintes formalités. Ces frais divers liés aux obsèques sont aussi importants vu le nombre des cas annuels de décès.

6.2. IMPACT DU VIH/SIDA SUR LA DEMANDE D'EDUCATION

L'impact du VIH/SIDA sur la **demande** d'éducation peut être évalué en termes de quantité, mais d'une façon plus cruciale, en termes de ses caractéristiques changeantes. Le tableau suivant donne un aperçu schématique de l'impact du VIH/SIDA sur la demande d'éducation.



Le VIH/SIDA affectera le nombre d'enfants en âge d'aller à l'école en diminuant le taux d'accroissement de ce groupe d'âge ; en effet, les femmes séropositives auront une fertilité réduite et la transmission du virus de mère-enfant signifie que le taux de mortalité infantile va croître. Cependant, dans la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne, le nombre d'enfants continuera d'augmenter. En Afrique occidentale et centrale, le taux de croissance de la population en âge scolaire pourrait demeurer aussi élevé que 30%. Des évaluations réalisées par le Bureau de Recensement des Etats-Unis suggèrent que des 26 pays les plus affectés par le SIDA, seuls 6 afficheront une réduction réelle de la population d'âge scolaire avant 2015 . Dans les pays les plus durement touchés par l'épidémie, cependant, tels que la Zambie et le Zimbabwe, le nombre d'enfants d'âge scolaire diminuera de 20% avant 2010, par rapport aux projections faites avant l'avènement du SIDA. (ONUSIDA, 2000).

De façon spécifique au niveau de notre système éducatif, l'impact du SIDA sur la demande d'éducation peut se traduire de la façon suivante :

6.2.1 Une population scolarisable en baisse

Le SIDA touche la population active et surtout, la couche la plus jeune du fait de son extrême vulnérabilité et aussi, parce qu'elle a la malchance de naître dans des familles où les parents sont séropositifs. En effet selon une étude réalisée par S.F Sheaffer en 2001, le nombre d'enfants en âge d'aller à l'école du Burkina, va chuter de 20% d'ici à 2015. La baisse de la population scolarisable du fait du SIDA est due essentiellement aux facteurs suivants:

- *L'Accroissement de la mortalité de la population scolarisable*

Le premier impact négatif du SIDA sur la demande d'éducation est la réduction du nombre d'enfants scolarisables du fait de son incidence sur la mortalité. En effet selon les statistiques

du ministère de la Santé, un cas de décès sur 4 est dû au SIDA . Avec un taux de mortalité de 47 pour mille, une population totale estimée à 13,5 millions en 2005, et les moins de 15 ans qui représentent 49% de la population totale, on peut en déduire le chiffres suivants :

Nombre total de décès par an : 661 500

Nombre de cas décès de jeunes de moins de 15 ans :330 750

Nombre de cas de décès dus au SIDA des jeunes de moins de 15 ans : 82 687

Si on estime à 1 270 000 le nombre total des élèves qui ont moins de 15 ans, le nombre de décès d'élèves dus au SIDA représente 6,22 % de cet effectif , ce qui constitue une proportion non négligeable au sein de ce groupe cible où d'autres facteurs comme les épidémies courantes causent à eux seuls d'énormes ravages.

○ *La réorientation du budget alloué à l'éducation dans les familles affectées.*

C'est un fait indéniable, le SIDA est responsable de l'appauvrissement des familles. En effet, cette maladie affecte les populations au cours de leurs périodes productives et elle prive les ménages des sources de revenus essentielles pour leur subsistance. En outre, une grande partie de ce qui reste de ces revenus est consacrée aux dépenses en soins médicaux et des autres aspects de la prise en charge ; il est donc probable que les dépenses pour l'éducation seront sacrifiées, en particulier dans le cas des filles, pour couvrir ces types de charge.

Le SIDA dans tous les milieux sociaux occasionne aux familles, d'énormes charges induites pour assurer la prise en charge surtout médicale des PVVIH. En effet si la majorité des enseignants sous ARV obtiennent gratuitement les médicaments, il demeure que le traitement des infections opportunistes, le contrôle des CD4 et autres examens cliniques complémentaires reviennent par mois à environ 60 000 F, ce qui correspond au salaire d'un jeune enseignant du primaire. Si l'on ajoute à cela les cas fréquents d'hospitalisation c'est une véritable charge que la famille doit supporter surtout que dans la plupart des cas ce sont les deux conjoints qui sont infectés.

La prise en charge alimentaire de la PVVIH est extrêmement coûteuse, ceci en raison des carences en protéines, en vitamines et en oligo-éléments à combler avec des aliments comme la viande, le poisson, le haricot, les légumes, le lait frais, les œufs, etc. Or, le prix de ces denrées est très élevé, et on estime à environ 30 000F la prise en charge alimentaire spécifique du PVVIH. Pour ne prendre en compte que ces 2 types de charge, on peut en déduire qu'une

PVVIH qui bénéficie d'une bonne prise en charge coûte environ 90 000 F par mois à sa famille.

Les besoins des PVVIH étant imminents et prioritaires, ce sont certaines charges familiales qui peuvent être supprimées qui le sont effectivement au profit des besoins du malade. Sur la liste des dépenses qui peuvent être supprimées, il y a, malheureusement, le budget alloué à l'éducation parce que consistant et n'étant pas vital.

Un membre d'une famille dans laquelle vit un PVVIH nous a confié ceci : *“on n'a pas d'autres choix que d'amener à l'hôpital notre malade infecté qui fait diarrhée/vomissement depuis 24 heures même s'il faut dormir à jeun, parce que sa situation nous dérange et c'est vraiment insupportable de le voir endurer une telle souffrance. En plus de cela, nous avons toujours peur que le spectre de la mort qui plane sur lui ne l'emporte cette fois-ci par le fait de notre manque d'attention”*.

Plus du tiers des élèves enquêtés ont connu des camarades qui ont dû arrêter leurs études à cause de la maladie d'un parent. Etant donné les effets d'appauvrissement total de la famille pour cause du SIDA, la déscolarisation des élèves dont l'un des parents est malade est principalement due au manque de moyens financiers.

○ *Un taux d'abandon scolaire dû au SIDA de plus en plus élevé*

La demande scolaire est affectée au regard du nombre d'enfants qui abandonnent le système scolaire pour cause d'absence de ressources dans les familles infectées et, secondairement, de la nécessité de s'occuper du parent malade, surtout pour les filles.

A maintes reprises, nos interlocuteurs ont eu à insister sur les effets d'appauvrissement total que génère le VIH/Sida dans une famille, *« beaucoup de familles sont démunies, mais avec le Sida, elles sont complètement dépouillées »*, a rappelé l'un d'eux qui met l'accent sur le *« contexte de pauvreté »* dans lequel se débat le pays. *« Les parents se sont soignés avec tous les moyens dont ils disposaient »*, ont eu à ajouter certains. Le coût des premiers examens à réaliser après l'annonce de la séropositivité s'élève à 45 000 F CFA, ce qui s'avère très lourd, même pour un maître de l'enseignement de base. Des cas de déscolarisation ont d'ailleurs été évoqués dans des familles d'enseignants malades.

L'enquête sur le terrain a confirmé ces informations issues des entretiens. Des élèves qui ont connu des camarades qui ont dû arrêter leurs études en raison de la maladie d'un parent indiquent le manque de moyens financiers comme premier déterminant de l'arrêt des études. Aucune différence significative n'apparaît dans les réponses des garçons et des filles. Lors des entretiens dans les provinces, des personnes ont également évoqué le cas des jeunes qui

abandonnent l'école pour s'occuper d'un parent malade. De l'avis général, les filles abandonnent davantage ; néanmoins des élèves, lors d'un focus group, ont évoqué des cas où « *le garçon peut être touché s'il est l'aîné de la famille ou si c'est le père qui est malade* ».

Selon les enseignants rencontrés, même si ces élèves dont les parents sont malades n'abandonnent pas, leurs attitudes en classe sont significatives, « *rien qu'en les voyant* » ont dit plusieurs de nos interlocuteurs. Plus de 8 enseignants sur 10 estiment que la maladie des parents a des répercussions sur leurs enfants, en termes de performance scolaire.

6.2.2. L'impact de la réduction du taux de fécondité

Le SIDA a un sérieux impact sur la baisse de la fécondité. En effet, la principale voie de transmission du virus étant hétérosexuelle, la maladie touche essentiellement les hommes et les femmes sexuellement actifs et surtout, en âge de procréer, causant une baisse naturelle de leur taux de fécondité. Selon une étude réalisée par le PNUD en 1998, il est établi une baisse de fécondité de 30% chez les femmes du fait de l'épidémie. Cela s'explique en grande partie par une recrudescence de l'utilisation de moyens de prévention (préservatifs, abstinence, ...) qui sont en même temps, des moyens de contraception. Il est aussi dû au fait que dans les couples infectés, les rapports sexuels non protégés sont interdits (pour éviter la surinfection). Enfin, il découle également du fait que 45% des personnes qui découvrent leur statut de séropositif ont un dégoût pour les rapports sexuels et d'autres, du fait de la maladie, sont impotents.

Tous ces facteurs se combinent pour entraîner une baisse de la fécondité et partant, une réduction de la population scolarisable.

6.2.3. La stigmatisation et la discrimination

En dehors des facteurs d'abandon mentionnés ci-dessus, on remarque aussi que la stigmatisation constitue un facteur important qui influence à la baisse, la demande d'éducation. En effet, de nombreuses études ont montré que les élèves dont les parents sont malades ou décédés du SIDA ou soupçonnés comme tel par leur entourage subissent une discrimination silencieuse qui les poussent très souvent à abandonner l'école.

Des enfants orphelins que nous avons rencontrés pendant la phase de collecte des données dans diverses localités du Burkina, nous ont témoigné que leurs meilleurs amis les fuyaient parce que leurs parents étaient décédés et craignaient de ce fait, d'être eux-aussi infectés. Ces attitudes discriminatoires liées à l'ignorance des élèves sont souvent entretenues de façon passive ou active, par les parents eux-mêmes.

En dehors des élèves, il importe de mentionner que cette attitude discriminatoire est aussi manifestée à l'endroit des enseignants infectés. Selon une étude diligentée par la Banque Mondiale au Burkina Faso et en Zambie, les familles sont souvent réticentes à inscrire leurs enfants dans des écoles où un ou des enseignants infectés sont en fonction (O. Akpaka et Y. Yaro, 2005). Ce qui est un indicateur de stigmatisation flagrant dépasse le simple fait de l'enseignant infecté pour concerner des écoles entières parce qu'en leur sein, il y a des encadreurs touchés par le SIDA.

La perception que l'environnement proche et lointain a de l'enseignant séropositif fait que ceux-ci ne veulent pas témoigner à visage découvert de peur d'être exclus de leur corps et de la société. Des enseignants séropositifs du MESSRS avec qui nous avons eu un entretien, grâce au précieux concours de la coordonnatrice du CMLS, nous ont dit ne pas pouvoir et vouloir témoigner à visage découvert parce qu'à partir de ce jour ; leurs collègues, leurs élèves, leurs familles et leurs amis auront un regard de discrimination à leur égard.

TROISIEME PARTIE : FORMULATION DE PROPOSITIONS

7. PROPOSITIONS ET RECOMMANDATIONS

7.1. PROPOSITION D'UNE ORIENTATION STRATEGIQUE GLOBALE

Au Burkina Faso, la planification de la lutte contre le VIH/SIDA et la formulation des formes de réponse ont connu une évolution tendancielle ces dernières années du fait de plusieurs facteurs dont : la baisse de la séroprévalence, le maintien à un niveau constant du taux des nouvelles infections au niveau de certaines cibles, le nombre de personnes infectées toujours très élevé conséquence l'amélioration de la qualité de la prise en charge, le nombre d'OEV en augmentation constante.

Dans le secteur de l'éducation où le personnel est toujours considéré comme étant une cible à très haut risque, le niveau de connaissance des enseignants par rapport à la pandémie, (définition, modes de transmission, mode de prévention, situation épidémiologique,) est jugé très bon tant et si bien qu'il n'est plus un déterminant responsable de vulnérabilité. En dehors de cela, tous les spécialistes reconnaissent que la baisse du taux de séroprévalence au Burkina ne doit pas cacher le maintien à un niveau élevé du nombre de nouvelles infections.

Pour cette raison, nous proposons par souci d'efficience que toute politique de lutte contre le SIDA en milieu enseignant parte de l'expérience (acquis et insuffisances) des structures institutionnelles de la lutte contre le SIDA des deux ministères (CMLS). Il est aussi impérieux de prendre en compte le document référentiel de la lutte au niveau du MEBA et MESSRS qu'est le *Plan d'action pour l'accélération de la réponse du secteur de l'éducation au VIH/SIDA et aux IST*.

Nous recommandons également que les actions soient orientées vers des interventions ciblées ou spécifiques autour de deux axes prioritaires que sont la prévention et la prise en charge. Les actions doivent aussi être orientées vers la capitalisation des expériences et leur dissémination au niveau des autres acteurs.

Par rapport à la prévention et en rapport avec ce qui est dit plus haut, l'intervention doit être orientée vers la prévention des nouvelles infections à travers le renforcement des capacités et des aptitudes des enseignants pour qu'ils adoptent des comportements à moindre risque d'infection. La prévention doit aussi s'articuler autour des axes de promotion d'actions qui puissent réduire la stigmatisation et la discrimination envers les personnes infectées et affectées.

Pour ce qui est de la prise en charge, des actions de plaidoyer doivent stimuler une adhésion plus importante des différents acteurs de la communauté, des décideurs politiques et des partenaires bilatéraux de l'éducation pour mobiliser davantage des ressources nécessaires à la prise en charge globale des PVVIH et des OEV dont le nombre est de plus en plus croissant.

7.2. METTRE LES CMLS DU MEBA ET DU MESSRS AU CENTRE DES ACTIONS

La lutte contre le SIDA dans le monde de l'éducation ne peut enregistrer des résultats probants que si on suscite et on entretient des actions synergiques avec tous les acteurs du secteur. A ce titre, nous rappelons que la dynamique organisationnelle, structurelle et opérationnelle impulsée par les CMLS du MEBA et du MESSRS ont permis d'enregistrer de bons résultats tant au niveau de la lutte contre la propagation de la maladie que de l'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes infectées et affectées. Ceci est dû en partie au caractère décentralisé et participatif de la lutte avec une structure pyramidale qui va du ministre de tutelle jusqu'aux élèves à travers les circonscriptions d'enseignement de base ou les établissements secondaires. Cela est aussi dû au choix judicieux des stratégies et des outils qui de plus en plus sont entrain d'être intégrés dans les curricula de formation. Les insuffisances enregistrées dans les interventions des CMLS l'ont essentiellement été du fait de la modicité des ressources et surtout les moyens financiers qui n'ont pas permis de mettre en œuvre toutes les activités planifiées dans le cadre des plans d'action annuels.

Comme nous parlions de synergie dans l'action plus haut, toutes les initiatives tendant à lutter contre le SIDA dans le secteur de l'éducation doivent soutenir la politique des CMLS des deux ministères qui est traduit sous forme d'actions planifiées dans un cadre temporel précis avec un répartition de tâches entre les différents acteurs.

En dehors des plans d'action annuels des deux CMLS, les deux ministères élaborent tous les trois ans avec le soutien du SP/CNLS un plan d'action pluriannuel dénommé "Projet d'accélération de la réponse du secteur de l'éducation à l'épidémie du VIH/SIDA". Le dernier en date est celui qui couvre la période allant de Juillet 2005 à Juin 2007 avec un budget estimatif de 1 876 660 678 F CFA (y compris le cas spécifique du Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale) .

Ce projet qui a planifié des activités en rapport avec les axes 1, 2 et 4 du cadre stratégique de lutte contre le SIDA et les IST connaît de sérieuses difficultés pour sa mise en œuvre du fait de la faible mobilisation des ressources financières.

Pour donner une idée des grands axes de ce projet, nous proposons dans le tableau synoptique suivant les objectifs, les stratégies et les principales activités.

ACTIVITES SPECIFIQUES PLANIFIEES PAR LE MEBA

Problème 1 : Persistance des comportements à risque au niveau des enseignants du MEBA	
Objectif général/stratégique	Impacts attendus
Développer les compétences des enseignants à se protéger contre les IST et le VIH/SIDA et à enseigner ces compétences aux élèves	Régression sensible de la propagation du VIH/SIDA
Objectifs intermédiaires	Résultats attendus
<ul style="list-style-type: none"> ✓ réduire d'au moins 50% le taux de nouvelles infections dans le ministère ✓ accroître d'au moins 25% les compétences des élèves à se protéger et à protéger leur entourage contre le VIH/SIDA et les IST 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ le taux de nouvelles infections est réduit de 50% ✓ les compétences des élèves se sont accrues de 25%
Principales activités des objectifs spécifiques	Produits
1. organiser un atelier d'harmonisation des curricula et des guides existants par une équipe de 18 spécialistes en 2 semaines à Bobo Dioulasso	Un atelier d'harmonisation de curricula et des guides existants est organisé par une équipe de spécialistes en 2 semaines à Bobo Dioulasso
2. traduire les guides et les manuels élaborés en 6 langues nationales par une équipe de 18 spécialistes en 2 semaines à Kaya	Les guides et manuels élaborés sont traduits en 6 langues locales par une équipe de spécialistes à Kaya.
3. reproduire les manuels en 500 exemplaires et le guide en langues nationales en 500 exemplaires avec livraison dans les structures décentralisées	Les manuels et guides sont reproduits et livrés aux structures déconcentrées
4. élaborer des affiches sur le VIH/SIDA pour l'enseignement de base.	Des affiches sur le VIH/SIDA sont élaborées
5. reproduire les affiches sur le VIH/SIDA en 7 000 exemplaires	Les affiches sont reproduites en 7000 exemplaires
Problème 2 : insuffisance des capacités opérationnelles des structures de coordination des activités de lutte contre le SIDA du MEBA	
Objectifs stratégiques	Impacts attendus
Renforcer les capacités organisationnelles et de coordination des structures de lutte contre le VIH/SIDA	Les capacités organisationnelles des structures de lutte contre le VIH/SIDA sont renforcées

Objectifs intermédiaires	Résultats attendus	
Accroître les capacités organisationnelles et de coordination des structures de lutte contre le VIH/SIDA	Les capacités organisationnelles et fonctionnelles des structures sont accrues d'au moins 50%	
Principales activités	Produits	
1. organiser 6 missions de suivi des activités d'intégration des curricula dans l'enseignement primaire	6 missions de suivi des activités d'intégration des curricula dans l'enseignement primaire sont organisées	
2. organiser 6 missions de suivi des activités d'intégration des curricula des 13 régions vers les écoles des 45 provinces	6 missions de suivi des activités d'intégration des curricula dans l'enseignement primaire sont organisées dans les 13 régions vers les écoles	
3. apporter un appui au fonctionnement des structures de coordination et d'exécution	un appui est apporté au fonctionnement des structures d'exécution et de coordination	
4. organiser un atelier bilan de l'exécution de la première année regroupant 60 personnes à Bobo Dioulasso	un atelier bilan de l'exécution de la première année est organisé	
5. organiser un atelier d'évaluation finale du plan du MEBA regroupant 60 personnes à Bobo Dioulasso	un atelier d'évaluation finale est organisé.	
Principaux intervenants	Zones d'intervention	Partenaires techniques
Niveau national des CMLS Niveau local des Comités de Région	DREBA DPEBA CEB	Banque Mondiale SP/CNLS PPIE

ACTIVITES SPECIFIQUES PLANIFIEES PAR LE MESSRS

Problème 1 : L'impact des activités de prévention est insuffisant dans le département du MESSRS	
Objectifs général/stratégique	Impacts attendus
Réduire la transmission IST et le VIH/SIDA	Une régression significative de la transmission du VIH et des IST est enregistrée.

<p>Objectifs intermédiaires</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ réduire d'au moins 50% le taux de nouvelles infections dans les communautés éducatives. ✓ Réduire l'incidence des IST de 50%. 	<p>Résultats attendus</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ le taux de nouvelles infections est réduit d'au moins 50% ✓ l'incidence des IST est réduite de 50%
<p>Principales activités des objectifs spécifiques</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. apporter un appui aux ONG et associations intervenant en dehors des classes pour les activités de formation en CVC et dans l'organisation des activités d'IEC/CCC et CDV au profit des enseignants et des élèves 2. élaborer des curricula pour l'enseignement des connaissances sur les IST et VIH/SIDA au profit des 2 ordres d'enseignement (préscolaires et secondaire) 3. organiser un atelier de validation des curricula élaborés regroupant 100 personnes à Loumbila 4. élaborer un manuel de suivi évaluation du plan d'accélération 5. former en 60 sessions de 5 jours 12 000 enseignants des 3 ordres d'enseignement à l'utilisation des curricula et guides pédagogiques 6. former en 13 sessions de 5 jours 500 encadreurs pédagogiques des 3 ordres d'enseignement sur le contenu des curricula et guides pédagogiques dans les 13 régions 7. reproduire les curricula et les guides pédagogiques des 3 ordres d'enseignement en 12 500 exemplaires 8. organiser en 3 sessions de 5 jours un atelier de formation des formateurs sur l'utilisation des curricula et guides pédagogiques regroupant les 146 personnes à Loumbila, Gaoua et Ouahigouya 	<p>Résultats attendus</p> <p>Les ONG et associations ont bénéficié d'un appui et des activités en dehors des classes sont organisées au profit des enseignants et élèves</p> <p>Des curricula et guides pédagogiques pour l'enseignement des connaissances sur les IST/VIH/SIDA sont élaborés pour les deux ordres d'enseignement</p> <p>Les curricula élaborés sont validés</p> <p>Un manuel de suivi évaluation est élaboré</p> <p>12 000 enseignants des 3 ordres d'enseignement sont formés</p> <p>500 encadreurs pédagogiques des 3 ordres d'enseignement sont formés</p> <p>12 500 exemplaires des curricula et guides pédagogiques sont reproduits</p> <p>146 formateurs de formateurs sont formés et sont aptes à utiliser les curricula et guides.</p>

Problème 2 : insuffisance des capacités opérationnelles des structures de coordination des activités de lutte contre le SIDA du MEBA		
Objectifs stratégiques	Impacts attendus	
Renforcer le partenariat national, régional et international en faveur de la lutte contre le SIDA Renforcer les capacités organisationnelles et de coordination des OBC impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA au niveau du secteur de l'éducation.	Les capacités organisationnelles des structures de lutte contre le VIH/SIDA sont renforcées	
Objectifs intermédiaires	Résultats attendus	
Impliquer au moins 50% des partenaires nationaux, régionaux et internationaux dans la lutte contre le VIH/SIDA Accroître d'au moins 50% les capacités organisationnelles et fonctionnelles du secteur de l'éducation, des ONG et OBC impliquées dans la lutte contre le VIH/SIDA et les IST intervenant dans ce secteur.	La lutte contre le VIH/SIDA dispose de plus de moyens Au moins 50% des structures impliquées dans la lutte contre le VIH/SIDA et les IST dans le secteur de l'éducation sont opérationnels dans ce secteur	
Principales activités	Produits	
1. organiser 4 rencontres de 2 jours du comité de pilotage à Kaya 2. organiser un atelier d'évaluation du plan d'accélération regroupant 100 personnes à Loumbila 3. mettre en place un comité de pilotage inter-ministériel au niveau national et régional pour la coordination des activités du plan 4. organiser 4 missions conjointes (1 mission par semestre) du comité de pilotage	3 rencontres de 2 jours du comité de pilotage sont organisées un atelier d'évaluation du plan d'accélération est organisé un comité de pilotage est mis en place et est fonctionnel 4 missions conjointes sont organisées	
Principaux intervenants	Zones d'intervention	Partenaires techniques
Niveau national : les CMLS	Tout le territoire	Banque Mondiale, SP/CNLS
Niveau local : les Comités de Région	Les structures du MESSRS, MEBA, MASSS dans les 13 régions	

7.3. METTRE EN ŒUVRE UNE STRATEGIE DE PREVENTION QUI INDUISE UNE EXPOSITION MINIMALE DES ENSEIGNANTS AUX NOUVELLES INFECTIONS.

Toute la politique et la vision pour réduire la propagation du SIDA et minimiser son impact sur les personnes infectées et affectées en milieu enseignant doivent reposer à notre sens, sur le développement de stratégies, qui en même temps qu'elles vont permettre de promouvoir une approche pragmatique de prévention, vont du même coup susciter la réduction de la stigmatisation, qui à elle seule constitue un blocage essentiel dans la planification de la lutte. Ainsi donc il s'agit de choisir une approche et des outils de communication qui tiennent compte de l'ampleur et de la manifestation de la pandémie mais surtout de la spécificité de la cible qui a un niveau d'instruction élevé (qui varie entre le supérieur et le niveau BEPC), qui utilise et/ou qui a accès aux outils classiques mass-media (télévision, Internet, etc.), qui possède un pouvoir d'achat (classe moyenne des Burkinabé), qui exerce la formation d'encadreur des jeunes, donc capable d'exercer des moyens de pression sur ses élèves qui en grande majorité sont des adolescents dont une partie est sexuellement actives.

En tenant compte de la description que nous avons faite plus haut de notre cible, nous voulons dans notre proposition, recommander une approche réaliste dont la mise en œuvre va permettre d'enregistrer des résultats probants. Les principales articulations de notre proposition vont reposer sur les principes suivants :

7.3.1. Les principes de base de l'approche que nous proposons

En matière du VIH/SIDA, quand on parle de prévention, cela rime très souvent avec adoption de comportement responsable dans la gestion d'une sexualité saine, ou augmenter sa capacité de résister dans des environnements et à des facteurs à risque, ou encore développer des aptitudes dans la gestion responsable des émotions et des stress en matière de libido, etc. En d'autres termes, la promotion d'une politique de prévention est plus question de prise de décision au niveau personnel, dont la finalité est d'induire des changements de comportement qui s'inscrivent dans la durée. C'est donc plus une question de susciter la **prise de conscience** et de **décision** qu'une question de **moyens** (disponibiliser des préservatifs, etc.). Pour cela, il faudra renforcer au niveau de l'individu ou du groupe des capacités et des aptitudes qui lui permettent d'opérer des bons choix pour ne pas être vulnérable et partant éviter de se faire infecter. Tout cela nous amène à dire que le choix de ces stratégies, doit reposer essentiellement sur une approche dont la communication est le point névralgique.

7.3.2. Quel outil de communication choisir pour promouvoir la prévention du VIH au niveau des enseignants

Dans la plupart des campagnes de prévention au Burkina Faso et en particulier au niveau des enseignants, les outils de communication qui sont couramment utilisés sont surtout l'IEC (Information-Education-Communication). L'IEC utilise très souvent des outils audio-visuels (films thématiques lors des séances vidéos et des ciné-débats, affiches, dépliants, musiques, T-shirt, caravanes, etc.) lors des animations grand public.

Si l'IEC a des avantages : elle permet de toucher un grand nombre de personnes en une seule animation, elle surtout beaucoup d'insuffisances. En effet dans l'approche IEC, on se soucie plus des résultats (nombre de cibles touchées lors d'une animation, nombre de séances organisées) que de l'impact (à la fin d'une animation, on peut difficilement dire combien de personnes ont compris le sujet traité ou encore combien de personnes ont décidé de changer de comportement, parce qu'en réalité c'est le coté sensationnel et distraction qui attire le plus souvent le public).

Toujours dans l'IEC, on met surtout l'accent sur le I (information) et le E (éducation) tout en occultant le C (communication). En effet lors des séances IEC, les animateurs "parlent à un auditoire, mais pas avec un auditoire " ; ce qui signifie qu'on véhicule des messages sans se soucier des effets en terme de changement que ça peut induire chez l'auditoire.

Quand on fait le bilan des campagnes de communication depuis l'apparition de la pandémie, on fait le triste constat que beaucoup de personnes ont les informations de base sur le SIDA, mais peu d'entre elles ont changé de comportement, parce qu'elles ont reçu l'information et l'interprètent mal, ou parce qu'elles l'ont comprises, mais refusent de changer de comportement.

Ce que nous recherchons dans le processus de communication que nous proposons, c'est que la cible reçoive l'information et décide de changer de comportement.

Pour cela nous pensons qu'en raison de la spécificité de la cible, il faudra retenir une approche de communication dynamique et interactive qui puisse soutenir chaque individu dans une dynamique de groupe, à opérer des bons choix dans la gestion d'une sexualité saine et responsable (parce que 85% des modes de transmission du SIDA passent par la voie hétérosexuelle) et dans le développement de nouvelles aptitudes pour rester fort dans des situations où le risque de vulnérabilité à l'infection est élevé.

Cette approche de prévention est appelée Compétence de Vie Courante (CVC), littéralement tirée de l'anglais Life Skills.

7.3.3. Pourquoi L'approche Life Skills ou compétence de vie courante comme instrument pour planifier la prévention du SIDA en milieu enseignant ?

La lutte contre le SIDA aujourd'hui se pose en terme de susciter le changement de comportement au sein de la population sexuellement active et plus spécifiquement au niveau des groupes à risque. Or les approches traditionnelles de prévention et plus particulièrement l'IEC ont montré, à travers leur stratégie de communication de masse, leurs limites objectives quand il s'agit d'amener les populations à opérer des choix dans la gestion saine et responsable de leur sexualité. Au niveau de l'IEC on conseille des **attitudes** à adopter pour éviter d'être infecté (comme observer l'abstinence, rester fidèle à un partenaire sain ou utiliser des préservatifs), mais on ne renforce pas chez la cible des **aptitudes** qui pourront la soutenir à ne pas adopter des comportements à risque dans des situations de vulnérabilité (par exemple on ne conseille pas à l'individu comment se comporter quand on est devant un facteur, sur un site ou dans un évènement à risque).

En plus de cela ces approches proposent des stratégies standards de prévention, en occultant le fait que chaque groupe vulnérable a sa spécificité. Pour illustrer cela, nous disons que les outils de prévention ne peuvent pas être les mêmes chez des commerçants que chez des enseignants. Or dans la réalité ce sont les mêmes outils audio-visuels, le même type de message (fidélité, abstinence ou préservatifs) qui sont véhiculés.

Pourtant les enseignants, comme nous le disions plus haut, sont une cible spécifique, qui a son environnement de vulnérabilité, qui a sa perception de la sexualité, qui dispose d'une certaine capacité dans la réception de l'information, qui connaît la réalité de la mobilité dans l'exercice de sa fonction, etc. C'est pour cette raison que nous disons que l'approche de prévention au sein de ce groupe doit être spécifique, et reposer sur des stratégies de prévention dynamique, interactive donc participative.

Le type d'approche qui prenne cette préoccupation en compte est la Communication pour le Changement de Comportement (CCC). Cette approche part du principe que l'important dans une campagne de prévention n'est pas de véhiculer des messages - parce que votre cible peut soit ne pas comprendre l'information ; soit la comprendre, mais refuser de changer de comportement – mais surtout de susciter un changement durable de comportement qui

minimise le risque de vulnérabilité, pour soi et aussi pour son entourage (familial, professionnel, amical, etc.)

Au niveau de la CCC, plusieurs approches sont utilisées, mais dans le domaine de la lutte contre le SIDA, celle qui a fait ses preuves est l'approche life skills ou compétences de vie courante (CVC).

L'OMS définit les Compétences de Vie Courante comme étant *l'ensemble des compétences psychosociales, et interpersonnelles permettant à l'individu de **penser et d'agir de manière constructive et responsable** par rapport à lui-même et dans ses relations avec les autres. C'est donc un processus de transformation des **connaissances, attitudes et valeurs** en compétences et habilités (aptitudes).*

Dans l'approche life skills, on évite de traiter directement du VIH/SIDA qui est une maladie qui fait peur, puisque chaque fois qu'on l'évoque, il fait penser à la mort. On amène plutôt un groupe d'individus homogènes (qui du fait de leur âge, leur sexe, leur profession, ou leur localisation géographique, etc. ont en commun un même centre d'intérêt) qui rencontre le type de difficultés dans la gestion des relations interpersonnelles ou de leurs sexualités. Ils choisissent librement de traiter des sujets qui les exposent à la vulnérabilité au VIH, de la fréquence des rencontres, du lieu, etc.

Les life skills reposent sur le principe de la **paire éducation**, dans une logique où il n'y a pas d'apprenant et de formateur et donc où tout le monde vient pour donner et recevoir.

7.3.4. Les avantages pratiques des life skills pour les enseignants

- ✓ Une approche flexible, qui n'impose pas un programme avec des horaires rigides, mais qui s'adapte au rythme que lui impose le groupe.
- ✓ Le niveau d'instruction des enseignants permet de valoriser la méthodologie proposée par l'approche
- ✓ L'approche est très vulgarisée dans les pays anglophones et même au Sénégal où elle est introduite dans les curricula de formation. A ce titre il existe de nombreux ouvrages, didacticiels et autres outils très souvent conçus avec des modules prêts à l'utilisation.

- ✓ De nombreux partenaires dont l'UNICEF, l'UNESCO, Education International, Education Développement Center Inc, la Banque Mondiale, Alliance et l'OMS soutiennent financièrement et méthodologiquement la vulgarisation de
- ✓ Dans le monde de l'éducation, il existe déjà des cadres formels et informels de rencontre avec des dynamiques de groupe très vivants (GAP, conférences pédagogiques, etc.)
- ✓ L'environnement géographique des enseignants (qui vivent très souvent en communauté ou qui sont logés au sein des écoles surtout dans les zones rurales) est propice à la vulgarisation de la méthode.

7.4. L'ENSEIGNANT COMME POINT DE DEPART POUR LA LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION

Nous l'avons perçu très clairement dans les chapitres précédents, la stigmatisation constitue un obstacle majeur dans la planification de stratégies pour réduire l'impact de la pandémie. En effet pour paraphraser le Professeur Luc MONTAIGNER, *la lutte contre le SIDA ne sera réalité que si la conscience collective l'adopte comme une maladie banale comme le rhum, donc autre chose qu'un symbole qui rappelle la mort.*

Dans le système éducatif, et dans la dynamique interpersonnelle, l'enseignant touche plusieurs cibles du fait de son rôle transversal. En effet, il assume la fonction d'encadreur pédagogique dans sa classe, il est considéré comme une source de savoir ou de référence ou encore de modèle dans la communauté, il participe à des dynamiques de réflexion au sein de son corps à travers les GAP, les conférences pédagogiques.

Nous l'avons aussi perçu plus haut, la stigmatisation se manifeste avec intensité dans le secteur de l'éducation et entraîne la baisse de rendement et la démission aussi bien des élèves que des enseignants. Fort de tout ce constat, nous souhaitons que l'enseignant soit placé au cœur de toute initiative de lutte contre la stigmatisation car de par sa place il pourra contribuer à travers une approche transversale à faire infléchir la prédominance de la stigmatisation et partant minimiser l'impact du VIH sur la communauté éducative.

7.5 AMELIORER LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES INFECTEES ET AFFECTEES

Nous avons longtemps insisté sur la fonction de frein que joue la stigmatisation dans la lutte contre le SIDA au sein de la communauté éducative. Tous les acteurs de l'éducation ont reconnu de façon unanime que si les enseignants sont informés de l'existence d'une prise en charge en cas de test positif, ils feront beaucoup plus facilement le test de dépistage. Le

soutien socio-économique que les CMLS des ministères de l'éducation fournissent doit être maintenu et donné en temps opportun pour les quatre trimestres que comporte l'année et dans une confidentialité totale, sans laquelle les PVVIH ne se déclareront pas, compte-tenu de la force de la stigmatisation et de la discrimination à leur égard. A ce sujet, pendant que nous étions en entretien avec la coordonnatrice du CMLS du MESSRS, un enseignant PVVIH très malade est venu la voir pour solliciter une aide alimentaire parce que son salaire est suspendu depuis 5 mois suite à un contrôle de routine pendant les opérations de billettage. La coordonnatrice très dans l'embarras était obligée d'utiliser ses ressources propres parce que la situation était difficile à supporter. Elle nous a ajouté que des scènes pareilles étaient légion dans son bureau et accepter d'assumer cette coordination était du domaine du sacerdoce ou de la vocation, et mieux il faut disposer d'un moral d'acier.

Au-delà de ce soutien économique c'est d'une prise en charge globale, médicale et psychosociale dont tous les PVVIH ont besoin. Il est certain que des enseignants PVVIH en milieu rural auront beaucoup de mal à bénéficier de cette prise en charge. Il faut donc qu'ils puissent obtenir une mutation dès qu'ils connaissent leur séropositivité et sans attendre que la maladie se soit déclenchée. C'est là la difficulté majeure car demander cette mutation avec les résultats du test, c'est avoir de grandes chances de l'obtenir mais avec de grands risques de stigmatisation; la demander sans les résultats du test c'est risquer de ne pas l'obtenir. C'est l'une des raisons pour lesquelles la lutte contre la stigmatisation nous paraît essentielle. Comment sortir de cette trilogie infection-stigmatisation-prise en charge ? A notre sens il serait souhaitable qu'un groupe consultatif comprenant des représentants des ministères chargés de l'éducation, des syndicats, des associations de PVVIH et des personnes-ressources soit constitué et fasse des propositions aux CMLS desdits ministères. La grande mobilité du personnel de l'éducation de base qui dans certaines circonstances constitue une contrainte, peut dans le cas présent être vue comme une opportunité qui facilitera, au moins au sein d'une province ou d'une région, le transfert d'un PVVIH vers un centre urbain.

Nous voudrions insister sur l'accompagnement psychosocial aussi bien pour les PVVIH que pour leur entourage familial, et en particulier leurs enfants ainsi que les orphelins.

Aujourd'hui c'est surtout au sein des associations de PVVIH que cet accompagnement est assuré ainsi que dans quelques centres hospitaliers grâce aux groupes de parole ou groupes de soutien, et des entretiens individuels avec des personnels formés. Les centres d'écoute qui sont en voie de création dans certains endroits pourraient également aider à cette prise en charge psychologique des élèves infectés ou affectés, à condition qu'ils puissent être écoutés par des personnes formées.

Il y a aussi la nécessité de soutenir les familles qui accueillent des OEV, soutien financier en premier lieu, mais aussi soutien moral qui peut provenir de la communauté à laquelle ils appartiennent. Cette approche communautaire, beaucoup plus difficile à mettre en œuvre en milieu urbain, est encore réalisable en milieu rural dans certaines conditions, à l'image de ce qu'IPC a pu mettre en œuvre avec des organisations à base communautaires. Les OEV identifiés par la communauté sont pris en charge par elle et une collaboration entre communauté/familles/école peut se construire. Il est alors plus aisé de prévenir la déscolarisation des enfants affectés par la maladie ou le décès d'un proche.

7.6 UTILISER L'ECOLE COMME CADRE POUR RENFORCER LA QUALITE DU SOUTIEN PSYCHOSOCIAL

Nous l'avons vu à travers les statistiques, le nombre d'enseignants vivant avec le VIH et de personnes affectées est très important dans la communauté éducative. Les diverses formes de soutien apportées aux personnes infectées et affectées sont orientées surtout vers la prise en charge médicale et matérielle des PVVIH et le soutien scolaire aux OEV. Et pourtant l'ampleur de la stigmatisation et de la discrimination nécessite qu'on renforce les initiatives allant dans la direction du soutien psychosocial aussi bien aux personnes infectées que affectées. Cela pourra par exemple motiver l'enseignant – dont nous avons notifié le témoignage plus haut – à ne plus fuir la cour de l'école du fait du regard de son environnement.

La plupart des PVVIH et des OEV qui bénéficient d'une prise en charge psychosociale passent par les associations et les organisations à base communautaire de prise en charge qui offrent gratuitement leurs services à condition d'être membre de leur structure. Or nous reconnaissons que l'école a toujours été et constitue toujours un cadre où des valeurs comme la solidarité et le partage sont cultivées. C'est vraiment dommage que ces vertus ne soient pas valorisées au profit de la prise en charge des enseignants infectés et des membres de leurs familles.

La réflexion peut être poursuivie au niveau de cadres mieux indiqués pour voir comment l'école peut être utilisée comme cadre pour soutenir sur le plan psychosocial les personnes infectées et affectées de la communauté éducative.

8.7 LA NECESSITE DE SOUTENIR DES INITIATIVES TENDANT A ORGANISER LES ENSEIGNANTS INFECTES.

Une grande insuffisance que nous avons observée pendant la phase de collecte, c'est que les PVVIH dans la communauté éducative ne sont pas organisées dans un cadre qui puisse

faciliter les diverses formes de soutien qu'on leur apporte, et surtout leur permettre de constituer une force qui puissent influencer la prise de certaines décisions à certains niveaux. Le coordonnateur du CMLS du MEBA nous a confié qu'une organisation d'enseignants PVVIH s'est constituée sous son impulsion au niveau de Bobo Dioulasso et s'est constituée en même temps en groupe d'auto support qui est un cercle où les personnes infectées viennent échanger leurs difficultés ou bénéficier du soutien (de toute nature) des autres membres du groupe. Par contre au niveau du MESSRS, la coordonnatrice nous a dit qu'elle rencontrait de sérieuses difficultés pour susciter la création d'un regroupement de PVVIH au sein de son ministère. Et pourtant la création d'une structure regroupant les PVVIH offre plusieurs avantages dont :

- ✓ La constitution de groupes de parole et d'auto support qui vont être des espaces où les personnes infectées vont dans un esprit de dynamique de groupe se soutenir mutuellement et surtout se partager les expériences qui permettent de mieux vivre avec le virus.
- ✓ Constituer une entité de référence pour accéder aux différents avantages octroyés par le SP/CNLS aux personnes infectées dont les ARV. De plus en plus, les partenaires financiers exigent que les différentes formes de soutien apportées aux communautés dans le cadre de la lutte contre le SIDA passent par le système du réseautage ou des regroupements des groupes cibles.
 - Faciliter la planification des interventions des CMLS qui jusqu'à présent touchent individuellement les PVVIH, ce qui a un coût en temps et en argent pour des structures dont les membres sont en nombre très réduit.
 - Enfin cela va constituer une tribune de plaidoyer pour acquérir toutes les sensibilités à leurs causes et un tremplin pour combattre la stigmatisation et la discrimination.

Nous avons vu que dans le plan d'action des CMLS cela est une préoccupation, il reste maintenant à le traduire en actions.

7.8. IMPERIEUSE NECESSITE DE SYNERGIE DES DIFFERENTS ACTEURS DANS L'ACTION

Si théoriquement la lutte contre le SIDA dans la communauté éducative est placée sous la tutelle des CMLS avec les ministres des différents départements comme présidents, il importe de souligner que dans la réalité, plusieurs acteurs interviennent dans le combat contre la pandémie au niveau du secteur de l'éducation, sans concertation les uns avec les autres. Nous avons comme l'impression que le plus important pour ces acteurs c'est plus le fait de recevoir

ou rechercher des financements pour mettre en œuvre des activités qui importe que de celui de contribuer à minimiser l'impact de la maladie. On nous a confié dans certains milieux que c'est plus le côté argent qui mobilise, et d'aucuns disent que s'il y a tant d'engouement c'est parce que " dans le SIDA il y a de l'argent".

Or nous savons que beaucoup de partenaires qui se préoccupent des questions de l'enfance et de l'éducation comme l'UNICEF, UNESCO, Plan International, Born Fonden, etc., soutiennent des associations au niveau décentralisé pour mener des activités de lutte contre le SIDA dans le secteur de l'éducation. En plus de cela la plupart des associations offrent des services de prise en charge à des OEV avec une importante composante soutien scolaire (fournitures scolaires, paiement de frais de scolarité et de la tenue scolaire, etc.) sans que les relais locaux des CMLS soient mis au courant. Dans ce cafouillage, il arrive que la même cible bénéficie de plusieurs soutiens de même nature de différents partenaires pendant que d'autres sont dans le besoin.

Au regard de cela, nous pensons que tous les acteurs de la lutte contre le SIDA au niveau de la communauté éducative doivent créer un cadre de concertation qui leur permettra de disposer d'une synergie dans l'action.

7.9. RENFORCER LE PLAIDOYER

Nous avons l'impression que la communauté et plus particulièrement les leaders d'opinion n'ont pas conscience que le secteur de l'éducation est à haut risque de vulnérabilité et que par conséquent l'impact du VIH/SIDA dans ce milieu est très lourd. Nous justifions ce constat par plusieurs faits dont :

- La réduction des budgets des CMLS de l'éducation par le SP/CNLS. En effet pour illustrer cela, le CMLS du MEBA a reçu une subvention de 100 millions en 2002-2003 de la part du SP/CNLS et ce montant a chuté à 20 millions en 2005-2006, à un moment où l'impact de la pandémie occasionne un nombre important de PVVIH et d'OEV à prendre en charge.
- La suppression de certains projets spécifiques au secteur de l'éducation au niveau du PA/PMLS comme le cas du " projet interventions ciblées de lutte contre le SIDA au profit des jeunes de 15 à 18 ans scolarisés ou non dans les villes de Ouagadougou et de Bobo Doulasso" à un moment où le nombre élevé de nouvelles infections se recense dans le milieu scolaire.

Pour ces raisons, nous pensons qu'il faille renforcer le plaidoyer au niveau des partenaires qui soutiennent la lutte contre le SIDA au niveau du secteur de l'éducation pour que la volonté

politique soit plus manifeste et les ressources (humaines, matérielles et financières) plus conséquentes.

Le plaidoyer peut passer par diverses voies dont par exemple l'organisation de téléthon, comme c'était le cas en Octobre pour soutenir la scolarisation des enfants pauvres, ou l'organisation de gala avec des invités de marque qui peut susciter un certain engouement et une adhésion de personnes ressources de référence à cette cause.

7.10. LA CAPITALISATION DES ACQUIS DANS UNE DYNAMIQUE DE SUIVI-EVALUATION

Plusieurs acteurs ont reconnu l'absence sur le terrain d'un dispositif de suivi dans le processus de planification des activités de lutte contre le VIH/Sida dans le système éducatif. S'il est vrai que le nombre et la nature des projets de lutte contre le SIDA mis en œuvre est assez important dans la communauté éducative du fait de la diversité des partenaires institutionnels et financiers, il demeure qu'on observe une absence de synergie dans l'action et pire les acquis et les insuffisances ne sont pas capitalisés. En effet bien souvent, des activités de prévention dans le milieu scolaire ou de prise en charge des OEV sont menées de manière ponctuelle en fonction des financements des partenaires ou des projets, sans même que les CMLS soient mis au courant. L'une des raisons principales de ce qu'il faut bien appeler « un pilotage à vue » vient de la grande dépendance à l'égard des partenaires financiers qui cherchent souvent à citer des références de projets ponctuels qu'ils ont soutenu plutôt que soutenir des initiatives qui ont un impact réel. Peu de structures imaginent qu'elles pourraient faire une activité sans financement extérieur.

En dehors de cela les diverses organisations de lutte contre le SIDA au niveau décentralisé n'envoient pas de rapports d'activités au CMLS à qui elles sont directement rattachées pour les besoins de la capitalisation. C'est cette absence de capitalisation des interventions dans le secteur de l'éducation qui justifie en grande partie l'absence de statistiques fiables ou d'information sur l'épidémie en milieu enseignant.

Dans l'analyse des problèmes en suspens pour la prise en charge des OEV, a été soulevée la question du suivi scolaire. Apporter un appui pour l'inscription d'un OEV dans l'enseignement de base comme dans l'enseignement secondaire est important, dans la mesure où les difficultés d'ordre économique sont les causes les plus fréquemment citées de la déscolarisation des enfants, dont les parents sont malades ou décédés. Mais si aucun suivi des difficultés rencontrées par cet enfant n'est réalisé, l'appui financier risque de ne pas porter beaucoup de fruits. Des mécanismes de suivi doivent donc être mis en place pour que

l'enfant se sente soutenu et suivi, pour que soient identifiés les obstacles à sa réussite scolaire et mises en oeuvre les mesures nécessaires à celle-ci. Les APE peuvent contribuer à ce suivi ainsi que les chefs des CEB. Certains taxeront, peut-être ces propositions, d'utopiques, mais l'appui à la scolarisation ne se réduit pas au paiement des frais de scolarité. Ce suivi, comme toutes les mesures de soutien à l'égard des OEV, doit être fait en prenant garde à ce qu'il n'engendre pas de stigmatisation ou de la discrimination. En effet certains pays, comme l'Afrique du Sud, ont eu à développer des interventions visant au maintien des OEV à l'école en fournissant matériels scolaires et uniformes qui ont eu des effets inverses, le fait d'avoir un nouveau cahier les affichant comme « enfants du Sida ».

Le Responsable d'une association a eu à déplorer devant nous que ses partenaires n'accordent qu'un financement très minime pour le suivi, alors que les organisations internationales sont tout à fait conscientes de l'importance du suivi et du coût de celui-ci.

Cette lacune du processus de suivi/évaluation se traduit aussi au niveau des activités de prévention, en particulier dans le domaine de l'information et de la communication, où on aligne des activités de façon stéréotypée sans qu'une évaluation, ne serait-ce que sommaire, des précédentes, n'ait été faite. Il n'est pas étonnant dans ces conditions que les enseignants du secondaire ne soient pas enthousiasmés par les séances répétitives où ils ont le sentiment de ne pas apprendre d'informations nouvelles même si les vraies raisons de leur manque d'enthousiasme réside dans l'absence de motivation financière. Nous pensons qu'il faut inclure systématiquement la dimension évaluation rapide aux termes des activités de prévention, dans l'esprit d'une identification des besoins, dans la majorité des activités.

La nécessité de conduire des sessions d'évaluation interne et externe, des différentes structures impliquées dans la lutte contre la pandémie en milieu scolaire doit être comprise comme une condition de l'efficacité des actions.

L'objectif n'est pas seulement de diffuser des messages ou d'apporter des appuis de diverses natures aux personnes infectées et affectées, mais il faut surtout s'assurer que ces interventions ont un impact, et surtout que la stratégie de communication suscite auprès de ce public les attitudes et des aptitudes pour l'adoption de comportements responsables qui s'inscrive dans la durée.

CONCLUSION

Un certain nombre d'indicateurs et plus spécifiquement le taux de séroprévalence, montre que le SIDA est en train de reculer au Burkina Faso. En effet, lors du derniers conseil du SP/CNLS qui s'est tenu courant mars 2007, le secrétaire permanent du SP/CNLS a dit que la séroprévalence pour l'ensemble de notre pays était de 2%. Ce taux est la résultante de l'action synergique de tous les acteurs impliqués dans la lutte, mais aussi de la prise de conscience des populations qui ont dans une logique de changement de comportement adopté de moins en moins des comportements à risque.

Le secteur de l'éducation qui est toujours considéré comme une cible à risque doit dans la situation actuelle de la manifestation de la pandémie orienter son action vers deux axes majeurs :

- ✓ Le premier axe devra consister à faire des choix pertinents de mesures de prévention pour supprimer ou réduire les nouvelles infection à VIH. A ce sujet, il est impérieux que dans le choix des outils que l'accent soit mis sur des approches proactives qui influencent les enseignants dans l'adoption des comportements à faible risque d'infection et qui s'inscrivent dans la durée. Les acteurs de la lutte dans la communauté éducative devront orienter la stratégie de prévention vers :
 - La réduction de la stigmatisation qui permettra de démystifier la maladie et partant de créer un environnement où les PVVIH vont afficher leurs statuts.
 - La promotion du dépistage qui va découler tout naturellement de la réduction de la stigmatisation .
 - L'introduction des modules sur la problématique de la santé de la reproduction et des IST/VIH/SIDA dans les curricula de formation.
 - Le choix des Compétences de Vie Courante comme outil de prévention.
- ✓ Le second axe doit s'orienter vers l'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes infectées et affectées. A ce niveau, nous partons du constat que même si la séroprévalence est en baisse, le nombre de PVVIH et des OEV reste toujours important du fait de l'amélioration de l'accès aux traitements dont les ARV. L'ampleur de l'impact de la pandémie est telle que des moyens importants vont être mobilisés pour faire face à la prise en charge des personnes infectées et affectées.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Cibles et sites de collecte

ANNEXE 2 : Guides d'entretien

ANNEXE3 : Ouvrages consultés

ANNEXES : CIBLES ET SITES DE COLLECTE					
CIBLE DE COLLECTE	SITE DE COLLECTE	DATE	PERSONNES RENCONTREES	PRINCIPALES INFORMATIONS	OBSERVATIONS
Centre de dépistage ADIP/Solidarité	Koudougou	31 Janvier 2007	KONE Issa Joseph , coordonnateur	Résultats du dépistage depuis l'ouverture du centre, avec le cas spécifique des enseignants	Nous avons pu disposer d'informations de 2003 à 2006
CMLS MEBA	Ouagadougou	9 Février 2007	BOLOGO Jean	Administration d'un guide d'entretien	
Services de statistiques scolaires de la DEP du MEBA	Ouagadougou	10 février 2007	Chef de service	Données sur le personnel enseignant du MEBA	
Services de statistiques scolaires de la DEP du MEBA	Ouagadougou	10 février 2007	Chef de service	Données sur le personnel enseignant du MESSRS	
PVVIH Du MEBA	Ouagadougou	12 Février	Anonyme	Administration d'un guide d'entretien	
Cabinet CERFODES	Ouagadougou	13 Février	M YARO Yacouba	Capitalisation des conclusions de l'étude que le cabinet a mené sur l'impact du SIDA sur le système éducatif au Burkina.	
CMSLS DU MERSS	Ouagadougou	15 Février	Mme BANDRE	Administration d'un guide d'entretien	
PVVIH du MESSRS	Ouagadougou	15 Février	Enseignant au lycée de Saaba	Administration d'un guide d'entretien	
PVVIH du MEBA	Ouagadougou	27 Mars	Enseignant du primaire inspection Ouaga 3	Administration d'un guide d'entretien	
SP/CNLS	Ouagadougou	18 Février	Joachim OUEDRAGO	Administration d'un guide d'entretien	
CIC Doc	Ouagadougou		Der SOME	Entretien	
PNUD	Ouagadougou	21 Janvier	Dr Brice MILLOGO	Entretien	

Centre MURAZ	Bobo	7 Février	Dr MEDA Nicolas	Mise à disposition de documents dont l'étude VIRUS	
Personnes ressources diverses	Tenkodogo	23 au 24 Février	(enseignants, DREBA, élèves, parents d'élèves, centres de dépistage, APE,...)	Administration d'un guide d'entretien	
Personnes ressources diverses	Bittou	25 Février	(enseignants, DREBA, élèves, parents d'élèves, centres de dépistage, APE, ...)	Administration d'un guide d'entretien	
Personnes ressources diverses	Soumagou	26 Février	(enseignants, DREBA, élèves, parents d'élèves, centres de dépistage, APE, ...)	Administration d'un guide d'entretien	
Personnes ressources diverses	Fada	27 au 28 Février	(enseignants, DREBA, élèves, parents d'élèves, centres de dépistage, APE, ...)	Administration d'un guide d'entretien	
Personnes ressources diverses	Dori	1 au 3 2 Mars	(enseignants, DREBA, élèves, parents d'élèves, centres de dépistage, APE, ...)	Administration d'un guide d'entretien	
Personnes ressources diverses	Ouahigouya	5 au 6 Mars	(enseignants, DREBA, élèves, parents d'élèves, centres de dépistage, APE, ...)	Administration d'un guide d'entretien	
Personnes ressources diverses	Bobo	12 au 14 mars	(enseignants, DREBA, élèves, parents d'élèves, centres de dépistage, APE, Administration d'un guide d'entretien ...)	Administration d'un guide d'entretien	

ANNEXE 2 : Guides d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN CMLS MESSR ET MEBA

1. Pouvez-vous nous présenter la mission de votre comité ? quelle sont vos principales orientations stratégiques dans le cadre de la lutte contre le SIDA au niveau de votre ministère ?
2. Quelle est la composition votre comité ? quels sont ses démembrements au niveau décentralisé ?
3. Quel est le cadre opérationnel (document de base)de référence pour la planification de la lutte au sein de votre ministère.
4. Quelle situation de référence vous a permis de planifier votre lutte. Avez déjà diligencé une analyse de situation sur la manifestation du SIDA en milieu enseignant ? Si oui quelles sont les conclusions.
5. Pouvez vous nous parler de vos principales activités en terme de :
 - planification de la réponse
 - déroulement des activités de prévention pour réduire ou contenir la propagation de la maladie (politique, acteurs, outils, fréquence, structures, ...)
 - promotion du dépistage
 - prise en charge des personnes infectées et affectées dont l'accès aux ARV
 - soutien psychologique et sociale aux PVVIH et à leurs familles
 - quelle est selon vous l'impact de la maladie sur l'offre et la demande en matière d'éducation.
 - capitalisation de vos acquis et leur dissémination .
6. Quelles sont les ressources (humaines et matérielles) dont vous disposez pour permettre de mettre en œuvre votre lutte.
7. Quels sont les principaux résultats que vous avez déjà enregistré tant au niveau des différentes formes de réponse que vous avez apporté dans la lutte contre la pandémie que institutionnel, organisationnel et opérationnel
8. Quelle impression générale avez-vous de l'impact de votre action (prévention, réduction de la stigmatisation, promotion du dépistage, mitigation de l'impact de la maladie sur les personnes infectées et les membres de leurs familles, etc.)
9. Quels sont vos principaux acquis
10. Quelles sont vos insuffisances

11. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans votre mission

12. Comment orientez-vous la suite de votre action et vos principales perspectives

QUESTIONNAIRES ENSEIGNANTS

1. Identification

Nom et Prénom

Poste

Ancienneté dans le poste

Matières enseignées

Appartenance à un syndicat ou à un groupe

2. EVALUATION DES CAP

2.1. Connaissances

- Pouvez-vous définir chaque lettre des sigles VIH et SIDA
- Quelle différence faites-vous entre le VIH et le SIDA
- Connaissez l'évolution naturelle de la maladie
- Quels sont les modes de transmissions de la maladie
- Quels sont les modes de non transmission
- Quels sont les différents modes de prévention
- Qu'est-ce que le test de dépistage ? Quel est son utilité ?

2.2. Comportements

- Avez-vous déjà fait votre test de dépistage ? Si Oui pourquoi ; si non pourquoi.
- Pour ceux qui ont fait le test quelle attitude avez-vous adoptée après la connaissance de votre statut ?
- Combien de partenaires avez-vous ?
- Quelle fréquence entretenez-vous des rapports sexuels ?
- Avec combien de partenaires entretenez-vous ces relations occasionnellement ? régulièrement ? quelle est la fréquence
- Combien de rapports sexuels à risque avez-vous eu ces 6 derniers mois.
- Quels sont les modes de prévention que vous utilisez
- Utilisez-vous systématiquement des préservatifs au cours des rapports sexuels avec vos partenaires.
- Pratiquez-vous l'abstinence ? la fidélité ?
- Quels sont les évènements qui exposent les populations à l'infection dans votre environnement ?
- Quels sont les sites qui exposent les populations à l'infection dans votre environnement ?
- Quels sont les autres facteurs qui exposent les populations ici ?
- Utilisez-vous Internet ? si oui, vous arrivent-il de visionner ou de télécharger des sites pornographiques ? Quel usage en faites-vous ?
- Fréquentez-vous les bars ou autres débits de boisson ? en quoi ce lieux représentent un danger à vos yeux ?
- Avez-vous entretenu des rapports sexuels ces six derniers mois avec une prostituée ou une femme à partenaire multiples ?

3. OUTILS DE PREVENTION

- quels sont les outils de prévention que vous connaissez .
- participez vous souvent à des séances de prévention ? où ; quand ? à quelle fréquence ?

- qui mène les activités de prévention chez vous ? quels sont les outils qu'il utilise (films, support audio, dépliants, causeries débats, ...)
- pendant vos rencontres pédagogiques, introduit-on des modules de prévention sur le VIH/SIDA et les IST ?
- bénéficiez-vous des activités des CMLS de votre ministère
- connaissez-vous l'IEC, la CCC, les compétences de vie courante. Laquelle des approches vous semble la plus pertinente et efficace ?
- vous arrive-t-il de parler du SIDA à vos élèves en classe ?

4. RELATION AVEC LES ELEVES

Parmi vos élèves avez-vous des amis ? Avez-vous des amis intimes ?

Entretenez-vous des rapports sexuels ou avez-vous entretenu des rapports sexuels ces six derniers mois avec un ou une de vos élèves ?

Qu'est-ce qui a motivé votre comportement ?

Utilisez-vous toujours des préservatifs pendant ces rapports ?

5. PRECEPTION DES PVVIH

Y a-t-il des PVVIH dans votre école ou dans votre environnement ?

Comment les percevez-vous ?

Arrivent-ils à faire correctement leur travail ?

Comment sont-ils perçus dans votre établissement ?

Influencent-ils négativement les cours et les élèves selon vous ?

Vous arrive-t-il de leur apporter secours ?

Quelle chose vous n'êtes pas prêt à faire avec eux.

Pensez-vous qu'ils sont responsables de leurs situation ?

Sont-ils condamnables ?

6. RECOMMANDATIONS

- Qu'est-ce qui peut contribuer à améliorer la lutte contre le SIDA en milieu enseignants selon vous ?
- Quels sont vos recommandations en terme de prévention ; de prise ne charge de des enseignants infectées et des membres de leurs familles ?
- Comment le CMLS peut-il améliorer son intervention dans votre ministère?
- Comment vos cadre de rencontre et de travail peuvent-ils être utilisés au service de la lutte contre la SIDA.
- Comment pouvez-vous participer à la planification de la lutte au niveau local.

QUESTIONNAIRE PAMAC

1. Pouvez-vous nous présenter la mission de votre structure ? quelle sont vos principales orientations stratégiques dans le cadre de la lutte contre le SIDA au niveau du Burkina ?
2. Quelle situation de référence vous a permis de planifier votre contribution dans la lutte. Avez déjà diligenté une analyse de situation sur la manifestation du SIDA en milieu enseignant ? Si oui quelles sont les conclusions.
3. Pouvez vous nous parler des activités au profit des enseignants en terme de :
 - planification de la réponse
 - déroulement des activités de prévention pour réduire ou contenir la propagation de la maladie (politique, acteurs, outils, fréquence, structures, ...)
 - promotion du dépistage
 - prise en charge des personnes infectées et affectées dont l'accès aux ARV
 - soutien psychologique et sociale aux PVVIH et à leurs familles
 - quelle est selon vous l'impact de la maladie sur l'offre et la demande en matière d'éducation.
 - capitalisation de vos acquis et leur dissémination .
4. nous savons que vous avez déjà organisé dans le monde scolaire et universitaires des campagnes de dépistage. Pouvez-vous nous présenter les principales conclusions.
5. quel est, selon les résultats de cette étude, le taux de séroprévalence en milieu enseignant
6. quels sont selon vous les déterminants qui favorisent la vulnérabilité des enseignants à l'infection au VIH et aux IST
7. Existe-t-il des disparités, entre enseignants du primaire et ceux du secondaire, entre enseignants selon leurs zones géographique, etc.
8. quel est selon vous, l'impact du SIDA sur l'offre et la demande en matière d'éducation ?
9. quelle recommandations pouvez-vous nous faire pour permettre une meilleure planification de la lutte en milieu enseignant.

QUESTIONNAIRE RAJS

1. pouvez-vous nous présenter votre structure et son rôle dans la lutte contre le SIDA au Burkina Faso
2. quelles sont les principales interventions que vous planifiez et mettez en œuvre dans le cadre de la lutte contre le SIDA dans le monde scolaire et spécifiquement dans le milieu enseignant
3. pouvez-vous mettre à notre disposition les différentes informations, documentations dont vous disposez sur la manifestation du SIDA et des IST dans le milieu des enseignants ?
4. quels sont selon vous les déterminants qui favorisent la vulnérabilité des enseignants ?
5. disposez-vous d'informations sur la séroprévalence en milieu enseignant ? si oui pensez-vous qu'il y a des disparités entre enseignants du primaires et ceux secondaires, ou celui basé sur le critère géographique ?
6. quelle appréciation faites-vous de l'impact du SIDA sur l'offre et la demande en éducation.
7. qu'est-ce qui (en terme de stratégie, de dynamique, d'actions) peut contribuer significativement à faire baisser la taux de séroprévalence en milieu enseignant ?
8. quelles autres formes de recommandations pouvez vous nous faire .

QUESTIONNAIRES CENTRES DE DEPISTAGES

1. pouvez-vous nous présenter votre centre
2. quelle est le niveau de fréquentation de votre centre (nombre de test par jour, par mois, par an ; nombre de femmes, nombre d'hommes, nombre de jeunes, nombre d'adultes)
3. les enseignants fréquentent-ils votre centre ? quel nombre ? quelle fréquence ?
4. tout en vous garantissant la confidentialité des informations que vous allez mettre à notre disposition, quels sont les résultats (nombre de test, taux de séroprévalence dans votre localité) que vous avez enregistré depuis que votre centre existe.
5. quel est le taux spécifique de séroprévalence des enseignants, si possible pour ceux du primaire et du secondaire puis celui des femmes et des hommes.
6. quelles autres informations pouvez-vous mettre à notre disposition par rapport au sujet ?

ANNEXE 3 : Ouvrages consultés

1. Livre d'exercices pour la prévention du VIH à l'usage des enseignants ; série de documents d'information de l'OMS sur l'éducation à la santé - document 6.1 ; 2004
2. Etude VIRUS ; 2003
3. Plan d'action pour l'accélération de la réponse du secteur de l'éducation au VIH/SIDA et les IST ; Juillet 2005
4. Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles (CSLS) 2006-2011 ; Juillet 2005
5. Arrêté portant attribution, organisation et fonctionnement des Comités Ministériels de Lutte contre le SIDA et les IST (CMLS).
6. Arrêté portant renouvellement de mandat et nomination des membres des Comités Ministériels de Lutte contre le SIDA et les IST (CMLS).
7. Rapport général de l'atelier bilan des activités de lutte contre le SIDA et les IST et Programmation des activités du plan d'action 2007, du 9 au 13 Octobre 2006 à l'ENEP de Loumbila ; octobre 2006 :
8. Plan d'action 2006 de lutte contre le VIH/SIDA et les IST du CMLS/MEBA, Novembre 2005
9. SNEA-B, SNESS, Internationale de l'Education, (2004), *Manuel de formation et de documentation de référence sur l'Education à la santé et la prévention du VIH/Sida et des IST à l'école*, préparé pour l'IE et l'OMS par Health and Human Development Center, 2^{ème} édition janvier 2004