



**Association pour le développement de l'éducation en Afrique**

**Biennale de l'ADEA 2003  
(Grand Baie, Maurice, 3-6 décembre 2003)**

---

**L'impact de l'épidémie du VIH/SIDA  
sur la scolarisation en Afrique subsaharienne**

---

*par Paul Bennell*

**Document de travail  
en cours d'élaboration**

**NE PAS DIFFUSER**

**Doc 10.A**

Ce document a été commandé par l'ADEA pour sa biennale (Grand Baie, Maurice, 3-6 décembre 2003). Les points de vue et les opinions exprimés dans ce document sont ceux de l'auteur et ne doivent pas être attribués à l'ADEA, à ses membres, aux organisations qui lui sont affiliées ou à toute personne agissant au nom de l'ADEA.

Le document est un document de travail en cours d'élaboration. Il a été préparé pour servir de base aux discussions de la biennale de l'ADEA et ne doit en aucun cas être diffusé dans son état actuel et à d'autres fins.

© Association pour le développement de l'éducation en Afrique (ADEA) – 2003

**Association pour le développement de l'éducation en Afrique (ADEA)**

Institut international de planification de l'éducation

7-9 rue Eugène Delacroix

75116 Paris, France

Tél. : +33(0)1 45 03 77 57

Fax : +33(0)1 45 03 39 65

adea@iiep.unesco.org

Site web : [www.ADEAnet.org](http://www.ADEAnet.org)

## Table des matières

ABREGE.....	9
<b>1. NOTE DE SYNTHESE.....</b>	<b>10</b>
<b>2. INTRODUCTION.....</b>	<b>14</b>
2.1. EFFETS SUR L'OFFRE ET LA DEMANDE .....	14
2.2. OBJECTIFS ET SOURCES .....	15
2.3. STRUCTURE DU RAPPORT ET REMERCIEMENTS .....	16
<b>3. L'IMPACT SUR LES ENSEIGNANTS.....</b>	<b>17</b>
3.1. LES ENSEIGNANTS SONT-ILS UN GROUPE A RISQUE ? .....	17
3.2. NIVEAU ET CARACTERISTIQUES DE LA MORTALITE DES ENSEIGNANTS .....	20
3.2.1. <i>Types d'enseignants</i> .....	21
3.2.2. <i>Sexe et situation de famille</i> .....	21
3.2.3. <i>Lieu de travail</i> .....	22
3.3. TAUX GENERAUX DE DEPARTS NATURELS .....	22
3.4. MORBIDITE ET ABSENTEISME .....	23
3.4.1. <i>Motivation et moral</i> .....	24
3.4.2. <i>Discrimination</i> .....	25
<b>4. L'IMPACT SUR LES ENFANTS.....</b>	<b>26</b>
4.1. NOMBRE D'ENFANTS DIRECTEMENT AFFECTES.....	26
4.1.1. <i>Enfants vivant avec le sida</i> .....	26
4.1.2. <i>Orphelins</i> .....	26
4.1.3. <i>Enfants s'occupant de proches malades</i> .....	28
4.2. IMPACT SUR L'EDUCATION .....	30
4.2.1. <i>Enquêtes dans les écoles</i> .....	30
4.2.2. <i>Autres éléments de preuve</i> .....	34
4.2.3. <i>Taux de fréquentation dans le temps</i> .....	36
4.2.4. <i>Les orphelins vivant dans des conditions difficiles</i> .....	38
<b>5. PROJECTIONS DE L'IMPACT SUR LES ENSEIGNANTS .....</b>	<b>39</b>
5.1. LES MODELES DEMOGRAPHIQUES DE PROJECTION DU SIDA .....	39
5.2. PROJECTIONS DE LA MORTALITE LIEE AU SIDA .....	40
5.3. PROJECTIONS DE LA MORBIDITE .....	45
5.4. L'IMPACT SUR L'ENSEMBLE DE L'AFRIQUE .....	46
5.5. FUTURS BESOINS DE RECRUTEMENT .....	47
<b>6. PROJECTIONS DU NOMBRE D'ENFANTS AFFECTES.....</b>	<b>49</b>
6.1. ENFANTS VIVANT AVEC LE SIDA .....	49
6.2. ADULTES TUTEURS .....	49
6.3. ORPHELINS .....	49
<b>7. CONCEVOIR UNE REPONSE STRATEGIQUE GLOBALE .....</b>	<b>51</b>
7.1. LES PROGRAMMES SUR LE SIDA ET LE LIEU DE TRAVAIL .....	51
7.1.1. <i>Évaluation de la prévention et du risque</i> .....	51
7.1.2. <i>Éducation et prévention</i> .....	51
7.1.3. <i>Groupes de conseil et d'assistance</i> .....	52
7.1.4. <i>Déploiement et transferts</i> .....	52
7.1.5. <i>Effectifs enseignants</i> .....	52
7.1.6. <i>Soins médicaux</i> .....	52
7.2. SOUTIEN AUX ENFANTS AFFECTES .....	53
7.2.1. <i>Politiques et stratégies nationales</i> .....	53

7.2.2. Aide dans les écoles.....	54
<b>8. CONCLUSION : CATASTROPHE OU CRISE ?.....</b>	<b>56</b>
<b>9. ANNEXE 1 :.....</b>	<b>57</b>
ANNEXE 1 : PREVALENCE ET PREVENTION DU VIH CHEZ LES ADOLESCENTS AFRICAINS ..	58
ANNEXE 2 : SOURCES DES DONNEES POUR LES ETUDES PAR PAYS, BOTSWANA, MALAWI ET OUGANDA.....	62
ANNEXE 3 : TABLEAUX COMPLEMENTAIRES .....	63
<b>10. RÉFÉRENCES .....</b>	<b>71</b>

## Tableaux

Tableau 1	Taux de mortalité parmi le personnel du ministère de l'Éducation et les autres fonctionnaires de l'administration centrale au Botswana, par échelon et en pourcentage, 1999/2000 .....	20
Tableau 2	Taux de mortalité chez les enseignants du primaire et du secondaire au Botswana, au Malawi, en Ouganda et en Tanzanie à la fin des années 90, en pourcentage .....	21
Tableau 3	Taux d'absentéisme enseignant dans les écoles de l'enquête au Botswana, au Malawi et en Ouganda (en pourcentage du total des jours d'absence) .....	23
Tableau 4	Incidence des orphelins dans les écoles participant à l'enquête et dans la population totale de moins de 15 ans, en pourcentage .....	27
Tableau 5	Prévalence des orphelins en Afrique subsaharienne, au milieu des années 90 et projections pour 2010 (pourcentages arrondis) .....	29
Tableau 6	Différences en pourcentage entre les taux d'absentéisme des orphelins et des non-orphelins .....	31
Tableau 7	Différences en pourcentage des taux de redoublement entre les orphelins et les non-orphelins .....	32
Tableau 8	Écarts entre taux d'inscription en primaire des orphelins et des non-orphelins, 1994-2000 (en pourcentage).....	34
Tableau 9	Taux d'inscription des orphelins et de l'ensemble des enfants en Zambie, 1998 .....	36
Tableau 10	Évolution chronologique des taux d'inscription des orphelins au Malawi, en Tanzanie et en Zambie .....	37
Figure 1	Taux de mortalité chez les enseignants des PFP, projections pour la période 1995-2015 (%) .....	41
Tableau 11	Taux de mortalité des enseignants dans huit pays d'Afrique à forte prévalence .....	42
Tableau 12	Taux de mortalité chez les enseignants au Botswana, 1999-2002 .....	42
Tableau 13	Taux annuels de mortalité chez les enseignants du Malawi .....	45
Tableau 14	Taux estimés de prévalence du VIH chez les 15-24 ans à la fin des années 90, souvent repris dans les textes de l'UNESCO, de l'UNICEF et d'autres organisations internationales .....	59

Tableau 15	Utilisation de préservatifs et relations sexuelles avec des professionnel(le)s chez les jeunes gens en Afrique .....	61
Tableau 16	Écarts entre les estimations du nombre d'orphelins faites dans Children on the Brink et celles des enquêtes DHS .....	63
Tableau 17	Statut parental des enfants (de moins de 15 ans) dans une sélection de pays.....	64
Tableau 18	Incidence des orphelins par groupe d'âge en Ouganda, 1990/91 – 2000/01 .....	65
Tableau 19	Écart en pourcentage entre les taux d'orphelins et de non-orphelins ayant interrompu leurs études au moins une fois .....	65
Tableau 20	Environnement familial des élèves fréquentant les écoles de l'enquête (pourcentages arrondis) .....	66
Tableau 21	Taux brut d'inscription et taux de survie jusqu'en 4 <sup>e</sup> année dans les PFP, 1990/91 à 1999/00.....	68
Tableau 22	Taux de prévalence du VIH chez les adultes (15-49 ans) à partir des enquêtes sentinelles dans les services de consultations prénatales (pourcentage) .....	69

## Acronymes et abréviations

<b>ADEA</b>	Association pour le développement de l'éducation en Afrique
<b>ARV</b>	médicaments antirétrovirus
<b>ASS</b>	Afrique subsaharienne
<b>BCO</b>	Bureau central des statistiques
<b>COTB</b>	Children on the Brink (publication)
<b>DFID</b>	Department for International Development
<b>DHS</b>	enquêtes démographiques et de santé
<b>EPT</b>	éducation pour tous
<b>MST</b>	maladies sexuellement transmissibles
<b>NACA</b>	Conseil national pour la coordination du sida, Botswana
<b>O&amp;C</b>	orientation et conseil
<b>OC</b>	organisations communautaires
<b>OIT</b>	Organisation internationale du travail
<b>ONG</b>	organisation non gouvernementale
<b>PFP</b>	pays à forte prévalence
<b>PNUD</b>	Programme des Nations unies pour le développement
<b>TMN</b>	taux de mortalité normalisé
<b>UNICEF</b>	Fonds des Nations unies pour l'enfance





## **ABREGE**

Ce rapport évalue l'impact réel et probable de l'épidémie de VIH/sida sur la scolarité dans les pays d'Afrique subsaharienne. Il analyse en particulier les données disponibles sur la fréquentation scolaire des orphelins ainsi que les taux de morbidité et de mortalité des enseignants dans les pays à forte prévalence (PFP). Si l'épidémie fait peser une menace certaine sur l'offre d'éducation de base et les autres formes d'éducation et de formation dans certains pays africains, l'impact global probable de l'épidémie à l'échelle du continent devrait être moins catastrophique que prévu par la plupart des études. Telle est la conclusion fondamentale de ce rapport.

## 1. NOTE DE SYNTHÈSE

1. Ce rapport examine les données disponibles concernant l'impact actuel et probable de l'épidémie de sida sur les enseignants et les élèves d'Afrique subsaharienne. Il privilégie à cette fin les conclusions d'études de cas conduites dans trois pays et qui fournissent des données d'expérience détaillées sur l'impact de l'épidémie dans le secteur de l'éducation : il s'agit du Botswana, du Malawi et de l'Ouganda. D'autres informations utiles et d'autres études d'impact viendront par ailleurs alimenter cette analyse.

2. Ce rapport parvient à une conclusion essentielle : si l'épidémie fait effectivement peser une menace réelle sur l'offre d'éducation de base et les autres formes d'éducation et de formation dans certains pays africains, l'impact global probable de l'épidémie à l'échelle du continent devrait être moins catastrophique que les études réalisées à ce jour ne le laissent en général supposer.

3. Le chapitre 3 est consacré à l'impact de l'épidémie sur les enseignants, mesuré en fonction de l'accroissement de la mortalité et de la morbidité. L'épidémie de sida devrait avoir des conséquences extrêmement négatives sur les effectifs globaux du secteur de l'éducation, en particulier dans les pays à forte prévalence (PFP). Faute de dispositions adéquates, le moral, la motivation et le niveau global d'efficacité des enseignants et du personnel de support risquent de se dégrader, provoquant une certaine détérioration de la qualité de l'éducation. De nombreuses études affirment souvent que les enseignants constituent un groupe particulièrement exposé à une infection par le VIH, de sorte qu'ils seraient davantage affectés par l'épidémie que les autres adultes. Les conclusions des trois études de cas, corroborées par des informations recueillies dans d'autres pays, ne relaient pourtant pas cette thèse.

4. La morbidité liée au sida est censée avoir un impact extrêmement lourd sur les systèmes scolaires des pays d'Afrique subsaharienne. La maladie amoindrit la qualité de l'enseignement prodigué et entraîne une recrudescence de l'absentéisme enseignant. A plus long terme, un absentéisme durable est extrêmement perturbant. Pourtant, même dans cette phase avancée de l'épidémie, nous ne disposons d'aucune donnée chronologique et par pays de qualité sur l'étendue et les causes de l'absentéisme enseignant. Si la chute du moral et de la motivation des enseignants est effectivement un problème dont il faut tenir compte dans de nombreuses écoles d'Afrique, voire dans une majorité d'entre elles, les données des enquêtes menées dans les écoles ne permettent pourtant pas d'établir de lien direct entre l'impact de l'épidémie et cette baisse de moral et de motivation des enseignants. En outre, les cas de discrimination ouverte à l'encontre des enseignants ou des élèves directement affectés par le VIH/sida sont extrêmement rares.

5. Le chapitre 4 s'intéresse aux trois groupes d'élèves dont la vie est le plus directement affectée par l'épidémie de sida – les enfants séropositifs, les enfants vivant avec des personnes malades et des enfants dont les parents ou les tuteurs sont morts du sida. Les informations relatives au nombre d'enfants directement frappés par l'épidémie sont, dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, très incomplètes. Des enquêtes approfondies sont rarement entreprises et, d'une manière générale, les estimations de la taille de ces trois groupes sont extrêmement variables, quel que soit le pays concerné. Certains chiffres reviennent souvent, qui sont en fait des surestimations patentes de la taille de la population d'orphelins dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne. Les données d'enquêtes auprès des ménages montrent qu'à la fin des années 90, dans les pays les plus gravement atteints, 3 à 5 pour cent des enfants étaient orphelins de père et de

mère ou orphelins de mère et que l'augmentation de l'incidence des orphelins tout au long des années 90 était bien inférieure aux chiffres habituellement avancés. Dans certains pays (dont l'Ouganda et la Tanzanie), l'incidence des orphelins de père et de mère a même diminué.

6. L'éducation des enfants directement affectés par l'épidémie peut être perturbée, à plusieurs niveaux. On invoque souvent l'argument selon lequel, du fait de situations familiales très difficiles, les orphelins et les enfants vivant dans des foyers affectés par le sida sont contraints d'abandonner l'école sans guère d'espoir d'y retourner jamais. Pourtant, les enquêtes réalisées dans les écoles du Botswana, du Malawi et de l'Ouganda, ainsi que d'autres études plus récentes, montrent que la relation entre le statut parental et la fréquentation scolaire est extrêmement complexe et que l'impact du statut d'orphelin sur les résultats scolaires est loin d'être aussi important que généralement admis. Ainsi au Botswana, les taux globaux d'absentéisme des orphelins sont relativement faibles et ce, pour trois grandes raisons : premièrement, le travail des enfants dans les ménages semble, d'une manière générale, être assez peu répandu ou concerner des tâches accomplies en dehors des heures où les enfants sont censés aller à l'école ; ensuite, les orphelins sont particulièrement motivés, matériellement, moralement et psychologiquement, pour aller à l'école ; enfin, la distribution de repas dans les écoles est un argument très puissant en faveur de la fréquentation scolaire, surtout chez les enfants défavorisés.

7. Dans les pays très pauvres comme le Malawi et l'Ouganda, la plupart des élèves scolarisés en primaire sont fréquemment absents, indépendamment du statut parental, et cet absentéisme important pose de graves problèmes. Ce phénomène est lié à l'incidence marquée d'une pauvreté chronique, laquelle entraîne toute une série de difficultés pour la plupart des enfants, qui les empêchent d'avoir une scolarité régulière. Même si l'absentéisme des orphelins a tendance à être plus important, dans un tel contexte de fort absentéisme en primaire, la différence entre les deux groupes d'enfants n'est pas véritablement significative.

8. Une analyse des résultats d'enquêtes auprès des ménages conduites dans plus de 20 pays d'Afrique subsaharienne indique également que l'on ne peut pas se livrer à des généralisations concernant l'impact du statut d'orphelin sur la fréquentation scolaire. Les écarts médians du taux de fréquentation entre, d'un côté, les non-orphelins et, de l'autre, les orphelins de père, de mère et ceux qui ont perdu leurs deux parents sont respectivement de 4,1 points, 3,1 points et 7,1 points. Ainsi, dans un grand nombre de pays, les orphelins ont légèrement plus tendance à abandonner l'école.

9. A ce jour, la plupart des études n'attachent pas encore suffisamment d'importance à l'impact de la situation familiale (le fait de devenir orphelin) sur la scolarisation en Afrique. Une analyse de la situation des élèves scolarisés dans les écoles primaires participant à l'enquête montre que, même lorsque les deux parents sont vivants, ils vivent rarement ensemble.

10. Les trois enquêtes dans les écoles ont toutes constaté que les orphelins issus des couches socioéconomiques les plus pauvres connaissent en général les pires difficultés en terme d'éducation. De sorte que s'il existe bien des problèmes directement liés au fait d'être orphelin, la pauvreté endémique qui sévit dans ces trois pays, notamment dans les zones rurales, est largement responsable de la plupart des difficultés rencontrées par les orphelins et les autres enfants défavorisés. Les enseignants et les élèves des écoles participant à l'enquête en ont identifié un certain nombre : les orphelins en situation difficile ont des problèmes de comportement, qui perturbent les relations avec les enseignants et les camarades de classe (chahut / agressivité, introversion, crises de

larmes en classe), leur concentration est limitée, ils sont mal habillés et mal nourris, ils ont du mal à finir leurs devoirs, ils sont physiquement ou sexuellement maltraités par les adultes de leur foyer d'accueil et ils sont en général mis au ban de l'école ou de la communauté au sens large.

11. Le chapitre 5 étudie les projections de l'impact probable de l'épidémie sur les enseignants. Les études d'impact du VIH/sida sur le secteur de l'éducation pratiquent pour la plupart une modélisation démographique, afin de réaliser des projections sur les populations d'âge scolaire en primaire et en secondaire, les orphelins et la mortalité liée au sida chez les enseignants. Pourtant, les méthodes utilisées ainsi que les hypothèses sous-jacentes aux exercices de modélisation soulèvent bien des interrogations. De sorte que, mis à part le fait d'alerter les décideurs chargés de l'éducation sur les impacts probables de l'épidémie ces projections n'ont, dans une perspective de planification, qu'une validité opérationnelle limitée.

12. Non seulement les taux de mortalité réels chez les enseignants sont bien inférieurs aux projections mais on constate également que, dans de nombreux pays, la courbe de mortalité est à la baisse et non pas à la hausse (y compris au Botswana, en Ouganda et en Zambie). Deux grands facteurs expliquent cet infléchissement de la mortalité : le changement de comportement sexuel des enseignants et l'accès aux médicaments antirétrovirus. Les données de l'ONUSIDA montrent que, fin 2001, les taux globaux de prévalence du VIH chez les adultes ont déjà atteint leur apogée dans plus de la moitié des PFP et notamment dans les pays d'Afrique australe, où les taux de prévalence ont continué de grimper significativement de la fin des années 90 à 2001. Étant donné la nature de l'épidémie, la mortalité devrait continuer à progresser pendant encore quelques années. Pourtant, si les enseignants ont modifié leur comportement sexuel bien avant le reste de la population adulte, alors les taux de mortalité de ce groupe pourraient déjà avoir amorcé leur baisse. Ce qui expliquerait la diminution observée dans des pays comme la Zambie, où les médicaments antirétrovirus qui prolongent l'espérance de vie des malades ne sont absolument pas accessibles.

13. Personne n'a encore entrepris de recherche en profondeur qui permettrait de se livrer à des estimations fiables de l'impact de l'épidémie de sida sur le total des jours perdus du fait d'un absentéisme enseignant croissant. Les estimations de l'ordre de grandeur global probable de l'absentéisme enseignant lié au sida varient d'une étude d'impact à l'autre. Aucune recherche empirique approfondie de l'absentéisme des enseignants affectés ne vient étayer ces estimations. Si l'on tient compte par ailleurs de la forte marge d'erreur des modèles démographiques pour le sida, on réalise à quel point les projections des taux de morbidité et d'absentéisme chez les enseignants sont peu fiables.

14. Le chapitre 6 s'intéresse au nombre d'enfants susceptibles d'être directement affectés par l'épidémie dans un horizon de dix à 15 ans. S'il est utile d'estimer la quantité probable d'enfants qui seront affectés au cours des décennies à venir, les projections démographiques qui ont été réalisées soulèvent bien des questions et sont sujettes à de fortes marges d'erreur. Pour l'ensemble des pays d'Afrique subsaharienne, le nombre total d'enfants rendus orphelins par le sida (orphelins de mère ou orphelins de père et de mère) devrait augmenter et passer de 9,85 millions en 2001 à 18,67 millions en 2010. Cela étant et comme nous l'avons vu, ces projections surestiment très certainement la taille future de la population des orphelins en Afrique. D'ailleurs, même en se fiant à ces projections imparfaites, la part des orphelins ne devrait augmenter de manière marquée dans les dix prochaines années que dans un groupe relativement restreint de pays – notamment l'Afrique du Sud, le Botswana, le Lesotho, le Mozambique, la Namibie, la République centrafricaine, le Swaziland et le Zimbabwe – qui représentent moins de 10 pour cent de la population totale d'Afrique subsaharienne.

15. Le chapitre 7 identifie les trois principales composantes d'une stratégie globale de lutte contre le VIH/sida dans le secteur de l'éducation : l'éducation dans les écoles et, pour les enseignants comme pour les élèves, la prévention et l'atténuation. Tous les ministères africains de l'Éducation devraient adopter une stratégie sectorielle globale de lutte contre le sida sur le lieu de travail. Cette stratégie aurait deux objectifs simultanés – prévenir toute nouvelle infection par le VIH et instaurer un environnement respectueux de l'ensemble du personnel, qu'il s'agisse ou non de personnes vivant avec le sida. Tout programme global de lutte contre le sida sur le lieu de travail repose sur plusieurs volets essentiels : une évaluation de la prévalence et du risque ; l'éducation et la prévention ; des groupes de conseil et de soutien ; des conseils et un dépistage volontaires ; le déploiement et les transferts ; les soins médicaux (y compris la mise à disposition de médicaments antirétrovirus) ; la lutte contre la discrimination ; les enseignants remplaçants ; et les réseaux de soutien aux enseignants.

16. Le niveau général et la qualité du soutien accordé aux orphelins par les agences gouvernementales et les ONG seront déterminants pour limiter l'impact négatif de l'épidémie sur les systèmes nationaux d'éducation en Afrique subsaharienne. Les ministères de l'Éducation ne peuvent pas agir isolément. Le soutien aux enfants affectés relève de la responsabilité de la communauté entière, qui doit travailler en contact étroit avec les diverses organisations, publiques ou non, au niveau national ou local. Par conséquent, l'impact de l'épidémie sur le secteur de l'éducation dépendra, dans une large mesure, du niveau général et de l'efficacité de l'aide apportée à ces enfants et à leurs gardiens *en dehors de l'école*. Ce point souligne l'importance de disposer de cadres nationaux complets pour l'action publique afin de pouvoir gérer cette crise du sida. En dehors de l'éducation, trois domaines auront une influence déterminante sur l'impact de l'épidémie dans le secteur de l'éducation : la politique de réduction de la pauvreté, la législation protégeant les droits de l'enfant et le soutien aux malades et aux orphelins.

17. S'il est évident que les écoles sont loin d'avoir fait leur maximum pour venir en aide aux enfants affectés, il est également clair qu'elles ne peuvent pas tout faire. Face à la pénurie actuelle de ressources, les écoles n'ont guère de marge de manœuvre pour assumer des responsabilités supplémentaires de soutien à ces enfants. Les enquêtes dans les écoles permettent néanmoins de dégager six priorités pour le soutien à apporter, dans les écoles, aux orphelins et aux autres enfants défavorisés et affectés : identification, orientation et suivi ; repas scolaires ; soins et conseils physiques et spirituels ; aide financière pour les frais de scolarité et les autres dépenses connexes ; implication des tuteurs et des gardiens ; et assistance aux enfants vivant avec le sida.

## 2. INTRODUCTION

18. Le groupe de travail de l'ONUSIDA sur le VIH/sida, les écoles et l'éducation note dans sa récente « stratégie cadre » que « l'objectif de développement du millénaire pour l'éducation ne pourr[a] être atteint si la question du VIH/sida ne reçoit pas rapidement toute l'attention nécessaire » (ONUSIDA, 2002). Le père Michael Kelly, auquel nous devons de nombreux textes sur la question, conclut lui aussi que « le VIH/sida semble être dans une phase ascendante ; il a pratiquement paralysé l'éducation, en la noyant sous toute une série de problèmes » (Kelly, 2000a, p. 24). Ces difficultés « risquent de déstabiliser les structures mêmes de l'organisation, de la gestion et de l'offre d'éducation traditionnelles... Les écoles dans un monde frappé par le sida ne peuvent pas ressembler aux écoles dans un monde sans sida » (Kelly, 2000b, p. 24). Une autre analyste éminente, Carol Coombe, déclare que « le système éducatif [en Afrique] est condamné à l'effondrement si nous ne modifions pas notre appréhension de la pandémie et le type de réponses apportées par l'éducation » (Coombe, 2001, p. 3). Les journaux et les autres médias relaient régulièrement des informations sur la gravité de l'épidémie en Afrique, en termes d'effectifs enseignants et de scolarité. Dans un éditorial récent, le New York Times concluait ainsi que le continent africain « reste mal préparé pour gérer les effets du sida sur l'éducation. Si l'on ne fait rien pour inverser le cours des choses, la situation risque d'être très vite catastrophique » (New York Times, 2000).

19. Le fait que l'éducation soit « intensive en personnel » et susceptible pour cette raison d'être particulièrement vulnérable face à l'épidémie est l'un des autres grands arguments souvent mis en avant. Comme le souligne le très sérieux Progrès des Nations de l'UNICEF, « bien que le VIH touche tous les secteurs, c'est dans l'éducation que ses répercussions sont les plus graves » (UNICEF, 2000, p. 8). Régulièrement, les enseignants sont désignés comme une population particulièrement sensible à l'infection par le VIH.

20. Face à la gravité de cette crise du sida, certains sont convaincus que les écoles peuvent être radicalement « transformées » et être ainsi à même de proposer aux enfants affectés par l'épidémie des soins extensifs et des outils qui leur procureront des moyens de subsistance. Cette conviction est très répandue dans les pays où les pouvoirs publics sont incapables d'assurer le bien-être minimal de leurs populations et d'autres types de prestations sociales.

### 2.1. Effets sur l'offre et la demande

21. L'épidémie de sida a des conséquences variables sur l'offre et la demande d'enseignement primaire et secondaire, surtout dans les pays à forte prévalence du VIH (PFP). La diminution des taux de fécondité, l'augmentation de la mortalité des enfants et des adultes et l'aggravation de la pauvreté dans les familles affectées par le sida entraîneront une chute du nombre des nouveaux élèves par rapport aux prévisions. Dans les pays à très forte prévalence (taux supérieur à 25 pour cent), on s'attend à une contraction de la population d'âge scolaire. Plus le nombre d'orphelins, d'adultes chargés de s'en occuper et d'enfants frappés par des maladies liées au sida augmente, plus les résultats scolaires de ces enfants risquent de se dégrader de manière sensible, entraînant des taux de redoublement et d'abandons plus élevés et, d'une manière générale, des résultats d'apprentissage moins bons.

22. Du côté de l'offre, le nombre d'enseignants condamnés à succomber à une maladie liée au sida devrait, d'après les projections, augmenter rapidement dans les dix

ou 15 années à venir. On entend souvent dire que le personnel éducatif en ASS sera particulièrement durement frappé par l'épidémie de sida parce que « pour des raisons difficiles à expliquer, la séroprévalence est très élevée chez les enseignants et les directeurs d'écoles » (UNICEF, 2000). Les enseignants infectés finiront par être atteints de maladies chroniques qui entraîneront une augmentation nette de l'absentéisme et atteindront le moral et la productivité de l'ensemble de la profession.

## 2.2. Objectifs et sources

23. D'après les termes de référence, l'étude doit se consacrer à l'impact réel et probable de l'épidémie de sida sur la qualité de l'éducation en Afrique. Pourtant, du fait de difficultés méthodologiques extrêmement complexes, il est pratiquement impossible de dire avec précision si l'impact de l'épidémie sur le processus et les résultats d'apprentissage a été, ou sera, négatif. De toute évidence, l'aggravation de la morbidité et de la mortalité des enseignants aura des conséquences directes sur les ressources humaines des systèmes éducatifs et sur leurs capacités à prodiguer une éducation d'une qualité minimale. Par ailleurs, l'augmentation rapide du nombre d'orphelins et d'enfants affectés par l'épidémie dans certains pays aura également des effets négatifs sur les résultats d'apprentissage des élèves. Cela étant, l'impact probable de l'épidémie sur les enseignants et les élèves est très incertain et, en outre, une multitude d'autres facteurs conditionnent les résultats d'apprentissage.

24. Alors qu'il existe un large consensus sur les effets réels et probables de l'épidémie sur le secteur de l'éducation en ASS, rares sont en fait les recherches empiriques sérieuses entreprises sur la question (notamment dans les PFP en Afrique australe et orientale). Un certain nombre d'évaluations de l'impact par pays sont désormais achevées<sup>1</sup>, mais la quasi-totalité se fient pour l'essentiel à des modèles démographiques d'où sont tirées des projections pour les niveaux d'inscription et les besoins de recrutement d'enseignants. Un certain nombre de facteurs plus qualitatifs susceptibles d'affecter l'offre et la demande de scolarisation ont également été identifiés, mais aucune analyse approfondie étayée par des données empiriques adaptées n'a encore été entreprise. Signalons notamment que très peu de recherches systématiques ont été lancées avec succès dans les écoles elles-mêmes.

25. Ce rapport passe en revue les données disponibles en termes d'impact de l'épidémie sur les enseignants et les élèves. Nous nous arrêterons notamment sur les conclusions d'études de cas conduites dans trois pays et qui se sont effectivement appuyées sur des données d'expérience précises concernant l'impact de l'épidémie sur le secteur de l'éducation : il s'agit du Botswana, du Malawi et de l'Ouganda (Bennell, Hyde et Swainson, 2002a ; Bennell et al., 2000b ; Kadzamira et al., 2001 ; Hyde et al., 2002). Ces trois pays font partie des pays les plus gravement atteints par l'épidémie de sida en ASS. Ils présentent cependant un certain nombre de différences notoires. En Ouganda, l'épidémie de sida a atteint son apogée et les taux de prévalence chez les adultes, qui sont passés de près de 8 pour cent en 1999 à 5 pour cent en 2001, sont en baisse. A l'opposé, les taux de prévalence du VIH chez les adultes au Botswana étaient de 35 pour cent en 1999 et sont de 38,8 pour cent en 2001 et, au Malawi, de respectivement 20 et 15 pour

---

<sup>1</sup> C'est le cas des évaluations pour le Kenya, l'Ouganda, la Zambie et le Zimbabwe (Banque mondiale, 2000), le Mozambique (Verde Azul, 2001), le Swaziland (MTK Consulting, 2000), l'Afrique du Sud (AbT Associates, 2001), le Botswana, la Namibie et le Zimbabwe (AbT Associates, 2002) et le Rwanda (Health and Development Africa, 2003). Les rapports sur l'Afrique du Sud, le Rwanda et le Zimbabwe sont encore sous embargo. Des études d'impact au Lesotho et en Zambie sont en cours (réalisées par le SIAPAC). Une évaluation de l'impact au Népal vient également de paraître (Bennell et al., 2003).

cent (ONUSIDA, 2002). L'annexe 1 présente une synthèse de la méthodologie suivie dans ces trois pays.

26. D'autres informations tirées d'études d'impact et de recherches pertinentes sont venues par ailleurs alimenter ce rapport. Ainsi, les bailleurs de fonds, les ministères de l'Éducation et les universités de tous les PFP d'Afrique australe et orientale ont été contactés pour obtenir des données sur les niveaux et les tendances de la mortalité chez les instituteurs et les assistants dans les universités.

27. La multitude de recherches disponibles sur le rôle des écoles dans la prévention du VIH chez les jeunes gens permettra de ne pas s'attarder ici sur cette question. Cependant, certaines conclusions importantes sur la prévalence et la prévention du VIH chez les adolescents publiées pendant que nous rédigeons ce rapport sont présentées à l'annexe 2.

### **2.3. Structure du rapport et remerciements**

28. Notre réflexion est organisée en deux parties. Nous étudierons dans une première partie les impacts recensés à ce jour de l'épidémie sur deux des groupes les plus directement affectés dans le secteur de l'éducation, à savoir le personnel enseignant et les orphelins. La seconde partie envisage les impacts possibles de l'épidémie sur ces deux groupes et identifie les composantes essentielles d'une stratégie globale que devront adopter tous les PFP s'ils veulent atténuer les conséquences de l'épidémie dans un horizon de dix à 15 ans.

29. Nous tenons à remercier toutes les personnes suivantes pour l'aide précieuse qu'elles nous ont prodiguée tout au long de la préparation de ce rapport : le Dr Anthony Kinghorn, Health and Development Africa (Sarl) Ltd ; le professeur Y. Mashalla, directeur de la planification, université de Dar-es-Salaam ; Esme Kadzamira, responsable principal de la recherche, Centre for Educational Research and Training, université du Malawi ; le Dr Faustin Mukyanuzi, président-directeur général, HR-Consult, Dar-es-Salaam ; M. Simon Chiputa, directeur général de l'éducation, département de la formation des enseignants, ministère de l'Éducation, Zambie ; M. Archie Makgothi, directeur, département de la planification, de la recherche et des statistiques, ministère de l'Éducation, Botswana ; M. John Moir, service de la gestion des enseignants, ministère de l'Éducation, Botswana ; M. Richard Harriman, Business and Enterprise Solutions, Gaborone ; M. Paramente Phamotse, ministère de l'Éducation, Lesotho ; Mme Sue Beard, Education Foudation, Johannesburg ; et M. Richard Arden, conseiller principal pour l'éducation, DfID Lusaka.



### 3. L'IMPACT SUR LES ENSEIGNANTS

30. A la fin des années 90, on estimait à quelque 2.1 millions le nombre d'instituteurs actifs en Afrique subsaharienne, dont 42 pour cent de femmes. Les enseignants du secondaire étaient estimés à environ 0,65 million, dont 32 pour cent de femmes (Bennell, Hyde et Swainson 2002 ; Bennell, 2002). Il existe un large consensus pour affirmer que l'épidémie de sida devrait avoir un effet extrêmement négatif sur l'état général des effectifs dans l'ensemble du secteur de l'éducation des PFP. Faute de mesures adéquates urgentes, le moral, la motivation et la performance globale des enseignants et du personnel de soutien devraient s'en trouver sérieusement entamés. On entend également souvent dire que les enseignants appartiennent à un groupe particulièrement vulnérable à l'infection par le VIH et qu'ils seront donc plus gravement affectés par l'épidémie que le reste de la population adulte.

31. L'une des caractéristiques les plus étonnantes de l'épidémie de sida en Afrique tient au fait que, contrairement à toutes les épidémies qui l'ont précédée, les données précises en termes de mortalité dans les principaux groupes socioéconomiques des pays restent très rares. L'absence, très courante, de registres statistiques d'état civil en Afrique est en grande partie responsable de cette situation. Pourtant, ces registres tiennent un décompte précis de tous les décès déclarés, accompagné d'informations sur le lieu de résidence, l'âge et la profession. Même pour une profession aussi essentielle que l'enseignement, on a souvent beaucoup de mal à évaluer le nombre de décès intervenus (toutes causes confondues) au cours des cinq ou dix dernières années dans la plupart des pays africains. Des actions concertées ont été menées afin d'obtenir ce type d'informations pour les PFP en Afrique australe, centrale et orientale. Dans certains cas pourtant (notamment en Afrique du Sud, en Angola, au Lesotho, au Mozambique et en république démocratique du Congo), on ne trouve aucune donnée sur la mortalité.

32. A défaut d'informations fiables sur la mortalité, nous avons dû nous fier à l'expertise des démographes pour le nombre de décès survenus et à venir provoqués par le sida. Pourtant, comme nous le verrons, certaines de ces projections sont d'une exactitude douteuse et doivent être prises avec beaucoup de précautions.

#### 3.1. Les enseignants sont-ils un groupe à risque ?

33. Tout le monde s'accorde à dire que l'épidémie de sida menace de décimer les effectifs enseignants en Afrique. L'extrait suivant est issu de cet article du New York Times évoqué plus haut. Il résume parfaitement les raisons nourrissant ce sentiment général de l'extrême vulnérabilité des enseignants : « La plupart des enseignants africains sont des hommes et, dans les pays musulmans notamment, ils ont plus de chances d'avoir poursuivi leurs études au-delà du primaire. Le statut spécial que leur confère ce niveau d'éducation les rend particulièrement fragiles. En général nommés pour leur premier poste dans des villages reculés, ils se retrouvent sous le feu des attentions croisées des jeunes villageoises qui cherchent à attirer ces jeunes gens encore célibataires. Ils peuvent ainsi avoir de multiples rapports sexuels, rendus d'autant plus dangereux par la méconnaissance du sida et le fait que les hommes n'utilisent que rarement des préservatifs » (New York Times, 2000). D'autres médias réputés entretiennent cette idée des enseignants appartenant à une population particulièrement à risque. Prenons par exemple ce reportage sur l'impact du sida et de la famine au Malawi, diffusé sur la chaîne d'informations BBC World fin novembre 2002. Il s'achevait par des statistiques

étonnantes, en affirmant qu'« au Malawi, un enseignant sur sept devrait succomber au sida au cours de cette seule année ».

34. On estime que les enseignants sont « condamnés » à avoir une vie sexuelle plus dangereuse que les autres parce qu'ils bénéficient d'un statut social et de revenus relativement bons, qu'ils sont mobiles géographiquement et qu'ils sont souvent séparés de leurs épouses ou de leurs partenaires. Si la mobilité et la séparation sont bien des facteurs propres à cette profession, le meilleur statut social et les revenus supérieurs sont, par définition, des caractéristiques universellement partagées par les groupes socioéconomiques des tranches supérieures. Pourtant, ces deux séries de facteurs sont considérées comme ayant un effet de renforcement mutuel.

35. A certains égards importants, les enseignants sont traités comme les autres migrants économiques du continent, car le manque de logements adaptés entraîne une séparation avec les conjoints et les familles. Cette situation, associée à la réticence des femmes et des enfants à partir vivre à la campagne, peut expliquer pourquoi les enseignants finissent par avoir davantage de partenaires que les autres groupes professionnels moins mobiles. D'autant qu'une certaine aisance financière, qui permet aux enseignants de faire appel à des professionnel(le)s du sexe ou d'avoir d'autres formes de relations « commerciales », peut encore aggraver les effets de la séparation et de la mobilité. Dernier argument, le fait que le statut, l'autorité et le pouvoir dont jouissent les enseignants dans les écoles et la communauté au sens large les conduiraient à abuser fréquemment de leurs élèves filles, ce qui augmenterait encore les risques d'infection. On entretient ainsi le mythe de l'enseignant plus âgé entretenant des jeunes filles considérées comme « saines ».

36. Les conclusions des trois études de cas par pays et les informations tirées d'autres pays indiquent pourtant que le risque d'infection des enseignants par le VIH est vraisemblablement moins élevé que l'on ne s'accorde à le dire (Bennell, 2003). Tout d'abord, on constate une nette différence dans l'impact de l'épidémie sur les enseignants et sur les enseignantes et entre les écoles primaires et les écoles secondaires. On commet donc une erreur en voulant traiter les enseignants comme un groupe professionnel homogène face à l'épidémie. Pour l'essentiel, les débats sur l'impact du VIH/sida sur la profession enseignante s'appuient sur un stéréotype tacite de l'enseignant africain – un homme marié (vivant en concubinage) séparé de sa femme (de sa partenaire). Cette représentation n'a pourtant pas grand-chose à voir avec la grande diversité du corps enseignant africain. Dans les PFP d'Afrique australe par exemple, la majorité des instituteurs du primaire sont des femmes alors que dans la plupart des pays francophones, ce sont plutôt des hommes. La situation familiale varie elle aussi considérablement – au Botswana par exemple, près de 70 pour cent des institutrices sont célibataires, contre seulement 31 pour cent au Swaziland. Cette grande hétérogénéité interdit donc de tirer des conclusions générales sur le profil de la profession enseignante en Afrique face au risque d'infection.

37. Ensuite, on n'observe plus de corrélation statistique fortement positive entre le statut socioéconomique et la prévalence du VIH. En fait, les données disponibles montrent que les groupes socioéconomiques des tranches supérieures ont modifié leurs comportements sexuels et courent donc désormais moins de danger que le reste de la population (Glynn et Hargreaves, 2001). Même s'il n'existe quasiment pas d'enquêtes démographiques sur le VIH, une enquête approfondie conduite en 2000 dans la province de Manica, au Zimbabwe, montre que les taux de prévalence du VIH des enseignants, ajustés en fonction de l'âge, sont inférieurs à ceux du reste de la population (Gregson, 2001). Nous devons absolument recueillir davantage d'informations de ce type, à collecter au cours d'exercices approfondis d'évaluation du risque (voir infra).

38. Par ailleurs, on constate que les taux de mortalité des enseignants sont en général nettement plus faibles que ceux de l'ensemble de la population adulte. Au Malawi, les taux de mortalité des enseignants du primaire et du secondaire étaient respectivement de 1,01 pour cent et 0,8 pour cent en 1998, contre un taux général de mortalité chez les adultes âgés de 20 à 49 ans de 1,37 pour cent<sup>2</sup>. Vu la structure par âge et par sexe des enseignants, on aurait pu s'attendre à des taux de mortalité plus élevés que dans le reste de la population adulte. Une étude conduite en 2002 sur la morbidité et la mortalité dans le secteur public du Malawi a également permis de constater que les taux de mortalité des enseignants étaient largement inférieurs aux attentes. Le taux de mortalité normalisé (TMN) permet de voir dans quelle mesure la mortalité d'un groupe donné est supérieure ou non à la moyenne – dans le cas des enseignants du primaire et du secondaire au Malawi, ces taux étaient respectivement de 61 et 95 (Malawi Institute of Management, 2002). Enfin, une enquête réalisée auprès des élèves du secondaire en Zambie a observé un taux de mortalité des pères enseignants (en poste ou n'exerçant plus) de 11 pour cent par rapport au taux global de mortalité des pères d'environ 19 pour cent (Bennell et al., 2003b).

39. Les taux de mortalité réels des enseignants sont en règle générale deux à six fois inférieurs aux taux de mortalité projetés, lesquels sont calculés en posant pour hypothèse que les enseignants ont le même profil de prévalence du VIH que le reste de la population adulte. Au Zimbabwe par exemple, la population totale enseignante a perdu (toutes causes confondues) un pour cent de ses effectifs en 2001, ce qui est quatre fois moins que le nombre de décès liés au sida prévu par le modèle démographique standard qui sert à estimer l'impact de cette maladie. Au Botswana, pays avec le taux de prévalence VIH le plus élevé du monde, la différence est de l'ordre de six (les prévisions tablaient sur 3,0 pour cent de décès en 2002 alors que le taux de décès réels a été de 0,5 pour cent). Dans la province du Kwazulu-Natal (Afrique du Sud), les projections tablaient sur une mortalité supérieure à 1 000 chez les enseignants, contre 620 décès officiellement enregistrés.

40. Ces écarts importants s'expliquent probablement par le fait qu'en Afrique, ce sont les populations pauvres qui sont le plus durement frappées par le VIH/sida. Même dans le secteur de l'éducation, les taux de mortalité du personnel de support dans les universités (agents de nettoyage et d'entretien, cuisiniers, jardiniers, etc.) sont en général trois à quatre fois supérieurs à ceux des universitaires. En 2001 et 2002 par exemple, quatre universitaires du campus principal de l'université de Malawi, à Zomba, sont morts, contre 35 membres du personnel d'entretien ou de support. A l'université du Botswana, 19 membres du personnel de support sont morts sur la période 1999/2000, contre un seul universitaire<sup>3</sup>. A l'université de Dar es-Salaam, 14 universitaires et 35 membres du personnel de support sont morts entre 2000 et 2002. Même au sein de la profession enseignante, les taux de mortalité sont en général plus élevés parmi les instituteurs que chez les enseignants du secondaire, ces derniers ayant reçu une meilleure éducation et percevant en général des salaires plus élevés<sup>4</sup>.

---

<sup>2</sup> Plus de 90 pour cent des enseignants du Malawi ont entre 20 et 49 ans. Le taux de mortalité des adultes est tiré du recensement de 1998.

<sup>3</sup> Aucun universitaire n'est mort au cours de l'année 2002 dans l'université du Botswana, toutes causes confondues (Bennell et Chilisa, 2003).

<sup>4</sup> Les taux bien plus importants de mortalité chez les hommes enseignants sont eux aussi inattendus, quand on sait que les taux de prévalence du VIH chez les femmes âgées de 20 à 29 ans dans la plupart des pays sont largement supérieurs à ceux des hommes (Bennell et al., 2001). Nous aurions également besoin de pouvoir réaliser des comparaisons dans le temps entre les taux de mortalité des adultes et ceux des enseignants, mais les données ne sont pas disponibles.

41. La fonction publique du Botswana apporte d'autres éléments attestant de cette relation entre le statut socioéconomique et la mortalité liée au sida. En 2000, les chauffeurs, manœuvres et autres travailleurs semi-qualifiés ou non qualifiés employés dans l'administration centrale ou locale affichaient un taux de mortalité deux à trois fois supérieur à celui des professionnels et autres fonctionnaires supérieurs (*tableau 1*)<sup>5</sup>. D'une manière plus générale, en 2002 les taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes faisant partie de l'échantillon et vivant à Gaborone, la capitale du pays, étaient de 18,2 pour cent chez celles qui avaient fait des études supérieures mais encore, chiffre atterrant, de 55,9 pour cent chez celles qui avaient seulement fréquenté le primaire (NACA, 2002).

**Tableau 1 Taux de mortalité parmi le personnel du ministère de l'Éducation et les autres fonctionnaires de l'administration centrale au Botswana, par échelon et en pourcentage, 1999/2000**

Échelon	Ministère de l'Éducation		Gouvernement central	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
A	1,31	2,82	2,28	1,88
B	0,95	2,08	0,68	1,2
C	0,73	1,1	0,53	0,91
D	0	0	0,37	0,68
E	0	0	0	0
F	0	0	0	0

Notes : échelon A : employés non qualifiés ; échelon F : secrétariat général.

Source : gouvernement du Botswana, base de données Business and Enterprise Solutions sur les ressources humaines.

42. Une étude du devenir conduite auprès de 5 000 diplômés du secondaire et du supérieur dans quatre pays africains (Malawi, Ouganda, Tanzanie et Zimbabwe) a également permis de constater que les taux de mortalité cumulés pour les élèves en fin de quatrième année étaient deux à trois fois supérieurs à ceux des diplômés du supérieur plus ou moins du même âge (Al Samarrai et Bennell, 2003).

### 3.2. Niveau et caractéristiques de la mortalité des enseignants

43. Les taux de mortalité des enseignants des trois pays étudiés et de la Tanzanie sont présentés au *tableau 2*. Il faut souligner qu'il s'agit là d'un taux toutes causes confondues et que nous sommes incapables de déterminer précisément la part de décès provoqués par le sida. Cela étant, on estime qu'au Botswana et au Malawi deux tiers au moins des décès chez les adultes sont liés au sida. On peut constater que les taux de mortalité des enseignants de ces quatre pays sont très différents – les stades de propagation de l'épidémie et les taux nationaux généraux de prévalence rentrent en effet en ligne de compte. Si les taux annuels de mortalité des enseignants du Botswana et de

<sup>5</sup> Il faudrait ajuster les taux de mortalité en fonction de l'âge. Cela étant, les fonctionnaires de haut rang sont probablement plus âgés que les autres fonctionnaires non qualifiés et l'ajustement en fonction de l'âge provoquerait vraisemblablement un creusement des écarts de taux de mortalité liée au sida en fonction des différents grades.

l'Ouganda vont de 0,6 pour cent à 0,9 pour cent, ils sont plus proches des 2 pour cent au Malawi<sup>6</sup>.

**Tableau 2 Taux de mortalité chez les enseignants du primaire et du secondaire au Botswana, au Malawi, en Ouganda et en Tanzanie à la fin des années 90, en pourcentage**

Pays	Année	Primaire		Secondaire	
		Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Botswana	1999/00	0,76	1,21	0,21	0,36
Malawi	2000	2,49	1,96	0,93	1,02
Ouganda	1998	0,92	0,97	1,3	0,93
Tanzanie	1999	0,58	1,10	nd	nd

44. Les données d'impact du sida sur la mortalité des enseignants les plus souvent citées concernent la Zambie : « En Zambie, les taux de décès chez les enseignants ont augmenté de 3,9 pour cent à la fin des années 90 et leur mortalité serait supérieure de 70 pour cent à celle du reste de la population » (Kelly, 2000). D'après l'ONUSIDA, « près de 1 300 enseignants zambiens sont morts du sida en 1998, soit deux tiers des enseignants diplômés cette année-là ; d'ici 2000, les décès devraient être supérieurs aux effectifs formés » (ONUSIDA, 2000). Ces chiffres ont lourdement pesé sur l'élaboration des plans de riposte des États et des bailleurs de fonds. Pourtant, ils sont trompeurs, et ce pour trois grandes raisons : tout d'abord, ils sont dépassés (voir infra) ; ensuite, le taux global de mortalité était en fait de 2.7 pour cent, les premiers calculs ayant oublié d'intégrer dans le dénominateur les enseignants du secondaire ; enfin, tous ces décès n'étaient pas dus au sida.

### 3.2.1. Types d'enseignants

45. Au Botswana et au Malawi, les taux de mortalité sont plus élevés chez les instituteurs, hommes et femmes confondus, alors qu'ils sont globalement identiques chez les enseignants du primaire et du secondaire en Ouganda. Nous manquons encore de données pour les autres pays, mais l'impact de l'épidémie sur les instituteurs semble d'ores et déjà bien plus grave. Comme nous l'avons indiqué, les moindres niveaux d'éducation et de formation professionnelle des instituteurs jouent certainement un rôle majeur. Cela étant, les instituteurs sont bien plus nombreux à travailler dans les zones rurales ce qui, toutes choses égales par ailleurs, les fait rentrer dans une catégorie à moindre risque.

### 3.2.2. Sexe et situation de famille

46. Dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, les taux de prévalence du VIH sont beaucoup plus élevés chez les femmes que chez les hommes appartenant au groupe des 20-35 ans. De plus, les femmes enseignantes ont tendance à se concentrer davantage dans les zones urbaines, où les taux de prévalence sont en général plus élevés.

<sup>6</sup> Des données partielles de mortalité chez les enseignants sont également disponibles pour d'autres PFP : Côte d'Ivoire – 0,97 pour cent (1997/98); Kenya – 0,57 pour cent (1998); Namibie – 0,41 pour cent chez les femmes et 1,21 pour cent chez les hommes (1998) et 1.5 pour cent (2000-01) ; Swaziland – 0,84 pour cent (1999) ; écoles primaires de Tanzanie – 0,87 pour cent (1999) ; Zimbabwe – 0,98 pour cent (2001).

Les enseignants étant assez jeunes<sup>7</sup>, on pourrait donc s'attendre à des taux de mortalité bien plus forts chez les femmes que chez les hommes. Cette tendance n'est en fait observée que chez les instituteurs du Malawi et les enseignants du secondaire en Ouganda. En Namibie et en Tanzanie par ailleurs, les taux de mortalité des hommes enseignants sont deux à trois fois supérieurs à ceux des femmes<sup>8</sup>. Les hommes enseignants appartiendraient donc ainsi à un groupe courant davantage de risques que leurs collègues femmes. Si cette hypothèse est confirmée, il faudrait faire des hommes enseignants la cible principale des activités de prévention mises en œuvre dans les écoles.

47. La situation de famille des enseignants pourrait elle aussi jouer un rôle majeur vis-à-vis de l'impact de l'épidémie. Au Botswana par exemple, les institutrices célibataires ont des taux de mortalité nettement plus élevés que leurs collègues mariées ; la situation inverse semble prévaloir chez les hommes enseignants. Certaines de ces différences sont liées à l'âge, mais la situation de famille a probablement un impact indépendant sur le comportement sexuel.

### 3.2.3. Lieu de travail

48. Les taux de mortalité des enseignants semblent être positivement corrélés aux niveaux généraux de prévalence du VIH dans les zones où ils travaillent. Les taux de mortalité enregistrés au Malawi entre 1994 et 2000 dans les écoles participant à l'enquête ont été trois fois moins élevés dans les zones rurales (écoles primaires et secondaires). Au Botswana, les taux de mortalité des instituteurs travaillant dans la région septentrionale du pays, où la prévalence est extrêmement forte, étaient le double de la moyenne nationale. Mais les écarts interrégionaux de mortalité étaient moins marqués chez les institutrices. En Ouganda, si les taux de mortalité des instituteurs varient nettement d'un département à l'autre, seuls quatre départements sur 45 affichaient en 1999 des taux supérieurs à 1,5 pour cent.

### 3.3. Taux généraux de départs naturels

49. Dans les pays relativement grands comme le Kenya ou la Tanzanie, un taux de mortalité liée au sida de 1 pour cent chez les enseignants correspond à plus de 1 000 décès par an. La perte de vies humaines et le drame familial que représentent ces chiffres sont insupportables. Mais étant donné l'importance des niveaux généraux de départs naturels chez les enseignants dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, les décès provoqués par le sida pourraient bien ne représenter qu'une part assez faible de cette « déperdition » professionnelle. En Ouganda par exemple, à la fin des années 90, alors que l'épidémie de sida avait atteint son apogée, la mortalité liée au sida représentait seulement 20 à 25 pour cent du total des départs naturels chez les enseignants. De la même manière, le taux général de renouvellement des enseignants au Botswana était de 14 pour cent en 2001, taux près de 18 fois supérieur à la mortalité totale des enseignants pour la même année. En 2002, le rapport entre les départs naturels totaux et les décès était de 12,0 à 0,4 pour cent au Rwanda et de 2,4 à 1,6 pour cent en Zambie.

50. Une enquête réalisée en avril 2003 dans les écoles secondaires de la province de Lusaka, en Zambie, indique que les directeurs d'école étaient, dans leur grande majorité, bien plus préoccupés par la forte quantité d'enseignants en congés formation que par les

<sup>7</sup> Au Malawi et en Ouganda, plus de 80 pour cent des instituteurs ont moins de 40 ans.

<sup>8</sup> En Namibie, le taux de mortalité des hommes enseignants en 1998 était de 1,21 pour cent, contre 0,41 pour cent pour leurs collègues femmes. Chez les instituteurs en Tanzanie, ces taux étaient respectivement de 1,05 pour cent et 0,58 pour cent en 1999.

maladies ou la mortalité liées au sida (Bennell et Bulwani, 2003). D'une manière générale, les directeurs d'école des zones rurales d'Afrique ont toujours dû faire avec un taux de renouvellement des enseignants assez élevé.

### 3.4. Morbidité et absentéisme

51. La morbidité liée au sida devrait être l'une des conséquences les plus graves de l'épidémie sur les systèmes éducatifs d'ASS<sup>9</sup>. La maladie a un impact négatif sur la qualité de l'enseignement et provoque une augmentation des taux d'absentéisme enseignant. A plus long terme, un absentéisme durable est extrêmement perturbant. Pourtant, même dans cette phase avancée de l'épidémie, nous n'avons aucune donnée de qualité sur l'étendue et les causes de l'absentéisme enseignant, chronologiquement et dans un pays quelconque d'ASS<sup>10</sup>. Dans les trois études par pays, l'indigence des registres scolaires rend impossible le suivi du taux d'absentéisme enseignant dans la durée. La plupart des études d'impact ont fait des projections concernant les enseignants séropositifs, mais il y a de fortes chances pour qu'elles soient aussi peu fiables que les projections sur la mortalité.

52. Dans les trois pays de l'enquête, les taux d'absentéisme enseignant (pourcentage de jours perdus) chez les instituteurs étaient relativement faibles (à l'exception des institutrices du Botswana) (tableau 3). Ils étaient toujours faibles pour les enseignants du secondaire au Botswana et au Malawi, mais bien plus importants en Ouganda. Dans les trois pays, les femmes enseignantes affichent des taux d'absentéisme plus importants que leurs collègues masculins. Dans chaque pays, seulement 8 à 12 pour cent des absences correspondaient à plus de cinq jours d'absence par trimestre.

**Tableau 3 Taux d'absentéisme enseignant dans les écoles de l'enquête au Botswana, au Malawi et en Ouganda (en pourcentage du total des jours d'absence)**

	Écoles primaires			Écoles secondaires		
	Botswana	Malawi	Ouganda	Botswana	Malawi	Ouganda
<b>Femmes</b>	7,4	4,5	4,3	6,1	3,4	12,6
<b>Hommes</b>	4,2	4,6	2,4	3,7	2,4	9,1

53. Seul un très petit pourcentage d'enseignants travaillant dans les écoles de l'enquête avaient des congés pour maladie de « longue durée », probablement pour des affections liées au sida, et s'absentaient pendant de longues périodes. Au Malawi par exemple, 1 pour cent des enseignants rentrent dans cette catégorie. D'une manière générale, les enseignants malades continuent d'enseigner tant qu'ils peuvent le faire même si, pour la plupart, ils n'arrivent plus à gérer leurs classes. Au Botswana, la distribution massive de médicaments antirétrovirus semble avoir mis empêché l'apparition d'un absentéisme massif (voir infra). En 2002, seulement 0,28 pour cent des enseignants avaient eu un arrêt maladie de longue durée<sup>11</sup>. L'étude d'impact réalisée par AbT au Botswana a estimé que, sans distribution de médicaments antirétrovirus, près de

<sup>9</sup> D'après Grassly et al., 70 pour cent des coûts économiques totaux de l'épidémie dans le secteur de l'éducation de la Zambie sont dus à l'absentéisme enseignant (Grassly et al., 2002).

<sup>10</sup> Aucune des autres études d'impact ne donne d'estimations sur les taux d'absentéisme enseignant.

<sup>11</sup> Des entretiens réalisés avec des enseignants et des directeurs d'école dans dix écoles primaires de Gaborone et sa banlieue en avril 2003 confirment aussi que cette question de l'absentéisme enseignant n'est en général pas perçue comme essentielle.

2 000 enseignants (soit 8,4 pour cent des enseignants employés) auraient développé un sida avéré en 2002.

54. La plupart des enseignants et des élèves des écoles de l'enquête au Botswana, au Malawi et en Ouganda ne considèrent pas que l'absentéisme enseignant soit un « problème grave ». Cependant, il est clairement ressorti des discussions de groupe que l'absentéisme augmentait, notamment pour cause de funérailles. Cinq grands motifs d'absentéisme ont été recensés : la maladie de l'enseignant, les déplacements pour assister à des funérailles, la prise en charge de proches malades, les obligations professionnelles (surtout la participation à des ateliers de formation continue) et les « autres » causes (essentiellement les congés maternité, les déplacements pour chercher sa paie ou le fait que l'enseignant ne soit pas obligé d'être là tous les jours). Au Botswana et au Malawi, la maladie de l'enseignant représente 35 à 45 pour cent des absences (au moins un jour), mais seulement 20 à 30 pour cent en Ouganda, où les obligations professionnelles sont la principale cause d'absentéisme, dans le primaire comme dans le secondaire. Au Malawi, l'absence pour funérailles est pratiquement équivalente au congé maladie (soit environ 35 à 40 pour cent), mais au Botswana et en Ouganda, elle ne correspond qu'à 10-20 pour cent des absences. Dans les trois pays, la prise en charge des proches malades n'est jamais une cause majeure d'absence.

55. L'étude d'impact réalisée au Zimbabwe estimait que les cas totaux de séropositivité chez les enseignants du primaire et du secondaire seraient supérieurs à 5 000 d'ici 2002. Pourtant, seulement 17 pour cent des directeurs d'école interrogés estiment que l'absentéisme enseignant est un problème « grave ». Pour 40 pour cent, l'absentéisme est « parfois » un problème – et les motifs d'absence sont les funérailles (47 pour cent des directeurs d'établissement), la maladie (30 pour cent) et les problèmes familiaux (22 pour cent) (AbT Associates, 2002).

### **3.4.1. Motivation et moral**

56. La baisse de moral et de motivation des enseignants est un véritable problème dans de nombreuses écoles d'Afrique, voire dans une majorité d'entre elles. Au Botswana et au Malawi, largement moins de la moitié des personnes interrogées dans les écoles de l'enquête considéraient que « le moral des enseignants dans cette école est très bon ». Cela étant, les enquêtes ont recueilli peu d'éléments prouvant que ce mauvais moral et cette faible motivation des enseignants pouvaient être directement associés à l'impact du VIH/sida. Alors que de nombreux enseignants sont négativement affectés par l'augmentation de la morbidité et de la mortalité du personnel, l'incidence globale des décès et des maladies liés au sida est trop faible dans la plupart des écoles pour avoir un effet quelconque sur le moral des enseignants. Dans les discussions de groupe avec les enseignants, le mauvais salaire, les piètres conditions de travail et une gestion aberrante des écoles sont systématiquement cités comme les premières causes de ce mauvais moral. De sorte que la plupart des enseignants rechignent à prendre davantage de responsabilités du fait de l'augmentation de la morbidité ou de la mortalité chez leurs collègues affectés par le sida. La plupart des enseignants interrogés ont indiqué que les aléas de leur vie privée, en dehors de l'école, jouent souvent bien plus sur leur moral. Des visites dans dix écoles primaires du Botswana et 18 écoles secondaires de la province de Lusaka courant avril et mai 2003 confirment que ce constat est toujours vrai dans deux des pays les plus touchés (Bennell, 2003a et 2000b).



### 3.4.2. Discrimination

57. De l'avis général, les enseignants africains vivant avec le sida subissent une véritable discrimination de la part des gestionnaires, de leurs collègues et de leurs élèves (Kelly, 2000). Les enquêtes menées dans les écoles confirment effectivement un niveau élevé de secret et de déni au sein du personnel enseignant vis-à-vis de la propagation éventuelle de l'infection par le VIH et de la forme clinique du sida dans l'école. Face au poids de l'opprobre attaché au VIH/sida, les enseignants ne sont en général pas disposés à divulguer leur éventuelle séropositivité, par crainte d'une réaction hostile de leurs collègues ou de la communauté entière. Dans certaines écoles, des enseignants gravement malades continueront d'exercer, par peur des rumeurs. Cela étant, nous avons rarement observé de comportement ouvertement discriminatoire à l'égard des enseignants affectés dans les écoles de l'enquête. Le commentaire suivant, du directeur d'une école secondaire du Botswana, est typique des réponses écrites ou orales apportées à cette question : « Il n'y a pas de discrimination à l'encontre des malades dans cette école, mais les rumeurs et la discrimination vont bon train dans la communauté extérieure ». Dans la quasi-totalité des écoles, de nombreux exemples sur la manière dont les enseignants aident (financièrement, moralement et professionnellement) leurs collègues malades ont été cités.

58. Les réponses des enseignants sur la discrimination corroborent elles aussi ce constat. Moins de 10 pour cent des personnes interrogées approuvaient l'affirmation selon laquelle les enseignants séropositifs subissent une discrimination de la part des fonctionnaires du ministère, des gestionnaires de l'établissement ou des autres enseignants. Cela étant, une forte proportion de personnes interrogées indique ne pas « être sûr » de l'existence d'une discrimination, ce qui est symptomatique du secret autour de cette question et du fait que, finalement, assez peu d'enseignants sont malades. Si la discrimination ouverte reste exceptionnelle, de nombreux enseignants redoutent visiblement de travailler avec des collègues infectés. Divers incidents ont été évoqués dans les trois études de cas, sur le fait de partager des ustensiles de cuisine ou les toilettes. Des programmes éducatifs adéquats viendraient facilement à bout de ces appréhensions.

59. Le rapport de synthèse sur les résultats des études d'impact conduites au Kenya, au Mozambique, en Ouganda et en Tanzanie au cours de l'année 2002 conclut lui aussi que « les enseignants ne subissent en général pas de discrimination de la part de leurs responsables ou de leurs élèves. Cela étant, certains enseignants font état d'une discrimination de la part des communautés. La plupart des écoles participant à l'enquête ont mis sur pied leurs propres associations d'entraide au personnel en difficulté. Les dépenses concernent surtout les ordonnances médicales et les obsèques » (Carr-Hill et Peart, 2003).

## 4. L'IMPACT SUR LES ENFANTS

60. On distingue trois groupes d'élèves dont la vie est le plus directement affectée par l'épidémie de sida et dont l'éducation risque, potentiellement, d'être très perturbée : il s'agit des enfants séropositifs, des enfants vivant avec des malades et des enfants dont les parents ou les tuteurs sont morts du sida. L'impact négatif sur l'éducation de ces enfants dépend fortement du niveau de soutien matériel et moral qu'ils reçoivent de la part de leur famille au sens large, de l'école, de la communauté et des pouvoirs publics, locaux et centraux.

### 4.1. Nombre d'enfants directement affectés

61. Dans la plupart des pays d'ASS, l'information sur le nombre d'enfants directement affectés par l'épidémie est très parcellaire. Les enquêtes approfondies sont rares et, d'une manière générale, les estimations concernant la taille de ces trois groupes varient fortement d'un pays à l'autre. La difficulté tient surtout au fait que l'on a souvent du mal à savoir si l'enfant, ses parents ou ses tuteurs sont malades ou morts d'une maladie liée au sida. Autre source de difficultés, le fait qu'il n'existe pas de définition normalisée du statut d'orphelin. Les écoles elles-mêmes ont rarement des dossiers fiables et à jour, même sur le statut des parents.

#### 4.1.1. Enfants vivant avec le sida

62. Le silence, le secret et le déni entourant le VIH/sida rendent particulièrement délicate l'obtention d'informations précises sur les élèves séropositifs et/ou affectés par une maladie liée au sida. En l'absence de traitement médical, un tiers des femmes enceintes transmettent le virus à leurs enfants. Cela étant, plus de 90 pour cent de ces enfants mourront avant d'atteindre l'âge scolaire de sorte que, même dans des PFP comme le Botswana, moins d'un pour cent des élèves du primaire risquent d'être infectés et au maximum 0,2 pour cent d'entre eux développeront une maladie liée au sida. En Ouganda, environ 1 pour cent des élèves du secondaire dans un échantillon aléatoire sélectionné par le Centre d'information sur le sida étaient séropositifs (milieu des années 90). Pour l'ensemble de l'ASS, on estimait en 1999 à 1,01 million le nombre d'enfants vivant avec le sida, soit 0,44 pour cent de la population de moins de 15 ans.

63. Parmi les enseignants des écoles participant à l'enquête, rares étaient ceux qui étaient capables d'identifier les élèves probablement atteints d'une maladie liée au sida. Les taux de mortalité des élèves du primaire et de secondaire étaient par ailleurs faibles. Au Malawi par exemple, les taux de mortalité des élèves du primaire et du secondaire étaient respectivement de 0,09 pour cent et 0,12 pour cent dans les écoles participant à l'enquête – mais ils étaient en augmentation rapide.

#### 4.1.2. Orphelins

64. Les écoles sélectionnées pour l'enquête ont été à dessein choisies dans les régions affichant les taux de prévalence les plus forts de chaque pays. De sorte que la proportion d'enfants ayant perdu un parent est très élevée, à la fois par rapport au nombre total d'orphelins dans chacun des trois pays et par rapport au niveau d'orphelins pour l'ensemble du continent africain. Comme le souligne le *tableau 4*, ce constat est particulièrement vrai pour le Malawi et l'Ouganda, où plus de 35 pour cent des élèves

interrogés ont déclaré avoir perdu au moins un de leurs parents. Dans ces deux pays, 10 à 12 pour cent des enfants scolarisés dans les écoles participant à l'enquête avaient perdu leurs deux parents, contre 3 à 4 pour cent au Botswana. Étant donné le mode de propagation du virus, il y a de fortes probabilités pour que les orphelins de père ou de mère finissent par perdre leurs deux parents lorsque ceux-ci vivent ensemble.

**Tableau 4 Incidence des orphelins dans les écoles participant à l'enquête et dans la population totale de moins de 15 ans, en pourcentage**

Pays	Niveau	Orphelins de père	Orphelins de mère	Orphelins de père et de mère	Total	Population totale < 15 ans
Botswana	Primaire	11	3,9	3,7	18,6	16
	Secondaire	16,5	3,2	2,9	22,6	
Malawi	Primaire	22,5	6,3	12,7	41,4	20
	Secondaire	19,9	5,1	10,6	35,6	
Ouganda	Deux niveaux confondus	16,2	8,6	10,2	35	20

65. Les estimations les plus souvent citées du nombre actuel et projeté d'orphelins sont celles de Hunter et Williamson dans leur célèbre étude Children on the Brink (COTB). Toutes ces estimations ont été produites à l'aide d'un modèle démographique spécifique sur l'impact du VIH/sida sur le statut parental des enfants. D'après ces auteurs, on dénombrait 11 millions « d'orphelins du sida » en ASS en 2001, soit 3,8 pour cent de la population de moins de 15 ans. Près de 80 pour cent des enfants de ce groupe avaient perdu leur mère ou leurs deux parents (*tableau 5*). Il faut souligner que moins d'un tiers du total des orphelins étaient des « orphelins du sida ». Ainsi, indépendamment même de l'épidémie de sida, les orphelins sont encore assez nombreux, surtout dans les pays ravagés par la guerre. Dans six pays, les orphelins représentaient plus de 20 pour cent de la population de moins de 15 ans – Congo, Malawi, Ouganda, Rwanda, Zambie et Zimbabwe (Hunter et Williamson, 2002).

66. Les enquêtes nationales démographiques et de santé (DHS) constituent l'autre grande source d'informations sur le statut parental des enfants. Ces enquêtes s'appuient sur d'importants échantillons représentatifs de ménages ruraux et urbains. Réalisées régulièrement (en général tous les cinq ans), elles concernent l'ensemble des pays en développement, dont 23 pays africains. Premier constat, la différence frappante en termes d'incidence des orphelins entre les résultats des enquêtes DHS et les estimations du COTB. D'une manière générale, les estimations du COTB surestiment la part des orphelins de 30 à 50 pour cent (*tableau 16* de l'annexe). Cela signifie également que les projections des taux de mortalité liée au sida produits par les modèles démographiques du Bureau du recensement des Etats-Unis sont probablement elles aussi largement surestimées.

67. Le *tableau 17* de l'annexe résume l'incidence actuelle en pourcentage des orphelins de père et de mère, des orphelins de mère et des orphelins de père, à partir des données des dernières enquêtes DHS. Plusieurs remarques s'imposent :

- entre le milieu et la fin des années 90, 3 à 5 pour cent des enfants des pays les plus touchés par l'épidémie étaient des orphelins de père et de mère ou des orphelins de mère ;

- l'augmentation du nombre relatif des orphelins au cours des années 90 est bien inférieure à ce que l'on a tendance à suggérer. Ainsi, l'augmentation en pourcentage des orphelins de père et de mère est de 0,5 au Kenya (1993-98), 0,6 au Malawi (1992-98) et 1,1 en Zambie (1992-96). En Ouganda et en Tanzanie, l'incidence des orphelins de père et de mère a en fait diminué (de respectivement 0,1 et 0,7 point). Il n'y a donc pas lieu de prévoir une détérioration marquée des taux généraux d'inscription ou d'abandon, même dans les PFP. Une grande enquête sur les orphelins conduite en Ouganda par Busingye et al. (2003) montre aussi que le taux d'orphelins a atteint son apogée vers 1997/98 et qu'il ne cesse de décroître, lentement, depuis lors (*tableau 18* de l'annexe). Au plus fort de l'épidémie, la prévalence globale des orphelins (de moins de 15 ans) était de 16,8 pour cent et 8,0 pour cent des enfants avaient perdu leur mère ou leurs deux parents ;
- les enfants ayant perdu leur père représentent d'une manière générale les deux tiers des orphelins (dans les pays en guerre comme ailleurs). Cela tient en partie au fait que, dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, les pères sont bien plus âgés que les mères. Il faudra cependant se livrer à de nouvelles recherches pour comprendre pourquoi les taux de mortalité chez les hommes sont si nettement supérieurs.

#### **4.1.3. Enfants s'occupant de proches malades**

68. Il est souvent difficile d'estimer avec précision le nombre d'enfants dont les parents ou les tuteurs sont séropositifs et qu'ils seront donc amenés un jour ou l'autre à prendre totalement ou partiellement en charge. Quelques données sont parfois disponibles. Ainsi, l'enquête nationale sur les ménages conduite en Ouganda en 1999 montre que 8,8 pour cent des ménages comprenaient un membre atteint d'une maladie liée au sida (gouvernement de l'Ouganda, 2000). D'autres enquêtes réalisées dans ce même pays indiquent que la prévalence du VIH chez le parent survivant d'orphelins ayant perdu leur père ou leur mère est quatre à cinq fois supérieure à celle des ménages où les deux parents sont vivants (Busingye et al., 2003). De sorte que la probabilité pour un orphelin d'avoir à vivre avec un parent malade est bien plus élevée que pour les autres enfants.

**Tableau 5** Prévalence des orphelins en Afrique subsaharienne, au milieu des années 90 et projections pour 2010 (pourcentages arrondis)

Pays	Données	Orphelins du sida	Total des orphelins	Orphelins de mère ou orphelins de père et de mère	Total des orphelins
	Année	en % de la pop. < 15 ans	en % de la pop. < 15 ans	en % de la pop. < 15 ans	en % de la pop. < 15 ans en 2010
AFRIQUE DU SUD	1996	3	9	16	30
BÉNIN	1998	1	11	2	11
BOTSWANA	1996	9	16	19	37
BURKINA FASO	1995	4	13	5	13
BURUNDI	1998	7	18	6	18
CAMEROUN	1997	3	9	3	9
CONGO	1998	3	33	2	10
CÔTE D'IVOIRE	1996	4	17	6	16
ÉTHIOPIE	1996	3	17	7	18
GABON	1996	1	11	4	13
GHANA	1991	1	7	2	8
KENYA	1995	4	9	5	12
LESOTHO	1997	3	9	9	20
MALAWI	1997	6	20	9	22
MOZAMBIQUE	1997	3	18	11	27
NAMIBIE	1998	7	16	16	32
NIGERIA	1995	2	9	4	11
OUGANDA	1999	8	20	4	14
RCA	1991	5	na	14	31
RDC	1998	2	9	Na	na
RWANDA	1991	6	30	9	22
SWAZILAND	1997	2	15	15	32
TANZANIE	1998	4	10	5	11
TOGO	1997	3	7	4	9
ZAMBIE	1998	10	27	10	23
ZIMBABWE	1998	14	24	18	34
<b>TOTAL</b>		<b>4</b>	<b>13</b>	<b>6</b>	<b>17</b>

Source : Hunter et Williamson, 2000.

## 4.2. Impact sur l'éducation

69. Pour nombre de gens, l'éducation des enfants les plus directement affectés par l'épidémie est perturbée à différents niveaux. On estime en effet que, du fait de situations familiales très difficiles, les orphelins et les enfants vivant dans des foyers affectés par le sida sont souvent contraints d'abandonner l'école sans guère d'espoir d'y retourner jamais. « L'accroissement du nombre d'orphelins est un fardeau terriblement lourd à porter pour les familles et l'ensemble de la société. Dans bien des cas, la famille étendue est confrontée à d'énormes difficultés, tant économiques que psychologiques, pour faire face au nombre d'enfants qu'elle doit absorber. Rares sont les orphelins qui peuvent payer leurs frais de scolarité ou de formation. Nombreux sont ceux qui doivent s'occuper des autres personnes vivant sous le même toit. Nombreux sont ceux qui doivent travailler pour subvenir à leurs propres besoins ou aux besoins de frères et sœurs plus jeunes dont ils ont la charge » (Kelly, op. cit., p. 64). En outre, « dans bon nombre de familles meurtries par le VIH/sida, les enfants ne veulent pas aller à l'école. Chez certains, cette réticence tient à la peur d'y subir la stigmatisation et le mépris » (ibid., p. 56).

70. Pourtant, les enquêtes réalisées dans plusieurs écoles du Botswana, du Malawi et de l'Ouganda ainsi qu'un certain nombre d'études plus récentes ont constaté que les relations entre le fait d'être ou non orphelin et la fréquentation de l'école sont extrêmement complexes. En outre, l'impact du statut d'orphelin sur la fréquentation scolaire est en général bien moins marqué que l'on a tendance à le dire.

### 4.2.1. Enquêtes dans les écoles

71. Comme nous l'avons vu, l'identification des élèves obligés de prendre soin de leurs proches malades et de la petite minorité d'entre eux atteints par des maladies chroniques liées au sida est très délicate. Les enquêtes conduites dans les écoles se sont donc concentrées sur les orphelins : ils représentent en effet de loin le groupe le plus important des trois groupes directement affectés par le sida et il est relativement facile de savoir si les parents sont ou non vivants. Des données portant sur trois indicateurs clés – l'absentéisme, les redoublements et les interruptions de scolarité – ont été collectées, en même temps que des données plus qualitatives tirées des entretiens particuliers et des discussions avec le groupe focal.

72. L'absence de registres scolaires correctement tenus dans les trois pays de l'enquête a empêché de recueillir des séries temporelles de données sur les taux d'absentéisme des élèves. En revanche, on a pu collecter des données sur les taux actuels d'absentéisme des élèves de ces écoles. Au Botswana, les taux globaux d'absentéisme sont relativement faibles. En outre, l'absentéisme des orphelins inscrits en primaire est systématiquement plus faible que celui des non-orphelins (*tableau 6*). De fait, aucun des orphelins de père et de mère n'a été absent au cours du mois qui a précédé l'enquête. Quatre raisons peuvent être à l'origine de ce phénomène. Premièrement, le travail des enfants dans les ménages semble, d'une manière générale, être assez peu répandu ou concerner des tâches accomplies en dehors des heures d'école. Ensuite, les incitations matérielles, morales et psychologiques à aller à l'école sont particulièrement fortes pour les orphelins. Même si l'environnement scolaire est rarement respectueux des enfants, le fait d'aller à l'école fait encore partie intégrante d'une vie « normale ». En d'autres termes, les orphelins ne veulent surtout pas se faire remarquer, notamment dans un pays comme le Botswana où la plupart des enfants fréquentent l'école primaire et le 1er cycle du secondaire. Troisièmement, la distribution de repas nourrissants est une forte incitation à fréquenter l'école, surtout pour les enfants défavorisés. Enfin, les orphelins préfèrent

probablement aller à l'école plutôt que de rester à la maison, où ils n'ont rien à faire et / ou sont pris en charge par des personnes relativement peu soucieuses de leur bien-être.

**Tableau 6 Différences en pourcentage entre les taux d'absentéisme des orphelins et des non-orphelins**

	Élèves du primaire			Élèves du secondaire		
	Botswana	Malawi F / G	Ouganda	Botswana	Malawi F / G	Ouganda
Orphelins de père	-8	16 / 6	9	1	4 / 12	-16
Orphelins de mère	0	0 / 5	10	19	-3 / 11	-2
Orphelins double	-21	14 / 1	-9	-10	22 / 14	27
Taux d'absentéisme des non-orphelins	21	47 / 49	63	23	33 / 32	52

73. Au Malawi et en Ouganda, pays à faible revenu assez caractéristiques, l'absentéisme effectivement très élevé de tous les élèves du primaire est un véritable problème. Dans ces deux pays, plus de la moitié des enfants participant à l'enquête ont été absents au moins une fois au cours des deux semaines précédentes. Cela tient à l'incidence très importante d'une pauvreté chronique laquelle entraîne toute une série de difficultés pour la plupart des enfants, qui les empêchent d'avoir une scolarité régulière. Même si l'absentéisme des orphelins a tendance à être plus important, dans un tel contexte de fort absentéisme en primaire, la différence entre les deux groupes d'enfants n'est pas vraiment significative. Seules les filles orphelines de père ou ayant perdu leurs deux parents au Malawi affichent des taux d'absentéisme nettement plus élevés (supérieurs à 20 pour cent). Là encore, il faut signaler que le taux de fréquentation des orphelins de père et de mère en Ouganda était supérieur à celui des non-orphelins.

74. Les causes d'absentéisme sont très instructives. Les absences pour maladie de l'élève représentent bien plus de la moitié des causes d'absence dans les trois pays. Cela reflète la gravité de la situation au Malawi et en Ouganda, où les taux d'absentéisme sont très élevés. Les enfants pauvres sont souvent malades et cela perturbe profondément leur éducation. Des taux bien plus élevés d'absences pour maladie chez les orphelins laisseraient supposer que l'on s'occupe moins bien de ces enfants que des autres. Nous ne disposons cependant d'aucun élément indiquant que les orphelins sont plus malades que les autres. De même, rien ne prouve vraiment que les orphelins doivent plus souvent rester à maison (pour y travailler) que les autres. Au Malawi, le décès de la mère semble entraîner une augmentation concrète du travail des filles dans le foyer. A l'inverse en Ouganda, l'augmentation du travail des enfants est liée à la disparition du père. Quoi qu'il en soit, il est frappant de constater que, dans les trois pays, l'absentéisme dû au travail à la maison est bien moins fréquent chez les orphelins de père et de mère que chez les autres orphelins et les enfants dont les deux parents sont vivants.

75. La maladie d'un membre de la famille n'est pas une cause majeure d'absentéisme, à l'exception des orphelins de mère ou de père et de mère en Ouganda. Pourtant, un nombre assez important d'enfants ont été renvoyés dans leurs familles par les directeurs d'école et les enseignants. En Ouganda, près d'un tiers des enfants

scolarisés dans les écoles primaires participant à l'enquête avaient été renvoyés chez eux au cours des deux semaines précédentes, pour trois grandes raisons – non-paiement des frais de scolarité, absence de matériels éducatifs et problèmes de discipline. Cela étant, les orphelins étaient légèrement moins renvoyés chez eux que les non-orphelins. Les écoles du Malawi ont tendance à moins renvoyer les enfants chez eux, mais l'absence d'une tenue adéquate entraîne un niveau d'absentéisme assez élevé pour certains élèves orphelins. Dans les discussions du groupe focal, les orphelins du Malawi ont indiqué que l'absence de vêtements et d'argent pour acheter de la lessive, de la nourriture ou assumer d'autres besoins essentiels était l'une des principales causes d'absentéisme.

76. Le taux de redoublement est un assez bon indicateur de la performance scolaire dans les trois pays. Moins de 20 pour cent des élèves de quatrième et sixième années dans les écoles primaires du Botswana participant à l'enquête n'avaient jamais redoublé. Les taux de redoublement sont plus faibles chez les orphelins de père et de mère ou de père mais bien plus importants chez les orphelins de mère (*tableau 7*). Les raisons de ce phénomène sont mal établies. Au Malawi, près de 70 pour cent des élèves du primaire ayant participé à l'enquête avaient redoublé au moins une fois. Cette médiocrité des résultats scolaires est due à quantité de facteurs, et notamment à une fréquentation irrégulière et une piètre qualité des conditions de scolarisation. Les taux d'enfants ayant redoublé une fois sont systématiquement plus faibles chez les garçons orphelins mais à peine légèrement supérieurs chez les filles orphelines de père et de mère. En Ouganda, plus d'un tiers des élèves a redoublé une fois. Là aussi, les taux d'enfants ayant redoublé une fois sont plus faibles chez les orphelins de mère ou les orphelins de père et de mère et plus élevés chez les orphelins de père.

**Tableau 7 Différences en pourcentage des taux de redoublement entre les orphelins et les non-orphelins**

	Élèves du primaire			Élèves du secondaire		
	Botswana	Malawi F / G	Ouganda	Botswana	Malawi F / G	Ouganda
Orphelins de père	-3	6 / -5	7	-1	6 / 2	-5
Orphelins de mère	18	5 / -8	-12	0	-25 / -2	-1
Orphelins de père et de mère	-3	0 / -3	-4	5	-20 / 1	3
Non-orphelins ayant redoublé une fois	18	68 / 70	35	8	65 / 59	26

77. Les élèves interrogés devaient aussi indiquer s'ils avaient été amenés à arrêter leur scolarité, quel que soit le motif de cette interruption. Dans les trois pays, les orphelins, notamment les orphelins de père et de mère, ont davantage tendance à interrompre leur scolarité que les non-orphelins (*tableau 19* de l'annexe). C'est particulièrement vrai pour les orphelins de père et de mère élèves du secondaire en Ouganda et pour les garçons orphelins de père et de mère élèves du secondaire au Malawi, où les contraintes financières sont bien plus pesantes. Les orphelines de père scolarisées dans le primaire au Malawi sont elles aussi particulièrement vulnérables. Au



Botswana et en Ouganda, l'interruption de la scolarité est plus un problème pour les orphelins de mère que pour les orphelins de père. Même lorsque les taux des orphelins « ayant interrompu leur scolarité au moins une fois » sont inférieurs, cela peut simplement signifier que ces enfants ont moins de chances que les autres de reprendre leur scolarité une fois qu'elle a été interrompue.

78. D'autres informations sur la fréquentation scolaire dans les trois pays ont été analysées. En s'appuyant sur des données détaillées et à jour tirées d'une enquête nationale sur les orphelins, l'étude du Botswana conclut que dans les trois départements où se situent les écoles participant à l'enquête « les taux d'abandon parmi les orphelins n'étaient pas significativement plus élevés que ceux des non-orphelins » (Bennell et al., 2002, p. 36). Les causes de ces faibles taux d'abandon enregistrés au Botswana ont déjà été évoquées – faible travail des enfants dans les familles, culture très favorable aux études, programme complet d'alimentation scolaire et environnement familial pénible. Deux autres facteurs jouent un rôle essentiel. Tout d'abord, les autorités du Botswana distribuent depuis 2000 directement aux familles des orphelins défavorisés des rations alimentaires assez généreuses et d'autres formes d'aide en nature. Ensuite, il semble que les orphelins du primaire et du secondaire ne soient pas confrontés à une grave discrimination de la part des enseignants ou de leurs camarades. Les rapports sur le Malawi et l'Ouganda parviennent à des conclusions similaires en matière de stigmatisation et de discrimination.

79. Bien que les données disponibles au Malawi soient moins détaillées, l'étude conclut que « la plupart des orphelins suivent bien une scolarité primaire ». De sorte que « la corrélation supposée entre les abandons et le fait d'être orphelin est plus supposée que réelle » (Kadzamira et al., 2002, p. 46). Seuls 18 des 111 orphelins (16,2 pour cent) localisés et interrogés dans les communautés desservies par les écoles participant à l'enquête n'étaient pas scolarisés. Cet échantillon est biaisé, mais il suggère néanmoins que les taux d'abandon chez les orphelins sont probablement à peine plus élevés.

80. Le poids financier de la scolarité secondaire au Malawi et en Ouganda est un obstacle majeur pour tous les enfants issus de familles très pauvres, y compris les orphelins. Là encore, faute d'enquête approfondie sur les taux d'abandon il est difficile de dire précisément si les orphelins sont ou non affectés de manière disproportionnée. Au Botswana et au Malawi, le nombre d'orphelins scolarisés dans le secondaire est inférieur de 4 à 6 points à celui des orphelins scolarisés en primaire. En Ouganda à l'inverse, la proportion d'orphelins scolarisés dans le secondaire est 2,5 pour cent supérieure à celle des orphelins scolarisés dans le primaire. Au Botswana, l'enseignement secondaire est gratuit pour tous et, au Malawi, les filles n'acquittent pas de droits de scolarité.

81. A ce jour, la plupart des études n'attachent pas encore suffisamment d'importance à l'impact de la situation familiale (le fait de devenir orphelin) sur la scolarisation en Afrique. Une analyse de la situation des élèves scolarisés dans les écoles primaires participant à l'enquête montre que même lorsque les deux parents sont vivants, il arrive souvent qu'ils ne vivent pas ensemble (c'est le cas pour 63 pour cent des élèves au Botswana, 23 pour cent au Malawi et 44 pour cent en Ouganda). Le même constat vaut pour les élèves du secondaire (*tableau 20* de l'annexe). Un enfant devient orphelin lorsqu'il « perd » au moins un de ses parents. Pourtant, beaucoup d'enfants n'ont jamais vécu avec leur père, en particulier ceux qui vivent dans un foyer où le chef de famille est une femme. Il est donc indispensable de tenir compte de la situation familiale des enfants et d'estimer dans quelle mesure le décès d'un parent affecte effectivement l'enfant, moralement, psychologiquement et matériellement.

82. On constate également que, dans la plupart des pays d'Afrique, les élèves scolarisés dans le secondaire ont tendance à venir de familles plus aisées, pour lesquelles le décès d'un parent aura sans doute un impact moins grave que dans les familles plus pauvres. En outre, de nombreux élèves scolarisés dans le secondaire sont pensionnaires, ce qui peut encore atténuer l'impact de la perte d'un parent ou des deux.

#### 4.2.2. Autres éléments de preuve

83. Les différentes études consultées n'ont pas cherché à analyser de manière rigoureuse l'impact du statut parental sur la fréquentation scolaire<sup>12</sup>. Par conséquent, les données fournies sont quasiment toutes qualitatives et assez subjectives. Le rapport de l'Afrique du Sud indique par exemple simplement que « les orphelins et les autres enfants affectés sont susceptibles de voir leur scolarité perturbée par les impacts économiques, sociaux et psychologiques du VIH/sida sur leurs foyers » (AbT, 2000, p. 3).

**Tableau 8 Écarts entre taux d'inscription en primaire des orphelins et des non-orphelins, 1994-2000 (en pourcentage)**

Pays	Années	Taux global d'inscription	Écarts entre orphelins		
			Orphelins de père	Orphelins de mère	Orphelins de père et de mère
Afrique du Sud	1998	93,2	-0,5	2	-2,7
Cameroun	1998	77,5	1,1	-11,3	-5,4
Côte d'Ivoire	1994	52,3	-8,4	-9,2	-14,5
Ghana	1998	78,8	-11,8	-3,1	-7,1
Kenya	1998	90,4	-4,1	-7,1	-18,5
Mozambique	1997	60,1	-1,8	2,4	-29,3
Nigeria	1999	67,6	5,9	3,5	-1,3
Ouganda	1999/00	90,1	-2,5	2,1	-2
RCA	1994/95	66,1	-10,1	-8	-16,7
Tanzanie	1996	54,3	6,2	2,5	7
Zambie	1996/97	67,6	-6,6	-1,7	-4,2
Zimbabwe	1999	89,1	-1,6	-4,5	-10

Notes : Taux d'inscription pour le groupe d'âge des 7-14 ans – les enfants qui ne commencent pas le primaire à l'âge prévu ne sont donc pas inclus.

Source : d'après Ainsworth et Filmer, 2002

84. Les données statistiques les plus complètes proviennent une fois encore des enquêtes démographiques et de santé (DHS). Une étude fréquemment citée par l'UNICEF présente les données DHS de 20 pays d'Afrique et d'Amérique latine : d'une manière générale, le taux d'inscription des orphelins de père et de mère sont bien inférieurs à ceux des non-orphelins. Pour le pays médian, l'écart des inscriptions de la cohorte des 10-14 ans est de 19 points (UNICEF, 1999). Pourtant, l'analyse faite par Ainsworth et al. de données DHS plus récentes conclut que « la sous-scolarisation des orphelins par rapport

<sup>12</sup> Le rapport du Zimbabwe indique par exemple « qu'il n'est pas possible de quantifier avec rigueur l'impact du statut parental sur les résultats » (AbT, 2002, p. 41)

aux autres enfants est un facteur propre à chaque pays et ce phénomène est dû, partiellement du moins, au fait que la corrélation entre le statut parental et l'éducation n'est pas cohérente d'un pays à l'autre. Nous ne pouvons donc pas postuler qu'il existe une différence entre les orphelins et les non-orphelins ni, quand ces différences existent, déduire les causes de cette situation » (Ainsworth et al., 2002, p. 32). Le *tableau 8* présente les écarts d'inscription entre les élèves orphelins de père et de mère, les orphelins de père et les orphelins de mère dans les PFP<sup>13</sup> d'Afrique subsaharienne et appartenant à la cohorte des 7-14 ans. Pour les orphelins de mère de huit des 12 pays représentés, l'écart était inférieur à 5 points ; pour les orphelins de père et les orphelins de père et de mère, il était respectivement de six et 5 points. Les écarts médians pour les orphelins de père, de mère et ceux qui ont perdu leurs deux parents sont respectivement de -4,1 points, -3,1 points et -7,1 points. Les écarts les plus élevés pour les orphelins de père et de mère se rencontrent en général dans les pays qui ont les taux globaux d'inscription les plus faibles, à l'exception notoire du Kenya. Si les orphelins ont légèrement plus tendance à abandonner l'école, le risque global de les voir abandonner est relativement faible dans un grand nombre de pays. Il faudrait lancer de nouvelles recherches (et notamment à des enquêtes sur l'abandon scolaire) pour pouvoir identifier précisément le statut parental et les conditions de vie des élèves depuis la naissance mais aussi les résultats aux examens des orphelins et des non-orphelins.

85. Un autre groupe de recherche a ensuite repris les analyses des données DHS pour l'Afrique, en faisant appel à des techniques statistiques différentes ; il est parvenu à des conclusions pratiquement diamétralement opposées ! Cela souligne bien la complexité de cette question et le fait que, souvent, les différences dans les taux de fréquentation scolaire des orphelins et des non-orphelins sont très minces. Ces chercheurs sont parvenus à une conclusion importante : « les enfants vivant dans un foyer dirigé par des proches sans lien de sang avec eux connaissent des conditions de vie plus difficiles que ceux qui vivent dans un foyer dirigé par un proche ayant un lien de sang avec eux ; quant à ceux qui vivent dans un foyer totalement étranger, leurs conditions de vie sont encore pires. Pour une grande part, la différence de scolarisation entre les orphelins et les non-orphelins s'explique par le fait que les orphelins ont davantage tendance à vivre avec des parents assez éloignés et des tuteurs totalement étrangers à leur famille » (Case, Paxson et Ableidinger, 2003, p. 3). De même, l'étude conclut que « contrairement à ce qu'affirment les recherches existantes, nous n'avons pas observé de discrimination à l'égard des filles orphelines par rapport aux garçons orphelins » (p. 26) au niveau de la fréquentation scolaire.

86. La seule analyse approfondie à plusieurs variables de l'impact de la mortalité des adultes sur les inscriptions dans le primaire est due à Ainsworth et al. ; elle concerne la scolarité primaire dans la région de Kagera, en Tanzanie, au début des années 90. Cette étude intègre entre autres une large palette de variables, au niveau des ménages notamment, susceptibles d'influencer la fréquentation scolaire. Les auteurs parviennent à la conclusion que « les ménages tanzaniens réagissent aux décès des adultes en retardant la scolarisation des jeunes enfants (7-10 ans) sans modifier la scolarisation des plus âgés (11-14 ans). Chez les orphelins, seule la scolarité des orphelins de mère est interrompue. Nous n'avons trouvé aucun élément indiquant l'abandon de la scolarité primaire chez les orphelins plus âgés (11-14 ans) ou les autres enfants appartenant à un ménage où l'un des adultes est décédé » (Ainsworth, 2002b, p. 22). Trois grandes raisons sont avancées : l'efficacité des mécanismes de réaction des ménages, des coûts d'opportunité du travail

---

<sup>13</sup> Les pays à forte prévalence sont définis comme les pays où le taux de prévalence du VIH chez les adultes est supérieur à 5 pour cent

des enfants plus faibles que prévu et l'existence d'une aide ciblée sur les foyers composés d'orphelins.

87. Les données de l'enquête de suivi des conditions de vie en Zambie (1998) montrent elles aussi que l'impact le plus important de la perte d'au moins un parent est sans doute un retard de scolarisation. Le *tableau 9* indique des écarts d'inscription assez marqués entre les orphelins et les non-orphelins âgés de sept à 13 ans ; mais les taux d'inscription des orphelins âgés de 14 à 18 ans étaient en général supérieurs.

**Tableau 9 Taux d'inscription des orphelins et de l'ensemble des enfants en Zambie, 1998**

	Orphelins de mère	Orphelins de père	Orphelins de père et de mère	Ensemble des enfants
<b>7-13 ans</b>				
Zones rurales	63	61	53	61
Zones urbaines	70	79	73	80
<b>14-18 ans</b>				
Zones rurales	51	46	53	49
Zones urbaines	55	62	73	63

Source : CSO, Zambie, Living Conditions Monitoring Survey II, 1998

88. Une étude récente sur les orphelins en Ouganda montre que les différences d'inscription (enfants ayant été inscrits au moins une fois) et les taux de survie scolaire entre les orphelins et les non-orphelins âgés de six à 14 ans sont minimes (Busingye, 2003). Il n'y a pas de différence dans les taux d'absentéisme des orphelins et des non-orphelins âgés de cinq à 9 ans ; pour le groupe d'âge des 10-14 ans, 25 pour cent des orphelins et 20 pour cent des non-orphelins étaient absents le jour de l'enquête (mais la valeur P est de seulement 0,08).

89. Une autre étude, réalisée en Tanzanie, montre que « les causes d'absence des orphelins (problème de fréquentation scolaire en primaire) ont tendance à être pratiquement identiques à celles des non-orphelins – manque d'argent, obligation de travailler ou problèmes inhérents au système scolaire. Nous pouvons donc en conclure que dans la mesure où il existe une assez grande masse d'enfants aussi défavorisés que les orphelins, les médiocres taux de fréquentation des orphelins sont dus aux mêmes raisons que ceux des autres enfants et que les problèmes inhérents au système scolaire sont en tant que tels une raison importante de non-fréquentation. Il ne faut donc pas faire porter toute la responsabilité de l'échec de l'EPU au VIH/sida » (Huber et Gould, 2002, p. 1).

#### **4.2.3. Taux de fréquentation dans le temps**

90. Les données d'enquêtes DHS dont nous disposons pour trois PFP nous permettent de faire des comparaisons chronologiques des taux d'inscription des orphelins. Au Malawi, les taux des orphelins de père et de mère ou des orphelins de mère sont légèrement mais systématiquement inférieurs à ceux des non-orphelins ; on observe néanmoins une sensible amélioration des taux d'inscription des orphelins entre 1992 et 2000 (*tableau 10*). C'est également le cas pour les orphelins de mère en Tanzanie rurale sur la période 1992-99. En Zambie, les taux d'inscription des orphelins de mère et des filles ayant perdu leurs deux parents restent constants dans les zones urbaines et

s'améliorent dans les zones rurales entre 1992 et 1996. Cependant, on note une baisse sensible de ces taux pour les garçons orphelins, dans les zones rurales et urbaines.

**Tableau 10 Évolution chronologique des taux d'inscription des orphelins au Malawi, en Tanzanie et en Zambie**

Pays	Statut parental	Année	Zones urbaines		Zones rurales	
			Garçons	Filles	Garçons	Filles
Malawi	Orphelins de mère & des deux parents	1992	nd	68*	71	71
Malawi	Orphelins de mère & des deux parents	2000	96	94	89	89
Tanzanie	Orphelins de mère & des deux parents	1992	nd	nd	85	91
Tanzanie	Orphelins de mère & des deux parents	1999	nd	nd	106*	99*
Zambie	Orphelins de mère	1992	95*	85	99	92
Zambie	Orphelins de mère	1996	83	85	85	96

Source : DHS.

91. D'une manière générale, il n'existe pas de corrélation claire entre les écarts des taux d'inscription des orphelins et des non-orphelins et les niveaux de prévalence du VIH. Si les PFP ont tendance à afficher les écarts les plus faibles, cela tient essentiellement au fait que ces pays ont de taux d'inscription élevés qui vont de pair avec une véritable tradition de scolarisation : la plupart des enfants fréquentent donc les écoles primaires. Il faut signaler par ailleurs une chute des taux de redoublement et d'abandon pour l'enseignement primaire et secondaire au Botswana, au Malawi et en Ouganda tout au long des années 90. L'éducation primaire gratuite et universelle a été introduite au milieu des années 90 au Malawi et en Ouganda. Dans ce pays, cela a entraîné une multiplication par trois des taux d'inscription au moment où l'épidémie de sida (en termes de mortalité des enseignants) semblait atteindre son apogée.

92. On ne trouve pas non plus d'éléments de preuve dans les autres PFP indiquant que le VIH/sida a provoqué une chute notable des ratios d'inscription et des taux d'abandon et de redoublement (*tableau 21* de l'annexe). Comme le soulignent Carr-Hill et Peart, « on n'observe pas de réduction patente du nombre d'élèves, car les droits de scolarité ont été soit abaissés soit supprimés dans la perspective de favoriser l'atteinte de l'EPT » (Carr-Hill et Peart, 2003, p. 8).

#### **4.2.4. Les orphelins vivant dans des conditions difficiles**

93. Les trois enquêtes dans les écoles ont toutes constaté que les orphelins issus des couches socioéconomiques les plus pauvres connaissent en général les pires difficultés en terme d'éducation<sup>14</sup>. De sorte que s'il y a des problèmes directement liés au fait d'être orphelin, la pauvreté endémique qui sévit dans ces trois pays, notamment dans les zones rurales, est largement responsable de la plupart des difficultés rencontrées par les orphelins et les autres enfants défavorisés.

94. Les enseignants et les élèves des écoles participant à l'enquête ont identifié une série de problèmes affectant les orphelins vivant dans une situation difficile : ils ont des problèmes de comportement, qui perturbent les relations avec les enseignants et les camarades de classe (chahut / agressivité, introversion, crises de larmes en classe), leur concentration est limitée, ils sont mal habillés et mal nourris, ils ont du mal à finir leurs devoirs, ils sont physiquement ou sexuellement maltraités par les adultes de leur foyer d'accueil et sont en général mis au ban de l'école ou de la communauté au sens large.

---

<sup>14</sup> Informations issues des discussions avec le groupe focal dans les trois pays.

## 5. PROJECTIONS DE L'IMPACT SUR LES ENSEIGNANTS

95. Pour pouvoir atténuer efficacement les possibles impacts extrêmement graves de l'épidémie de sida sur le secteur de l'éducation en Afrique, une stratégie bien conçue doit s'appuyer sur des informations précises en termes d'impacts actuels et, plus encore, sur des projections solides concernant les impacts probables à un horizon de 10-15 ans.

### 5.1. Les modèles démographiques de projection du sida

96. Les évaluations de l'impact du VIH/sida sur le secteur de l'éducation se sont surtout livrées à une modélisation démographique, afin de réaliser des projections des populations d'âge scolaire pour le primaire et le secondaire, des orphelins et de la mortalité liée au sida chez les enseignants. Pourtant, les méthodes utilisées comme les hypothèses sous-jacentes aux exercices de modélisation posent bien des problèmes. De sorte que, mis à part le fait d'attirer l'attention des décideurs chargés de l'éducation sur les impacts probables de l'épidémie, ces projections n'ont qu'une validité opérationnelle limitée dans une perspective de planification. Au vu des écarts importants entre les taux de mortalité et d'orphelins réels et projetés, on peut affirmer que ces modèles démographiques sur-estiment largement l'impact global de l'épidémie au niveau du nombre total de décès dus au sida.

97. Ces exercices de projection présentent cinq grands défauts :

1. **Classement en catégories professionnelles** : les enseignants sont traités comme une catégorie professionnelle homogène. L'hypothèse de départ considère donc que les enseignants, quel que soit leur type, seront tous affectés de la même manière par l'épidémie ce qui, comme nous l'avons vu, n'est pas le cas.
2. **Prévalence du VIH** : faute d'informations sur les taux de prévalence réels du VIH parmi les enseignants et les autres personnels éducatifs des échantillons, les modèles posent comme hypothèse que les enseignants ont le même profil VIH que le reste de la population adulte du pays. Des facteurs importants, comme l'éducation et la formation professionnelle, la situation de famille et le lieu de travail, ne sont donc pas pris en compte. Étant donné le sentiment largement partagé que les enseignants font partie d'un groupe à risque élevé (eu égard à leurs pratiques sexuelles), ces projections selon un « même profil VIH » sous-estiment probablement les taux de prévalence et de mortalité réels chez les enseignants.
3. **Projection des taux de prévalence du VIH** : la projection des taux de prévalence du VIH s'accompagne d'une profonde incertitude. Au Kenya par exemple, si l'on en croit Goliber, « personne ne sait jusqu'où les taux de prévalence pourront grimper ». Pour cet auteur, la prévalence du VIH au Kenya atteindra un plateau en 2003, à 15 pour cent, qui se maintiendra jusqu'en 2010 (Banque mondiale, 2000). De la même façon, tout l'exercice de modélisation réalisé au Mozambique pour évaluer l'impact sur le secteur de l'éducation tourne autour de l'hypothèse que la prévalence du VIH chez

les adultes est appelée à augmenter, passant de 16 pour cent en 1998 à 17,1 pour cent en 2010<sup>15</sup>. En Afrique du Sud, les projections tablent sur une augmentation de la prévalence du VIH chez les enseignants, passant de près de 13 pour cent en 2000 à pratiquement 30 pour cent d'ici 2010 (AbT Associates, 2001). Le rapport indique cependant « qu'à bien des égards, les données démographiques et d'impact du VIH/sida sont assez peu fiables » (AbT Associates, 2000).

4. **Scénarios d'intervention** : la plupart des premières études d'impact n'ont pas pris la peine de réaliser des projections alternatives de mortalité en fonction de différents scénarios d'intervention qui auraient pu permettre de réduire l'infection et/ou la mortalité dans les rangs du personnel enseignant. Cela s'explique en partie par la conviction des chercheurs que l'on ne pourrait pas véritablement agir sur les taux de mortalité des enseignants déjà infectés au cours des dix années à venir. Pourtant, cette attitude pessimiste est totalement injustifiée : de fait, la réduction des taux d'infection conduit en cinq ans à une chute de la mortalité ; en outre, l'accès généralisé à un traitement par médicaments antirétrovirus a un impact quasi immédiat à la fois sur les taux de morbidité et de mortalité. Si tous les enseignants africains infectés avaient accès à des médicaments antirétrovirus, la mortalité liée au sida de ce groupe professionnel pourrait diminuer de plus de la moitié<sup>16</sup>.
5. **Impact sur les taux de redoublement et d'abandon** : d'une manière générale, les études n'ont pas tenu compte de l'impact de l'épidémie de sida sur les taux de redoublement et d'abandon des élèves. Toute évolution de ces taux, même légère, peut avoir un impact significatif sur les futures inscriptions et, de ce fait, sur les besoins de recrutement d'enseignants.

## 5.2. Projections de la mortalité liée au sida

98. La *figure 1* présente les projections de la mortalité liée au sida selon un scénario « catastrophe » – les données proviennent des modèles démographiques utilisées dans six PFP d'Afrique australe et orientale. AbT Associates est l'auteur de ces projections par pays (sauf dans le cas du Mozambique), réalisées à l'aide du modèle Doyle and Metropolitan-Life. Les taux annuels moyens de mortalité chez les enseignants pour la période 2000-10 se situent tous entre 8 et 11 pour cent des taux de prévalence du VIH chez les adultes en 1999.

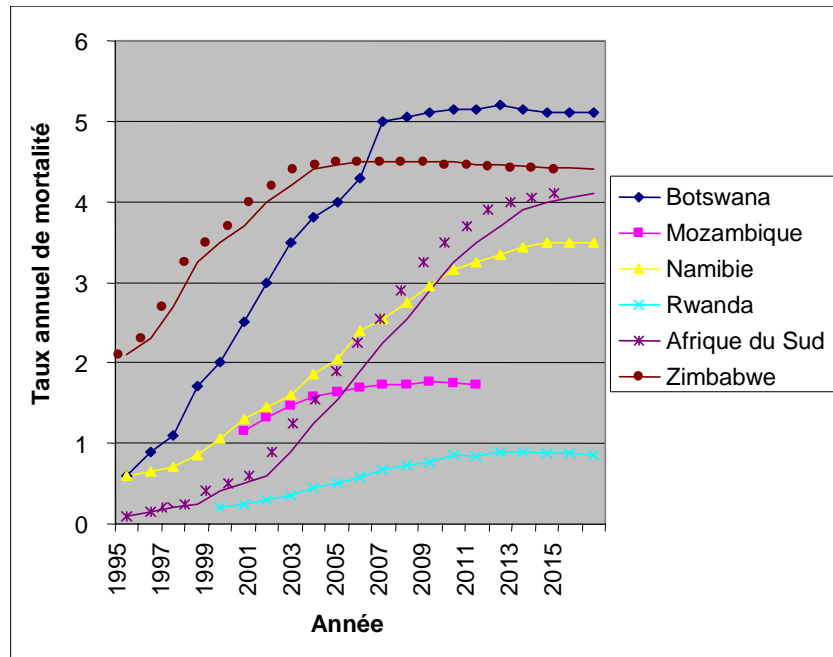
---

<sup>15</sup> En fait, la prévalence du VIH chez les adultes en 2002 était de 12,4 pour cent.

<sup>16</sup> Les projections de l'étude d'impact réalisée en Namibie indiquent un taux de mortalité des enseignants de 3,25 pour cent en 2010 sans médicaments antirétrovirus et de 1,4 pour cent avec ces médicaments (AbT, 2002).



**Figure 1 Taux de mortalité chez les enseignants des PFP, projections pour la période 1995-2015 (%)**



99. En Afrique du Sud, au Botswana et en Namibie, les taux de mortalité des enseignants devraient culminer vers 2008-12, entre 3,5 pour cent et plus de 5 pour cent par an. Des taux de mortalité de ce niveau devraient avoir un impact extrêmement important sur la taille des effectifs enseignants et leur productivité. Pourtant, comme nous l'avons vu, ces projections sont plus de deux fois supérieures au niveau réel de mortalité chez les enseignants. Il y a donc de fortes chances qu'il faille les revoir à la baisse, d'un facteur d'au moins deux ou trois. Si ces taux de mortalité revus restent encore insupportables, ils ne laissent néanmoins pas présager d'une catastrophe dans le système éducatif global de ces trois pays.

**Tableau 11 Taux de mortalité des enseignants dans huit pays d'Afrique à forte prévalence**

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Afrique du Sud – KZN					0,6	0,7	1,0	0,9	
Botswana						0,7	0,6	0,5	0,5
Malawi – Blantyre				1,2	1,3	2,9	3,3	2,5	3,2
Malawi – Chiradzulu				1,0	1,8	3,6	2,5	2,2	1,9
Namibie	0,1		0,6		0,5		0,4		
Ouganda – primaire		0,9	1,0	1,1	0,9				
Ouganda – secondaire		1,3	1,1	1,0	1,0	1,0	1,0		
Tanzanie							0,8	0,9	0,8
Zambie				2,7			2,0	2,0	1,6
Zimbabwe						0,4	0,9	1,0	

Sources : études d'impact d'AbT, 2002a et 2002b (Namibie et Zimbabwe); Badcock Walters et al., 2003 (KwaZulu Natal) ; Bennell et Kadzamira, 2003 (Malawi); Bennell et al., 2003 (Zambie); Teacher Service Commission (Tanzanie) ; Bennell, 2003b (Botswana); et Hyde et al., 2002 (Ouganda).

100. On vient de voir que les taux de mortalité réels sont bien plus faibles que les projections. De la même façon, dans de nombreux pays, la courbe de mortalité est à la baisse et non pas à la hausse (*tableau 11*). En Ouganda, les taux de mortalité des enseignants du secondaire ont atteint leur apogée en 1995 (1,3 pour cent) et ceux des instituteurs en 1997 (1,11 pour cent). En 1998, les taux de mortalité des enseignants du primaire et du secondaire étaient respectivement de 0,9 pour cent et 0,71 pour cent<sup>17</sup>. En Zambie, les taux de mortalité ont chuté de près de moitié entre 1997 et 2002 et d'un tiers en Namibie entre 1996 et 1999<sup>18</sup>. Au Botswana, les taux de mortalité des instituteurs et des enseignants du secondaire ont tous les deux chuté de près de 20 pour cent entre 1999 et 2002 (*tableau 12*). En Tanzanie, il semble que l'épidémie aurait déjà atteint son apogée.

**Tableau 12 Taux de mortalité chez les enseignants au Botswana, 1999-2002**

<sup>17</sup> Sans compter les enseignants du primaire (0,41 pour cent) et du secondaire (0,39 pour cent) qui sont partis au cours de l'année 1999 pour « maladie de longue durée ».

<sup>18</sup> Les données pour la Namibie sont celles d'AbT Associates 2002a. Nous n'avons pas pu obtenir de données plus récentes sur la mortalité des enseignants. Pour la Tanzanie, les données ont été obtenues directement auprès de la Teacher Service Commission ; elles ne concernent que « les décès liés au VIH/sida ».

	1999	2000	2001	2002
<b>Primaire</b>				
Femmes	0,66	0,63	0,46	0,5
Hommes	1,02	1,1	0,8	0,88
Total	0,73	0,73	0,53	0,58
<b>Secondaire</b>				
Femmes	0,51	0,38	0,3	0,4
Hommes	0,68	0,53	0,45	0,58
Total	0,6	0,46	0,38	0,49

Source : Infinium.

101. Au Malawi, si les taux de mortalité des instituteurs connaissent une progression rapide à la fin des années 90, ils étaient en baisse chez les enseignants du secondaire – passant de 2,3 pour cent en 1996 à moins de 1,0 pour cent en 1998 (Kadzamira et al., 2002). Une enquête entreprise en mai 2003 auprès de 39 écoles dans deux districts ayant une prévalence relativement forte (à Blantyre, la capitale commerciale du pays et à Chiradzulu, zone voisine essentiellement rurale, Bennell et Kadzamira, 2003) a permis de constater que les taux annuels de mortalité des enseignants du secondaire étaient inférieurs à 1,0 pour cent entre 2000 et 2002, même si la tendance était à la hausse dans les écoles secondaires de Chiradzulu. Pour les instituteurs, les taux de mortalité étaient bien plus élevés mais ils semblent, surtout dans les écoles de Chiradzulu, avoir atteint leur plafond en 1999 et 2000 (*tableau 13*).

102. Sur le campus principal de l'université du Malawi, à Zomba, le taux moyen de décès chez les maîtres assistants et le personnel de haut niveau a chuté, passant de 5,5 en 1999 et 2000 à 3,0 en 2001 et 2002. Cela étant, le taux annuel de décès du personnel de support est resté globalement stable (15,5 en 1999 et 2000 et 14,5 en 2001-02). A l'université du Botswana, le taux annuel de mortalité des maîtres assistants est passé de 0,44 pour cent pour les années universitaires 1995/96 et 1996/97 à 0,35 pour cent en 2000/01 et 2002. Comme nous l'avons vu, aucun décès n'a été enregistré chez les maîtres assistants sur la période 2002 (Bennell et Chilisa, 2003).

103. Deux grands facteurs expliquent cette baisse des taux de mortalité : le changement de comportement sexuel des enseignants et des maîtres assistants et l'existence de médicaments antirétrovirus. Les données de l'ONUSIDA montrent que les taux globaux de prévalence du VIH chez les adultes auront déjà atteint leur apogée dans plus de la moitié des PFP fin 2001. Cela est notamment vrai pour les pays d'Afrique australe où les taux de prévalence ont continué de grimper significativement de la fin des années 90 à 2001 (*tableau 22* de l'annexe). Étant donné la nature de l'épidémie, la mortalité devrait continuer à progresser pendant quelques années. Pourtant, si les enseignants ont modifié leur comportement sexuel bien avant le reste de la population adulte, alors leurs taux de mortalité pourraient déjà être à la baisse. Ce qui pourrait expliquer la diminution observée dans des pays comme la Zambie où il n'existe pas de médicaments antirétrovirus qui prolongent l'espérance de vie des malades.

104. Dans les pays où les enseignants ont pu se procurer ces médicaments, l'impact sur la morbidité et la mortalité a été extrêmement positif. Ce fut notamment le cas au Botswana, mais il semble aussi que les enseignants d'Afrique du Sud et de Namibie y aient de plus en plus accès. . Ainsi, en fonction de la prise de médicaments, les

taux de mortalité des enseignants pourraient également être en train de baisser dans ces deux pays.

105. Face à la gravité de l'épidémie de sida au Botswana, les pouvoirs publics ont récemment mis en œuvre une ambitieuse stratégie plurisectorielle de lutte contre le VIH/sida. Cette stratégie vise deux objectifs simultanés – la prévention de toute nouvelle infection, en particulier dans la jeunesse ; et l'atténuation, par tous les moyens, de l'impact de l'épidémie, grâce à une série de mesures d'aide en direction des malades et des orphelins. La mise à disposition de médicaments antirétrovirus susceptibles de prolonger la vie des malades pour tous les habitants du pays vivant avec le sida est l'une des composantes les plus médiatisées de cette stratégie. Ce qui est moins connu, c'est le fait que la majorité des fonctionnaires du pays a eu accès à ces médicaments depuis cinq ans, car l'État avait les moyens financiers de les distribuer gratuitement via son système public d'aide médicale. Le Botswana a la chance de disposer d'énormes stocks de médicaments et de conserver, malgré l'épidémie de sida, une économie florissante.

106. L'augmentation du nombre de fonctionnaires prenant ces médicaments a été prodigieuse. Sur les 24 000 enseignants du primaire et du secondaire que compte le pays, seuls 62 d'entre eux en bénéficiaient en 1999. En avril 2002, ce chiffre avait été pratiquement multiplié par huit, passant à 474, soit 2 pour cent du total. L'impact de ces médicaments sur la mortalité liée au sida a été spectaculaire. Les projections tablaient sur un taux de mortalité liée au sida chez les enseignants de 3,0 pour cent en 2002, sans médicaments antirétrovirus. Le taux réel de mortalité pour 2002 (toutes causes confondues) n'a été que de 0,5 pour cent, soit six fois moins que les projections. En outre, le nombre total de décès d'enseignants a diminué, passant de 140 en 1999 à 124 en 2002.

107. La mise à disposition massive de ces médicaments pour les autres 51 000 fonctionnaires du pays a eu un effet positif identique sur la mortalité. Jusqu'à la fin de l'année 2001, les taux de mortalité de ce groupe étaient en nette augmentation mais, en 2002, le nombre de décès par mois est passé de 80 en janvier à 50 en décembre, soit une chute de près de 40 pour cent.

**Tableau 13 Taux annuels de mortalité chez les enseignants du Malawi**

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Mortalité annuelle moyenne
<b>PRIMAIRE</b>							
<b>BLANTYRE</b>							
Femmes	1.0	1.2	3.1	2.6	2.4	2.8	2.2
Hommes	2.5	2.5	2.7	7.4	3.5	6.8	4.2
Total	1.3	1.4	3.1	3.3	2.6	3.4	2.5
<b>CHIRADZULU</b>							
Femmes	3.0	2.8	3.7	2.0	2.6	1.0	2.5
Hommes	0.0	2.2	4.8	3.4	2.0	1.4	2.3
Total	1.4	2.4	4.3	2.8	2.3	1.2	2.4
<b>SECONDAIRE</b>							
<b>BLANTYRE</b>							
Femmes	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0	0.0	0.3
Hommes	0.0	0.0	0.0	2.0	0.0	0.0	0.3
Total	0.0	0.0	0.0	0.9	1.0	0.0	0.3
<b>CHIRADZULU</b>							
Femmes	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Hommes	0.0	0.0	2.6	2.4	2.6	4.4	2.0
Total	0.0	0.0	2.2	2.0	2.1	3.8	1.7

Source : Bennell et Kadzamira, 2003.

### 5.3. Projections de la morbidité

108. Personne n'a encore entrepris de recherche en profondeur sur laquelle asseoir des estimations fiables de l'impact de l'épidémie de sida sur le total des jours perdus du fait d'un absentéisme enseignant croissant. Deux grandes questions doivent être posées : tout d'abord, quel est le délai moyen observé, tous pays confondus, entre l'apparition des premiers signes d'une maladie liée au sida et le décès de l'individu ? Il y a de fortes chances pour que la productivité globale de l'enseignant soit affectée. Ensuite, combien de jours l'enseignant affecté sera-t-il absent pour maladie sur cette période ? Cela dépend d'une série de facteurs, qui vont de la qualité générale des soins médicaux et des systèmes d'assurance maladie au soutien prodigué par les chefs d'établissement et les collègues enseignants.

109. Les estimations de l'ordre de grandeur global probable de l'absentéisme enseignant lié au sida varient d'une étude d'impact à l'autre. Une recherche de la Banque mondiale dans quatre PFP (Kenya, Ouganda, Zambie et Zimbabwe) prend pour hypothèse que chaque enseignant infecté perd au total 18 mois de travail (Banque mondiale, 2000). Des estimations équivalentes réalisées pour l'Afrique du Sud et le Swaziland arrivent à respectivement quatre à six mois d'absence et un an. L'étude menée au Botswana pose comme hypothèse qu'un enseignant ayant une forme clinique du sida est en arrêt maladie six mois par an. Plus récemment, des chercheurs de l'Imperial College, à Londres, ont

calculé qu'une personne infectée risque de cumuler 260 jours d'incapacité à enseigner avant de décéder du sida. Cette estimation a été reprise par Mingat et Bruns dans une grande étude de la Banque mondiale pour la modélisation du besoin total de financement nécessaire pour parvenir à l'EPT dans 47 pays en développement (Banque mondiale, 2002).

110. Il convient de souligner qu'aucune de ces estimations ne s'appuie sur une recherche empirique approfondie de l'absentéisme des enseignants affectés. Si l'on tient compte ensuite de l'énorme marge d'erreur des modèles démographiques pour le sida, cela signifie que les projections des taux de morbidité et d'absentéisme chez les enseignants sont très fantaisistes. De plus, si l'ensemble des enseignants affectés finit par avoir accès aux médicaments antirétrovirus, le taux projeté de morbidité sera sans doute à peine supérieur à celui qui prévalait avant l'épidémie de sida. Par conséquent, le taux d'absentéisme pourrait commencer à se tasser, au lieu de grimper en flèche comme on a tendance à le croire. Les pays les plus touchés sont pour l'essentiel des pays d'Afrique australe dotés des infrastructures médicales et financières suffisantes pour distribuer concrètement des médicaments antirétrovirus à une majorité de malades.

#### **5.4. L'impact sur l'ensemble de l'Afrique**

111. A l'échelle du continent africain, on estime à 260 000 (soit 9,4 pour cent du total des effectifs employés en 1999) le nombre d'enseignants susceptibles de décéder des suites d'une maladie liée au sida au cours des dix prochaines années. Ces projections partent de trois grandes hypothèses : les enseignants ont les mêmes profils d'âge et d'infection par le VIH que le reste de la population adulte ; le taux de prévalence du VIH chez les adultes enregistré en 1999 dans chacun des pays n'augmentera pas ; et les enseignants n'ont pas accès aux médicaments antirétrovirus à même de prolonger leur espérance de vie. A eux seuls, cinq pays subiront près des deux tiers de ces décès liés au sida chez les enseignants<sup>19</sup> – l'Afrique du Sud (44 900), le Kenya (25 400), le Nigeria (22 100), l'Ouganda (14 900) et le Zimbabwe (16 200).

112. En postulant que ces décès sont uniformément répartis sur une période de huit ans, une école primaire sur neuf en Afrique subsaharienne peut, en moyenne, s'attendre à subir un décès lié au sida par an. Le pays le plus touché tout au long de cette période sera le Botswana où, selon les hypothèses précédentes, toutes les écoles perdront en moyenne un enseignant par an à cause du sida. Ce qui signifiera qu'au lieu de recruter par école en moyenne un nouvel instituteur par an, comme c'était le cas dans les années 90, il faudra pouvoir recruter deux nouveaux enseignants. Le taux de renouvellement du personnel est en moyenne de trois enseignants par an dans le secondaire, de sorte que l'impact des décès liés au sida entraînera une augmentation du niveau de recrutement d'environ un tiers. Les niveaux relativement élevés de départs naturels et/ou de renouvellement des enseignants (en particulier dans les écoles rurales) dans un grand nombre d'autres PFP signifient aussi que l'impact des décès d'enseignants liés au sida au niveau des écoles sera bien moindre que prévu. L'une des solutions les plus simples pour limiter les perturbations provoquées par les décès liés au sida consiste donc à réduire le niveau global de renouvellement du personnel dans l'ensemble du système éducatif.

---

<sup>19</sup> Trois pays – l'Afrique du Sud, le Kenya et le Nigeria – représenteront près de la moitié du total des décès liés au sida chez les enseignants (47,3 pour cent).

## 5.5. Futurs besoins de recrutement

113. L'impact net de l'épidémie sur le besoin total d'enseignants dépendra des effets de l'épidémie sur la population d'âge scolaire dans son ensemble, sur les taux de redoublement et d'abandon, sur les taux de mortalité des enseignants et sur les autres formes de départs naturels. On peut élaborer plusieurs scénarios d'inscription et de recrutement des enseignants grâce à des modèles classiques de simulation. Cela étant, et nous insistons sur ce point, l'incertitude qui entoure le degré de perturbation provoquée par l'épidémie sur ces différents paramètres empêche d'obtenir des projections véritablement fiables.

114. On considère en général qu'il faudra augmenter à très court terme les recrutements pour pouvoir compenser des taux de départs naturels bien supérieurs et que ce phénomène nuira fortement à l'atteinte des objectifs d'éducation pour tous. « De par la forte proportion de décès dus au sida, la demande de nouveaux diplômés [des] écoles de formation [...] risque d'être supérieure à l'offre, prolongeant ainsi la dépendance des établissements vis-à-vis des enseignants non qualifiés » (Kelly, 2000, p. 71). Cette prédiction risque pourtant de ne concerner qu'une minorité de PFP car, les populations d'âge scolaire étant moins importantes que prévu, on aura moins besoin d'enseignants pour les former. Des estimations pour six pays (les trois pays de l'enquête plus le Kenya, la Zambie et le Zimbabwe) montrent que, dans les six cas, la baisse de la demande d'enseignants compense largement l'augmentation de la mortalité liée au sida au cours des dix prochaines années. D'une certaine manière, assez perverse, l'épidémie de sida facilitera l'amélioration des taux d'encadrement et l'atteinte des objectifs d'éducation pour tous. Comme le souligne Goliber, « l'épidémie semble avoir légèrement plus d'impact sur la demande de services éducatifs que sur l'offre » (Banque mondiale, 2000, p. 45). Cela étant, le système aura toujours besoin de recruter des enseignants supplémentaires pour remplacer les enseignants ayant une forme clinique du sida (voir infra).

115. Les projections d'inscriptions publiées dans le nouveau Plan stratégique pour le secteur de l'éducation en Zambie (2003-07) laissent entrevoir de réels sureffectifs enseignants dans les cinq prochaines années. Les capacités de formation pour les enseignants ont augmenté depuis la fin des années 90, passant de moins de 2 000 à près de 6 000 (Gouvernement de Zambie, 2003). Au Botswana, on craint de plus en plus dans un horizon de cinq à dix ans des sureffectifs enseignants, lorsque les promotions des six écoles normales du pays seront prêtes à prendre un poste<sup>20</sup>.

116. L'impact du VIH/sida sur les autres formes de départs naturels et notamment sur les taux de démission pourrait, potentiellement, être très important. On a souvent sous-entendu que le secteur de l'éducation risquait de perdre une masse d'enseignants attirés vers les secteurs publics et privés du fait de l'augmentation, avec le temps, de la pénurie de main-d'œuvre provoquée par le sida. Pourtant, ces taux de départs naturels pourraient bien diminuer dans un certain nombre de pays. Cela tient surtout au fait que la part des enseignants pleinement qualifiés dont les salaires sont en général bien supérieurs à ceux des enseignants non qualifiés devrait augmenter rapidement au cours des dix prochaines années, sous les effets conjugués de la mise à niveau des enseignants non qualifiés et du recrutement d'enseignants qualifiés. D'une manière plus générale, la crise du sida souligne la nécessité de professionnaliser les personnels enseignants aussi vite que possible et d'améliorer le moral des troupes en rehaussant le niveau des salaires et la qualité des conditions de travail (en particulier le logement).

<sup>20</sup> Malgré la crise du sida, le ministère de l'Éducation du Botswana renonce progressivement à employer des enseignants expatriés dans la plupart des disciplines.

117. Trois autres facteurs doivent également entrer en ligne de compte : la « valeur marchande » des instituteurs non qualifiés restera très faible dans la plupart des pays ; l'augmentation des taux de mortalité améliore les perspectives de promotion ; un certain nombre de pays ont déjà des sureffectifs enseignants (dont l'Afrique du Sud, l'Ouganda et la Tanzanie<sup>21</sup>).

---

<sup>21</sup> Bennell et Sayed, 2002.



## 6. PROJECTIONS DU NOMBRE D'ENFANTS AFFECTES

118. S'il est utile d'estimer le nombre probable d'enfants dans chacun des trois groupes (définis supra) au cours des décennies à venir, les modèles de projection démographique sont déficients à bien des égards et sujets à de fortes marges d'erreur (voir infra). La plupart des projections partent d'hypothèses prudentes sur l'impact des différentes interventions visant à réduire l'infection et la mortalité. Par conséquent, ces estimations doivent être interprétées avec circonspection.

### 6.1. Enfants vivant avec le sida

119. Il est particulièrement délicat d'estimer le nombre futur d'enfants vivant avec le sida, car la mise à disposition de médicaments antirétrovirus bon marché pour les femmes enceintes réduit spectaculairement les niveaux de transmission mère-enfant. Le ministère de la Santé du Botswana distribue gratuitement l'AZT à toutes les femmes enceintes séropositives. Avec un taux de réussite de 100 pour cent, le niveau de transmission pourrait être très rapidement réduit de moitié – d'environ 35 pour cent à 17 pour cent. Ce qui signifierait que même dans le pays le plus touché, moins de 0,4 pour cent des enfants de six-sept ans s'inscrivant en primaire seraient infectés à un horizon de cinq à dix ans.

120. D'après les projections faites pour le Botswana, la mortalité liée au sida dans le groupe des 15-19 ans devrait rester constante entre 2000 et 2010, à 0,24 pour cent. Ce qui signifie que le nombre de décès liés au sida chez les élèves du secondaire augmentera d'environ 25 pour cent – passant de 435 en 1999 à 558 en 2009. Aussi inacceptable soit-il, ce chiffre représente seulement 0,25 pour cent de la population d'âge scolaire projetée en 2010.

### 6.2. Adultes tuteurs

121. Le total des cas de sida augmentera très vite dans les dix prochaines années, surtout dans les PFP. Au Botswana, on s'attend à un doublement des cas, d'environ 20-25 000 en 2000 à 45-50 000 en 2010 (république du Botswana et PNUD, 2003). Au Malawi, les nouveaux cas annuels de sida devraient passer de 57 000 en 1998 à près de 100 000 en 2010. Faute d'un soutien adapté de la part des adultes chargés de la garde d'enfants, il y a donc de fortes chances pour que davantage d'enfants soient directement impliqués dans les soins aux malades et des activités familiales que les parents ou d'autres membres de la famille affectés ne peuvent plus accomplir. Tant que les pouvoirs publics ne prendront pas des dispositions globales de réduction du poids de la prise en charge des malades dans les familles, les taux de redoublement, d'abandon et d'absentéisme des enfants concernés sont condamnés à fortement augmenter.

### 6.3. Orphelins

122. Le *tableau 5* présente les projections faites par les auteurs du COTB concernant la taille relative de la population des orphelins en 2010. Le nombre total d'enfants rendus orphelins par le sida (orphelins de mère ou orphelins de père et de mère) dans l'ensemble de l'ASS devrait augmenter, pour passer de 9,85 millions en 2001 à

18,67 million en 2010. Cela étant et comme nous l'avons vu, ces projections surestiment la taille future de la population des orphelins en Afrique.

123. Même sur la base de ces projections imparfaites, on peut constater qu'il existe un groupe de huit PFP (Afrique du Sud, Botswana, Lesotho, Mozambique, Namibie, République centrafricaine, Swaziland et Zimbabwe) où la part des orphelins (toutes causes confondues) est censée augmenter de manière marquée dans les dix prochaines années. Pourtant, dans les 17 autres pays présentés dans le tableau, ce pourcentage restera pour l'essentiel inchangé (Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gabon, Ghana, Kenya, Malawi, Nigeria, Tanzanie, Togo et Zambie) voire diminuera nettement (Ouganda, république démocratique du Congo et Rwanda). De sorte que si le nombre d'élèves orphelins continuera bien d'augmenter en Afrique, cette augmentation ne sera vraiment marquée que dans une poignée de PFP (représentant près de 10 pour cent de la population totale d'ASS).

## **7. CONCEVOIR UNE REPONSE STRATEGIQUE GLOBALE**

124. Toute stratégie globale de lutte contre le VIH/sida dans le secteur de l'éducation doit reposer sur trois composantes : l'éducation dans les écoles et, pour les enseignants et les élèves, la prévention et l'atténuation. La plupart des « meilleures pratiques » adoptées sur le lieu de travail en matière de sida ont été intégrées dans le Recueil de directives pratiques de l'OIT sur le VIH/sida et le monde du travail (OIT, 2001).

### **7.1. Les programmes sur le sida et le lieu de travail**

125. Tous les ministères africains de l'Éducation devraient introduire dans le secteur de l'éducation une stratégie globale de lutte contre le sida sur le lieu de travail. Cette stratégie aurait deux objectifs simultanés – la prévention de toute nouvelle infection par le VIH et la création d'un environnement respectueux de l'ensemble du personnel, qu'il s'agisse ou non de personnes vivant avec le sida. La conception d'interventions efficaces est loin d'être évidente : les systèmes publics d'éducation sont constitués d'une kyrielle de lieux de travail fortement dispersés et relativement petits (les écoles) dans lesquels la gestion de la qualité est souvent médiocre et où le personnel est mal payé et assez découragé. Pour être efficace, un programme sur le sida et le lieu de travail doit pouvoir compter sur l'expertise et l'engagement de tous les instants des responsables. Ses implications en termes de ressources sont considérables.

126. Un programme global sur le sida et le lieu de travail repose sur plusieurs composantes essentielles : une évaluation de la prévalence et du risque ; l'éducation et la prévention ; des groupes de conseil et de soutien ; un dépistage volontaire ; le déploiement et les transferts ; les soins médicaux (y compris la fourniture de médicaments antirétrovirus) ; la lutte contre la discrimination ; les enseignants remplaçants ; et les réseaux de soutien aux enseignants.

#### **7.1.1. Évaluation de la prévention et du risque**

127. Tous les ministères de l'Éducation devraient entreprendre une évaluation approfondie de la prévalence du VIH et du risque chez les enseignants et parmi le personnel de support. C'est indispensable pour la planification, mais cela permet aussi de concevoir des programmes efficaces de prévention. Pour ce faire, il faut disposer de deux types d'informations : il convient tout d'abord de demander aux enseignants d'écoles sélectionnées au hasard de se soumettre à un dépistage volontaire et anonyme ; ensuite, il faut lancer des enquêtes sur les connaissances, les comportements et les pratiques afin d'identifier la proportion d'enseignants et de personnel de support courant le risque d'une infection par le VIH.

#### **7.1.2. Éducation et prévention**

128. Des programmes intensifs d'éducation et de formation doivent être introduits pour l'ensemble des enseignants et du personnel de support. Ils auront pour grands objectifs :

- d'aborder la question du silence, du déni et du secret entourant le VIH/sida parmi les enseignants et de créer une culture d'ouverture et d'acceptation ;
- de diffuser des informations et de proposer une formation adaptée aux compétences vitales qui permettent de se prémunir contre toute infection ;
- de garantir au personnel dans chaque école ou sur tout lieu de travail associé au secteur de l'éducation un accès facile aux préservatifs ;
- de souligner les avantages d'un dépistage volontaire et des services de conseil ; de contrecarrer la discrimination ; et d'induire une attitude positive pour aider les collègues infectés et malades.

### **7.1.3. Groupes de conseil et d'assistance**

129. Les enseignants et le reste du personnel doivent pouvoir accéder à des services de conseil et de soutien de qualité et être assurés d'une totale confidentialité. Dans les pays les plus touchés, des « conseillers sida » spécialisés doivent être recrutés pour se rendre régulièrement dans les écoles et y rencontrer le personnel, individuellement et en groupe. Des groupes de soutien pour une vie « positive » doivent aussi être créés, réunissant les personnels enseignants de chaque département.

### **7.1.4. Déploiement et transferts**

130. Le déploiement du personnel enseignant vers des écoles extrêmement dispersées géographiquement ou situées dans des endroits peu attrayants soulève de graves problèmes difficiles à résoudre. L'épidémie de VIH/sida ne fera qu'aggraver la situation. Il est essentiel de mettre au point des systèmes d'information qui fournissent des informations complètes et à jour sur le déploiement et les transferts du personnel.

### **7.1.5. Effectifs enseignants**

131. Dans les pays où la mortalité chez les enseignants continue de progresser, il faudra recruter d'autres enseignants pour assurer le service dans toutes les écoles. Là où des enseignants sont malades, il faut prévoir notamment une couverture supplémentaire. Il faut également instaurer de nouvelles règles concernant la maladie, soigneusement équilibrées en fonction des besoins des individus et des institutions. Bien que toute forme de discrimination à l'encontre du personnel enseignant malade soit rigoureusement interdite, les ministères de l'Éducation ont le devoir de prendre toutes les dispositions qui s'imposent pour empêcher une détérioration grave des conditions d'enseignement et d'apprentissage due à une augmentation de la morbidité chez les enseignants.

### **7.1.6. Soins médicaux**

132. La fourniture de médicaments antirétrovirus à toutes les personnes infectées, enseignants ou personnel de support, associée à des soins médicaux adaptés et à l'observance des patients, sera la seule solution efficace pour atténuer l'impact du sida sur le secteur de l'éducation. Comme nous l'avons vu et d'après les rares évaluations disponibles, les taux de morbidité et de mortalité pourraient être diminués d'au moins 50 pour cent.

133. Étant donné l'ampleur et la nature de l'épidémie dans les PFP, il est essentiel que les enseignants et le personnel de support reçoivent tous des soins médicaux adaptés. Lorsque des systèmes volontaires existent, il faut s'efforcer d'en augmenter le nombre

d'adhérents. Cela étant, dans la plupart des pays d'ASS, ces systèmes ne couvrent pas les enseignants ni les autres fonctionnaires. Pour pouvoir atténuer l'impact de l'épidémie sur des ressources humaines essentielles, les pouvoirs publics doivent prendre des mesures radicales visant à améliorer l'accès aux soins médicaux. Cela soulève bien évidemment de délicates questions d'équité, mais la mise en place de ces dispositifs de soins (au moins pendant la durée de l'épidémie) semble s'imposer pour garantir le maintien de services publics essentiels pour la réduction de la pauvreté et l'atteinte des autres objectifs de développement.

## **7.2. Soutien aux enfants affectés**

134. Le niveau général et la qualité du soutien accordé aux orphelins par les agences gouvernementales et les ONG seront déterminants pour limiter l'impact négatif de l'épidémie sur les systèmes nationaux d'éducation en ASS. Les trois études de cas constatent toutes qu'à ce jour, les écoles n'ont accordé qu'assez peu de soutien aux orphelins et aux autres enfants affectés par le sida. Cette réaction limitée tient à cinq grands facteurs :

- l'incapacité des ministères de l'Éducation à concevoir des cadres complets et cohérents pour l'action publique ;
- l'attitude négative des directeurs d'école et des enseignants face aux actions que les écoles devraient entreprendre pour aider les orphelins et les autres enfants défavorisés ;
- des restrictions de ressources chroniques et généralisées (à l'exception du Botswana) ;
- un environnement scolaire généralement peu favorable, une minorité d'écoles étant vraiment respectueuses des enfants ;
- l'absence d'une discrimination ouverte et grave à l'encontre des enfants directement affectés par l'épidémie.

### **7.2.1. Politiques et stratégies nationales**

135. Les ministères de l'Éducation et les autres institutions en charge de l'éducation ne peuvent pas agir isolément. Le soutien aux enfants affectés relève de la responsabilité de la communauté entière, qui doit travailler en contact étroit avec les organisations publiques ou les ONG au niveau national ou local. Par conséquent, l'impact de l'épidémie sur le secteur de l'éducation dépendra, dans une large mesure, du niveau général et de l'efficacité de l'aide apportée à ces enfants et à leurs gardiens en dehors de l'école. Ce point souligne l'importance de disposer de cadres nationaux et complets pour l'action publique permettant de gérer cette crise du sida.

136. Tous les PFP ont adopté des stratégies nationales de lutte contre le VIH/sida. Les tentatives précédentes de conception et de mise en œuvre de cadres complets pour l'action publique face à la crise du sida ont permis de tirer des leçons essentielles qui sont progressivement intégrées dans ces stratégies nationales. Les plus efficaces ont mis sur pied des agences ou des comités sida à l'échelon national, dotés de l'expertise, des ressources et des pouvoirs leur permettant de garantir que les politiques de prévention et d'atténuation du VIH/sida font bien partie du quotidien des ministères et qu'il existe une réponse plurisectorielle et coordonnée au niveau national et local. Une action inter-agences étroitement coordonnée est vitale pour garantir une mobilisation de tous les membres de communautés. Pour les élèves, cela implique que les directeurs d'école, les enseignants et les parents travaillent main dans la main avec les fonctionnaires des

ministères de l'éducation, de la santé, du bien-être social et du développement communautaire et avec toute une série d'ONG et d'organisations communautaires.

137. Outre l'éducation, trois domaines de l'action publique auront une influence marquée sur l'impact de l'épidémie sur le secteur de l'éducation : la politique de réduction de la pauvreté, la législation protégeant les droits de l'enfant et le soutien aux malades et aux orphelins. Pour lutter au mieux contre les causes et les conséquences du VIH/sida, il faut parvenir à une limitation importante et durable de l'incidence de la pauvreté, surtout dans les zones rurales. Les prestations sociales doivent être élargies pour couvrir les besoins des enfants vivant dans des situations particulièrement pénibles. Il y a de fortes probabilités pour que, dans les dix années à venir, la prise en charge des orphelins ne puisse plus dépendre, comme c'est le cas actuellement, de la famille au sens large. A mesure qu'augmente le nombre d'orphelins, des solutions alternatives devront être trouvées dans les pays les plus touchés, au niveau notamment des soins dans les établissements communautaires inspirés de « modèles familiaux » ou de dispositifs d'accueil élargis.

138. Dans les pays les plus affectés, on estime que la part des orphelins dans la population totale des enfants atteindra 30-40 pour cent d'ici 2010. Le financement du système public de protection devra donc fortement augmenter pour pouvoir garantir une prise en charge correcte des besoins essentiels de ces enfants. Tous les orphelins défavorisés devront pouvoir recevoir de la nourriture et des vêtements et, le cas échéant, disposer d'un abri. En outre, il faudra constituer un cadre élargi de travailleurs sociaux lesquels travailleront en collaboration étroite avec les écoles.

139. Les droits de l'enfant devront faire l'objet d'une attention accrue. La législation doit reconnaître sans équivoque l'importance capitale des intérêts de l'enfant. Dans de nombreux pays d'ASS, les intérêts des enfants continuent d'être bafoués par suite d'un souci généralisé de ne pas interférer avec les pratiques et les convictions culturelles « traditionnelles ». Lorsque des orphelins ou des enfants subissent des sévices graves, ils doivent pouvoir être immédiatement conduits ailleurs, dans des lieux « sûrs ».

140. Enfin, l'augmentation des taux de morbidité liée au sida signifie que les enfants doivent assumer une partie des soins aux membres de la famille affectés par la maladie, ce qui peut perturber leur éducation. Un système bien doté de soins à domicile accompagné d'installations d'aide aux malades en phase terminale pourrait non seulement soulager les personnes affectées, mais il contribuerait aussi à atténuer tout effet négatif sur la scolarité des enfants.

## **7.2.2. Aide dans les écoles**

141. S'il est évident que les écoles sont loin d'avoir fait leur maximum pour venir en aide aux enfants affectés, il est également clair qu'elles ne peuvent pas tout faire. Étant donné les ressources disponibles, les écoles n'ont pas beaucoup de marge de manœuvre pour assumer des responsabilités supplémentaires de soutien à ces enfants. Rappelons-le, c'est le niveau de soutien accordé par les pouvoirs publics et les autres organisations qui déterminera en dernier ressort l'impact global de l'épidémie sur le système éducatif.

142. Si l'offre d'une éducation de base de qualité à tous les enfants doit rester l'objectif premier de toutes les écoles, certains changements « réalistes » pourraient être introduits pour améliorer notablement l'aide accordée aux enfants affectés. Même en l'absence d'épidémie de sida, des actions radicales devraient être prises pour revoir l'environnement scolaire et le rendre respectueux à la fois des enfants et des enseignants. La crise du sida vient renforcer de manière tragique l'urgence d'une intervention pour

remédier aux faiblesses fondamentales du système scolaire, que partagent la quasi-totalité des pays d'ASS. Faute d'une amélioration réelle dans ce domaine, les interventions de prévention et d'atténuation du VIH/sida dans les écoles sont vouées à l'échec.

143. Les directeurs d'école et les enseignants devraient jouer un rôle plus actif dans l'identification des élèves affectés par le VIH/sida et dans le soutien apporté à leur apprentissage. Les écoles doivent faire preuve d'une plus grande ouverture d'esprit si elles veulent mieux assumer leur rôle de soutien. Une formation initiale et continue appropriée contribuera à cette évolution nécessaire des attitudes et des comportements chez les directeurs et les enseignants. Pourtant, la plupart des enseignants n'ont pas suffisamment de temps, de moyens et d'incitations pour pouvoir venir correctement en aide aux élèves. La plupart ont le sentiment d'être déjà débordés par un programme surchargé et d'autres obligations professionnelles. Par conséquent, il faut créer un environnement propice pour que les enseignants puissent assumer ce rôle efficacement.

144. Les enquêtes dans les écoles permettent de dégager six priorités pour le soutien aux orphelins et autres enfants défavorisés et affectés dans les écoles : identification, orientation et suivi ; repas scolaires ; soins et conseils physiques et spirituels ; aide financière pour les frais de scolarité et les autres dépenses connexes ; implications des tuteurs et des gardiens ; et soutien aux enfants vivant avec le sida.

145. Les écoles doivent suivre de près les orphelins ou les autres enfants qui pourraient connaître une situation difficile. Les écoles devraient, au minimum, faire une évaluation rapide des besoins et surveiller soigneusement les résultats scolaires, y compris les abandons. Tous les enseignants devraient recevoir une formation sur l'art de dispenser des soins et conseils physiques et spirituels, mais il faut privilégier ceux qui en ont le plus besoin. Il est important, cependant, qu'il y ait des enseignants formés de manière professionnelle à l'orientation et au conseil ayant la responsabilité, avec les directeurs, de toutes les activités de soutien prodiguées dans l'école aux orphelins et aux autres enfants défavorisés. Les gros établissements devront nommer du personnel responsable à plein temps de ces activités.

146. La distribution d'un repas gratuit à l'école a deux grandes utilités : non seulement elle garantit qu'une partie au moins des besoins nutritionnels des enfants sont remplis, mais elle pousse aussi les orphelins et les autres enfants défavorisés à venir à l'école. Dans les régions où la pauvreté est endémique, la distribution quotidienne, gratuite ou quasi gratuite, d'un repas nourrissant à tous les élèves se justifie totalement. Si les moyens financiers interdisent cette distribution, il faudrait néanmoins la réserver aux enfants défavorisés.

147. L'incidence élevée de la pauvreté dans la plupart des PFP, conjuguée aux effets probables de l'épidémie de sida, signifie que toute volonté d'augmenter la « rentabilité » de la scolarité primaire et secondaire pourrait avoir de graves conséquences sur la fréquentation et les résultats. L'éducation de base doit donc être gratuite. Une assistance ciblée doit être accordée aux enfants défavorisés, dans le cadre d'un programme de soutien complet, pour qu'ils puissent assumer les frais minimums de leur scolarité (droits d'inscription à l'école et aux examens, vêtements, et transport).

## 8. CONCLUSION : CATASTROPHE OU CRISE ?

148. Il ressort de cette étude que l'épidémie de sida fait peser une menace réelle sur l'offre d'éducation, notamment dans les pays à forte prévalence du VIH. Cela étant, les données disponibles ne permettent pas de confirmer le sentiment selon lequel les pays courent à la catastrophe. Cela tient en partie au fait que les systèmes de scolarisation devraient être capables de fonctionner avec une augmentation des taux de mortalité liée au sida chez les enseignants et au fait que, avec un soutien adapté, les orphelins devraient être à même de poursuivre normalement leur scolarité. En outre, les taux de mortalité chez les enseignants seront probablement plus faibles que prévu. L'Ouganda est sans doute le meilleur exemple d'un PFP où, malgré une épidémie en phase de maturité, les pouvoirs publics ont néanmoins réussi à parvenir à l'éducation primaire universelle et à faire augmenter de manière très rapide depuis la fin des années 90 les taux d'inscription dans le secondaire.

149. D'une manière plus générale, cette analyse souligne aussi l'importance d'asseoir sur une recherche empirique permanente et approfondie, dans chacun des pays affectés, les études d'impact du sida sur le secteur de l'éducation. Dans de nombreux pays, la gravité de la crise du sida est telle que les hommes politiques et les décideurs doivent impérativement se convaincre de la nécessité de prendre des mesures radicales pour prévenir et atténuer l'impact de cette épidémie. Pour autant, les actions de sensibilisation qui ne s'appuient pas sur des faits solides ne peuvent pas servir de base à l'élaboration de stratégies bien conçues de prévention et d'atténuation. Au contraire, elles ont tendance à produire des évaluations excessivement négatives et simplistes des impacts de l'épidémie ce qui, d'une certaine façon, a des conséquences aussi graves que le déni entourant l'épidémie qu'elles cherchent pourtant à combattre.



## **9. ANNEXE 1 :**

**Annexe 1 : prévalence et prévention du VIH  
chez les adolescents africains**

**Annexe 2 : sources de données pour les études par pays,  
Botswana, Malawi et Ouganda**

**Annexe 3 : Tableaux complémentaires**

## **Annexe 1 : prévalence et prévention du VIH chez les adolescents africains**

Les statistiques brutes sur le sida en Afrique subsaharienne sont bien connues : près d'un adulte sur dix, soit un chiffre vertigineux de 26 millions de personnes, serait atteint par le virus mortel du VIH. Dans huit pays d'Afrique australe, le taux global de prévalence chez les adultes dépasserait actuellement largement les 25 pour cent. Mais, à l'inverse des autres grandes épidémies de l'histoire, nous ne disposons pas d'informations précises sur le nombre de décès provoqués par des maladies liées au sida au cours des dix dernières années. Et ce, parce que la plupart des États africains ne tiennent pas de registres statistiques d'état civil où sont pourtant consignées avec précision des informations sur chaque personne décédée, et notamment son lieu de résidence, son âge et sa profession.

En l'absence de statistiques précises et à jour de la mortalité dans la plupart des pays d'ASS, on se fie quasi exclusivement à des estimations de la prévalence du VIH, réalisées à partir de dépistages anonymes sur les femmes enceintes fréquentant les services de consultations prénatales. Avec quelques ajustements, en général minimes, on peut estimer la prévalence du VIH chez les adultes dans l'ensemble de la population. Cependant, d'après les rares éléments de preuve disponibles, l'infection par le VIH chez les adolescents est bien inférieure aux estimations réalisées pour ce groupe d'âge à partir des enquêtes dans les services de consultations prénatales.

La grossesse résulte de toute évidence de rapports sexuels non protégés, qui restent le principal mode de transmission du VIH en Afrique. Cela étant, tous les adolescents ne sont pas actifs sexuellement et la plupart d'entre eux utilisent désormais des préservatifs, surtout avec des partenaires occasionnels. Au Botswana par exemple, qui a le taux de prévalence du VIH chez les adultes le plus élevé du monde, seul un quart des hommes et des femmes a des rapports sexuels avant 18 ans ; l'utilisation des préservatifs est alors très répandue. Selon une enquête récente, 88 pour cent des hommes et 75 pour cent des femmes interrogés âgés de 15 à 24 ans ont affirmé avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec « un partenaire n'étant ni le conjoint ni le concubin » (NACA, 2002). L'augmentation de l'utilisation des préservatifs entraîne une incidence plus faible des maladies sexuellement transmissibles (MST). Les cas avérés de MST pour l'ensemble de la population adulte ont chuté de près de 10 pour cent en à peine un an (en 1999, date des dernières données disponibles).

Le dépistage parmi de vastes échantillons représentatifs de l'ensemble de la population est le seul moyen d'obtenir un état des lieux précis de l'étendue et des modes d'infection par le VIH. Ces enquêtes complètes sur la population restent l'exception ce qui est, une fois encore, vraiment surprenant vu l'ampleur de l'épidémie. Quand elles existent, ces enquêtes montrent que la prévalence du VIH chez les adolescents est bien plus faible que chez les femmes enceintes du même âge. Au Botswana, en Zambie et au Zimbabwe – trois des pays les plus touchés au monde – la plupart des adolescents ne sont pas infectés, en particulier les garçons qui affichent des taux vraiment faibles. Deux enquêtes récentes réalisées en Zambie et au Zimbabwe indiquent que 6 à 7 pour cent des filles et 1 à 2 pour cent des garçons âgés de 15 à 19 ans sont infectés. De la même façon au Botswana, 11 pour cent des filles et 1 pour cent des garçons appartenant à ce groupe d'âge et ayant participé à un dépistage volontaire dans les centres d'orientation étaient séropositifs. Étant donné qu'une très forte proportion des personnes souhaitant réaliser un test de dépistage le font probablement à la suite d'un rapport sexuel non protégé, la prévalence du VIH dans l'ensemble de la population des 15-19 ans est très certainement encore plus faible.

Les taux tirés d'enquêtes sur la population sont nettement inférieurs aux estimations réalisées à partir des enquêtes sentinelles des services de consultations prénatales. Malheureusement, on ne dispose en général que de ce type d'enquêtes, largement utilisées par les groupes de pression contre le sida dans les programmes de prévention du VIH/sida (*tableau 16* de l'annexe). Ces données sont ensuite reprises dans les médias. Ainsi en Zambie, le Daily Mail a récemment publié un article affirmant que « d'après les dernières informations du ministère de la Santé, 17 pour cent des jeunes gens âgés de 15 à 19 ans sont séropositifs » (Daily Mail, 28 avril 2003). Dans la réalité cependant, les taux d'infection par le VIH sont au moins huit fois moins élevés chez les garçons et presque trois fois moins élevés chez les filles de ce groupe d'âge.

**Tableau 14 Taux estimés de prévalence du VIH chez les 15-24 ans à la fin des années 90, souvent repris dans les textes de l'UNESCO, de l'UNICEF et d'autres organisations internationales**

Pays	Femmes	Hommes
Botswana	34	16
Burundi	12	5.7
Ethiopie	12	7.5
Kenya	13	6.4
Lesotho	26	12
Malawi	15	7
Mozambique	15	6.7
Namibie	20	9.1
Rwanda	11	5.2
Afrique du Sud	25	11
Tanzanie	8.1	4
Ouganda	7.8	3.8
Zambie	25	11

Source : UNICEF

Ces estimations nettement surestimées de la prévalence du VIH présentent un réel danger, en exacerbant éventuellement chez la jeunesse africaine un niveau déjà élevé de découragement, voire de fatalisme, face à l'épidémie. Quand on leur demande s'ils ont modifié leur comportement sexuel pour se prémunir de toute infection, les adolescents interrogés, surtout dans les pays à forte prévalence, répondent souvent qu'ils n'en voient pas l'utilité, vu qu'ils « sont déjà tous morts ». Il y a là une leçon évidente à tirer. Si la surestimation de l'étendue de l'infection chez les adolescents peut se comprendre, face à la gravité de l'épidémie, la confiance excessive en des manœuvres alarmistes mal informées pourrait avoir de graves conséquences involontaires. Les programmes de prévention du sida ciblant les adolescents, à l'école et ailleurs, doivent s'appuyer sur des données précises et à jour en terme de prévalence du VIH dans l'ensemble des cohortes de population. Ces programmes de prévention doivent donc commencer par rassurer les adolescents, en insistant sur le fait que la plupart d'entre eux sont séronégatifs. Mais il

faut bien leur faire comprendre aussi que c'est le comportement qu'ils adopteront après l'école qui influera sur les risques d'infection qu'ils courront.

Enfin, il est fondamental de faire savoir aux adolescents que la plupart des jeunes gens en Afrique semblent effectivement modifier leurs comportements sexuels pour se prémunir de toute infection. Au Botswana par exemple, si la prévalence du VIH chez les adolescentes enceintes avait atteint son apogée en 1998 (avec 28,6 pour cent), elle est retombée à 21 pour cent en 2002. Des baisses sensibles ont également été enregistrées ailleurs (notamment au Malawi, en Ouganda et en Zambie), surtout dans les zones urbaines. Cette évolution des comportements commence à avoir des effets sur les taux globaux de prévalence chez les adultes dans une majorité de pays africains. Le taux de prévalence du VIH (tiré d'estimations réalisées dans les services de consultations prénatales) pour les 15-49 ans est en baisse ou semble inchangé (il a donc atteint son apogée) dans les onze pays suivants, à forte prévalence, entre 1997 et 2001 : Burkina Faso, Burundi, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Malawi, Mozambique, Ouganda, Rwanda, Tanzanie et Togo. L'Afrique australe semble avoir enregistré la plus forte augmentation de taux de prévalence pendant cette période (notamment en Afrique du Sud, au Botswana, au Lesotho, au Swaziland et au Zimbabwe).

Nous ne disposons malheureusement pas de séries chronologiques de données de qualité sur le comportement sexuel. Cependant, les enquêtes DHS commencent depuis peu à intégrer cette question, de sorte que nous pourrions au moins évaluer l'évolution des comportements dans le temps pour une majorité de pays. Le *tableau 17* de l'annexe indique l'incidence des préservatifs et des relations sexuelles avec des professionnel(le)s du sexe chez les jeunes gens des pays où ces données ont pu être collectées. Il faut néanmoins rappeler que ces données ne sont plus vraiment d'actualité.

**Tableau 15 Utilisation de préservatifs et relations sexuelles avec des professionnel(le)s chez les jeunes gens en Afrique**

Pays	Année	Rapports avec des prostitué(es) l'année précédente		Utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel à risque	
		15-19 ans	20-24 ans	15-19 ans	20-24 ans
Bénin	1996	..	24	..	24
Burkina Faso	1998/99	7	15	45	63
Cameroun	1998	10	27	30	32
Côte d'Ivoire	1998	2	3	53	58
Guinée	1999	5	4	27	37
Kenya	1998	..	..	38	48
Malawi	2000	12	10	29	47
Mali	1996	6	18	27	34
Nigeria	1996	7	10	49	61
Ouganda	2000	0	2	52	71
RCA	1994/95	9	20	..	..
Rwanda	2000	0	1	..	..
Tanzanie	1999	..	..	26	36
Togo	1999	5	8	39	43
Zambie	1996	24	29	30	47
Zimbabwe	1999	1	7	59	75

Source : DHS.

## **Annexe 2 : sources des données pour les études par pays, Botswana, Malawi et Ouganda**

Trois grandes sources d'informations ont été exploitées dans chacun des pays pour évaluer l'impact de l'épidémie sur les élèves et le personnel enseignant.

- Dans chaque pays, des enquêtes dans dix à 20 écoles primaires et secondaires ont été entreprises dans deux départements à forte prévalence du VIH (un rural et l'autre urbain). Les écoles ont été sélectionnées au hasard. Des informations qualitatives et quantitatives ont ensuite été collectées dans chacune d'entre elles. Des entretiens semi-structurés ont eu lieu avec les directeurs d'école et un échantillon aléatoire d'enseignants, pour recueillir des données statistiques clés mais aussi leur opinion ou leur sentiment sur l'impact de l'épidémie sur les élèves et le personnel. Des échantillons aléatoires d'élèves dans des classes données ont également dû remplir des questionnaires et participer à des discussions (groupe focal) semi-dirigées.
- Dans chaque ministère de l'Éducation, des hauts responsables et d'autres membres du personnel professionnel travaillant dans les principaux services ont été interrogés. En outre, des entretiens ont eu lieu avec différents acteurs du secteur de l'éducation, des fonctionnaires travaillant dans des ministères clés (comme la santé, le bien-être social et le développement communautaire ou encore les finances et le développement) et le personnel d'organisations œuvrant pour la prévention et l'atténuation du VIH/sida et le soutien aux enfants défavorisés.
- Des données secondaires pertinentes tirées de toutes les sources disponibles (notamment des statistiques sur l'éducation et la santé).

Les enquêtes et les entretiens dans les écoles ont été réalisés dans les trois pays entre mars et décembre 2000.

### Annexe 3 : tableaux complémentaires

**Tableau 16 Écarts entre les estimations du nombre d'orphelins faites dans Children on the Brink et celles des enquêtes DHS**

Pays	Année d'enquête	Nombre total d'orphelins			Écart %	
		DHS	Hunter & Williamson		1990	2000
			1990	2000		
Afrique du Sud	1998	10,1		10,3		2
Burkina Faso	1992	7,7	11,4			48
Cameroun	1998	9		10,9		21
Côte d'Ivoire	1994	6	10,2			70
Ghana	1998	5,9		9,5		61
Kenya	1998	9,4		12,4		32
Malawi	1992	8,9	11,8			33
Malawi	2000	11,5		17,5		52
Mozambique	1997	12,1		15,5		28
Namibie	1992	7,1	9,4			32
Nigeria	1999	6		10,3		72
Ouganda	2000/01	12,6		14,6		16
Rwanda	2000	26,8		17,5		-35
Tanzanie	1999	8,7		12		38
Togo	1998	9		10,9		21
Zambie	1992					38
Zambie	1996	11,8	10,9	17,6		49
Zimbabwe	1999	14,4		17,6		22

**Tableau 17 Statut parental des enfants (de moins de 15 ans) dans une sélection de pays**

Pays	Année d'enquête	Ayant perdu leurs deux parents		Orphelins de mère		Orphelins de père	
		Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
Afrique du Sud	1998	0,8	0,7	1,4	1,5	7,8	7,4
Burkina Faso	1992	0,9	1,1	2,2	2,1	4,5	4,4
Cameroun	1991	0,5	0,4	2,0	1,7	4,8	4,2
Cameroun	1998	0,6	0,7	2,4	2,2	6,0	6,0
Côte d'Ivoire	1994	0,4	0,4	1,6	1,7	3,9	4,2
Ghana	1998	0,5	0,3	2,0	1,9	3,7	3,4
Kenya	1998	0,8	1,0	1,8	1,8	6,6	6,6
Madagascar	1992	0,6	0,7	3,6	3,4	5,8	5,5
Madagascar	1997	0,4	0,5	2,8	2,9	5,1	4,7
Malawi	1992	1,1	1,1	3,4	2,8	4,4	4,8
Malawi	2000	1,8	1,9	2,7	3,3	6,5	6,4
Mozambique	1997	1,2	0,9	3,9	4,7	7,2	6,2
Namibie	1992	0,5	0,4	1,6	1,5	4,7	5,4
Nigeria	1999	0,7	1,0	2,1	1,6	3,0	2,8
Ouganda	2000/01	2,3	2,2	2,7	3,1	6,9	7,6
RCA	1994/95	0,7	0,9	3,1	3,0	6,8	6,4
Rwanda	1992	0,6	0,8	2,3	2,2	6,3	6,8
Rwanda	2000	4,5	5,3	4,1	3,5	18,0	18,0
Tanzanie	1991/92	0,5	0,4	2,3	1,6	4,3	5,0
Tanzanie	1999	1,4	0,7	2,1	2,4	5,0	5,6
Togo	1998	0,7	0,5	2,4	2,2	6,1	6,0
Zambie	1992	0,5	0,6	2,2	2,1	4,7	5,4
Zambie	1996	1,6	1,4	3,0	2,8	8,1	6,6
Zimbabwe	1999	1,9	2,2	2,4	2,7	9,1	9,6



Pays	Année	Ayant perdu leurs deux parents	Orphelins de mère	Orphelins de père
Kenya	1993	1,4	1,4	5,1
	1998	1,9	1,8	6,5
Malawi	1992	1,7	3,0	4,6
	2000	2,3	2,9	6,5
Ouganda	1995	2,8	3,0	8,0
	2000	2,7	2,9	7,2
Tanzanie	1992	2,3	1,9	4,6
	1999	1,6	2,2	5,3
Zambie	1992	1,2	2,2	5,0
	1996	2,3	2,9	7,4
Zimbabwe	1994	1,6	1,9	6,5
	1999	3,4	2,6	9,3

Source : DHS.

**Tableau 18 Incidence des orphelins par groupe d'âge en Ouganda, 1990/91 – 2000/01**

Année	De 0 à 4 ans	De 5 à 9 ans	De 10 à 14 ans	Tous âges confondus
1990/91	4.5	10.9	16.9	10.4
1997/98	5	15.2	27.4	16.8
2000/01	4.7	14.5	26.8	15.4

Source : Busingye et al., 2003.

**Tableau 19 Écart en pourcentage entre les taux d'orphelins et de non-orphelins ayant interrompu leurs études au moins une fois**

	Primaire			Secondaire		
	Botswana	Malawi F G	Ouganda	Botswana	Malawi F G	Ouganda
Orphelins de père	-3	17 7	0	0	0 1	2
Orphelins de mère	-3	10 16	10	15	-4 4	7
Orphelins de père et de mère	12	1 13	13	11	1 23	27
Non-orphelins ayant interrompu leurs études au moins une fois	3	3 7	14	2	4 10	16

**Tableau 20 Environnement familial des élèves fréquentant les écoles de l'enquête (pourcentages arrondis)**

**Elèves des écoles primaires**

Contexte familial	Deux parents vivants			Orphelin de père			Orphelin de mère			Orphelin de père et de mère		
	B*	M	U	B	M	U	B	M	U	B	M	U
Vit avec ses deux parents	37	77	56	0	0	8	0	0	10	0	0	0
Vit avec sa mère	30	7	20	49	68	61	0	0	14	0	0	4
Vit avec son père	4	1	9	3	0	0	29	19	43	0	0	4
Vit avec ses grands parents	15	4	9	21	13	22	21	23	29	35	23	58
Vit avec ses frères et sœurs	7	3	2	8	8	3	7	11	0	15	15	4
Fait partie d'un foyer où le chef de famille est un enfant	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	6	0
Vit avec d'autres proches	7	6	1	3	6	6	14	23	5	28	30	23
Vit dans un orphelinat	0	0	0	0	0	0	0	8	0	0	21	0
Autres	0	2	0	1	3	1	21	16	0	23	5	0

\*Botswana, Malawi, Uganda

### Élèves des établissements secondaires

Contexte familial	Deux parents vivants			Orphelin de père			Orphelin de mère			Orphelin de père et de mère		
	B	M	U	B	M	U	B	M	U	B	M	U
Vit avec ses deux parents	59	41	56	9	0	8	8	0	0	13	0	0
Vit avec sa mère	19	6	22	60	33	58	0	0	0	0	0	0
Vit avec son père	2	1	7	0	0	4	0	0	42	0	0	0
Vit avec ses grands parents	9	2	3	4	3	12	25	6	25	38	17	29
Vit avec ses frères et sœurs	5	6	8	11	5	0	17	12	17	13	17	21
Fait partie d'un foyer où le chef de famille est un enfant	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	7	0
Vit avec d'autres proches	5	5	2	7	8	12	33	12	8	13	27	29
Vit dans un pensionnat	0	36	0	0	42	4	0	59	0	0	30	0
Vit dans un orphelinat	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Autres	1	3	1	7	9	4	17	11	8	23	2	29

Notes : En Ouganda, sont aussi considérés orphelins de père et de mère ceux qui vivent avec « leur mère et leur beau-père » et « leur père et leur belle-mère ».

**Tableau 21 Taux brut d'inscription et taux de survie jusqu'en 4<sup>e</sup> année dans les PFP, 1990/91 à 1999/00**

	TBI dans le primaire		TBI dans le secondaire		Taux de survie jusqu'en 4 <sup>ème</sup> année	
	1990/91	1999/00	1990/91	1999/00	1990/91	1999/00
Afrique du Sud	121,6	118,7	74,3	90,2	76,3	79,2
Botswana	113,2	108,4	42,7	81,8	97,3	89,4
Burkina Faso					72	76,6
Burundi	72,8	62,5	5,6	10		
Cameroun	101,1	91,1	28	19,6		
Côte d'Ivoire	67,1	76,9	22			
Éthiopie	32,7	70,8	14,2	5,2		
Kenya	95		24,1	20,4		
Lesotho	111,8	103,5	25,3	28	76,7	76,2
Malawi	67,9	158,1	7,7	45,2		
Mozambique	66,9	85,4	7,6	13,9	43,6	57,4
Namibie	129,3	113,2	43,8	59,8		
Ouganda	71,3	140,9	13,2			
Rwanda	69,6	122,4	8	12,1	68,5	58,1
Swaziland	111,3	124,6	44,3	60	80,4	81,3
Tanzanie	69,7	63	4,9	5,3	84,2	86,5
Zambie	98,7	78,7	23	25,5		
Zimbabwe	115,7	96,6		45,3		

**Tableau 22 Taux de prévalence du VIH chez les adultes (15-49 ans) à partir des enquêtes sentinelles dans les services de consultations prénatales (pourcentage)**

	1997	1999	2001	Dif 97-01
<b>En augmentation</b>				
Afrique du Sud	12,9	19,9	20,1	7,2
Botswana	25,1	35,8	38,8	13,7
Cameroun	4,9	7,7	11,8	6,9
Kenya	11,6	14	15	3,4
Lesotho	8,4	23,6	31	22,6
Namibie	19,9	19,5	22,5	2,6
Nigeria	4,1	5,1	5,8	1,7
Swaziland	18,5	25,3	33,4	14,9
Zambie	19,1	20	21,5	2,4
Zimbabwe	25,8	25,1	33,7	7,9
<b>A l'apogée ou en diminution</b>				
Burkina Faso	7,2	6,4	6,5	-0,7
Burundi	8,3	11,3	8,3	0
Congo	7,8	6,4	9,7	1,9
Côte d'Ivoire	10,1	10,8	9,7	-0,4
Éthiopie	9,3	10,6	6,4	-2,9
Ghana	2,4	3,6	3	0,6
Malawi	14,9	16	15	0,1
Mozambique	14,2	13,2	13	-1,2
Ouganda	9,5	8,3	5	-4,5
RCA	10,8	13,8	12,9	2,1
RDC	4,4	5,1	4,9	0,5
Rwanda	12,8	11,2	8,9	-3,9
Tanzanie	9,4	8,1	7,8	-1,6
Togo	8,5	6	6	-2,5

Source : ONUSIDA

	1999	2000	2001	2002
<b>Primaire</b>				
Filles	0.66	0.63	0.46	0.5
Garçons	1.02	1.1	0.8	0.88
Tous	0.73	0.73	0.53	0.58
<b>Secondaire</b>				
Filles	0.51	0.38	0.3	0.4
Garçons	0.68	0.53	0.45	0.58
Tous	0.6	0.46	0.38	0.49

Source : *Infinium*

## 10. RÉFÉRENCES

- ABT Associates. 2001. Impacts of HIV/AIDS on the South African education sector: summary. Ronéotypé. Johannesburg.
- AbT Associates. 2002a. Impacts of HIV/AIDS on education in Namibia. Johannesburg.
- AbT Associates. 2002b. The impact of HIV/AIDS on the education sector in Zimbabwe. Johannesburg.
- Ainsworth, M. et D. Filmer. 2002. Poverty, AIDS, and Children's Schooling: A Targeting Dilemma. Document présenté à la réunion de la Population Association of America, Georgie, 9-11 mai.
- Ainsworth, M., K. Beegle et G. Koda. 2002. The impact of adult mortality on primary school enrollment in Northwestern Tanzania. Document de travail Région Afrique, développement humain, Banque mondiale, Washington D.C.
- Al-Samarrai S. et P.S. Bennell. 2003. Where has all the education gone in Africa? Employment outcomes among secondary school and university leavers in four countries. Institute of Development Studies, université du Sussex et Knowledge and Skills for Development, Brighton.
- Badcock Walters, P., C. Desmond, D. Wilson et W. Heard. 2003. Educator mortality in-service in KwaZulu Natal. HEARD, université du Natal.
- Banque mondiale. 1997. Confronting AIDS. Public priorities in a global epidemic, A World Bank Policy Research Report, Oxford University Press, Oxford.
- Banque mondiale. 2000. Exploring the implications of the HIV/AIDS epidemic for educational planning in selected African countries: the demographic question, Banque mondiale, Washington, DC (rapport Goliber).
- Banque mondiale. 2002. Achieving Education For All by 2015: Simulation results for 47 low-income countries. Banque mondiale, Washington, DC.
- Bennell, P.S. 2002 Hitting the target? Doubling primary school enrolments in sub-Saharan Africa by 2015. World Development, Vol. 30, No. 7, pp. 1179-1194.
- Bennell, P.S. 2003a. The impact of the AIDS epidemic on teachers in Botswana. A paraître.
- Bennell, P.S. 2003b. The AIDS epidemic in sub-Saharan Africa: Are teachers a high-risk group? Comparative Education, à paraître.
- Bennell, P.S. avec G. Bulwani et M. Lukhanzi. 2003. Strategic options for secondary education in Zambia: a preliminary assessment. Étude préparée pour le programme de recherche sur l'enseignement secondaire de la Banque mondiale. Banque mondiale, Washington, à paraître.
- Bennell, P.S. avec G. Bulwani et M. Musikanga. 2003. Secondary education in Zambia: a situational analysis with special reference to cost and funding issues. Étude préparée pour le programme de recherche sur l'enseignement secondaire de la Banque mondiale. Centre for International Education, université du Sussex, Brighton.
- Bennell, P.S. et B. Chilisa. 2003. The impact of the AIDS epidemic on higher education institutions in sub-Saharan Africa: the case of the University of Botswana. Journal of Southern African Studies, à paraître.
- Bennell, P.S. et E. Kadzamira. 2003a. Teacher mortality at primary and secondary schools in Malawi 1997-2002. A paraître.
- Bennell, P.S. et E. Kadzamira. 2003b. The impact of the AIDS epidemic on teachers and university staff in Malawi. A paraître.
- Bennell, P.S. et Y. Sayed. 2002. Improving the management and internal efficiency of post-primary education and training. Centre for International Education, université du Sussex.

- Bennell, P.S., B. Chilisa, K. Hyde, A. Makgothi, E. Molobe et L. Mpotokwane. 2001. The impact of HIV/AIDS on primary and secondary schooling in Botswana: developing a comprehensive strategic response, DfiD Education Research Series, No. 47, Londres.
- Bennell, P.S., K. Adhikary, B. Devkota, P. Lim Ah Ken, A. Noten et S. Shrestha. 2003. An assessment of the impact of HIV/AIDS on the education sector in Nepal. Ministère de l'Éducation, Katmandou.
- Bennell, P.S., K. Hyde et N. Swainson. 2002. The impact of the HIV/AIDS epidemic on the education sector in sub-Saharan Africa: A synthesis of the findings and recommendations of three country studies. Centre for International Education, université du Sussex.
- Busingye, J., J. Pickering, A. Ruberantwari et J.A.G. Whitworth. 2003. Orphans in the HIV/AIDS era: a study in rural Uganda. Conseil pour la recherche médicale, programme sur le sida, Uganda Virus Research Institute.
- Carr-Hill, R. et E. Peart. 2003. Understanding the impact of HIV/AIDS on education systems in selected Eastern and Southern African Countries. Ronéotypé. Institute of Education, université de Londres.
- Case A., C. Paxson et J. Ableidinger. 2003. Orphans in Africa. Ronéotypé. Centre for Health and Wellbeing, université de Princeton.
- Chilisa. B. avec P.S. Bennell et K. Hyde. 2002. The impact of HIV/AIDS on the University of Botswana: developing a comprehensive strategic response, DfiD Education Research Series No 46, Londres.
- Coombe, C. 2001. Rethinking some of our perceptions about HIV/AIDS and education, Document présenté à la réunion de la Communauté de développement de l'Afrique australe sur le VIH/sida et l'éducation, université de Pretoria, 26-28 février.
- Gouvernement du Botswana. National AIDS Coordinating Agency. 2002. Botswana 2002 Second Generation HIV/AIDS Surveillance. Gaborone.
- Grassly, N.C., K. Desai, E. Pegurri, A. Sikazwe, I. Malambo, C. Siamatowe et D. Bundy. 2002. The economic impact of HIV/AIDS on the education sector in Zambia. Ronéotypé. Imperial College, Londres.
- Hargreaves, J.R. et J.R. Glynn. 2000. Educational attainment and HIV infection in developing countries: a review of the published literature, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres. Ronéotypé.
- Huber U. et B. Gould. 2002. Primary school attendance in Tanzania- how far is it affected by orphanhood? Document présenté à la conférence annuelle de la British Society for Population Studies, université de Newcastle, 9-11 septembre.
- Hunter S. et J. Williamson. 2000. Children on the brink: strategies to support a generation isolated by HIV/AIDS, UNICEF/USAID, New York.
- Hyde, K., A. Ekatan, P. Kiage et C. Barasa. 2002. The impact of HIV/AIDS on formal schooling in Uganda, Centre for International Education, université du Sussex, Brighton.
- Kadzamira, E.C., N. Swainson, D. Maluwa Banda et A. Kamlongera. 2001. The impact of HIV/AIDS on formal schooling in Malawi, Centre for International Education, Brighton.
- Kelly, M. 2000. Planifier l'éducation dans un contexte de VIH/sida. Principes de la planification de l'éducation n° 66, IPE/UNESCO, Paris.
- Kelly, M. J. 2000. The encounter between HIV/AIDS and education. UNESCO, Harare.
- Malawi Institute of Management/PNUD. 2002. The impact of HIV/AIDS on human resources in the public sector in Malawi. MIM, Lilongwe.
- MTK Consulting. 1999. Impact assessment of HIV/AIDS on the education sector in Swaziland, Mababane.



- New York Times. 2000. AIDS cuts a swath through Africa's teachers, by N. Onishi. 14 août.
- OIT. 2001. Recueil de directives pratiques de l'OIT sur le VIH/sida et le monde du travail. OIT, Genève.
- ONUSIDA. 2002. Le point sur l'épidémie de sida 2002, ONUSIDA, Genève.
- République du Botswana et PNUD. 2003. The impact of HIV/AIDS on the education sector in Botswana. Gaborone : PNUD
- UNICEF. 2000a. Le Progrès des Nations. New York : UNICEF.
- UNICEF. 2000b. Children orphaned by AIDS: Front-line responses from Eastern and Southern Africa, UNICEF, Genève.
- Verde Azul Consultants. 2000. Assessment of the impact of HIV/AIDS on the education sector in Mozambique, Maputo.