

# **Défier le mal qui nous défie**

## **Comprendre et amplifier la riposte des universités africaines au VIH/SIDA**

### **Rapport de Synthèse**

**Pour**

**L'Association pour le Développement de l'Education en  
Afrique (ADEA)**

**Groupe de Travail sur l'Enseignement Supérieur (GTES)**

**Rapport rédigé  
par  
M. J. Kelly  
Université de Zambie  
Lusaka**

**Janvier 2001**

**Table des Matières**

|   |    |
|---|----|
| <a href="#">Résumé Narratif</a> .....   | 3  |
| <a href="#">Introduction</a> .....  | 3  |
| <a href="#">Sigles et Abréviations</a> .....  | 12 |
| <a href="#">Chapitre 1: VIH/SIDA et Développement en Afrique</a> .....  | 13 |
| <a href="#">Ampleur de l'épidémie du VIH/SIDA en Afrique</a> .....  | 13 |
| <a href="#">Tableau 1: Estimations VIH, Afrique sub-saharienne, 1999</a> .....  | 14 |
| <a href="#">L'Impact sur le Développement</a> .....   | 14 |
| <a href="#">Impacts sur les familles et orphelins</a> .....   | 15 |
| <a href="#">Impacts démographiques du VIH/SIDA</a> .....  | 16 |
| <a href="#">Tableau 2: Impact du SIDA sur la taille de la population en âge scolaire dans une sélection de pays</a> .....                               | 16 |
| <a href="#">L'impact sectoriel du VIH/SIDA</a> .....  | 18 |
| <a href="#">Santé</a> .....   | 18 |
| <a href="#">Education</a> .....   | 18 |
| <a href="#">Le secteur privé et industriel</a> .....  | 19 |
| <a href="#">Tableau 3: Répartition des coûts accrus du travail en raison du VIH/SIDA</a> .....  | 20 |
| <a href="#">Effets Macroéconomiques</a> .....   | 21 |
| <a href="#">Les études de cas du GTES ADEA</a> .....  | 22 |
| <a href="#">Chapitre 2: VIH/SIDA: Situations des pays de l'étude de cas</a> .....   | 24 |
| <a href="#">Chapitre 3: La situation du VIH/SIDA dans les universités de l'étude de cas</a> .....   | 27 |
| <a href="#">Encadré 1: Dénégation et manque d'information au sein des universités participantes</a> .....   | 27 |
| <a href="#">Morbidity et Mortalité sur le campus</a> .....  | 29 |
| <a href="#">Sensibilisation des étudiants au problème du VIH/SIDA</a> .....   | 31 |
| <a href="#">Acceptation du VIH/SIDA sur le Campus</a> .....   | 32 |
| <a href="#">Encadré 2: Raisons pour lesquelles les étudiants (et surtout les étudiantes) craignent de révéler ouvertement leur séropositivité</a> ..... | 32 |
| <a href="#">Dispositifs universitaires de lutte contre le VIH/SIDA</a> .....  | 33 |
| <a href="#">Orientation et sensibilisation des étudiants</a> .....  | 33 |
| <a href="#">Services de santé et de conseil</a> .....   | 35 |
| <a href="#">Chapitre 4: L'impact du VIH/SIDA sur le fonctionnement de l'Université</a> .....  | 37 |
| <a href="#">L'Impact sur la situation fiscale de l'université</a> .....   | 37 |
| <a href="#">Tableau 4: Impacts économiques du VIH/SIDA sur les effectifs d'une institution</a> .....  | 37 |
| <a href="#">Coûts directs</a> .....   | 37 |
| <a href="#">Coûts indirects</a> .....   | 39 |
| <a href="#">Coûts systémiques</a> .....   | 40 |
| <a href="#">Impacts sur les sources de financement des universités</a> .....  | 40 |
| <a href="#">L'Impact sur les activités d'enseignement, de recherche et de service</a> .....   | 41 |
| <a href="#">Encadré 3: Expérience dans un cours assuré par un professeur souffrant</a> .....  | 42 |
| <a href="#">L'impact sur la vie sociale des universités</a> .....   | 43 |
| <a href="#">Les Universités en tant qu'institutions à haut risque</a> .....   | 46 |
| <a href="#">Chapitre 5: Ripostes de l'Université à la crise du VIH/SIDA</a> .....   | 48 |
| <a href="#">Caractéristiques générales</a> .....  | 48 |
| <a href="#">Elaboration de politiques et leadership</a> .....   | 48 |
| <a href="#">Structures organisationnelles, planification et programmation</a> .....   | 49 |
| <a href="#">La riposte des institutions</a> .....   | 49 |
| <a href="#">La riposte de l'enseignement et de la recherche</a> .....   | 50 |

|   |    |
|---|----|
| <a href="#">Le climat institutionnel</a> .....  | 51 |
| <a href="#">Les coûts du retard</a> .....   | 51 |
| <a href="#">Chapitre 6: Relation entre VIH/SIDA et élaboration des programmes de cours, recherche, et politique au sein de l'université</a> ..... | 53 |
| <a href="#">Adapter le programme de cours universitaire en réponse au VIH/SIDA</a> .....  | 53 |
| <a href="#">Répondre aux besoins professionnels créés par le SIDA au sein de la société</a> .....   | 54 |
| <a href="#">Recherche, publication et services publics relatifs au SIDA</a> .....   | 55 |
| <a href="#">Cadre universitaire de gestion du VIH/SIDA</a> .....  | 57 |
| <a href="#">Encadré 4 : Différences d'état de préparation des universités</a> .....   | 58 |
| <a href="#">Chapitre 7: Vers une riposte globale de l'université au VIH/SIDA</a> .....  | 62 |
| <a href="#">Une leçon de l'industrie</a> .....  | 62 |
| <a href="#">Figure 1</a> .....  | 63 |
| <a href="#">Principaux ingrédients clé d'un programme global de prévention contre le VIH/SIDA</a> .....   | 63 |
| <a href="#">Aller de l'avant</a> .....  | 63 |
| <a href="#">Figure 2</a> .....  | 66 |
| <a href="#">Cadre conceptuel de riposte globale de l'université au VIH/SIDA</a> .....   | 66 |
| <a href="#">Mission de l'Université</a> .....   | 66 |
| <a href="#">Engagement total de la Direction</a> .....  | 66 |
| <a href="#">Stratégies de base</a> .....  | 66 |
| <a href="#">Interventions</a> .....   | 67 |
| <a href="#">Interventions</a> .....   | 67 |
| <a href="#">Conclusion</a> .....  | 68 |
| <a href="#">Références</a> .....  | 69 |
| <a href="#">Appendice 1</a> .....   | 70 |
| <a href="#">VIH/SIDA et Universités d'Afrique du Sud: Questions actuelles et futurs défis</a> .....   | 70 |
| <a href="#">Hypothèses</a> .....  | 71 |
| <a href="#">Résultats</a> .....   | 71 |
| <a href="#">Conclusion</a> .....  | 76 |
| <a href="#">Appendice Tableau 1</a> .....   | 78 |
| <a href="#">Impact économique du VIH/SIDA sur la main d'œuvre</a> .....   | 78 |
| <a href="#">Programmes relatifs au VIH/SIDA</a> .....   | 79 |
| <a href="#">Annexe Tableau 1: Estimations VIH, 1999</a> .....   | 81 |
| <a href="#">Annexe Tableau 2: Taux de croissance démographique avec et sans SIDA, 2000 et 2010</a> .....  | 83 |
| <a href="#">Annexe Tableau 3: Pays participants à l'étude de cas — sélection d'indicateurs socioéconomiques</a> .....                             | 84 |
| <a href="#">Annexe Tableau 4: Pays participants à l'étude de cas — Indicateurs VIH</a> .....  | 85 |
| <a href="#">Annexe Tableau 5: Pays participants à l'étude de cas — impacts socioéconomiques du VIH/SIDA</a> .....                                 | 87 |
| <a href="#">Annexe Tableau 6: Pays participants à l'étude de cas — gestion et mise en œuvre de la Riposte nationale au VIH/SIDA</a> .....         | 91 |

## Résumé Narratif

### Introduction

En réponse aux préoccupations exprimées par l'Association pour le Développement de l'Éducation en Afrique (ADEA), lors de sa Biennale de Johannesburg en décembre 1999, le Groupe de Travail ADEA sur l'Enseignement Supérieur (GTES) a sollicité un certain nombre d'études de cas sur la façon dont le VIH/SIDA affecte les universités en Afrique. L'objectif était de comprendre la façon dont la maladie affectait les universités africaines et d'identifier une riposte et des mécanismes de gestion susceptibles d'être divulgués et mis à profit par des institutions sœurs qui se trouvent dans des circonstances similaires. Ce rapport fait une synthèse des rapports d'études de cas de sept universités situées dans 6 pays - Bénin, Ghana, Kenya, Afrique du sud Namibie et Zambie.

### Contexte du VIH/SIDA

Le VIH/SIDA continue de constituer une menace majeure pour l'Afrique. Bien que le nombre de nouvelles infections à travers le continent ait baissé de 5% en l'an 2000 par rapport à 1999, le nombre de personnes décédées du VIH/SIDA a augmenté de 9 pour cent par rapport à l'année précédente. Le taux global d'infection pour l'Afrique s'élevait à 8,7% fin 1999, avec 23,5 millions de personnes infectées sur une population adulte de 268,9 millions de personnes. On compte plus de deux millions de décès liés au VIH/SIDA en 1999 dans les pays d'Afrique où les taux d'infection atteignent 5% ou plus.

Ce grand nombre de décès implique que ces pays sont confrontés au défi urgent de devoir répondre aux besoins d'un nombre croissant d'orphelins.

Parce que le VIH/SIDA ronge les acquis de développement obtenus de haute lutte, et a un effet paralysant sur les perspectives d'avenir, de nombreuses universités africaines ont le sentiment qu'elles doivent fonctionner dans un environnement socioéconomique profondément bouleversé et détérioré. Ce qui préoccupe plus particulièrement les universités c'est la façon dont la maladie affecte les ménages, la structure démographique de la société, les divers secteurs que les universités servent traditionnellement, et sur l'économie en général.

### VIH/SIDA dans les Universités de l'Etude de Cas

Les études de cas concordent généralement sur le fait que nul ne connaissait exactement la situation du VIH/SIDA au sein de son université. Un épais nuage opaque d'ignorance entoure la présence de la maladie. Ce nuage est largement bordé de couches de secret, silence, dénégation, et crainte de la stigmatisation et de la discrimination. Aucun dossier nommant la maladie ne se trouve au niveau des bureaux administratifs ou universitaires, tandis que ceux qui sont disponibles au niveau des centres de santé de l'université sont insuffisants ou incomplets. Même l'information sur la mortalité est incomplète, et, hormis quelques cas exceptionnels, il n'est pas possible d'affirmer sans ambiguïté que le décès était dû au SIDA. Néanmoins, les études citent des cadres universitaires qui déclarent que leurs institutions connaissent un nombre croissant de décès liés au SIDA (une moyenne de trois décès survenus chaque mois à l'Université de Zambie au cours des années 1990 et à l'heure actuelle, l'Université de Nairobi enregistre 4-6 décès par mois). Dans toutes les Institutions, le taux de décès est plus élevé au sein des cadres moyens qu'au sein des universitaires.

Bien que l'on signale des décès liés au SIDA parmi les étudiants, il semble probable que la véritable situation en ce qui concerne la population estudiantine n'éclatera au grand jour que lorsque ces étudiants auront obtenu leur diplôme et entreront dans la vie active. Il est également plus difficile de répertorier les décès d'étudiants que les décès du personnel, car les décès d'étudiants peuvent survenir pendant les vacances ou après l'abandon des études. Cet abandon peut découler de la maladie personnelle ou de difficultés à faire face aux frais d'inscription en raison du SIDA.

Bien que les étudiants à l'université aient encore des lacunes sur les notions de base concernant le VIH/SIDA et les MST, ils semblent généralement conscients de l'existence du VIH/SIDA et connaître les informations de base sur son mode de transmission. En général, les étudiants ne se considèrent pas comme sérieusement en danger d'infection à VIH, les attitudes prédominantes étant la dénégation, le fatalisme et un sentiment d'invulnérabilité. Les étudiants tendent cependant à reconnaître que le VIH/SIDA est un problème sur le campus, la majorité d'entre eux avouant connaître un camarade d'études séropositif et des étudiants ou du personnel de l'université décédé de la maladie.

Il y a une forte tendance à associer le VIH/SIDA à la honte. Même lorsqu'il n'y a pas de discrimination ouverte envers eux, les séropositifs subissent parfois des formes subtiles de préjugé et d'ostracisme. Une des conséquences de ces phénomènes est qu'il est difficile pour ceux qui le souhaitent, de révéler publiquement leur séropositivité. Ceci a contribué au fait qu'il manque des associations clairement identifiées de Personnes Vivant avec le SIDA sur les campus universitaires.

#### Services universitaires en matière de VIH/SIDA

Les services liés au VIH/SIDA dans les universités sont principalement axés sur les étudiants. En outre, ils sont essentiellement concentrés au niveau des centres de santé. Ils offrent principalement de l'information, un mode de prévention, quelques traitements, et un peu de conseil. Ils ne semblent pas avoir une approche très globale, que ce soit dans leur portée ou leur couverture. Bien qu'ils ne soient pas officiellement restreints aux étudiants, ils ne semblent pas s'étendre suffisamment au personnel.

Le gros des efforts d'information, éducation et communication à l'université en matière de VIH/SIDA est concentré dans la brève période d'orientation au début de l'année académique. Les nouveaux étudiants reçoivent quelques informations factuelles sur la maladie, les MST et les méthodes permettant d'éviter les grossesses indésirées. Les étudiants reçoivent également des informations sur l'offre de services universitaires de santé et de conseil, et les possibilités de se procurer des préservatifs. Dans pratiquement tous les cas, toutefois, il s'agit d'exposés ponctuels avec peu ou pas de suivi.

La principale réaction des universités face au VIH/SIDA s'effectue via les services de santé et dispensaires de l'université. Ces derniers ont pris des mesures en accroissant l'attention médicale aux besoins des étudiants et du personnel, la distribution de préservatifs, la sensibilisation par le biais d'affiches et autres matériels éducatifs et, en conjonction avec d'autres centres de services aux étudiants, en élargissant leurs capacités d'offre de soutien psychologique. La pression sur les centres médicaux universitaires, qui tendent à travailler avec très peu d'effectifs et de ressources,

s'est considérablement accrue au cours de ces dernières années. Ces centres traitent davantage de cas de MST et de tuberculose qu'auparavant, bien que l'on reconnaisse que nombreux sont ceux qui au sein de la communauté universitaire vont ailleurs pour la prise en charge de ces affections. Les contraintes financières aggravées par la demande croissante, entraînent une offre irrégulière et incertaine de médicaments et de réactifs dans les dispensaires, ce qui réduit l'efficacité de leurs services.

Les dispensaires des universités fournissent les préservatifs, soit directement sur demande, soit à travers des points de vente dans les cités universitaires ou les centres de conseil. Dans certains cas, les membres de clubs anti-SIDA ou les associations de lutte contre le SIDA peuvent distribuer directement des préservatifs aux étudiants au sein de leurs locaux. Les chiffres disponibles montrent que la distribution de préservatif s'est intensifiée au cours de ces dernières années.

Certaines universités ont vu la création d'Associations d'Aide Sociale aux Etudiants, d'Association contre le SIDA, de Clubs anti-SIDA, créés afin de sensibiliser les étudiants sur les questions de VIH/SIDA, de fournir un soutien par les pairs et de promouvoir la sensibilisation sur le VIH/SIDA auprès des écoles secondaires. Aucune enquête n'a été réalisée afin d'évaluer l'impact que peuvent avoir ces associations et communications non formelles. Le sort de ces associations varie grandement, étant fortement lié au dynamisme de quelques individus et au soutien d'un "parrain".

#### Impacts financiers du VIH/SIDA

En dépit de son impact financier négatif majeur, les registres financiers et la planification financière des universités ne prévoient pratiquement pas d'allocations pour le VIH/SIDA.

Le VIH/SIDA a un impact sur la situation fiscale d'une université donnée car il accroît les coûts, réduit la productivité, provoque une diversion des ressources, et menace les sources de revenu. Les accroissements de coûts découlent des coûts directs (ceux qui impliquent un accroissement des dépenses), des coûts indirects (ceux qui sont induits par la réduction de la productivité de la main d'œuvre, que ce soit celle des individus touchés ou celle des individus dont les préoccupations liées au SIDA se répercutent sur d'autres activités), et des coûts systémiques (ceux qui découlent de la façon dont la maladie porte atteinte à l'ensemble des aptitudes et expériences de la main d'œuvre, affecte le moral, etc.). L'absentéisme représente la plus grande part des coûts induits par le VIH/SIDA. Des coûts substantiels découlent également de l'organisation de funérailles, tandis que le décès de membres du personnel stagiaire constitue une perte pour l'université à triple titre : la perte d'individus très qualifiés et soigneusement sélectionnés, la perte d'investissements dans la formation, et les coûts de rapatriement de la dépouille des défunts.

Les universités tendent à être généreuses en matière d'octroi de congé maladie. Une personne contaminée par le VIH continuera normalement à jouir pleinement de ses droits, tout au long de la série de maladies relativement courtes précédant le développement du SIDA déclaré. Lorsque qu'une période de congé plus longue est nécessaire en raison de la progression de la maladie, celle-ci peut s'étendre sur plusieurs mois, voire une année ou plus. Des considérations

humanitaires empêchent généralement les administrateurs des universités d'appliquer strictement les dispositions contractuelles et de mettre fin à la jouissance des droits d'une personne qui doit décéder dans un avenir très proche. Dans les pays gravement touchés, aucune donnée tangible ne sont disponibles au sein des universités sur les budgets affectés aux salaires et avantages des membres du personnel malades. Les Compagnies commerciales sont généralement capables de fournir ces informations, mais les universités, les autres institutions d'enseignement, et les organismes gouvernementaux et sans but lucratif tendent à traiter ces pertes de façon moins rigoureuse.

Bien que les données factuelles soient disparates, le VIH/SIDA est également considéré comme ayant un impact néfaste sur le moral du personnel, la capacité d'un groupe universitaire ou non universitaire à continuer à travailler ensemble en tant qu'équipe, et le maintien des routines. Il est indéniable, cependant que la maladie ronge le capital humain et social des institutions, sapant leur capacité à offrir des services académiques et d'appui. Les membres du personnel se rendent compte qu'en plus de leurs responsabilités normales, ils doivent parfois assurer la relève de collègues décédés ou malades, parfois dans des domaines où ils sont moins bien qualifiés ou expérimentés. Dans de nombreuses institutions, le moral et la motivation sont au plus bas, bien que cela soit davantage lié à des raisons financières qu'au VIH/SIDA (mécontentement par rapport aux niveaux de revenu et conditions de travail, ressources insuffisantes pour financer l'enseignement et la recherche, insuffisance de fournitures médicales, état médiocre des infrastructures).

En raison de ses impacts sur la macroéconomie et les ménages, le VIH/SIDA affecte également les ressources publiques et privées disponibles pour l'enseignement universitaire. Le SIDA affectant leurs familles, un nombre significatif d'étudiants sont incapables de faire face à leurs frais de scolarité. La sinistre conséquence de cette situation est la façon dont elle a poussé certains étudiants à se prostituer.

#### VIH/SIDA et Fonctions d'Enseignement et de Recherche de l'Université

Les études de cas révèlent que, en raison de la maladie ou du décès, les programmes d'enseignement doivent être assurés par un personnel assistant, moins expérimenté. Il n'a pas été signalé de situation où les programmes de cours ont dû être supprimés en raison du VIH/SIDA, mais l'on signale des situations où l'on a constaté des niveaux d'enseignement moins que satisfaisants, notamment dans les départements qui comptent un grand nombre d'étudiants inscrits. On signale également certains cas où la fréquentation des cours et la remise des travaux d'étudiants ont été affectés par la maladie des étudiants. Ceci n'est pas considéré comme un problème majeur, dans la mesure où les professeurs ont pu user de leur pouvoir discrétionnaire pour octroyer aux étudiants concernés un délai supplémentaire pour remettre leur travail. Toutefois, un nombre inouï d'étudiants traversent de graves problèmes émotionnels lorsqu'ils apprennent qu'un membre de leur famille souffre du VIH/SIDA. Cette connaissance les empêche d'étudier et de se concentrer convenablement sur leur travail universitaire.

Les activités de recherche et de consultation semblent avoir été autant affectées celles d'enseignement. Aucun cas toutefois n'a été signalé, où ces activités auraient décliné en raison de la maladie ou du décès de membres du personnel. Certains éléments montrent cependant qu'un personnel moins qualifié a eu à assumer des responsabilités ou que les titulaires ont vu leur

charge de travail accrue. De façon plus positive, on constate également qu'un volume croissant de recherche dans des domaines ayant trait au SIDA est produit par les universités.

#### VIH/SIDA et Vie Sociale à l'Université

Les études de cas fournissent de riches informations sur les normes et pratiques liées à la vie sociale et sexuelle sur un campus universitaire. Elles font clairement ressortir que la culture de la vie de campus semble un terrain ambivalent, voire ouvert à l'habitude de se faire entretenir, aux expériences sexuelles, à la prostitution sur le campus, aux rapports sexuels occasionnels non protégés, à la violence contre les femmes, aux partenaires multiples, et autres activités similaires à haut risque. Dans le contexte du VIH/SIDA au sein des communautés estudiantines aujourd'hui, cette culture constitue un danger de promotion du risque plus que de la sécurité et de mort plus que de vie. Par conséquent, la cité universitaire doit être considérée comme une institution à haut risque pour la transmission du VIH.

Les rapports sur la vie sociale des étudiants sur le campus sont également emprunts de préoccupations concernant le statut de soumission des étudiantes, et en particulier leur incapacité à négocier soit l'absence de rapports sexuels soit des pratiques sexuelles plus sûres. Les études de cas suggèrent également que l'atmosphère des campus universitaires tend à être telle qu'il n'est pas rare que se produisent des viols consensuels.

#### Réactions des Universités au VIH/SIDA

La caractéristique la plus frappante de la réaction des universités au VIH/SIDA est ce silence emplis de terreur qui entoure la maladie, au niveau institutionnel, académique et individuel. Hormis quelques ajustements, tous à des fins pratiques, les individus, les institutions et leurs associations poursuivent leurs activités comme si la maladie n'existait pas.

Dans leur réaction au VIH/SIDA, les universités présentent des caractéristiques similaires à celles des systèmes d'enseignement : considérable désarroi, insuffisante compréhension, réponse morcelée, manque de coordination, absence de plans d'actions soigneusement élaborés, et lourde dépendance sur l'initiative de quelques membres du personnel intéressés et engagés.

La résistance au VIH/SIDA dans les universités et dans la société n'a pas généré l'engagement passionnel que les universités et les étudiants ont historiquement manifesté envers d'autres combats en faveur de l'université, de la libération ou d'autres causes sociales.

Parvenir à vaincre le VIH/SIDA au sein d'une université exige un exceptionnel engagement personnel, moral, politique et social de la part de la plus haute hiérarchie universitaire. Lorsque ce leadership a été assuré, le succès a suivi. En règle générale, toutefois, les manifestations de cet engagement au plus haut niveau sont limitées.

Les structures de coordination et de mise en œuvre de la réponse de l'institution à l'échelon de l'université dans son ensemble sont l'exception plutôt que la règle. Les affectations budgétaires pour la mise en œuvre des plans contre le SIDA tendent également à constituer une exception.

En dépit des graves répercussions de la maladie sur le personnel universitaire et non universitaire, il n'existe pas de programmes d'éducation sur le lieu de travail pour la protection



de ce personnel ou de programmes permettant la satisfaction de leurs besoins liés au VIH/SIDA sur le lieu de travail (tels que les VCT, services de santé conviviaux pour les employés, fourniture de préservatifs, salles de repos).

Réaction de l'Université au VIH/SIDA dans le domaine académique

La maladie n'a entraîné aucun changement de fond dans les politiques ou pratiques académiques. Bien que certaines institutions aient pris des dispositions pour intégrer le VIH/SIDA à certains domaines du programme de cours, rien ne permet d'affirmer que la problématique du VIH/SIDA a été systématiquement incluse dans les programmes d'enseignement des universités.

A défaut de politique de l'université, l'intégration de la question du VIH/SIDA dans les programmes de cours est laissée en grande partie à l'initiative émanant d'individus ou de départements. Dans le contexte d'une université, il serait plus productif d'intégrer les préoccupations relatives au VIH/SIDA dans tous les cours et programmes d'enseignement, renforçant ainsi leur utilité pour la future vie professionnelle, plutôt que de focaliser les préoccupations sur les programmes d'information et de sensibilisation orientés vers la connaissance, en vue de parvenir à un changement de comportement.

Dans leurs programmes de licence, les universités devraient veiller à ce que les étudiants maîtrisent les techniques d'apprentissage – autrement dit dans le jargon, qu'ils apprennent à apprendre – de façon à être flexibles, innovateurs et à faire preuve d'esprit d'adaptation dans leur réponse aux besoins de ce monde du SIDA imprévisible et en rapide mutation.

Aucune université ne semble avoir pensé à la responsabilité qui lui incombe de bâtisseur de talents et de savoir-faire professionnel qui par ailleurs déclinent dans la société en raison du SIDA. Rien ne montre qu'une institution quelle qu'elle soit ait réadapté son nombre de diplômés afin de répondre à la demande croissante causée par le SIDA dans certains domaines professionnels (en particulier le personnel de santé, conseil et éducation), ou pour dispenser des cours dans de nouveaux domaines apparus en raison de l'épidémie. Rien n'indique non plus que les universités soient conscientes de la responsabilité qui leur incombe de répondre aux besoins nouveaux et particuliers de connaissance, dans une société sous l'emprise du SIDA.

Les universités ont maintenu un niveau assez constant de production de travaux de recherche, ce qui a considérablement contribué à la compréhension internationale de la problématique du VIH/SIDA. La recherche couvre tous les domaines – scientifique, médical, social et communication – et s'étend fréquemment aux relations extérieures avec la communauté et aux activités de conseil/consultation. Les résultats ont été largement diffusés à l'échelon international, mais l'information sur cette recherche et ces services ne circule pas suffisamment au sein ou entre les universités.

Pratiquement tous les disciplines de l'université se consacrent à des investigations sur le VIH/SIDA et ses impacts. Le caractère transversal et multidimensionnel de l'épidémie de VIH/SIDA exige une riposte étendue et multisectorielle. Les éléments de cette approche doivent également caractériser la recherche universitaire en matière de VIH/SIDA. Si chaque discipline doit respecter ses propres axes de recherche, l'université en revanche doit veiller à ce que la

recherche en matière de VIH/SIDA soit caractérisée par une certaine pluridisciplinarité et collaboration.

Dans sa façon d'aborder la problématique du VIH/SIDA, la recherche universitaire devra adopter une approche proactive, en mettant à contribution les meilleurs cerveaux d'Afrique, afin de rechercher comment circonscrire la maladie et ses impacts, en la devançant sur tous les fronts. L'esprit des chercheurs principaux dans les universités doit être axé sur la détermination à rechercher comment devancer la maladie. Ils ne doivent pas tolérer que le VIH leur dicte le rythme des événements ou leur champ d'investigation. Au contraire, ils doivent chercher à imposer leur propre loi à la maladie.

De nombreuses institutions se plaignent de ce que l'université n'affecte pas suffisamment de fonds à la recherche. Toutefois, dans le domaine du VIH/SIDA la situation est très probablement différente, des fonds étant disponibles via les conseils nationaux de gestion du VIH/SIDA et le Partenariat International contre le SIDA en Afrique (PISA). Il revient donc aux institutions d'élaborer un plan d'action et de recherche pour le VIH/SIDA, dont la hiérarchie de l'université se servira pour chercher à mobiliser les fonds nécessaires.

#### Vers une Riposte Globale des Universités au VIH/SIDA

Les universités doivent prendre davantage de dispositions concrètes pour la gestion et la lutte contre le VIH/SIDA. En outre l'orientation de politique doit être dirigée vers l'avenir, propulsant l'institution afin qu'elle ait plusieurs longueurs d'avance sur la maladie. Les lacunes identifiées par les études de cas, ainsi que les faiblesses des systèmes déjà établis, permettent de dégager trois axes qui devraient caractériser la réaction des universités à l'épidémie :

1. Engagement du leadership. Lutter contre le VIH/SIDA exige encore plus d'engagement, de vision et de leadership qu'une guerre d'indépendance. Les études de cas montrent clairement que le leadership de l'université fait toute la différence. Lorsqu'il y a un leadership fort et constant, le succès est au rendez-vous. A défaut d'un tel leadership, les efforts faiblissent.
2. Cibles claires. Les objectifs de l'action universitaire doivent concorder avec ceux de l'action nationale et internationale. Ceci signifie que la politique de l'université doit aller dans le même sens que la politique nationale et doit être informée par cette politique. Les universités doivent également veiller à ce que leurs politiques incluent le premier objectif de la CIPD+5, qui est que d'ici 2005, au moins 90% des 15-24 ans aient accès à l'information, à l'éducation et aux services nécessaires pour réduire leur vulnérabilité à l'infection à VIH.
3. Une approche stratégique. Celle-ci comprend essentiellement trois étapes : une analyse de la situation, la formulation de grands principes d'orientation ; l'identification de domaines prioritaires et d'objectifs stratégiques ; et la détermination du cadre institutionnel et des structures nécessaires à la mise en oeuvre.

Mettre en œuvre un programme de lutte contre le VIH/SIDA à l'échelon universitaire exigera de l'engagement, des ressources humaines, des compétences, de l'équipement et des fonds. C'est aux cadres supérieurs de l'université, en collaboration avec les instances dirigeantes et conseils de l'université qu'il incombe d'assurer la disponibilité de ces éléments. A plusieurs égards, la

mise à disposition de ressources peut constituer le meilleur indice de l'engagement de l'université à réagir de façon dynamique à la crise du VIH/SIDA.

L'élaboration d'un cadre stratégique et de politique n'est que le point de départ d'un processus de gestion du VIH/SIDA à l'université. En dernière analyse, ce qu'il faut à l'université, c'est de l'action et non uniquement des plans. En outre, le processus d'élaboration de plans ou de politiques ne devront pas s'embourber dans les procédures traditionnellement fastidieuses des universités. Le VIH/SIDA est une question de vie ou de mort, et s'y attaquer impliquera toujours un certain sentiment d'urgence.

A l'instar de leurs pays respectifs, les universités ont quelques réactions positives en matière de VIH/SIDA, mais tout autant de réactions négatives. Leurs points positifs, c'est la préoccupation croissante qu'elles manifestent au sujet de la maladie et les actions qu'elles commencent à prendre en la matière. Leur force réside dans l'engagement d'individus, la volonté de beaucoup de s'impliquer si on les oriente, et la pléthore de connaissance et d'expertise disponible dans toutes les institutions, qui est déjà engagée dans la riposte à l'épidémie. Le principal point faible de la réaction de l'université à l'épidémie est que toute stratégie coordonnée semble manifestement faire défaut, ce qui a pour résultat des acteurs intervenant tous azimuts.

Toute réaction globale de l'université au VIH/SIDA exige d'elle qu'elle focalise son attention sur sa mission essentielle qui est de répondre aux véritables besoins des sociétés touchés par le SIDA, et ce, par la génération, sélection, adaptation, transmission et conservation du savoir et la stimulation de la vie intellectuelle et du développement culturel.

S'attacher à cette mission amène finalement l'université à deux stratégies d'action de base, l'une tournée vers l'intérieur et l'autre tournée vers l'extérieur. La stratégie tournée vers l'intérieur a trait à l'auto-conservation et vise à protéger le fonctionnement de l'université en tant qu'institution touchée par le SIDA. La stratégie tournée vers l'extérieur concerne le bien-être de la société et vise à répondre aux besoins de cette société dans un monde touché par le SIDA.

Cette stratégie à deux niveaux doit être mise en œuvre dans le cadre de certains principes fondamentaux mentionnés dans les études de cas, car ils se retrouvent dans pratiquement toutes les initiatives visant à créer un cadre de lutte contre le VIH/SIDA:

1. Ouverture et acceptation qui rompent le silence
2. Promotion de l'égalité entre les sexes et du renforcement du pouvoir des femmes
3. Adoption d'une ferme approche droits de l'homme
4. Inclusion à tous les niveaux des PVS
5. Cohésion avec les politiques et stratégies nationales

## Conclusion

L'un des aspects les plus pernicious du VIH/SIDA est la peur – peur de ceux qui sont infectés, mais par-dessus tout, peur de ne pouvoir vaincre la maladie. Les études de cas montrent que cette peur n'est pas fondée. A travers les activités de leurs membres, les universités en Afrique ont démontré qu'elles recèlent en elles la capacité de relever le défi que leur pose la maladie. Elles ont également démontré qu'elles sont capables de contribuer à résoudre les problèmes que pose cette maladie pour la société. Les universités ont le savoir-faire nécessaire

pour lutter contre le VIH/SIDA qu'elles doivent affronter de l'intérieur. Elles ont également le savoir-faire nécessaire pour aider la société à gérer et contrôler l'épidémie et ses impacts. Grâce à un leadership fort et visible venant du sommet de la hiérarchie universitaire, elles peuvent fusionner leurs efforts actuellement disparates, en un seul et unique assaut concerté contre l'ennemi VIH/SIDA. Le fruit de cet effort sera la concrétisation de la promesse de l'ancien Président de la Zambie Dr. K. D. Kaunda, formulée dans son allocution devant le Forum pour le Développement en Afrique en Décembre 2000 : NOUS VAINCRONS !

## Sigles et Abréviations

|         |   |
|---------|---|
| ADEA    | Association pour le Développement de l'Éducation en Afrique       |
| AUC     | Association des Universités du Commonwealth                       |
| CICE    | Questions Courantes en Education Comparative                      |
| CIPD    | Conférence Internationale sur la Population et le Développement   |
| ICASA   | International Conference on AIDS and MSTs in Africa               |
| ADF     | Africa Development Forum - Forum pour le Développement en Afrique |
| GTES    | Groupe de Travail sur l'Enseignement Supérieur                    |
| IDH     | Indice de Développement Humain                                    |
| JKUAT   | Jomo Kenyatta University of Agriculture and Technology            |
| MST     | Maladie sexuellement transmissible                                |
| OIT     | Organisation Internationale du travail                            |
| ONUSIDA | Programme conjoint des Nations Unies contre le VIH/SIDA           |
| PIB     | Produit Intérieur Brut  |
| PISA    | Partenariat International contre le Sida en Afrique               |
| PVAVS   | Personne(s) vivant avec le VIH/SIDA                               |
| PVS     | Personne(s) vivant avec le Sida                                   |
| SAUVCA  | South African Universities' Vice-Chancellors' Association         |
| SIDA    | Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis                                |
| TB      | Tuberculose   |
| CTV     | Conseil Test Volontaire   |
| TMAE    | Transmission de la Mère à l'Enfant                                |
| UNECA   | Commission Economique pour l'Afrique des Nations Unies            |
| UNICEF  | Fonds des Nations Unies pour l'Enfance                            |
| UNZA    | Université de Zambie  |
| UWC     | University of Western Cape  |
| VC      | Vice-Chancelier (Vice-président de l'Université)                  |
| VIH     | Virus d'Immunodéficience Humaine                                  |

## Chapitre 1: VIH/SIDA et Développement en Afrique

### *Ampleur de l'épidémie du VIH/SIDA en Afrique*

Le VIH/SIDA continue à constituer une menace majeure pour l'Afrique. On estime à 2,4 millions le nombre d'africains qui sont morts courant 2000 de maladies liées au VIH, tandis que 3,8 millions d'adultes et d'enfants ont été contaminés par le virus dans la même période (ONUSIDA, décembre 2000). En 2000, environ 80 pour cent du nombre total de décès dus au SIDA et près de 72 pour cent des nouvelles infections se sont produits en Afrique. Toutefois, bien que le nombre de décès imputables au SIDA soit de 9% supérieur au taux de 1999, le nombre de nouvelles contaminations était de cinq pour cent inférieur. L'ONUSIDA attribue potentiellement cette baisse à deux facteurs:

1. Les taux de contamination se sont stabilisés voire baissés dans certains pays; et
2. " L'épidémie dure depuis si longtemps qu'elle a déjà atteint de nombreuses personnes dans la population sexuellement active, ne laissant qu'un plus petit groupe de personnes encore susceptibles d'être contaminées " (ONUSIDA, décembre 2000, p. 4).

Mais cette agence signale également que si le nombre de nouvelles infections dans un pays densément peuplé tel que le Nigeria continue à s'étendre rapidement, les légers acquis de 2000 seront rapidement balayés.

C'est dans les pays d'Afrique orientale et australe que l'on enregistre les taux de contamination les plus élevés. Cela ne signifie pas pour autant que la menace de la maladie est confinée à ces sous-régions. Plus de la moitié des pays d'Afrique sub-saharienne (24 sur 43 pour lesquels des données sont disponibles) sont frappés par une épidémie généralisée, avec des taux d'infection à VIH de la population adulte (c'est à dire dans la tranche d'âge des 15-49 ans) dépassant les 5% fin 1999 (Tableau 1). Les pays frappés par une épidémie généralisée sont des pays à forte population tels que le Nigeria, l'Ethiopie, l'Afrique du Sud et la République Démocratique du Congo. Pris dans leur ensemble, les pays lourdement contaminés représentent juste 80 pour cent de la population adulte du sous-continent, soit 215 millions de personnes sur un total de 269 millions. Leur taux de contamination moyen est de 10,38 pour cent, avec une estimation de 22,3 millions de séropositifs sur une population adulte totale de 214,9 millions d'individus, fin 1999 (Tableau 1). D'autre part, les dix-neuf pays présentant des taux de contamination plus faibles tendent également à être les moins peuplés, en effet quatre seulement ont des populations de plus de 10 millions d'habitants et aucun n'a de population supérieure à 20 millions d'habitants. Le taux moyen de contamination pour ces pays est de 2,2%, avec 1,2 millions d'adultes séropositifs sur 54 millions en fin 1999. Pour l'ensemble de l'Afrique, le taux moyen de contamination fin 1999 était de 8,74 pour cent, avec 23,5 millions de personnes contaminées sur une population adulte de 268,9 millions de personnes.

En 1999, on déplore plus de deux millions de décès liés au SIDA dans les pays d'Afrique qui ont des taux de contamination égaux ou supérieurs à cinq pour cent (Tableau 1). Ceci représente environ trois quarts du total global. La conséquence de ces décès est que ces pays sont confrontés au défi urgent de répondre aux besoins d'un nombre exponentiel d'orphelins. Dans

quatre de ces pays—Ethiopie, Ouganda, Tanzanie et Nigeria— le nombre d’orphelins dus au SIDA dépasse le million, tandis que dans chacun des quatre autres—Zimbabwe, Kenya, Zambie et République Démocratique du Congo— il dépasse le demi-million (d’autres estimations donnent des chiffres beaucoup plus élevés pour tous les pays, avec des nombres d’orphelins proches ou dépassant le million pour l’Ethiopie, le Kenya, le Malawi, le Mozambique, le Rwanda, l’Afrique du Sud, la Tanzanie, l’Ouganda, la Zambie, et le Zimbabwe).

| <b>Tableau 1: Estimations VIH, Afrique sub-saharienne, 1999</b>    |                 |                    |                       |                       |                   |
|--|-----------------|--------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------|
|  | Adultes (15–49) |                    |                       |                       |                   |
|  | Nombre          | Touchés par le VIH | Taux de contamination | Orphelins dus au SIDA | Décès dus au SIDA |
| Pays dont les taux de contamination sont supérieurs à 5% (24 pays) | 214,944 m,      | 22,312 m,          | 10,38%                | 11.424.200            | 2.091.800         |
| Pays dont les taux de contamination sont inférieurs à 5% (19 pays) | 54,003 m,       | 1,194 m,           | 2,21%                 | 619.760               | 113.000           |
| Total pays (43 pays)   | 268,947 m,      | 23,506 m,          | 8,74%                 | 12.043.960            | 2.204.800         |

Source: *Extrait du Rapport ONUSIDA sur l’Epidémie mondiale de VIH/SIDA, Juin 2000, page 124.*

Les implications socioéconomiques de décès à cette échelle causés par une seule maladie, les périodes prolongées de longue maladie qui les précèdent, l’incontournable défi que constitue le considérable nombre d’orphelins et les ruptures que la maladie et ses conséquences occasionnent pour les ménages, l’emploi, la santé, l’éducation et les autres systèmes, sont de la plus extrême gravité.

### ***L’Impact sur le Développement***

Il est presque devenu un truisme de dire que le VIH/SIDA est en phase de ronger les acquis de développement obtenus de haute lutte et a un effet paralysant sur les perspectives d’avenir. Les répercussions de l’épidémie sont telles que les pays les plus touchés connaissent déjà de grandes régressions du niveau développement. Si l’épidémie entre dans une phase plus rapide de propagation dans les pays les moins touchés, la tendance sera identique. C’est pourquoi de nombreuses universités africaines ont déjà le sentiment de devoir fonctionner dans un environnement socioéconomique profondément bouleversé (et dégradé). D’autres seront peut-être confrontées à une perspective similaire.

Pour pouvoir mieux appréhender l’atmosphère de perturbation que crée le VIH/SIDA pour les universités africaines, il est indispensable de comprendre certaines des conséquences socioéconomiques de l’épidémie. Les domaines les plus préoccupants sont la façon dont la

maladie influe sur les ménages, la structure démographique de la société, sur divers secteurs dont les universités s'occupent traditionnellement, et sur l'économie en général.

### ***Impacts sur les familles et orphelins***

Les effets les plus immédiats du VIH/SIDA sont subis au plan familial et individuel. Ces effets revêtent plusieurs facettes : maladie, douleur, souffrance physique et psychologique, soins et frais de santé, perte de revenu, réduction de la productivité des ménages, décès, frais de funérailles, deuil et chagrin, pauvreté accrue, vulnérabilité accrue des femmes, hausse du nombre d'orphelins, dislocation sociale des survivants, et au bout du compte, désintégration des ménages. Ainsi,

1. Après un décès lié au SIDA, la consommation moyenne du ménage en Côte d'Ivoire chute de 44 pour cent l'année précédent le décès et les ménages comptant un malade du SIDA dépensent deux fois plus en frais médicaux que les autres foyers (Béchu, 1998).
2. En Ethiopie, les ménages touchés par le SIDA consacrent entre 11,6 et 16,4 heures par semaine à l'agriculture, par rapport à une moyenne de 33,6 heures pour les foyers non touchés par le SIDA (ONUSIDA-UNECA, 2000).
3. En Tanzanie, une enquête d'étude de cas a montré que dans les foyers où il y avait un malade du SIDA, 29 pour cent du travail était consacré à des activités liées au SIDA et que la perte moyenne pour le ménage en terme d'activités agricoles était de 43 pour cent lorsque deux membres de la famille se consacraient à des soins du malade (ONUSIDA-UNECA, 2000).
4. Au Zimbabwe, il a été estimé qu'un malade du SIDA alité coûtait au ménage concerné une charge supplémentaire de 23 à 24 \$US par mois. Dans une enquête réalisée en 2000 afin d'évaluer l'impact de la mortalité féminine adulte dans deux districts, il a été constaté que 65 pour cent des ménages où la défunte avait vécu n'existaient plus après son décès (ONUSIDA-UNECA, 2000).

La réduction du revenu familial, l'accroissement des dépenses médicales prises en charge par la famille et la réduction du temps consacré aux activités agricoles présagent d'une intensification de la pauvreté pour les ménages affectés. Compte tenu du contexte rural d'où proviennent la majorité des étudiants des universités africaines, il est indéniable que l'épidémie est en passe de compromettre les futures entrées potentielles à l'université. Il est également indéniable que les universités doivent tenir compte dans leurs activités d'enseignement, recherche et services de la façon dont la maladie bouleverse la structure des ménages et leur capacité à produire la base nécessaire à la satisfaction de leurs propres besoins.

Les données concernant les orphelins ont déjà été présentées au Tableau 1 (et sont présentées pour chaque pays en Annexe, tableau 1). Le défi que constitue le nombre croissant d'orphelin se pose déjà à grande échelle à travers tout le continent. De même, il semble que ce problème est parti pour s'étendre pratiquement à l'infini sans bout du tunnel en vue. Comme pour le SIDA lui-même, aucun phénomène d'une envergure aussi générale n'a jamais été infligé à l'humanité. Il n'existe aucun paradigme bien élaboré pour y faire face. Personne ne sait réellement comment prendre en charge au mieux les enfants qui n'ont personne au sein de leur foyer pour s'occuper d'eux ou comment permettre aux familles élargies et aux communautés de répondre aux besoins de soins, nutrition, santé, éducation et autres de ces enfants qui ont perdu un parent ou les deux, décédés du SIDA. Les préoccupations exprimées sont que l'accroissement



du nombre de jeunes devenus orphelins en proportion de l'ensemble de la population entraînera un accroissement soutenu des niveaux de criminalité à court et moyen terme (Schönteich, 2000). Les questions qui se posent sont de savoir comment les orphelins dans les zones rurales peuvent apprendre à être productifs lorsqu'il n'y a personne pour leur transmettre ce savoir ? (ONUSIDA, Décembre 2000, pp. 13–14). Il faut également se demander comment les orphelins d'aujourd'hui deviendront les parents de demain alors qu'ils n'auront jamais connu les années formatrices d'une enfance normale, élevés dans une famille normale avec un père, une mère, des frères et des sœurs (Kelly, 2000).

Les universités à travers l'Afrique évoluent dans un environnement où le SIDA a amplifié la problématique des orphelins au-delà de limites jamais imaginées auparavant. Hormis son impact sur le nombre et la qualité d'éventuels futurs étudiants, il s'agit là d'un domaine qui exige une action d'urgence concentrée et concertée de l'université. Certaines universités devront probablement penser, au moins, à développer des centres d'études de l'orphelin ou à incorporer ces études de façon plus délibérée dans les autres activités de recherches entreprises. Répondre à un problème aussi vaste que celui des orphelins nécessitera des compétences et des notions qui pour l'instant peuvent à peine être identifiées, mais qui impliquent certainement des réponses imaginatives et innovatrices de la part des meilleurs cerveaux dont jouissent les universités.

### ***Impacts démographiques du VIH/SIDA***

Les impacts démographiques les plus significatifs du VIH/SIDA se situent au niveau du taux de croissance (et donc de la taille) et de la structure de la population. Le Bureau de Recensement des Etats Unis estime que dans 26 pays le taux de croissance démographique en 2000 est déjà plus bas que ce qu'il aurait été dans un scénario sans SIDA, avec de très substantielles différences pour certains pays (Annexe Tableau 2). Il prévoit par ailleurs que, à l'exception de l'Ouganda, le taux de croissance de chacun de ces pays continuera à décliner au cours de la décennie à venir.

Pour la première fois, on prévoit que le SIDA entraînera des taux négatifs de croissance démographique, le Botswana, l'Afrique du Sud et le Zimbabwe commençant à connaître un déclin de la population dès 2003. D'autres pays tels que le Lesotho, le Mozambique, la Namibie et le Swaziland, connaîtront un taux de croissance pratiquement nul, tandis qu'en l'absence de SIDA leur taux de croissance aurait été supérieur ou égal à deux pour cent (Stanecki, 2000).

Cette mortalité due au SIDA se traduira entre autres par une baisse du nombre de personnes à instruire. Les dernières projections de la Banque Mondiale pour quatre pays documentent le type de réduction du nombre d'étudiants qu'occasionnera le SIDA (Tableau 2). Le nombre plus réduit de candidats à l'école primaire se répercutera sur tout le système pour donner un nombre plus réduit de candidats à l'admission dans les universités. Ceci est susceptible d'avoir deux effets : un nombre potentiellement réduit de candidats à l'admission réduirait les pressions pour l'entrée à l'université et/ou leur expansion ; parallèlement, il se peut également que ce groupe plus réduit de candidats présente un éventail plus réduit de capacités.

|  |
|--|
| <b>Tableau 2: Impact du SIDA sur la taille de la population en âge scolaire dans une sélection de pays</b> |
|--|

|  |
|--|
| Projection de la population en âge de fréquenter l'école |
|--|

|          | primaire en 2010   |                    |
|----------|--------------------|--------------------|
|          | Scénario sans SIDA | Scénario avec SIDA |
| Kenya    | 8,2 millions       | 7,1 millions       |
| Uganda   | 6,83 millions      | 5,996 millions     |
| Zambie   | 2,71 millions      | 2,16 millions      |
| Zimbabwe | 2,98 millions      | 2,265 millions     |

Source: Banque Mondiale, Août 2000

Un des effets de la mortalité due au SIDA sera l'apparition de structures démographiques inconnues auparavant. Etant donné que le SIDA frappe plus gravement la population dans la tranche d'âge productive (les femmes de 20 à 30 ans et les hommes de 30 à 40 ans), les ratios de dépendances augmenteront, avec de grands nombres de jeunes et de personnes âgées dépendant de la capacité productive d'une plus petite proportion de personnes dans leurs années les plus économiquement (et biologiquement) productives. Pour des raisons biologiques et socioéconomiques on compte davantage de séropositives africaines que de séropositifs africains, et les femmes sont contaminées plus jeunes que les hommes. Ceci entraîne un nombre plus élevé d'hommes que de femmes dans les divers groupes d'âges, un facteur " susceptible de pousser les hommes à rechercher des partenaires dans les groupes d'âge de plus en plus jeune " (Stanecki, 2000, p. 2). Dans la mesure où le " mélange des âges " d'ordinaire entre hommes plus âgés et femmes plus jeunes est l'un des facteurs déterminants du déclenchement et de l'entretien d'une épidémie à VIH par transmission sexuelle (ONUSIDA, Décembre 2000), l'évolution de la structure démographique pourrait entraîner un schéma où davantage d'hommes plus âgés contaminent des femmes plus jeunes, qui ensuite transmettent la maladie à leurs partenaires ou à leurs enfants, ce qui crée un cercle vicieux d'infection et de maladie. Comme nous le verrons plus loin, le mélange des âges sexuels est un phénomène que l'on rencontre régulièrement dans les universités africaines.

L'épidémie a un effet dévastateur sur l'espérance de vie. Dans chacun des pays figurant dans l'Annexe au Tableau 2, l'espérance de vie est inférieure dans la situation où prévaut le SIDA par rapport à ce qu'elle aurait été sans SIDA, tandis que 19 pays sur 26 ont vu cet indicateur chuter de dix ans ou plus. Dans tous les pays, à l'exception du Ghana, l'espérance de vie est actuellement évaluée à moins de 55 ans, tandis que d'ici l'an 2010, elle aura chuté à 50 ans si ce n'est moins – dans certains pays elle chutera jusqu'à une trentaine d'années, un niveau jamais atteint depuis le début du 20<sup>ème</sup> siècle. (Stanecki, 2000, p. 4).

Les taux de décès viendront alimenter ce déclin de l'espérance de vie. Déjà au Botswana, et au Zimbabwe ils sont plus de 300 pour cent plus élevés que ce qu'ils auraient été en l'absence de SIDA, mais dans tous les pays touchés par le SIDA, le taux de décès est plus élevé que ce qu'il serait dans une situation exempte de SIDA. Ces taux de décès continueront à augmenter, bien que la mortalité due à des causes non liées au SIDA continuera à baisser. Les accroissements des taux de mortalité infantile et enfantine contribueront à accroître ces taux de décès. Ces deux derniers indicateurs, indices sensibles de développement, ont montré un fléchissement dans les années 90, en grande partie à cause du SIDA, dans des pays tels que l'Angola, le Botswana, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, le Kenya, le Rwanda, l'Afrique du Sud, la Zambie et le Zimbabwe (UNICEF, 2001, Tableau 8).

Une autre perspective revêt un intérêt particulier pour les administrateurs des universités. Selon les modèles développés par l'ONUSIDA, dans tout pays où 15 pour cent ou plus des adultes sont actuellement contaminés, 35 pour cent au moins des garçons aujourd'hui âgés de 15 ans décèderont du SIDA (ONUSIDA, Juin 2000, p. 25). La perspective est plus sombre encore pour les jeunes vivant dans les pays plus gravement touchés par la pandémie. En 1997 au Zimbabwe, la moitié des jeunes garçons de 15 ans pourraient s'attendre à mourir avant l'âge de 50 ans, tandis que la probabilité pour qu'une jeune fille de 15 ans meure avant la fin de ses années reproductives est passée de 11 pour cent au début des années 80 à plus de 40 pour cent en 1997. Là où prévaut cette situation, elle soulève de graves questions relatives à la formation, aux politiques d'emploi et de remplacement pour le personnel même de l'université. Elle pose également des interrogations majeures sur la nature et la durée de la formation ainsi que sur les nombres d'étudiants à former afin de répondre aux actuelles estimations de besoins.

### ***L'impact sectoriel du VIH/SIDA***

#### ***Santé***

“Non seulement l'Afrique est la région la plus touchée par le VIH/SIDA, mais elle est également la région la plus pauvre du monde ayant les niveaux les plus bas d'accès aux soins de santé et à la qualité de ces derniers ” (Botchwey, 2000, p. 9). Bien que le VIH/SIDA soit bien plus qu'un simple problème de santé, ses impacts les plus significatifs se font sentir sur le secteur de la santé. Ce secteur doit faire face à un nombre croissant de maladies liées au SIDA, ce qui détourne ses ressources déjà modestes vers la prise en charge de ces maladies. Les études reviennent constamment sur trois aspects dans ce domaine:

1. La façon dont les lits et services hospitaliers sont de plus en plus occupés par les malades du SIDA ;
2. La façon dont les niveaux élevés de morbidité et de mortalité au sein du personnel de santé réduit la capacité à assurer les soins et la prise en charge ; et
3. Les coûts prohibitifs du passage à l'échelle supérieure des programmes sanitaires de VIH/SIDA pour les amener à des niveaux adéquats d'acceptabilité.

En réponse à ces pressions, les gouvernements se trouvent confrontés à des choix difficiles. Il leur faut en particulier trouver un compromis entre traiter le SIDA ou éviter de nouvelles infections à VIH ; entre traiter le SIDA et traiter les autres maladies ; et entre financer la santé ou financer d'autres secteurs (Botchwey, 2000).

Une autre importante considération est la mesure dans laquelle les maladies liées au SIDA accroissent la demande de soins de santé et donc de personnel de santé. En Afrique du Sud, il a été estimé que la demande de services de santé en 2010 pourrait être plus de 11 pour cent supérieure à ce qu'elle aurait été dans un scénario sans SIDA (Quattek, 2000, p. 41). En plus de veiller à ce que leurs diplômés en soins de santé aient la flexibilité nécessaire pour faire face aux exigences sans cesse croissantes de la pandémie de SIDA, les universités doivent se préparer à s'adapter pour pouvoir également répondre aux demandes d'accroissement du nombre de diplômés dans ces disciplines.

#### ***Education***

L'impact du VIH/SIDA sur le secteur de l'éducation n'est pas tout à fait aussi évident. Sur un certain plan, des éléments tendent à montrer que l'éducation demeure pratiquement le seul

“ vaccin ” actuellement disponible pour enrayer l’infection. Au-delà des premiers stades de la pandémie de SIDA, l’éducation réduit le risque de VIH, les personnes mieux instruites s’exposant moins au risque de contamination. Le côté positif de cet aspect est que l’offre d’éducation plus étendue et de meilleure qualité – même si elle ne porte pas directement sur la santé reproductive et l’éducation en matière de SIDA – est susceptible de rendre une population moins vulnérable à l’infection à VIH. Le côté négatif est que les “ nouvelles contaminations à VIH se concentreront progressivement au niveau des populations pauvres et illettrées, au fur et à mesure que l’épidémie se propage au sein de la population ”(Vandemoortele & Delamonica, 2000). Ces deux aspects, positifs comme négatifs, soulignent l’importance de l’universalisation de l’éducation de bonne qualité de façon à ce que ce “ vaccin social ” soit disponible pour tous. Ce qui est important pour les universités est qu’elles doivent avoir une vision globale du secteur de l’éducation, et se voir elles-mêmes comme faisant partie intégrante de ce secteur, avec des besoins qui doivent être subordonnés au bien-être de l’ensemble.

Sur un autre plan, toutefois, le SIDA désorganise totalement les systèmes éducatifs. Il réduit le nombre d’enfants à l’école, non seulement parce qu’il entraîne une réduction du nombre d’enfants à instruire (cf. Tableau 2 ci-dessus), mais également parce que les parents malades retirent leurs enfants de l’école, surtout les filles, que les orphelins ne fréquentent pas l’école, que les ménages dépendent de plus en plus du travail des enfants et de leur contribution économique, et que les coûts du SIDA réduisent la capacité de la famille à faire face aux frais d’éducation même les plus modiques. Du côté de l’offre, la maladie impose une contrainte sur la capacité à offrir des services éducatifs, avec des taux élevés de morbidité et de mortalité parmi les enseignants. L’UNICEF a estimé qu’en 1999 seulement, 860.000 enfants en Afrique subsaharienne avaient perdu leurs professeurs décédés du SIDA (UNICEF, 2000, p. 8).

En outre, la qualité de l’éducation est également minée par des facteurs tels que l’absentéisme fréquent des enseignants, la fréquentation intermittente des élèves ; la baisse du moral des professeurs ; le considérable traumatisme des étudiants et des enseignants, les occasions répétées de chagrin et de deuil au sein de l’école, de la famille comme de la communauté ; un sens généralisé d’insécurité et d’angoisse au sein des jeunes apprenants, notamment des orphelins ; tristesse et peur de la stigmatisation et de l’ostracisme des enseignants comme des élèves touchés par le VIH/SIDA; et malaise et incertitude des enseignants quant à leur situation personnelle de séropositivité (UNECA, 2000). S’ajoutent à ces problèmes ceux des ressources réduites, de la pauvreté plutôt généralisée, un sentiment d’irréalisme concernant le rapport du programme de cours avec la vie réelle, une déconnexion entre le monde de l’école et le monde du travail et un doute pernicieux sur la nécessité d’assurer un enseignement scolaire lorsqu’il semble certain que beaucoup décèderont jeunes en raison du SIDA.

### ***Le secteur privé et industriel***

Le VIH/SIDA a un impact sur le secteur privé et industriel en réduisant la productivité, en accroissant les coûts, en détournant les ressources productives et en affectant le marché des produits économiques. Les trois premiers effets découlent des diverses conséquences de la maladie lorsqu’elle est présente au sein de la main d’œuvre : absentéisme accru, niveaux réduits de performance des travailleurs touchés, charge additionnelle sur les travailleurs en bonne santé, inexpérience des employés remplaçants, coût accru des frais médicaux et d’assurance, coûts accrus de recrutement et de formation, taille accrue de la main d’œuvre pour suppléer

d'éventuelles maladies, absentéisme et décès, prise en charge des frais de funérailles et autres indemnités. Les impacts élargis de la maladie sur les ménages et les coûts croissants des soins médicaux pour les particuliers, réduisent la capacité du marché à acquérir de nombreux produits. Le décès d'individus qui n'ont pas fini de régler des biens qu'ils avaient acquis a également des répercussions sur les affaires (Whiteside & Sunter, 2000).

Pratiquement tous ces facteurs affectent les universités dans la mesure où elles doivent gérer leurs affaires selon de solides principes économiques. Ainsi, les universités doivent tirer des leçons des effets du SIDA sur le monde des affaires et apprendre comment, à son tour, la communauté des entreprises réagit à la pandémie. Bien que les données ne soient pas très nombreuses, les exemples suivants sont assez éloquentes :

1. Dans trois sociétés à Abidjan, les coûts annuels du SIDA par employé oscillaient entre 0,8 et 3,2 de la masse salariale de 1997. (ONUSIDA-UNECA, 2000).
2. Dans une plantation de thé et de café au Malawi, la perte de production en 1995/96 était de 3,4 pour cent des bénéfices bruts (ONUSIDA-UNECA, 2000).
3. Le Swaziland estime qu'il lui faudra former plus de deux fois plus d'enseignants au cours des 17 années à venir, afin de parvenir simplement à maintenir les services à leur niveau de 1997 (Swaziland, Ministère de l'Education, Novembre 1999).
4. Entre 1993 et 1997, les frais médicaux par employé dans six sociétés de Dar es Salaam, ont quintuplé et les frais d'enterrement sextuplé (ONUSIDA-UNECA, 2000).
5. En 1997, le coût du SIDA pour la Société Nationale des Chemins de Fer du Zimbabwe (National Railways of Zimbabwe) représentait 20 pour cent des bénéfices de la société (ONUSIDA-UNECA, 2000).

Dans une étude réalisée à travers un certain nombre de pays, il a été constaté que l'absentéisme, la présence aux funérailles et les frais d'enterrement des employés, pris collectivement, représentaient près des trois quarts des coûts accrus du travail en raison du VIH/SIDA, les coûts de rotation du personnel, de soins de santé, de recrutement et de formation représentant le reste des 26 pour cent (Tableau 3). Il est indéniable que l'absentéisme, dû tout d'abord aux maladies pendant la période de séropositivité puis ensuite pendant la période de SIDA déclaré du malade, est responsable de la majeure partie de cet accroissement des coûts. Comme nous le verrons, les universités en Afrique ne conservent pas, en général, de solides données sur cet absentéisme ou d'autres coûts liés au VIH/SIDA. Le fait que les sociétés commerciales voient la nécessité de le faire devrait constituer une leçon pour les universités.

| Rubrique des coûts                                    | Pourcentage du coût total accru |
|---|---------------------------------|
| Absentéisme dû au VIH                                 | 37                              |
| Absentéisme dû au SIDA                                | 15                              |
| Indemnités d'enterrement et de funérailles d'employés | 16                              |
| Présence des employés aux funérailles                 | 6                               |
| Soins de santé  | 5                               |
| Rotation du personnel                                 | 5                               |

|             |   |
|-------------|---|
| Recrutement | 9 |
| Formation   | 7 |

Source: Whiteside & Sunter, 2000, p. 101 (tiré de Roberts & Rau, n.d.)

### *Effets Macroéconomiques*

Le VIH/SIDA sape implacablement trois des principaux déterminants de la croissance économique, à savoir le capital humain, physique et social :

1. La maladie entame la réserve de capital humain puisqu'elle frappe principalement les adultes dans la tranche d'âge des 15-49 ans qui sont dans leurs années les plus productives. L'information au tout début de son apparition ayant été insuffisante, les pays gravement touchés ont déjà perdu une grande partie d'une génération de personnes instruites. Etant donné qu'un développement important du capital humain se déroule au niveau de la famille, la maladie et le décès d'un membre de la famille, surtout de l'un des parents, peut laisser les jeunes générations sans personne pour leur transmettre le savoir et les compétences nécessaires, tandis que la rapidité avec laquelle les familles touchées retirent les enfants de l'école cause davantage de rupture encore dans la constitution d'un capital humain de base (voir ci-dessus p. 3).
2. La maladie réduit le capital physique car elle mine l'épargne, tant au niveau public que privé, et affecte au niveau du ménage la motivation à économiser (Botchwey, 2000). Les lourds frais médicaux réduisent la capacité des ménages à économiser et obligent beaucoup d'entre eux à liquider leurs avoirs. Le versement de pensions et primes d'assurance plus tôt que prévu ronge constamment les investissements nationaux et privés. La capacité d'épargne du gouvernement est restreinte par les dépenses accrues, découlant des efforts pour offrir traitement et soins pour les maladies liées au SIDA, et recruter et former du personnel (fonctionnaires, enseignants, personnel de santé) en raison des pertes occasionnées par la maladie.
3. Le VIH/SIDA ronge le capital social —les "caractéristiques d'une organisation sociale, telles que la confiance, les normes et les réseaux, susceptibles d'améliorer l'efficacité de la société en facilitant des actions coordonnées" (Whiteside & Sunter, 2000, p. 94)— car elle disloque les institutions sociales. Au niveau local, le SIDA détruit le tissu social des communautés. Au niveau national, le SIDA compromet la capacité des gouvernements à offrir des services sociaux de base, une gestion économique, et un cadre juridique et réglementaire efficaces" (Bonnell, 2000, p.3).

En raison de la longue période qui s'écoule entre la primo-infection à VIH et le développement du SIDA déclaré (et le décès qui s'ensuit) ces impacts du SIDA restent encore à se faire sentir. Néanmoins, les régressions à travers les différents pays pour la période 1990–1997 montrent que le VIH/SIDA a réduit le taux de croissance du PIB par tête en Afrique de 0,7 points en pourcentage par an (Bonnell, 2000, p. 17). Si la maladie n'existait pas, le revenu par tête d'habitant en Afrique aurait progressé de 1,1 pour cent par an, ce qui représente près de trois fois le taux de croissance de 0,4 pour cent réellement atteint en 1990–97. En termes de PIB, l'impact sera encore plus important: Dans le cas d'un pays africain typique avec un taux de prévalence de 20 pour cent, le taux de croissance du PIB serait de 2,6 points de pourcentage de moins chaque année. A l'issue d'une période de vingt ans, le PIB serait de 67 pour cent inférieur à la normale (Bonnell, 2000, p. 17).

Ces considérations concernent les universités africaines à plusieurs titres:

1. La réduction du PIB et la concurrence accrue des demandes pourrait entraîner une baisse des fonds publics alloués au secteur de l'éducation dans son ensemble, et donc à l'enseignement supérieur en particulier.
2. Le considérable impact du SIDA sur l'économie des ménages signifie que les familles et les individus disposent de moins de liquidités, que ce soit pour l'éducation ou pour d'autres fins. Les universités auront donc du mal à générer des revenus par la perception de frais de scolarité.
3. "Au fur et à mesure que s'enracine la perspective d'une plus courte durée de vie" (Botchwey, 2000, p. 7), les familles sont de moins en moins disposées à investir dans l'éducation ou des programmes de formation alors que les fruits de ces investissements sont à récolter dans un lointain avenir.
4. Les familles et les particuliers peuvent également être moins enclins à investir dans la formation d'enseignants, professionnels de la santé ou d'autres professions qui ont été traditionnellement associées à des niveaux élevés d'infection à VIH.

### ***Les études de cas du GTES ADEA***

On entend souvent dire " qu'avec le SIDA, il est impossible de continuer à agir comme si de rien n'était ". Ce chapitre s'efforce de mettre en exergue les domaines où la politique et la pratique universitaire doivent s'adapter aux impératifs du VIH/SIDA. Ces domaines ainsi que d'autres seront développés de façon plus détaillée dans les chapitres suivants qui font la synthèse des études de cas des institutions suivantes:

1. L'Université du Bénin
2. L'Université du Ghana
3. La " Jomo Kenyatta University of Agriculture and Technology ", Kenya
4. L'Université de Nairobi, Kenya
5. L'Université de Namibie
6. L'Université de Western Cape ", Afrique du Sud
7. L'Université de Zambie.

En réponse aux préoccupations exprimées par l'Association pour le Développement de l'Education en Afrique (ADEA), lors de sa Biennale de Johannesburg en décembre 1999, le Groupe de Travail ADEA sur l'Enseignement Supérieur (GTES) a sollicité un certain nombre d'études de cas sur la façon dont le VIH/SIDA affecte les universités en Afrique. L'objectif était de comprendre la façon dont la maladie affectait les universités africaines et d'identifier une riposte et des mécanismes de gestion susceptibles d'être divulgués et mis à profit par des institutions sœurs qui se trouvent dans des circonstances similaires.

Chaque étude devait répondre à six questions:

1. Dans quelle mesure les universités concernées ont-elles été affectées par le VIH/SIDA?
2. Comment les universités ont-elles réagi à ces impacts ?
3. Quelles mesures les universités prennent-elles afin de contrôler et limiter la propagation de la maladie au sein de leur communauté ?
4. Quelles sont les activités d'enseignement, publication et services consultatifs en relation avec le SIDA mis en place par les universités ?

5. Comment les universités entendent-elles anticiper et s'attaquer de façon plus large à l'impact du VIH/SIDA sur le marché national de l'emploi pour les diplômés d'université ?
6. L'accès à l'université, y compris via l'enseignement à distance, doit-il être délibérément élargi afin de compenser les pertes anticipées de personnel professionnel qualifié au niveau national?

Parallèlement à ces études de cas des institutions, une enquête indépendante sous l'égide de l'Association sud-africaine des Vice-présidents d'Université (SAUVCA), était menée en Afrique du Sud. Le projet de la SAUVCA visait à évaluer l'impact du VIH/SIDA sur l'enseignement, la recherche, la gestion, la planification, la politique et les pratiques dans chacune des 21 universités d'Afrique du Sud. Les conclusions préliminaires de cette étude de la SAUVCA (Appendice 1) ont été utilisées pour enrichir ce rapport de synthèse.

L'objectif immédiat de ce rapport de synthèse est de favoriser l'auto-manifestation des universités autour du VIH/SIDA et ce faisant, de contribuer à placer la problématique du VIH/SIDA en première ligne de la réflexion de l'université sur elle-même. L'objectif ultime est de pousser les universités africaines à intégrer pleinement les questions de VIH/SIDA dans tous leurs aspects de planification et de fonctionnement. Si cet objectif est atteint, les universités africaines s'attaqueront de façon proactive au VIH/SIDA sur les campus et aux sein de leurs communautés, tout en aidant parallèlement la société à faire face, à gérer et à vaincre la pandémie.



## Chapitre 2: VIH/SIDA: Situations des pays de l'étude de cas

Le fait que des contacts appropriés aient été disponibles pour mener des études de cas dans leurs universités respectives a déterminé le choix des sept universités et des six pays autour desquels s'articule ce rapport. Toutefois, les pays et les universités n'ont pas été choisis au hasard. Ils n'ont pas été choisis non plus dans le but de couvrir le monde universitaire en Afrique de quelque façon systématique que ce soit. Néanmoins la synthèse qui découle de ces rapports se focalise plus particulièrement sur le fil conducteur commun que constitue l'expérience des institutions en matière de VIH/SIDA. Une certaine uniformité se dégage par les nombreux points communs dans la façon dont les institutions sont confrontées à la maladie et les similitudes dans les ripostes des institutions.

Les pays concernés diffèrent considérablement en termes de population, richesse, acquis éducatifs, et niveau de développement (Annexe Tableau 3). Pour quatre d'entre eux, le revenu par tête avoisine 1\$US par jour, tandis que pour deux d'entre eux (la Namibie et l'Afrique du Sud) il est plus de six fois supérieur. Tous les pays se situent en deçà de la moyenne mondiale pour l'indice de développement humain (IDH), deux d'entre eux (le Bénin et la Zambie) étant proche du bas de l'échelle. L'espérance de vie à la naissance est la plus élevée au Ghana, avec 60 ans, mais elle est de six à neuf ans inférieure dans quatre des autres pays, et de 20 ans inférieure en Zambie. Les niveaux d'éducation de la population reflétés par les taux d'alphabétisation des adultes sont relativement élevés en Afrique du Sud, au Kenya, en Zambie et au Ghana, mais faibles au Bénin.

Les deux pays les plus riches de l'étude, la Namibie et l'Afrique du Sud, ont des taux très élevés de prévalence du VIH, mais en raison des différences de taille des populations, le nombre de personnes contaminées diffère grandement entre ces deux pays (Annexe Tableau 4). Avec une estimation de 4,2 millions d'individus contaminés, (4,1 millions d'adultes et 100.000 enfants), l'Afrique du Sud semble compter le plus grand nombre de séropositifs dans le monde. En Zambie le taux brut de décès dus au seul SIDA s'élevait à plus de 11 pour mille en 1999 (11 pour 1000 habitants), tandis que pour la Namibie, se taux approchait les 11 pour mille (extrait de ONUSIDA, Juin 2000, p. 124, cols 3 & 4a). Il était de 6 pour mille au Kenya et en Afrique du Sud, de 2 pour mille au Ghana, et inférieur à un pour mille au Bénin.

Les pays diffèrent également dans leur riposte nationale à la crise du VIH/SIDA (Annexe Tableau 6). Tous à l'exception du Bénin ont créé une forme de structure de haut niveau pour appuyer la riposte nationale – un comité ou une commission nationale de lutte contre le SIDA, un comité interministériel ou un organe rattaché à la présidence chargé des questions de VIH/SIDA. La Namibie et la Zambie n'ont pas mis en place de politique nationale globale de lutte contre le VIH/SIDA, bien que tous les pays disposent de déclarations de politique en matière de VIH/SIDA dans les secteurs spécifiques tels que l'éducation. Des plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH/SIDA existent ou sont en cours d'élaboration, dans pratiquement tous les pays. Toutefois, étant donné qu'ils ne sont pas soutenus par un budget, leur mise en œuvre demeure problématique.

Les priorités identifiées dans les plans stratégiques nationaux diffèrent largement d'un pays à l'autre. Au Kenya, les composantes prioritaires sont centrées sur le plaidoyer et la promotion du changement de comportement ; la sécurité des transfusions sanguines ; l'offre d'un continuum de soin et de prise en charge ; le traitement et le contrôle des MST ; l'épidémiologie et la recherche ; la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (TMAE); et l'atténuation de l'impact socioéconomique. Pour l'Afrique du Sud quatre axes prioritaires ont été définis:

1. Prévention (promotion d'un comportement sexuel sûr et sain ; amélioration de la prise en charge des MST ; réduire la TMAE ; garantir la sécurité des transfusions sanguines ; fournir des services de post-exposition à la maladie ; améliorer l'accès au conseil test volontaire [CTV]).
2. Traitement, soins et prise en charge (dans les structures de santé, les communautés, pour les enfants/orphelins).
3. Recherche, suivi et surveillance (mise au point d'un vaccin contre le SIDA ; étude des options de traitement et de soin ; recherche en matière de politiques ; surveillance régulière).
4. Droits de la personne (créer l'environnement social, juridique et politique approprié) (ONUSIDA-UNECA, 2000).

Le Cadre Stratégique National de la Zambie identifie des zones géographiques prioritaires (provinces ayant les taux de prévalence les plus élevés, les districts jouxtant des routes principales de passage de camions, les zones fréquentées par les travailleurs saisonniers, les populations réfugiées ou ayant un fréquent trafic transfrontalier) ; des sous-populations prioritaires (les personnes vivant avec le VIH/SIDA, les orphelins, les jeunes scolarisés puis déscolarisés, les professionnelles du sexe, les travailleurs du secteur privé, les hommes) et des interventions prioritaires (promotion d'une riposte multisectorielle, promotion du changement de comportement, amélioration de la lutte contre les MST, déstigmatisation du VIH/SIDA, accroissement du CTV, réduction de la TMAE, soins et prise en charge à domicile des personnes vivant avec le VIH/SIDA, prise en charge au niveau de la communauté des orphelins et enfants vulnérables, et amélioration des soins à l'hôpital) (Zambia National AIDS Council, 1999).

Les impacts socioéconomiques de la maladie dans les différents pays correspondent à ceux qui ont été décrits dans le chapitre précédent. De plus amples détails ainsi que des résumés des résultats de la recherche sont présentés en Annexe au Tableau 5. Ce tableau montre que même au Bénin et au Ghana où une épidémie généralisée ne s'est pas encore déclarée et où les taux de prévalence adultes sont inférieurs à 5%, le VIH/SIDA cause des ruptures majeures dans les secteurs sociaux et économiques. Ces impacts perturbateurs sont encore plus considérables et généralisés dans les pays les plus sérieusement touchés par l'épidémie.

Bien qu'il y aura quelques différences de détails, le tableau sera globalement similaire dans d'autres pays d'Afrique : processus de développement retardé ou inversé, maladies accrues, absentéisme et décès au sein de la population productive, budgets nationaux et familiaux sous pression, agriculture de subsistance ou commerciale toutes deux menacées, érosion des bénéfices, accroissement du nombre d'orphelins et d'enfants vulnérables, faibles ripostes nationales. C'est là la toile de fond de l'enseignement supérieur dans toute l'Afrique. C'est dans ce contexte qu'il

doit survivre. C'est la situation qu'il lui faut combattre de façon dynamique, proactive et confiante.

### **Chapitre 3: La situation du VIH/SIDA dans les universités de l'étude de cas**

Le message prédominant qui ressort des institutions de l'étude de cas est qu'ils manquent de bonnes informations sur la situation du VIH/SIDA sur leurs campus (Encadré 1). Un épais nuage opaque d'ignorance entoure la présence de la maladie. Ce nuage est largement bordé de couches de secret, silence, dénégation, et crainte de la stigmatisation et de la discrimination.

#### **Encadré 1: Dénégation et manque d'information au sein des universités participantes**

La question du SIDA n'a jamais été officiellement ou officieusement mentionnée dans aucune des assemblées d'étudiants ou autres assemblées universitaires (Bénin).

La réaction de l'Université au VIH/SIDA est pratiquement une réaction de dénégation, qui se traduit par la quasi absence de toute activité ou programme généraux axés sur la maladie sur le campus, ouvertement gérés et soutenus depuis le sommet de la hiérarchie... La conviction générale qui règne au sein de l'Université est que la maladie existe là quelque part, mais n'est pas encore arrivée sur le campus. (Ghana).

Dans les premiers stades de l'épidémie, on retrouve davantage de dénégation et de manque de compréhension du problème. C'est peut-être le cas à la JKUAT. Dans cette université, la non reconnaissance du fait que le VIH/SIDA constitue une menace majeure pour la société à entraîné le manque de riposte adéquate et en temps opportun (Jomo Kenyatta University).

Il n'y a eu aucune tentative systématique de rassembler les données sur les taux de prévalence du VIH à l'Université... Ceci peut être attribué à la honte associée au VIH/SIDA qui inhibe toute discussion ouverte sur le sujet entre personnes contaminées et affectées par la maladie (Nairobi).

Un questionnaire sur l'impact du VIH/SIDA .... a été adressé à tout le personnel administratif et académique, y compris le sommet de l'administration de l'Université. Sur plus de quatre cent questionnaires envoyés, quatre seulement ont été reçus, quelle qu'en soit la raison ! Apathie ? Peut-être ! Et en ce qui concerne les quatre universitaires qui ont répondu, il apparaît clairement qu'ils ignoraient quelle était l'action de l'université en la matière (Namibia).

Il règne un profond et grand silence officiel, officieux, personnel et institutionnel autour du VIH/SIDA sur le campus (Western Cape).

Il est impossible de déterminer la prévalence du VIH/SIDA dans la communauté universitaire car .... à ce jour, nul n'a osé révéler sa séropositivité au sein de l'Université (et) les certificats de décès n'indiquent pas si la cause du décès est liée à une maladie du SIDA ou pas (Zambie).

Le manque d'information à l'université sur la maladie est attribué à l'absence d'archives et de données. Ces données se trouvent normalement dans les dossiers des dispensaires et centres de santé mais se sont avérés relativement inadéquats pour deux raisons essentielles :

1. Ils ne font presque jamais allusion au SIDA;
2. Ils sont incomplets et ne reflètent pas la situation du personnel universitaire qui fréquente les consultations de ces dispensaires et centres de santé, soit parce que les dispensaires de l'université fonctionnant avec peu de ressources ne sont pas en mesure d'offrir les soins et traitements nécessaires, soit en raison d'une crainte générale que les dossiers de ces dispensaires ne demeurent pas confidentiels.

Les dossiers qui pourraient jeter un peu de lumière sur la prévalence du VIH/SIDA sur le campus ne semblent pas être conservés par aucune administration centrale ou départements de la direction universitaire (secrétaire général, responsable du personnel, intendant, etc.). Rien n'indique que l'instance dirigeante de l'université, en tant qu'employeur, ou que les Conseils d'Université/ Conseils Académiques en tant que responsables de la fonction académique d'une institution, aient reçu des informations sur l'apparition des maladies liées au SIDA, l'absentéisme ou les décès au sein du personnel universitaire ou non universitaire, ou parmi les étudiants. Ces dossiers ne sont pas conservés non plus au niveau des départements universitaires, des facultés ou des écoles. "Lorsqu'il lui a été demandé de fournir des chiffres sur l'absentéisme dû à la maladie ou à la présence aux funérailles, un Chef de Département a répondu : "on ne conserve pas de dossier sur ces cas ou ces sujets. Les funérailles ne sont pas une chose dont on se réjouit et lorsque quelqu'un souffre déjà du traumatisme de la perte d'autrui, vous ne pouvez pas être inhumain au point de lui demander de remplir un formulaire afin de faire autoriser son congé"."

S'il est souhaitable d'avoir une situation du VIH/SIDA sur le campus clairement documentée, par contre, tenter de le faire c'est se heurter à des problèmes insolubles, au premier chef desquels se trouve la question des droits de la personne. Il est généralement admis que faire passer des tests de séropositivité, soit pour conditionner l'admission d'un étudiant soit pour recruter du personnel est inadmissible – les Directives Internationales des Nations Unies sur le VIH/SIDA et les droits de la personne ont déjà lancé un appel pour l'instauration d'une législation qui, entre autres, garantirait "la liberté du dépistage du VIH pour l'accès à l'emploi, la promotion, la formation ou les droits" (Nations Unies, 1998, p.19). Les droits de la personne des étudiants/personnel touchés seraient également violés s'il leur était exigé de révéler leur séropositivité ou négativité avant toute admission/emploi ou au cours de leurs études/fonctions. Indépendamment des problèmes que ceci pourrait causer à l'institution, les étudiants et le personnel conservent le droit à la confidentialité sur leur séropositivité ou non et sur la présence du VIH/SIDA au sein de leur famille. Les universités doivent chercher à faire respecter ces droits, bien que ce faisant, elles constatent qu'elles ne seront pas suffisamment munies des informations détaillées qu'elles auraient souhaité pour pouvoir gérer l'épidémie de SIDA sur le campus.

"Pour être franc, nul ne sait exactement quelle est la situation du VIH/SIDA à l'Université de Western Cape" ou, en réalité dans d'autres universités en Afrique. Des estimations pour l'Université de Nairobi indiquent que 10 à 20 pour cent du personnel et des étudiants sont séropositifs. Mais en général, le manque d'informations appropriées signifie que le taux de prévalence du VIH/SIDA sur les campus universitaires peut être supposé comparable à celui qui prévaut au sein de groupes similaires dans la population générale:

1. "La plupart des personnes interrogées admettent que, tout comme le reste de la société zambienne, l'université a été touchée par le VIH/SIDA."

2. “Le virus qui provoque le SIDA contamine déjà de nombreux kenyans dans tous les milieux. A la JKUAT, 11,7 à 13,5 pour cent des membres du personnel sont contaminés (130 à 150 membres du personnel). Ailleurs dans le pays, un adulte sur 18 est contaminé. Dans les zones urbaines, un adulte sur neuf est contaminé ”.
3. “A défaut de données concrètes, toutefois, il serait raisonnable de supposer que peut-être 20% des étudiants de l’UWC sont séropositifs.”

Il est pertinent de noter ici que de plus en plus de faits indiquent que la relation entre prévalence du VIH et niveau d’éducation évolue. Dans les années 80 et au début des années 90, lorsque la pandémie était encore à ces débuts et que les mécanismes de transmission n’étaient pas encore bien connus, la plupart des études concluaient que la relation était directe et positive – les taux de prévalence plus élevés étaient davantage susceptibles de se retrouver parmi ceux qui avaient les niveaux d’instruction les plus élevés. Ceci n’est plus le cas apparemment, et certaines études récentes constatent une corrélation négative entre niveau d’instruction et prévalence du VIH (Vandemoortele & Delamonica, 2000). Le problème de la relation avec les niveaux de prévalence sur les campus universitaires est que, parmi les membres du personnel qui se sont formés avant la moitié des années 1990, il est fort possible que les niveaux de prévalence soient bien plus élevés que ceux que l’on retrouve dans la population générale, tandis que pour les étudiants qui se sont formés dans les années 90, et pour la plupart depuis le milieu de la décennie, ces taux peuvent être moins élevés.

### ***Morbidité et Mortalité sur le campus***

En raison de son caractère plus incontestable, on dispose d’une meilleure information sur la mortalité que sur la morbidité sur les campus universitaires. Mais même cette information est incomplète et hormis certains cas exceptionnels, il n’est pas possible d’affirmer de façon catégorique que le décès était dû au SIDA. Ceci fut le cas, toutefois, à l’Université Jomo Kenyatta où il y avait une moyenne annuelle de quatre décès du SIDA au sein du personnel dans la période 1995–1999. L’Université de Nairobi rapporte que le nombre de décès au sein de la communauté universitaire est passé de 0 à 3 par mois en 1991 à un niveau de 4 à 6 par mois actuellement, tandis que le Vice-Président de l’Université déclarait que l’université déplorait le décès lié au SIDA de deux personnes en moyenne (étudiants et personnel enseignant et non enseignant confondus) par semaine.

L’Université de Zambie rapporte un nombre total de 352 décès au sein du personnel dans la période 1990–1999, dont deux tiers d’hommes et un tiers de femmes. Un huitième d’entre eux sont des membres universitaires du personnel, tandis que les autres ne le sont pas. Le taux de décès brut du personnel en 1999 était de 22/1000 décès, ce qui est légèrement plus élevé que le taux zambien même dans le scénario avec présence du SIDA (Annexe Tableau 3). On peut déduire que ces décès sont dus au SIDA en raison des âges auxquels ils sont survenus: 53 pour cent étaient situés dans la tranche d’âge des 20 à 34 ans, et 44 pour cent dans la tranche d’âge des 34 à 49 ans. A ces âges, il ne devrait pratiquement pas se produire de décès autres qu’accidentels ou dus à des maladies exceptionnelles.

Le taux de décès dans ces universités, et très probablement dans d’autres, est plus élevé au sein des cadres moyens qu’au sein des universitaires. Les mauvaises conditions de logement et les quartiers où vivent généralement ces membres du personnel sont considérés comme un des

facteurs contribuant à cette différence. Il est également noté que certaines catégories d'employés sont plus exposés au risque d'infection à VIH. Il s'agit des chauffeurs qui partagent les mêmes risques d'exposition au VIH que les chauffeurs-routiers ; le personnel de sécurité qui peuvent profiter de leur position pour profiter de professionnelles du sexe découvertes en train de rôder sur le campus après avoir été abandonnées par leur clients ; et les agents du nettoyage qui sont harcelées aussi bien par les cadres supérieurs que par les étudiants.

Des décès d'étudiants liés au SIDA sont rapportés au Bénin, tandis que les autres universités signalent une tendance à la hausse des décès annuels d'étudiants (bien que sept pour cent seulement du personnel interrogé à l'Université de Western Cape avait eu connaissance de cas d'étudiants décédés du SIDA, tandis que 62 pour cent n'en connaissaient aucun). Deux des plus grandes écoles de l'Université de Zambie ont enregistré plus de 20 décès au cours du premier semestre 2000 – les pertes se traduisent par un taux de décès annualisé de plus de 20 pour mille, ce qui est un taux exceptionnellement élevé pour des individus situés dans la tranche d'âge des 20 à 30 ans.

Un des rapports fait remarquer avec justesse que, compte tenu de la longue période qui s'écoule entre la primo-infection à VIH et l'apparition du SIDA déclaré, la véritable situation des étudiants ne se révélera pas avant qu'ils ne soient diplômés et n'entrent dans la vie professionnelle. Qu'ils aient été contaminés avant d'entrer à l'université ou au cours de leurs études, la majorité des étudiants séropositifs ne succomberont du SIDA qu'après avoir achevé leurs études et quitté l'institution. Ceci est corroboré par le fait que l'Université de Zambie a constaté que quatre étudiants d'un programme relativement court de certificat étaient décédés dans l'année qui a suivi l'obtention de leur diplôme.

Il a également été soulevé qu'il est potentiellement plus difficile de conserver des traces du décès d'étudiants que des membres du personnel, dans la mesure où le décès des étudiants ne survient pas nécessairement pendant leur séjour sur le campus, mais peut-être en vacances ou après avoir abandonné les études. Dans le même ordre d'idées, Nairobi a constaté une certaine tendance des étudiants souffrant de maladies prolongées à quitter la cité universitaire pour aller loger chez des amis proches ou des parents en ville. Environ 1500 étudiants (16 pour cent du total) abandonnent les cours à l'Université de Western Cape chaque année; la majorité d'entre eux pour des raisons financières, mais certains pour des raisons personnelles. "On ne peut que supputer le rôle qu'a joué le VIH/SIDA dans la décision de ces anciens étudiants"— étaient-ils contaminés ? Etaient-ils soumis à une pression financière car le SIDA avait frappé leurs familles ?

En dépit de la présence de dispensaires et services de santé sur tous les campus universitaires, l'information sur l'éventuelle morbidité des étudiants et du personnel est très rare. Il a déjà été souligné qu'il est possible que les membres de la communauté universitaire s'adressent à d'autres structures médicales, lorsqu'elles sont aisément accessibles, de crainte que des informations concernant leur séropositivité ne demeurent pas confidentielles au sein de la structure sanitaire universitaire. Toutefois, le constat commun qui revient dans les rapports et que le niveau de morbidité au sein de la communauté universitaire s'est accrue, et par conséquent, les pressions sur les services sanitaires de l'université. "De nombreux étudiants et membres du personnel se retrouvent en train de faire la queue pour les consultations des différentes

dispensaires de l'université, et les spéculations vont bon train sur le fait que la plupart des maladies traitées sont liées au SIDA" (Nairobi). Le nombre de cas de tuberculose signalés dans les universités, semble notamment avoir augmenté de façon significative.

### ***Sensibilisation des étudiants au problème du VIH/SIDA***

Les étudiants semblent généralement conscients de l'existence du VIH/SIDA et connaissent les informations de base sur son mode de transmission. Les toutes premières idées fausses, telles que le fait que le VIH pouvait se transmettre par la salive ou les piqûres de moustiques ne se rencontrent plus guère actuellement. On constate également une bonne connaissance des symptômes des MST, mais tous les étudiants ne se font pas soigner ces affections, d'une part parce que les services sanitaires de l'université n'ont pas les réactifs et les médicaments nécessaires, et d'autre part parce que les étudiants craignent que leur état concernant la MST ne demeure pas confidentiel.

Il demeure cependant quelques lacunes dans les connaissances de base sur le VIH/SIDA comme sur les MST, notons par exemple la croyance que les contraceptifs oraux préservent de la contamination à VIH ou que le virus du VIH peut traverser un préservatif non endommagé. L'Université de Western Cape a constaté, et c'est encourageant, que ce que les étudiants avaient appris avait eu une influence sur leur comportement : près des deux tiers des étudiants sondés ont déclaré qu'ils avaient modifié leur comportement en raison de ce qu'ils avaient appris sur le VIH/SIDA, une proportion significative d'entre eux déclarant que leur changement de comportement incluait l'usage du préservatif ou la pratique de l'abstinence. Néanmoins, les étudiants ne se considèrent pas en règle générale comme étant sérieusement exposés au risque d'infection à VIH : une enquête à l'Université du Ghana a conclu que seuls 45 pour cent des étudiants se considéraient exposés au risque de contracter la maladie. L'enquête de la SAUVCA a conclu à une situation analogue dans les universités sud-africaines, les attitudes des étudiants reflétaient le déni, le fatalisme et un sentiment d'invulnérabilité.

Dans pratiquement toutes les universités, les nouveaux étudiants reçoivent une instruction sur la maladie dans le cadre de leur programme d'orientation lorsqu'ils arrivent pour la première fois sur le campus. L'orientation comprend parfois également des informations sur la disponibilité, la localisation et les ressources des services de santé et de conseil de l'université. Dans de nombreux cas, les Vice-Présidents s'adressent personnellement aux nouveaux arrivés sur la question. Toutefois des cas ont été documentés où le VIH/SIDA joue un rôle très insignifiant dans l'orientation des étudiants et où il est totalement absent de ce programme lorsque la personne responsable n'est pas disponible.

En général, les étudiants tendent à reconnaître que le VIH/SIDA est un problème sur le campus. La majorité d'entre eux connaissent des étudiants séropositifs et des étudiants ou membres du personnel décédés de la maladie. Il n'est pas évident de savoir comment ils sont parvenus à une telle certitude compte tenu du lourd silence et déni qui entoure l'existence de la contamination. D'après l'Université de Nairobi, ces diagnostics reposent davantage sur des faits " sociaux " que des faits " cliniques " - " il vous suffit de regarder son apparence physique pour savoir qu'il l'a " ou " c'était une femme si légère, nous savions que ce n'était qu'une question de temps avant qu'elle ne l'attrape (le SIDA). "



### **Acceptation du VIH/SIDA sur le Campus**

Dans un questionnaire adressé aux étudiants, l'Université de Western Cape demandait: "Est-ce considéré comme une disgrâce (mauvais ou honteux) d'être séropositif ou d'être une personne vivant avec le SIDA ?" Si l'on exclut les réponses sans opinions (je ne sais pas, n/a), les étudiants qui associaient une stigmatisation au VIH/SIDA étaient deux fois plus nombreux que les autres. Une enquête indépendante à l'Université du Botswana a fait état d'attitudes très négatives envers la maladie et ceux qui en étaient affectés : "des craintes ont été exprimées concernant le fait de manger et de travailler avec des étudiants contaminés bien qu'il soit généralement admis que les étudiants contaminés doivent être autorisés à poursuivre leurs études" (Odirile, 2000).

Même lorsqu'il n'y a pas de discrimination ouverte à leur égard, les séropositifs sont soumis à des formes subtiles de préjugés. Ceux qui sont soupçonnés d'être séropositifs ont souvent le sentiment d'être isolés. Ils sont parfois en butte aux sarcasmes. Parfois ils se cantonnent le plus possible dans leurs chambres. Les employés subissent parfois des humiliations, comme par exemple lorsqu'on leur interdit d'utiliser les couverts du département. Certains craignent également qu'on les accuse d'avoir des mœurs légères dès lors que sera connue leur séropositivité. (Encadré 2).

#### **Encadré 2: Raisons pour lesquelles les étudiants (et surtout les étudiantes) craignent de révéler ouvertement leur séropositivité**

1. J'aurais peur de perdre des amis.
2. D'après ce que je sais, personne sur le campus ne me soutiendrait.
3. Je n'ai confiance en personne. Les gens me traiteraient différemment.
4. Les femmes sont mal traitées et considérées comme des traînées.
5. Cela est toléré chez un homme alors qu'une femme sera considérée comme fille légère.
6. Il est difficile voire impossible pour une femme d'avoir une autre relation si elle révèle publiquement sa séropositivité.
7. Les femmes sont mal traitées alors que les garçons sont traités gentiment (Université de Western Cape)

Cette crainte de la stigmatisation associée au fait que les universités ne parviennent pas à exposer le problème du VIH/SIDA au grand jour et à promouvoir son acceptation comme un élément, bien qu'indésirable, de la vie moderne, contribue grandement à la souffrance des membres de la communauté universitaire qui souffrent de la maladie. Ces situations compliquent également les choses pour ceux qui seraient désireux de révéler publiquement leur séropositivité. Ceci a contribué à l'absence de groupes de Personnes Vivant avec le SIDA (PVS/PVVS) clairement identifiés sur les campus universitaires. "Les PVVS ne sont jamais sortis au grand jour pour exprimer leur souhait d'être impliqué dans la gestion universitaire de l'épidémie. Ceci n'est pas nécessairement dû à une victimisation ou discrimination de la part de l'administration universitaire, mais à la réaction présumée des autres membres de la communauté universitaire qui n'ont pas nécessairement une acceptation ouverte de la maladie" (Ghana). Le Forum pour le Développement de l'Afrique a souligné la perte que les universités, à l'instar d'autres communautés, subissent lorsqu'elles ne peuvent pas faire appel aux services de ces groupes:

Les personnes vivant avec le VIH/SIDA sont au centre de tous les efforts communautaires pour enrayer la pandémie et changer les attitudes afin de mettre fin au déni, à la stigmatisation et à la

discrimination. Leurs droits doivent être pleinement respectés et leur potentiel de chefs de file reconnu (ADF, 2000, §2.3).

La non création d'un climat d'acceptation au sein duquel il serait relativement aisé de parler ouvertement de sa séropositivité contribue de façon très significative à la propagation de la maladie, dans la mesure où cela prive les individus de la protection que peut apporter la connaissance de l'éventuelle séropositivité d'un partenaire.

### ***Dispositifs universitaires de lutte contre le VIH/SIDA***

Les études de cas mettent en exergue les domaines où les universités ont pris des dispositions particulières concernant le VIH/SIDA ou développés des services en raison de la maladie. Comme il apparaîtra clairement dans ce qui suit, les services en relation avec le VIH/SIDA dans les universités sont essentiellement axés sur les étudiants. En outre ils sont principalement axés sur la santé. Ils prodiguent surtout des informations, des moyens de prévention, quelques traitements et font un peu de soutien psychologique. Ils ne semblent pas avoir une approche très globale, que ce soit dans leur portée ou leur couverture. Bien qu'ils ne soient pas officiellement réservés aux étudiants, ils ne semblent pas s'étendre suffisamment au personnel. Les soins dispensés ne s'étendent pas aux malades du SIDA à domicile mais sont plutôt basés à l'hôpital ou sur le campus. Dans l'ensemble, les services des campus semblent s'être lancés dans une situation qui dépasse considérablement leur potentiel de réponse. Dans le processus, le personnel dévoué de santé et de conseil est frustré et démoralisé par le travail et le VIH/SIDA est là pour durer.

### ***Orientation et sensibilisation des étudiants***

Le gros des efforts d'information, éducation et communication à l'université en matière de VIH/SIDA tendent à être concentrés dans une brève période d'orientation suivie par les nouveaux étudiants. Les Universités en Afrique ont depuis longtemps la tradition de consacrer une semaine environ à orienter et initier les nouveaux étudiants aux complexités de la vie sociale et académique universitaire. Le VIH/SIDA tend à figurer de façon de plus en plus prédominante dans les thèmes abordés dans ce programme d'orientation. Les étudiants reçoivent quelques informations factuelles sur la maladie, les MST, et les moyens d'éviter les grossesses indésirées. Les étudiants reçoivent également des informations sur la disponibilité de services de santé, de conseil, et l'offre de préservatifs au niveau de l'université.

Il est fort appréciable que les nouveaux arrivants soient invités dès le départ à être vigilants vis-à-vis du VIH/SIDA, surtout lorsque ce sont des administrateurs du sommet de la hiérarchie universitaire qui tirent la sonnette d'alarme. Mais à défaut de suivi régulier, ces communications ponctuelles n'auront probablement que très peu d'effet là où elles se font le plus urgemment sentir, c'est à dire sur les comportements. Il semble qu'il soit nécessaire dans pratiquement toutes les institutions de mettre sur pied des programmes permanents d'éducation en matière de VIH/SIDA qui offrent une formation en techniques de survie psychosociale telles que l'affirmation de soi, la communication efficace et la prise de décision, de façon à armer les étudiants pour qu'ils puissent résister aux pressions dans des situations à risque aussi élevé que l'abus d'alcool, la toxicomanie et les relations sexuelles occasionnelles. Rappelons également que la majorité des étudiants admettent qu'ils en savent déjà beaucoup sur le VIH/SIDA lorsqu'ils arrivent pour la première fois sur le campus. Beaucoup considèrent l'exposé de la

question lors de l'orientation comme étant à peine plus qu'une formalité. La plupart apprennent probablement quelque chose sur la présence de services de dispensaire, de conseil et l'offre de préservatifs, mais très peu de choses susceptibles de les pousser à adopter ou conserver un comportement sexuel plus responsable.

L'université de Namibie semble être unique à cet égard, avec son système de suivi systématique de l'orientation des étudiants par l'organisation d'une semaine annuelle de sensibilisation au VIH/SIDA dans toute l'université. Des débats, discussions et conférences avec invités sont organisés pendant cette semaine et offrent d'amples occasions d'approfondir les connaissances et la sensibilisation sur la maladie sur le campus et au sein de la société. La semaine s'intègre dans le cadre des relations extérieures de l'université avec la communauté en matière de VIH/SIDA, grâce à des programmes radio, des représentations théâtrales, et des réunions de sensibilisation destinées aux élèves de l'école secondaire. Ces dernières se déroulant entre jeunes, elles sont particulièrement importantes pour les étudiants de l'université comme de l'école.

Certaines universités ont vu la création d'Association d'Aide Sociale aux Etudiants, d'Association contre le SIDA ou de Clubs anti-SIDA, destinés à sensibiliser les étudiants sur les questions de VIH/SIDA, à leur apporter le soutien de leur pairs, et de promouvoir la sensibilisation au VIH/SIDA dans les écoles secondaires qui se trouvent à proximité. A l'Université de Zambie, le Club Anti-SIDA a placé un grand panneau sur le bord de la route où il est inscrit:

*LICENCIES QUI AVEZ DES A+  
ET PAS LE SIDA  
OBTENEZ UN DIPLOME POSITIF DE L' UNZA  
ET NON UN CERTIFICAT DE SEROPOSITIVITE  
LA ZAMBIE A BESOIN DE VOTRE DIPLOME*

Le Club a également publié un calendrier porteur du même message.

Aucune étude n'a été réalisée afin d'évaluer l'impact potentiel de ces associations et communications non formelles. Tout indique cependant dans le secteur de l'école secondaire qu'elles peuvent constituer de puissants vecteurs pour le meilleur type d'éducation sur le VIH/SIDA qui soit, car ce sont les jeunes eux-mêmes qui sont impliqués dans la conception et l'application des programmes, ils utilisent des techniques participatives et d'apprentissage sur la base de l'expérience, et les programmes prennent bien en compte la culture de la jeunesse, parlant un langage que les jeunes comprennent (Kelly, 2000). Il est significatif de voir que les étudiants de l'Université de Western Cape, qui généralement accueillent favorablement les programmes intéressants de sensibilisation, les aient critiqués car les " étudiants ne sont pas directement impliqués dans les programmes conçus pour les aider ". Le rapport de la SAUVCA formule également une remarque dans ce sens. Mais dans les universités comme dans les écoles secondaires, le sort de ces associations varie grandement, étant fortement lié au dynamisme de quelques individus et au soutien d'un "parrain".

### *Services de santé et de conseil*

De nombreuses universités participantes indiquent que la principale riposte au VIH/SIDA sur le campus s'effectue par le biais des dispensaires et services de santé. Ces derniers ont pris des mesures en intensifiant l'attention médicale aux besoins des étudiants et du personnel, la distribution de préservatifs, la sensibilisation par voie d'affiches et autres supports éducatifs (par exemple, articles dans les journaux et bulletins d'information des universités ou programmes diffusés sur les radios des campus), et en élargissant leur capacité d'offre de services d'appui psychologique. A l'Université de Western Cape qui est comparativement bien dotée en ressources, les services de santé du campus sont également en mesure d'offrir un test gratuit du VIH/SIDA. Un effort initial d'offre de conseil et test volontaire à l'Université de Zambie a pris fin en 1994, en partie par manque de succès et en partie par manque de fonds. Ce service a été rétabli à présent pour tous les membres de la communauté universitaire, mais l'on ne dispose pas encore d'informations sur son niveau d'utilisation.

La pression sur les centres médicaux de l'université qui ont tendance à fonctionner en sous-effectifs et avec peu de ressources, s'est considérablement accrue au cours de ces dernières années. Davantage de cas de tuberculose et de MST ont été traités qu'auparavant, bien que l'on sache pertinemment que beaucoup de membres de la communauté universitaire cherchent à se soigner ailleurs pour ces affections. Les contraintes financières aggravées par la demande accrue entraînent une situation d'approvisionnement incertain et irrégulier de médicaments et de réactifs dans les dispensaires, ce qui rend leurs services moins efficaces. L'Université Jomo Kenyatta ajoute une autre dimension : répondre aux impératifs du VIH/SIDA absorbe une telle proportion des budgets généraux et santé de l'université que constitue un sérieux défi pour les autres programmes, qui se retrouvent avec moins de moyens qu'auparavant.

Les dispensaires de l'université fournissent des préservatifs, soit directement sur demande, soit par le biais de points de vente situés dans les cités universitaires ou centres de conseil. Dans certains cas, les membres des clubs anti-SIDA ou les Associations de lutte contre le SIDA distribuent des préservatifs directement aux étudiants dans leurs chambres. Les chiffres disponibles indiquent que la distribution de préservatifs a eu tendance à augmenter au cours de ces dernières années. Dans une institution au moins, (l'Université Jomo Kenyatta), il a eu baisse concomitante des MST et des grossesses chez les étudiants. Aucune des études ne mentionne la mise à disposition de préservatifs féminins, il faut donc supposer que l'offre et la distribution a été restreinte au préservatif masculin.

Les universités font en sorte généralement, à travers leurs services sociaux aux étudiants, d'offrir aux étudiants des services de conseil et de soutien psychologique. Outre les problèmes psychosociaux, académiques et sanitaires habituels, ces services traitent de plus en plus les questions liées au VIH/SIDA. Ces questions se présentent généralement sous deux axes différents : certains étudiants cherchent un soutien psychologique car ils sont préoccupés par leur séropositivité, d'autres recherchent l'assistance du service conseil pour faire face à la pression financière qu'eux-mêmes ou leurs familles subissent en raison de la maladie ou du décès dus au SIDA. L'accroissement de la mortalité et de la morbidité due au SIDA dans la communauté universitaire et les familles entraîne la nécessité de services conseil plus élargis et mieux qualifiés professionnellement. Cette nécessité grandira au fur et à mesure que les universités chercheront à introduire ou à étendre l'offre de services de conseil et test volontaire.



## Chapitre 4: L'impact du VIH/SIDA sur le fonctionnement de l'Université

### *L'Impact sur la situation fiscale de l'université*

En règle générale, les impacts du VIH/SIDA sur la situation fiscale de l'université ne sont pas forts différents des impacts dans les autres domaines de préoccupation. En effet, le SIDA tend à accroître les coûts, à réduire la productivité, implique une diversion des ressources, et menace les sources de revenu. Bien que les études de cas n'aient pu fournir que très peu de preuves tangibles dans ce domaine, elles montrent clairement que ces quatre effets sont bien ressentis par les universités en Afrique, les trois premiers ayant leurs répercussions les plus importantes sur la façon dont ils affectent les effectifs universitaires.

Whiteside et Sunter (2000, pp. 109 ff.) présentent des schémas utiles pour analyser l'impact financier du VIH/SIDA sur l'ensemble du personnel d'une firme. Cette analyse peut tout aussi bien être appliquée aux universités et les guider pour la collecte et l'analyse des données qui leur permettraient de retracer de quelle façon le VIH/SIDA affecte essentiellement leurs coûts. En gros, ils proposent que les coûts concernés soient analysés en termes de coûts directs (ceux qui impliquent un accroissement des dépenses), des coûts indirects (ceux qui sont induits par la réduction de la productivité de la main d'œuvre, que ce soit celle des individus touchés ou celle des individus dont les préoccupations liées au SIDA se répercutent sur d'autres activités), et des coûts systémiques (ceux qui découlent de la façon dont la maladie porte atteinte à l'ensemble des aptitudes et expériences de la main d'œuvre, affecte le moral, etc.). (Tableau 4).

| <i>Coûts Directs</i> | <i>Coûts Indirects</i>        | <i>Coûts Systémiques</i>                 |
|----------------------|-------------------------------|--|
| Droits et indemnités | Absentéisme                   | Perte de cohésion sur le lieu de travail |
| Recrutement          | Morbidité au poste de travail | Performance et expérience du personnel   |
| Formation            | Moyens de gestion             |  |
| Programmes VIH/SIDA  |                               |  |

Source: extrait de Whiteside & Sunter, 2000, p. 112 (les détails complets fournis par les auteurs figurent ci-après en Appendice Schéma 1)

### *Coûts directs*

Il ressort clairement des études de cas que les universités supportent déjà des coûts accrus pour maintenir des services médicaux réguliers dans leurs dispensaires et centres de santé. Ceux-ci doivent être constamment approvisionnés avec un ravitaillement accru de matériel d'analyses et de traitement pour un nombre croissant de cas de MST, avec des médicaments contre la tuberculose et autres maladies opportunistes du SIDA, ainsi que du matériel qui protège le personnel de santé contre les éventuelles contaminations. Il y a également accroissement des

consultations, et donc des coûts découlant de la fourniture d'une forme de soins hospitaliers pour le personnel ou les étudiants qui peuvent tomber sérieusement malade.

Comme c'est le cas pour tous les grands employeurs, les universités sont sollicitées pour le versement de primes d'assurance aux employés, et ce, avant terme. En outre, certaines universités (telle que l'Université de Western Cape) passent des contrats avec des sociétés d'assurance médicale privées pour assurer la couverture médicale de leurs employés. Les polices de pensions et assurance-vie ont eu tendance à augmenter considérablement en raison du VIH/SIDA. Pour l'Afrique du Sud, Metropolitan Life a estimé que le coût moyen d'un paquet d'indemnités pouvait doubler pour de nombreux plans d'assurance d'ici 2005 et tripler d'ici 2010 (Quattek, 2000, p. 38). Très peu d'universités seront en mesure d'éviter des accroissements similaires de coûts.

Les universités sont également confrontées à des dépenses plus importantes et plus fréquentes pour les funérailles. Les conditions d'embauche dans pratiquement toutes les institutions obligent l'université à verser une indemnité de funérailles lorsqu'un membre du personnel, un conjoint ou un enfant décède. Elle est également tenue d'assurer le transport funéraire (ou un paiement au comptant en lieu et place) pour le transport du défunt jusqu'à son lieu d'origine. Ces paiements constituent une lourde charge pour les budgets des universités. A la mi-1999, l'Université de Zambie a estimé qu'elle dépensait près de 1500 \$US par mois en allocations et frais de funérailles. A l'Université de Nairobi, le transport funéraire est passé de 7 pour cent de la demande totale de transport en 1991 à 22 pour cent de cette demande en 1999.

Les universités n'ont pas encore commencé à se préoccuper des frais de formation et de remplacement des personnes décédées ou qui ont abandonné leur service actif à l'université en raison du VIH/SIDA. Ceci est largement dû au fait que les pertes d'emploi se sont produites en majorité au sein du personnel général, dont le remplacement n'est pas coûteux (ou ne se produit pas, en raison des pressions exercées sur les universités pour la compression de personnel). Mais de plus en plus, les universités commencent à reconnaître qu'énormément de frais sont investis dans le recrutement et la formation de personnel académique, administratif et technique de remplacement. Les pertes de membres du personnel stagiaires étudiant à l'étranger que les institutions ont subi sont particulièrement graves. Le décès de ces individus représentent une perte pour l'université à triple titre : la perte d'individus soigneusement sélectionnés et très qualifiés, la perte de l'investissement dans la formation, et les coûts de rapatriement de la dépouille du défunt.

Rien n'indique dans les études de cas que les universités ont commencé à mettre en place des programmes d'éducation en matière de VIH/SIDA destinés à leur personnel. En omettant de mettre en place ces programmes, elles ne vont pas dans le sens de ce qui se pratique dans les milieux financiers et industriels et même les ministères (par exemple, les ministères de la santé et de l'éducation en Zambie qui ont des programmes VIH/SIDA fonctionnant sur le lieu de travail pour leur personnel à différents niveaux). Protéger l'emploi ainsi que les employés par le biais de programmes d'instruction et de formation sur le lieu de travail fait partie des objectifs stratégiques adoptés par l'Organisation Internationale du travail (OIT) dans sa riposte au défi du VIH/SIDA (OIT, 2000, p. 24). Les universités peuvent s'attendre à une pression pour mettre en

place ces programmes d'instruction sur le lieu de travail et budgétiser les coûts humains et matériels qui en découlent.

### ***Coûts indirects***

Comme indiqué précédemment au Tableau 3 ci-dessus, l'absentéisme représente la plus grande part des coûts induits par le VIH/SIDA. L'absentéisme lié au VIH/SIDA est à double facette : les absences qui se produisent au fur et à mesure que le système immunitaire s'effondre au cours de la période pratiquement invisible de la maladie, et les absences qui se produisent lorsque la maladie a déjà évolué en SIDA déclaré. Les premières absences sont généralement de courte durée mais augmentent en fréquence et longueur au fil du temps. Les dernières absences peuvent être assez longues et débouchent inexorablement sur une absence permanente au travail.

.... Le système immunitaire peut se détériorer sur une longue période de temps et la personne contaminée être assaillie par toute une série de maladies avant que ne soit diagnostiqué un SIDA déclaré. On peut supposer, au bas mot, qu'en moyenne, chaque enseignant contaminé perd six mois de vie professionnelle avant de développer un SIDA déclaré et puis douze mois par la suite (décède) (Banque Mondiale, Août 2000, p. 23).

Si ces deux formes d'absentéisme entraînent toutes deux une perte de productivité, la perte occasionnée par des absences sporadiques causées par une maladie intermittente pendant la période de séropositivité peut être plus compliquée à gérer car les absences sont imprévisibles et que la maladie est à un stade trop précoce pour suggérer le remplacement de l'individu en question. Ces absences imprévisibles peuvent être très perturbatrices pour les activités d'enseignement et administratives, certains devant remplacer des collègues au pied levé ou poursuivre un travail inachevé. La répétition de ce genre de situation tend à faire baisser le moral du personnel même en bonne santé, ce qui entraîne à son tour une baisse de la productivité.

Une des autres dimensions de l'absentéisme qui a pris de l'ampleur est celle qui est liée aux absences pour assister aux funérailles. Dans certains pays, les funérailles se déroulent essentiellement les week-ends, de façon à causer un minimum de perturbations aux travailleurs. Dans d'autres par contre, elles se déroulent tout au long de la semaine. Dans ces conditions, les départements d'enseignement et autres se voient privés de membres du personnel pour quelques jours à la fois. Dans le cas du décès d'un membre du personnel, l'impact est encore plus grand en raison de la tradition qui exige que les autres membres du personnel ainsi que les représentants de la direction de l'université assistent aux funérailles. L'accroissement du nombre de funérailles devient également un véritable fardeau pour les membres de certaines communautés universitaires où l'on attend fermement d'eux qu'ils contribuent financièrement aux coûts de deuil et d'enterrement.

Les universités tendent à être généreuses en matière d'octroi de congé maladie. Une personne infectée par le VIH continuera normalement à jouir pleinement de ses droits, tout au long de la série de maladies relativement courtes précédant le développement du SIDA déclaré. Lorsque qu'une période de congé plus longue est nécessaire en raison de la progression de la maladie, celle-ci peut s'étendre sur plusieurs mois, voire une année ou plus. Des considérations humanitaires empêchent généralement les administrateurs des universités d'appliquer strictement les dispositions contractuelles et de mettre fin à la jouissance des droits d'une personne qui doit décéder dans un avenir très proche. En outre, comme l'a souligné une des études, les agents



responsables ne signalent pas toujours l'absence due à une maladie prolongée, justement pour que l'individu concerné ne perde pas son salaire ou d'autres droits qui sont plus que jamais nécessaires en raison de sa maladie.

Dans les pays gravement touchés, aucunes données tangibles ne sont disponibles au sein des universités sur les budgets affectés aux salaires et avantages des membres du personnel malades. Les Compagnies commerciales sont généralement capables de fournir ces informations, mais les universités, les autres institutions d'enseignement, et les organismes gouvernementaux et sans but lucratif tendent à traiter ces pertes de façon moins rigoureuse.

Consolider les différents domaines opérationnels de l'université de façon à ce qu'ils puissent fonctionner dans un environnement touché par le VIH/SIDA, exige forcément le détournement de ressources d'un secteur vers un autre. Ceci peut se traduire par une dérivation des ressources financières (lorsqu'il y a davantage de dépenses induites pour le recrutement et la formation de personnel ou les services médicaux) ou des ressources humaines, lorsque des individus sont appelés officiellement ou officieusement à suppléer un collègue absent. Toutes ces diversions de ressources qui n'ont pas été planifiées, signifient qu'un autre secteur doit être privé de fonds ou de personnel, ce qui ne peut que se répercuter sur l'efficacité de l'institution. Les rapports insistent constamment sur la nécessité de consacrer davantage de ressources aux soins médicaux prodigués sur le campus, mais également sur l'insuffisance des accroissements, quels qu'ils aient été, dans ce domaine.

### ***Coûts systémiques***

Parce qu'elles sont davantage préoccupées par l'impact du VIH/SIDA sur les étudiants et le fonctionnement de base de l'université, les études de cas ne font que survoler les questions portant sur le moral du personnel, la capacité d'un groupe académique ou non à continuer à travailler en tant qu'équipe, les ruptures des routines occasionnées par le SIDA ou encore la baisse du niveau d'expérience du personnel. L'Université du Ghana fait allusion à la possibilité que le VIH/SIDA "décime le réservoir de connaissances et d'expertise constitué au fil du temps", tandis que l'Université du Bénin s'inquiète du fait que le "virus puisse décimer les ressources humaines de l'institution". D'autres rapports mentionnent le fait que de jeunes assistants doivent suppléer leurs titulaires malades ou immobilisés dans les domaines de la recherche ou de l'enseignement, bien que le scénario le plus fréquent soit que le personnel titulaire doive assurer les cours ou les travaux de recherche qui, en raison de la morbidité ou de la mortalité, ne peuvent être assurés par le personnel assistant.

Dans plusieurs institutions, le moral et la motivation sont au plus bas, bien que cela soit davantage lié à des raisons financières qu'au VIH/SIDA (mécontentement par rapport aux niveaux de revenu et des conditions de travail, ressources insuffisantes pour financer l'enseignement et la recherche, insuffisance de fournitures médicales, état médiocre des infrastructures).

### ***Impacts sur les sources de financement des universités***

Les universités tirent leur revenu des investissements, des subventions du secteur public ou de mécanismes d'appui des étudiants, des frais d'admission, de la recherche et des consultations, ainsi que de dons. La pandémie de VIH/SIDA menace ces sources de revenu. En

effet, les retours d'investissement dépendent de la capacité des opérations d'investissement à générer des profits, mais, comme indiqué dans les Chapitres 1 et 2 ci-dessus, les coûts associés au VIH/SIDA tendent à rogner les bénéfices des sociétés. Les fonds publics sont placés sous la double menace de ne pas croître aussi rapidement qu'auparavant et d'être détournés vers les soins et la prise en charge du SIDA. Les allocations financières au secteur de la santé doivent être revues plusieurs fois à la hausse si l'on souhaite faire face aux besoins de financement des soins du SIDA. Ainsi, l'ONUSIDA estime que les investissements traditionnels nécessaires afin de faire face à la maladie pourraient absorber 1,7 pour cent du PIB au Rwanda, 0,5 pour cent au Swaziland, et 1,4 pour cent au Zimbabwe (ONUSIDA-UNECA, 2000). En effet, la crise du SIDA signifie que, dans leur quête de fonds publics, les universités seront confrontées à davantage de contraintes qu'autrefois.

La maladie restreint également la disponibilité de fonds privés, les familles comme les industries contrôlant moins de ressources disponibles. Les études de cas mettent en relief des circonstances dans lesquelles cela affecte déjà les universités. La très grande perte du nombre d'étudiants qu'a subie l'Université de Western Cape en 1999, pour raisons financières (1.500 étudiants sur 9.000 ont abandonné leurs études, 86,5 pour cent d'entre eux pour des motifs financiers) est révélateur des difficultés des familles à faire face aux frais de scolarité en raison du VIH/SIDA. D'autres universités parlent d'étudiants incapables d'assumer leurs frais de scolarité en raison de problèmes de SIDA dans la famille. Au cours de l'année académique 1999, soixante-dix étudiants ont sollicité une assistance financière auprès du Syndicat d'Etudiants de l'Université de Zambie car ils étaient devenus orphelins (la direction a tenté de prendre en charge ces étudiants en leur permettant de régler leurs frais de scolarité en plusieurs traites). A l'Université de Nairobi, 60 pour cent au moins des cas à problème que doivent traiter les Conseillers d'étudiants ont trait au SIDA, et il s'agit pour la plupart d'orphelins du SIDA qui ne sont pas en mesure de régler leurs frais de scolarité. La sinistre conséquence de cette situation est qu'elle peut pousser certains étudiants à la prostitution (hétérosexuelle et homosexuelle) car ils explorent toutes les possibilités, en quête de solutions alternatives d'appui financier.

De nombreuses universités en Afrique entretiennent un édifice massif de plans et procédures d'emprunt – les prêts au personnel à diverses fins, plans formels d'emprunt, afin de permettre aux étudiants de faire face à leurs coûts et frais de scolarité, et encore davantage d'autres mécanismes informels de crédit qui permettent de différer les paiements. A défaut de politiques d'assurance vie adéquates sur lesquelles l'université pourrait avoir un droit de regard, ces différents mécanismes exposent l'institution à un risque élevé de perte en cas de décès prématuré de la personne bénéficiaire du prêt ou du crédit. Les plans de prêt aux étudiants ont toujours été difficiles à gérer et l'on continue à s'interroger sur leur viabilité financière. Compte tenu de l'éventualité que 20 pour cent ou plus d'étudiants décèdent dans les quelques années suivant la fin de leurs études universitaires, ces questions méritent plus que jamais la plus sérieuse attention. La question des prêts au personnel a été survolée dans une des études de cas, mais dans tous les cas, la probabilité d'un accroissement des défauts de paiement en raison du SIDA n'a pas été abordée.

### ***L'Impact sur les activités d'enseignement, de recherche et de service***

On constate dans les universités, une plus grande incidence de la morbidité et de la mortalité au sein des cadres inférieurs qu'au sein du personnel académique. Ceci correspond au

schéma que l'on retrouve dans la société. En Afrique du Sud, par exemple, on prévoit que le taux de contamination à VIH atteindra un pic de 13,1 pour cent pour la main d'œuvre hautement qualifiée (y compris les professionnels), par rapport à 22,8 pour cent pour la main d'œuvre qualifiée, et à 32,8 pour cent pour la main d'œuvre non qualifiée (Quattek, 2000, p.34). On prévoit que les décès annuels dus au SIDA atteindront un pic de 1,2 pour cent travailleurs hautement qualifiés, 2,0 pour cent des travailleurs qualifiés, et 3,4 pour cent des travailleurs semi et non qualifiés.

Ce schéma pourrait laisser penser que le VIH/SIDA ne perturbe pas véritablement l'enseignement universitaire de la même manière qu'il perturbe d'autres domaines de fonctionnement de l'université. Rappelons toutefois que le remplacement de personnel académique est beaucoup plus long et difficile que le remplacement de personnel au bas de la hiérarchie. Par ailleurs, l'enseignement universitaire comprend plusieurs domaines extrêmement spécialisés. On peut envisager qu'un autre membre du personnel supplée un collègue malade ou décédé dans un domaine général. Il n'est pas aisé d'en faire autant lorsque la perte se situe dans un domaine où le membre du personnel concerné est le seul ou le principal spécialiste en la matière. Une telle perte affecte les générations actuelles et futures d'étudiants, en raison de la longue formation que devrait suivre le nouvel enseignant nommé.

Les études de cas apportent des éléments qui montrent qu'en raison de la maladie ou du décès, des programmes de cours ont dû être repris par du personnel assistant ou moins expérimenté. Il n'a pas été signalé de situation où les programmes de cours ont dû être abandonnés en raison du VIH/SIDA, mais l'on signale des situations où l'on a constaté des activités d'enseignement en deçà des attentes, notamment dans les départements qui comptent un grand nombre d'étudiants inscrits. La situation complexe à laquelle sont confrontés les étudiants lorsque leurs professeurs sont malades est illustrée par une étudiante de l'Université de Zambie (Encadré 3).

### **Encadré 3: Expérience dans un cours assuré par un professeur souffrant**

Le cours en a réellement souffert et nous ne pouvions pas lui en tenir rigueur. Nous savions ce qui se passait. Il avait perdu beaucoup de poids et était sujet aux infections ; il n'était pas motivé et ce n'était pas vraiment de sa faute. Son cours en a ainsi vraiment souffert car nous étions livrés à nous-mêmes. Bien souvent il n'assurait pas les cours. Nous avions vraiment de la peine pour lui et cela nous freinait lorsque nous n'étions pas d'accord avec ce qu'il nous disait en cours. Nous n'arrivions pas à nous résoudre à le lui dire car nous savions qu'il souffrait de dépression. Alors nous le laissions en paix. C'était très déprimant pour nous aussi.

De nombreux programmes universitaires prévoient comme partie intégrante de la formation que les étudiants fassent des visites sur le terrain ou acquièrent une expérience sur le terrain, soit pendant les périodes de cours, soit pendant les vacances. Les contraintes que les décès et funérailles dus au SIDA ont imposé aux infrastructures limitées de transport des universités ont sérieusement compromis les possibilités d'offre de ce genre d'expériences. Ainsi, l'Université de Nairobi a constaté que le nombre total de déplacements annuels sur le terrain a chuté de moitié dans la période 1995–2000.

On signale également certains cas où la fréquentation des cours et la remise des travaux d'étudiants ont été affectés par la maladie des étudiants. Ceci n'est pas considéré comme un problème majeur, dans la mesure où les professeurs ont pu user de leur pouvoir discrétionnaire pour octroyer aux étudiants concernés un délai supplémentaire pour remettre leur travail. Toutefois, un nombre inouï d'étudiants connaissent de graves problèmes émotionnels lorsqu'ils apprennent qu'un membre de leur famille souffre du VIH/SIDA. Cette connaissance les empêche d'étudier et de se concentrer convenablement sur leur travail universitaire. En 1999, l'Association des Universités du Commonwealth proposait une série de lignes d'orientation de politiques destinées aux universités des pays du Commonwealth. En autres dispositions, ces lignes d'orientation indiquaient : " aucun étudiant ne pourra invoquer sa séropositivité pour justifier le non accomplissement de travaux, le non achèvement de tâches assignées, la non présence au cours ou visites de terrain ou passage d'examens. Les exceptions ne seront uniquement considérées que sur base d'un avis médical et juridique professionnel. " (ACU, 1999, D.8). Ces lignes d'orientations méritent d'être revues. En effet, elles ne semblent pas suffisamment faire cas des énormes pressions émotionnelles et psychologiques que subissent les étudiants personnellement contaminés par le VIH ou affectés par sa présence au sein de leurs familles.

Les activités de recherche et de consultation semblent avoir été affectées dans la même mesure que celle d'enseignement. On ne rapporte toutefois aucun cas où ces activités auraient décliné en raison de la maladie ou du décès de membres du personnel. Certains éléments montrent cependant qu'un personnel moins qualifié a eu à assumer des responsabilités ou que les supérieurs ont vu leur charge de travail accrue. De façon plus positive, on constate également un volume croissant de recherche dans des domaines ayant trait au SIDA produit par les universités, y compris le travail fructueux actuellement entrepris conjointement entre l'Université de Nairobi et l'Université d'Oxford sur la mise au point d'un vaccin capable de stimuler le système immunitaire.

### ***L'impact sur la vie sociale des universités***

Le projet de lignes d'orientation de politique de l'ACU fait une discrète référence aux réalités de la vie sociale sur les campus universitaires dans la partie consacrée au viol, à l'abus sexuel, à la toxicomanie, et à la violence, puis de nouveau dans la partie consacrée à la responsabilité personnelle. Ces déclarations de politiques apparaissent séparément, bien que pratiquement sous la même forme, pour le personnel et les étudiants. Pour les étudiants ces directives mentionnent:

L'université reconnaît l'existence du viol, de l'abus sexuel, de la toxicomanie et de la violence sur son campus et fait tous les efforts possibles pour enrayer ces pratiques et offrir aux étudiants l'accès, si besoin est, à des services appropriés de conseil psychologique et de prise en charge. L'université s'attache plus particulièrement à fournir des conseils sur les questions (médicales, comportementales et juridiques) liées au harcèlement sexuel, aux maladies sexuellement transmissibles, à la grossesse et à l'infection à VIH et sa médication. (ACU, 1999, D.4, ii).

La partie consacrée à la responsabilité personnelle des étudiants indique :

Les étudiants sont encouragés à reconnaître la responsabilité qui leur incombe de jouer un rôle dans la riposte à l'épidémie de VIH/SIDA et donc à adopter un mode de vie personnel qui leur évite de s'exposer ou d'exposer autrui à un risque de contamination (ACU, 1999, D.7, ii).

Les études de cas ADEA se sont largement penchées sur ces domaines, mais se sont presque qu'exclusivement focalisées sur le comportement sexuel des étudiants. Pour des raisons compréhensibles, (y compris les contraintes de temps), ils ne se sont pas appesantis, sauf de façon fortuite, sur le comportement sexuel du personnel. Il ressort clairement des études de cas que traiter de ces sujets ouvre un énorme éventail de questions qu'elles ne pouvaient traiter que de façon limitée. Les universités devraient être encouragées à réaliser davantage d'enquêtes uniquement consacrées à ce sujet et à faire connaître leurs conclusions. Ceci pourrait déboucher sur un consensus sur la façon dont les universités peuvent aider leurs étudiants et leur personnel à "adopter un mode de vie personnel qui leur évite de s'exposer ou d'exposer autrui à un risque de contamination".

En se basant sur des questionnaires conçus à cet effet ou en s'inspirant de la recherche existante, les études de cas ont caractérisé les situations des campus comme suit :

1. La majorité des étudiants sur le campus sont sexuellement actifs, avec une plus grande proportion d'étudiants que d'étudiantes reconnaissant l'être. "Avoir un partenaire sexuel est considéré comme un signe de prestige entre étudiants" (Université de Zambie).
2. Les étudiants qui ne sont pas sexuellement actifs ont pris la décision de s'abstenir longtemps auparavant (avant d'arriver sur le campus ?) et certaines de ces décisions reposent sur leurs convictions religieuses.
3. Parce qu'ils subissent moins de limitations, les étudiants qui vivent sur le campus sont davantage susceptibles de s'adonner à une activité sexuelle que ceux qui ne vivent pas sur le campus, mais chez des parents ou des amis.
4. L'activité sexuelle se déroule régulièrement tout au long d'un trimestre/semestre, mais semble s'intensifier avec l'approche des examens, peut-être en raison des interactions plus proches des étudiants pendant ces périodes (Université du Ghana).
5. L'activité sexuelle s'intensifie en fonction de l'année d'étude, étant à son plus bas niveau chez les étudiants de première année et à son niveau le plus élevé chez les étudiants de dernière année, mais toujours avec une plus grande proportion d'étudiants que d'étudiantes (Université de Namibie).
6. "Les étudiantes ont eu le sentiment qu'environ dix pour cent de la population des étudiantes ont des relations sexuelles pour des raisons de pauvreté, par pression des autres, et parce qu'elles recherchent un soutien émotionnel et un sentiment de sécurité" (Université Jomo Kenyatta).
7. Bien qu'il y ait énormément de comportement sexuel non protégé (ce qui débouche parfois sur des grossesses non désirées), l'utilisation du préservatif semble être en expansion.
8. Avoir plus d'un partenaire sexuel est un signe de standing – "c'est cool" (Université de Namibie).
9. Sur le campus, les relations sexuelles ne sont généralement ni régulières ni monogames. "Les garçons jouent à 'goûter puis à laisser'" (Université de Western Cape). "Les relations entre étudiants se font et se défont très facilement, la durée moyenne d'une relation étant de trois à cinq mois" (Université du Bénin). "... les aventures sont monnaie courante et le changement de partenaires est très fréquent au sein de la petite communauté universitaire. Certains ont baptisé cela les "amitiés saisonnières" (Université de Zambie).

10. Les étudiants plus âgés trouvent plus aisé et même plus “ sûr ” d’avoir des relations avec des jeunes étudiantes. C’est parce qu’ils ont le sentiment que leurs homologues étudiantes ont été déjà suffisamment longtemps sur le campus pour avoir fréquenté d’autres partenaires masculins (peut-être en dehors de la communauté universitaire) qui les ont exposés au risque d’infection à VIH (Université de Nairobi).
11. Les étudiants plus âgés non plus suffisamment d’argent à dépenser pour des prostituées, et concentrent donc leur énergie sur des étudiantes plus jeunes moins expérimentées et moins soupçonneuses (Université de Nairobi). D’un autre côté, “ les jeunes femmes n’apprécient pas les relations avec leurs congénères car elles les trouvent immatures ” (Université Jomo Kenyatta).

Outre ces activités qui sont pratiquement confinées au niveau “ interne ”, les étudiants ont également énormément d’activités sexuelles à l’extérieur :

1. Le syndrome du “ parrain protecteur ” où des hommes aisés d’âge mûr en dehors du campus accordent des attentions particulières aux étudiantes est un phénomène universel. Le syndrome de la “ marraine ” où des femmes d’âge mûr accordent des attentions particulières aux jeunes étudiants, existe également mais ne semble pas très répandu.
2. Les étudiants fréquentent les professionnelles du sexe en dehors du campus et les ramènent parfois dans les résidences universitaires (en argot étudiant, ils disent qu’ils introduisent une “ collection ” ou qu’ils “ importent ”).
3. Certaines étudiantes s’adonnent à la prostitution. Pour certaines la motivation est de recueillir des fonds pour financer leurs frais de scolarité ou faire vivre leurs familles. Pour d’autres, c’est la possibilité de mener un bon train de vie et pouvoir exhiber des signes extérieurs de richesse (tels qu’un téléphone cellulaire).

Les rapports sur la vie sociale des étudiants sur le campus révèlent également des préoccupations concernant le statut de soumission des étudiantes, et en particulier leur incapacité à négocier soit l’absence de rapports sexuels soit des pratiques sexuelles plus sûres. Ces préoccupations ont été bien décrites dans un travail de recherche mené par l’Université du Botswana:

Les étudiantes ont souligné que les femmes n’avaient pas autant de pouvoir sur les questions sexuelles que les hommes et qu’elles se débattaient pour essayer de convaincre leurs hommes de la bonne conduite à adopter. Les femmes ont réitéré leur préoccupation quant à la pression exercée sur elles par les parents pour qu’elles se marient et aient des enfants, et la pratique culturellement tolérée qui encourage les hommes mûrs à avoir des relations sexuelles avec des femmes plus jeunes. Elles ont le sentiment que le pouvoir des femmes doit être renforcé et qu’elles nécessitent une protection juridique en raison des abus dont elles sont souvent victimes (Odirile, 2000).

La violence à l’encontre des femmes n’est abordée que dans un seul rapport, celui de l’Université de Western Cape. Ce type de violence est endémique dans la société sud-africaine, où un viol se produit toutes les 23 secondes. Ce problème existe également dans d’autres pays mais pas dans une si grande ampleur. Ce qui est encore plus courant c’est le “ viol consensuel ” où, par manque de pouvoir, la partenaire accepte de mauvaise grâce le rapport sexuel afin de préserver une relation, d’éviter d’être battue, d’assurer un soutien financier ou de rembourser une faveur. Malheureusement, la violence de cette nature se produit dans toutes les sociétés et donc toutes les universités. Les études de cas indiquent également que l’atmosphère des campus universitaires est telle qu’il n’est pas rare que se produisent ces viols consensuels. Les étudiantes,

les employées et les femmes membres du personnel risquent d'être traitées davantage comme des marchandises que comme des êtres humains. Elles ont peut-être déjà vécu ce qui a très bien été exprimé par un étudiant de l'Université de Western Cape:

Il y a beaucoup de garçons qui forcent les femmes à avoir des relations sexuelles avec eux. Les femmes ont tendance à refuser mais finalement laissent les garçons coucher avec elles et ne dénoncent jamais ces cas.

### ***Les Universités en tant qu'institutions à haut risque***

L'ONUSIDA a recensé les facteurs comportementaux et sociaux qui jouent un rôle dans le déclenchement d'une épidémie de VIH par transmission sexuelle ou qui contribuent à l'amplifier:

1. Grande proportion de la population adulte avec des partenaires multiples
2. Partenaires sexuels en parallèle plutôt que consécutifs
3. Larges réseaux sexuels
4. "Mélange des groupes d'âge", d'ordinaire entre hommes mûrs et jeunes femmes
5. Peu ou pas d'utilisation du préservatif
6. Dépendance économique des femmes sur le mariage ou la prostitution, ce qui les prive du contrôle sur la situation ou de la sécurité des relations sexuelles (ONUSIDA, Décembre 2000, p. 8).

Ce que montre les études de cas c'est que pratiquement chacun de ces facteurs se retrouve à des degrés divers dans le comportement sexuel des étudiants sur les campus universitaires. En raison de la culture des universités – le postulat non dit selon lequel "c'est ainsi que les choses se passent ici, ces schémas de comportement sont acceptables dans notre contexte" semblerait un terrain ambivalent, voire ouvert à l'habitude de se faire entretenir, aux expériences sexuelles, à la prostitution sur le campus, aux rapports sexuels occasionnels non protégés, à la violence contre les femmes, aux partenaires multiples, et autres activités similaires à haut risque. Dans le contexte du VIH/SIDA au sein des communautés estudiantines aujourd'hui, cette culture est une culture de mort. Dans le contexte du VIH/SIDA au sein des communautés estudiantines aujourd'hui, cette culture court le danger de favoriser le risque plus que la sécurité. Elle court le danger de favoriser la mort plus que la vie.

Ceci revient à dire que l'université est une institution à haut risque pour la transmission du VIH. "Le postulat de base à partir duquel nous devons travailler est que les étudiants des résidences universitaires sont une population à haut risque" (Chetty, 2000, p. 3). La communauté universitaire tout entière, mais plus particulièrement la direction de l'université doit affronter sans détours cette réalité. Elle doit également reconnaître que certaines autres pratiques sont susceptibles d'accroître les risques de contamination. Par exemple, l'obligation pour les étudiants d'avoir à entreprendre des visites de terrain ou acquérir une expérience de terrain, soit pendant l'année scolaire soit pendant les vacances, débouche généralement sur le fait qu'ils se retrouvent loin de leur environnement habituel, qu'ils doivent assurer leur propre logement, et disposent de certaines sommes d'argent – une combinaison de facteurs qui accroissent la probabilité de se livrer à une activité sexuelle, avec d'éventuelles conséquences fatales.

Les universités doivent prendre en compte tous ces facteurs et manifester leur volonté à apporter les changements qui s'imposent. Faire évoluer une culture et des pratiques à l'université de façon à ce que dans le milieu elles favorisent plus fortement la vie que la mort, la sécurité plus que le risque n'est pas chose aisée. Ceci ne peut se faire qu'au niveau du sommet, il importe également qu'il y ait un engagement des individus tout au long du processus, y compris les groupes formés par les étudiants et leurs syndicats qui sont très importants. Néanmoins, sans leadership, inspiration et encadrement du sommet, il est peu probable que les autres parties puissent prendre des initiatives de changement dans ce sens. Dans la situation actuelle, ce qui est réellement indispensable, c'est une conscientisation commune au niveau interne, découlant de la réalisation personnelle de ce que, avec le SIDA, les choses ne peuvent plus continuer " comme si de rien n'était ". La situation est tellement différente qu'il est indispensable, même à l'université d'être plus strict sur les normes comportementales et culturelles, et de revoir certaines pratiques, qui, si le SIDA n'avait pas existé, ne susciteraient pas de telles inquiétudes.



## **Chapitre 5: Ripostes de l'Université à la crise du VIH/SIDA**

Il ressort de l'ensemble du tableau de l'éducation en Afrique de l'Est et Australe que le secteur de l'éducation est en proie à un considérable désarroi, à un faible entendement du problème et qu'il a une réponse fragmentée dans sa façon de riposter aux impacts du VIH/SIDA. Le secteur montre qu'il s'adapte aux exigences de la maladie de façon pratiquement aléatoire. Il dispose de plusieurs projets, mais de très peu de programmes. Il part dans toutes les directions à la fois. (UNECA, 2000, p. iii).

Les messages qui ressortent des études de cas vont assez dans le même sens. Au risque de verser dans la simplification, on peut dire que les études dégagent les axes de riposte suivants (certains ont déjà été abordés et d'autres seront développés plus en détail dans le chapitre suivant) :

### ***Caractéristiques générales***

1. La caractéristique la plus frappante de la réaction des universités au VIH/SIDA est ce que l'on ne peut que qualifier de silence emplis de terreur qui entoure la maladie, au niveau institutionnel, académique et individuel. Hormis quelques ajustements, tous à des fins pratiques, les individus, les institutions et leurs associations poursuivent leurs activités comme si la maladie n'existait pas.
2. Dans leur riposte au VIH/SIDA, les universités présentent des caractéristiques similaires à celles des autres systèmes éducatifs : considérable incertitude, compréhension limitée, manque de prise en considération des impacts systémiques, manque de coordination, absence de plans d'actions convenablement mis au point, cadre de politique minimal, et lourde dépendance sur l'initiative de quelques membres du personnel intéressés et engagés.
3. La riposte au VIH/SIDA dans les universités et dans la société n'a pas généré l'engagement passionnel que les universités et les étudiants ont historiquement manifesté envers d'autres combats en faveur de l'université, de la libération ou d'autres causes sociales.

### ***Elaboration de politiques et leadership***

1. Les universités sont théoriquement conscientes du fait qu'elles devraient se préoccuper du VIH/SIDA et de ses impacts, mais ne traduisent pas cette conscience théorique en un quelconque plan d'action significatif.
2. Seule une institution a élaboré des lignes d'orientation de politique formelles sur le VIH/SIDA et une autre s'est sérieusement mis au travail pour mettre au point une politique de l'institution. A ce jour, aucune des autres universités ne semble avoir avancé dans l'adaptation du cadre de politique proposé par l'ACU ou l'élaboration de leur propre déclaration de politique.
3. Parvenir à vaincre le VIH/SIDA au sein d'une université exige un exceptionnel engagement personnel, moral, politique et social de la part de la plus haute hiérarchie universitaire. Lorsque ce leadership a été assuré, le succès a suivi. En règle générale, toutefois, les manifestations de cet engagement au plus haut niveau sont limitées.

4. Le leadership de l'Université doit galvaniser le personnel et les étudiants et les pousser à regarder au-delà des préoccupations personnelles et à comprendre et agir sur les questions systémiques liées au VIH/SIDA.
5. Le leadership de l'université tend à être confiné à des manifestations isolées d'intérêt sur le VIH/SIDA, lors des séances d'orientation des étudiants et autres occasions, mais n'est pas suffisamment étendu à une action de suivi par des personnes responsables.
6. La responsabilité première de l'intégration systématique du VIH/SIDA dans toutes les activités de l'université, en particulier dans ses fonctions d'enseignement, recherche et services, incombe aux cadres supérieurs de l'université et à leurs responsables délégués. A défaut d'un tel stimulant et leadership, les efforts du personnel et des étudiants demeurent non coordonnés et – généralement- sans ressources. En outre, ces efforts, parce qu'ils reposent sur des individus, manquent de pérennité.

### ***Structures organisationnelles, planification et programmation***

7. Il y a un considérable transfert de responsabilités (des assemblées universitaires aux conseils universitaires, des facultés ou écoles aux départements), mais il n'y a aucune action ou stratégie concertée de l'université. Le VIH/SIDA est considéré comme la responsabilité de tous, mais la préoccupation de personne.
8. Les instances suprêmes de l'université, tendent à demeurer satisfaites des déclarations appropriées sur le VIH/SIDA, mais ne prennent pas suffisamment de mesures pour convertir ces déclarations en actions.
9. Les structures à l'échelon de l'université pour la coordination et la mise en œuvre de la riposte de l'institution à la maladie sont l'exception plutôt que la règle.
10. Avec toutefois une exception exemplaire, il n'y a pas de budget prévu pour la mise en œuvre d'un quelconque plan lié au SIDA.
11. On constate un manque presque total d'informations précises. Les dossiers sont médiocres et mal suivis. Pratiquement aucun d'entre eux (même dans les dispensaires) ne font allusion au VIH/SIDA..

### ***La riposte des institutions***

1. Bien qu'elles manifestent un considérable intérêt pour les besoins des individus, les universités n'apportent pratiquement aucune réponse institutionnelle au VIH/SIDA. Excepté les institutions qui commencent juste à présent à envisager d'introduire les politiques appropriées, il n'y a aucune reconnaissance du fait que la riposte doit être aussi large que l'université elle-même et doit inclure tous ses membres et tous ses départements.
2. Les universités tendent à laisser la responsabilité des initiatives des VIH/SIDA aux individus et mouvements intéressés, mais cherchent rarement à intégrer ces derniers dans une réponse coordonnée de l'institution. Ceci résulte en des interventions partielles et fragmentées qui ne peuvent durer que tant que l'intérêt ou la présence du groupe ou de l'individu est assurée. Cela entraîne également une couverture disparate.
3. Lorsqu'elles entreprennent des actions, les universités semblent focaliser leur attention presque entièrement sur la prévention de la contamination et le traitement immédiat des maladies. Il y a un peu mais pas beaucoup de conseil. On constate très peu de soins (sur le lieu de travail, dans les dispensaires, à domicile – surtout les domiciles situés sur le campus) – ou de thérapie antirétrovirale, pratiquement rien sur la gestion de l'impact et

rien qui aille dans le sens du développement de la capacité à gérer la maladie par des mesures pro actives et anticipatives.

4. L'essentiel des ripostes de l'université semble être focalisé sur les questions médicales qui peuvent être gérées au niveau des dispensaires et des centres de santé.
5. L'offre de conseil requis dans une situation de séropositivité fait cruellement défaut, très peu de personnel s'il existe, ayant reçu une préparation professionnelle nécessaire pour assurer ce type de soutien ou conseil psychologique.

L'essentiel de l'attention de l'université est focalisé sur le VIH/SIDA dans la population estudiantine.

En dépit des graves impacts sur le personnel académique et non académique, aucun programme d'éducation sur le lieu du travail pour la protection de ce personnel ou la satisfaction sur le lieu de travail de leurs besoins liés au VIH/SIDA (tels que le CTV, des services de santé axés sur l'employé, l'offre de préservatifs, des salles de repos) ne sont prévus.

6. En dépit de son potentiel d'impact financier important, la maladie ne semble pas être prise en compte dans les registres ou la planification financière.
7. Il y a un considérable trouble ou des perturbations dans certaines universités avec des niveaux élevés de morbidité, absentéisme et mortalité du personnel, mais il n'a pas été suffisamment réalisé que ce phénomène pourrait s'intensifier et saper la capacité de l'université, s'acquitter des services dont elle a reçu mandat, et conduire éventuellement à l'impossibilité d'assurer certains ou la totalité de ces services. Rien ne permet d'affirmer que le VIH/SIDA a été intégré systématiquement dans la gestion de l'université ; en particulier, il n'y a aucun signe de changement quel qu'il soit dans ce qui est susceptible de constituer des systèmes de gestion à haut risque, tels que les missions qui impliquent des périodes assez longues de séparation des conjoints, ou des systèmes de résidence d'étudiants pratiquement sans supervision.
8. Rien ne permet d'affirmer que toutes les universités ont pris les dispositions qui s'imposent pour réduire les risques de contamination auxquels sont exposés les personnels des départements médicaux et de dentisterie ou qu'elles ont établi des procédures pour faire face à la situation une fois le personnel exposé.

### ***La riposte de l'enseignement et de la recherche***

1. Aucun changement important n'a été constaté dans les politiques ou pratiques académiques de l'université en réaction à la maladie.  
Bien que certaines institutions aient pris des dispositions pour inclure le VIH/SIDA dans certains aspects du programme de cours, rien ne permet d'affirmer que le VIH/SIDA a été intégré systématiquement dans les programmes d'enseignement des universités.
2. De bons travaux et publications de recherche sur le VIH/SIDA sont produits par certaines institutions, mais ces derniers ne sont pas toujours bien diffusés, même au sein des institutions.
3. Les universités pourraient capitaliser encore davantage sur le potentiel qu'offre le VIH/SIDA pour la recherche qui est si importante pour le bien être de la société. Elle pourrait également être moins fataliste dans sa recherche sur le sida.
4. Aucune université ne semble avoir accordé une réflexion à sa responsabilité de bâtir la compétence et l'expertise professionnelle qui sont en passe d'être décimées dans la société en raison du sida, d'adapter le nombre de ses diplômés afin de répondre à la

demande croissante dans certains domaines professionnels (en particulier la santé, conseil psychologique et éducation) ou de dispenser un enseignement dans de nouveaux domaines qui émergent en raison de l'épidémie. Les universités ne semblent pas conscientes de leurs responsabilités de répondre aux besoins nouveaux et spécialisés de savoir dans une société dominée par le sida.

La Connaissance sur le VIH/SIDA est loin d'être parfaite, même au sein du personnel académique, certains d'entre eux avouant en effet ne pas savoir suffisamment pour pouvoir incorporer ce sujet dans leurs cours.

### ***Le climat institutionnel***

1. Les personnes que l'on soupçonne d'avoir le sida peuvent être l'objet d'une considérable stigmatisation et discrimination. Parfois elles sont ouvertes, mais la plupart du temps, elles se cachent sous des formes subtiles et voilées. Toutefois au fur et à mesure que la maladie progresse, la pitié et la compréhension tendent à prendre la place de la stigmatisation et de la discrimination.
2. La crainte de l'ostracisme ainsi que la conviction que l'on fera très peu pour les aider, ont empêché les personnes vivant avec le VIH/SIDA de révéler ouvertement leur état et de former des associations qui pourraient promouvoir leurs intérêts, et contribuer à éradiquer la maladie.
3. Les étudiants semblent avoir un niveau raisonnable de connaissance sur la maladie. L'essentiel de ces connaissances provient des médias ou a été acquis à l'école, mais certains ont appris beaucoup de ce qu'ils savent sur le VIH/SIDA à partir de sources universitaires.
4. La connaissance des étudiants sur la maladie ne conduit pas à l'échelle que l'on souhaiterait à un changement souhaitable de comportement. Le comportement sexuel à haut risque est une caractéristique tolérée de la vie et de la culture des étudiants sur le campus universitaire. La connaissance personnelle des risques associés à ces comportements n'entraîne pas de changement dans la culture qui favorise ces diverses façons de se comporter.  
L'atmosphère sur les campus universitaires est telle que se produisent fréquemment des viols consensuels. Les étudiantes, les employées et les femmes membres du personnel courent le risque d'être traitées comme des marchandises plutôt que des êtres humains. Bien qu'il y ait des efforts louables de militantisme étudiants (à travers les clubs et associations) visant à prévenir la propagation du VIH, ces initiatives tendent à être peu motivées et ne sont pas toujours soutenues.

### ***Les coûts du retard***

1. Les universités courent le danger de commettre les erreurs qu'ont commises leurs pays respectifs dans leur gestion du VIH/SIDA :
2. Sous-estimer son potentiel de destruction du système ;
  - a. se laisser aller à l'autosatisfaction et à l'inaction en se laissant tromper par les signes extérieurs d'individus apparemment en bonne santé et de systèmes fonctionnant pour l'instant ;
  - b. considérer la maladie comme étant essentiellement un problème de santé ;
  - c. ne pas faire preuve du sens de l'urgence nécessaire ;

- d. accorder au problème financier urgent mais à court terme une priorité plus élevée que la prise en charge de la situation épidémique qui a le potentiel de saper tout ce que l'institution s'efforce d'accomplir ;
  - e. ne pas parvenir à renforcer la capacité nécessaire de gestion des impacts de la maladie ;
  - f. se comporter comme si l'on en faisait suffisamment lorsque des individus ou des groupes s'engagent dans des ripostes et activités mais sans essayer d'établir ces derniers sur une base institutionnelle coordonnée ou encore sans essayer de les intégrer dans un cadre institutionnel.
3. Les universités courent également le danger de permettre que le VIH/SIDA sur le campus demeure ancré, recouvert par un nuage de silence, de secret et de honte qui compromet les efforts de limitation de sa propagation et de riposte au déficit qu'il pose.
4. Les universités sont par-dessus tout en danger de ne pas faire preuve de l'engagement total, exceptionnel, personnel, moral, politique, et social du leadership qui s'impose pour vaincre le VIH/SIDA. Le prix à payer pour ces faiblesses sera la perte de temps et de vies humaines.

## **Chapitre 6: Relation entre VIH/SIDA et élaboration des programmes de cours, recherche, et politique au sein de l'université**

### ***Adapter le programme de cours universitaire en réponse au VIH/SIDA***

A défaut de politiques universitaires, l'intégration du VIH/SIDA dans les programmes d'enseignement dépend en grande partie d'initiatives émanant d'individus ou de départements. Pour la plupart, ce travail est accompli à partir de la base sans aucun appui particulier du sommet de la hiérarchie. En conséquence il tend à avoir une qualité inégale et morcelée et une couverture inadéquate (en ce qui concerne le contenu comme la participation des étudiants). Les programmes de sciences de la santé et de médecine font toutefois exception. Ces programmes exigent généralement que les étudiants participent aux cours qui couvrent tous les aspects de la maladie bien que l'accent soit largement mis sur ces aspects médicaux et cliniques.

D'autres départements intègrent quelques aspects pertinents du problème à des stades appropriés de leur programme. Les études de cas rapportent que ceci se fait dans des domaines tels que l'administration, les sciences biologiques, l'éducation, l'éthique, la géographie, les études des questions relatives au genre, le droit, la microbiologie, la psychologie et la sociologie. La force de ces efforts réside dans la façon dont ils mêlent les questions relatives au sida à des préoccupations strictement professionnelles. Le VIH/SIDA est présenté comme un sujet professionnel dans la matière concernée. Le but est de préparer les étudiants à savoir gérer les questions de VIH/SIDA qu'ils rencontreront dans leur vie professionnelle après leur diplôme. Le but est de développer des diplômés instruits et compétents en matière de SIDA qui seront suffisamment qualifiés pour emmener ces préoccupations dans leur vie par la suite, pour gérer ces problèmes dans leur profession, et pour porter au grand jour ces problèmes de SIDA.

Cet objectif diffère de celui des programmes d'information et d'orientation qui visent à informer les étudiants sur le VIH/SIDA, dans le but essentiel de promouvoir la compréhension qui débouchera sur le changement de comportement. Bien que certaines des études de cas mentionnent l'existence de ces programmes dans les universités, ces derniers ont peut être un intérêt minimum (un point que l'information sur la vie sociale des étudiants sur le campus semble confirmer). Les cours d'orientation sur le VIH/SIDA pour un grand nombre d'étudiants sont peut-être intéressants pour communiquer des informations factuelles et/ou corriger des idées fausses. Toutefois les facteurs déterminants du comportement humain sont trop complexes et trop intimement mêlés à des questions affectives pour que ce type de cours (qui tendent à être essentiellement cognitifs et factuels) puissent induire un changement de comportement à grande échelle. Il y a également ce l'on appelle le problème de la "lassitude du SIDA)". La majorité des nouveaux arrivants à l'université savent déjà beaucoup sur la maladie. Certains auront tendance peut-être à résister à ce qu'ils considèrent comme de l'exagération voire même de l'endoctrinement.

Dans le contexte de l'université, la procédure la plus indiquée serait de développer ce qui a déjà été initié par les universités de l'étude de cas, à savoir intégrer les préoccupations liées au VIH/SIDA dans tous les programmes et cours d'enseignement, soulignant leur pertinence pour la future vie professionnelle. Cette intégration systématique ne doit pas être confinée aux

situations formelles d'enseignement dans les amphithéâtres et les laboratoires, mais doivent s'étendre à tous les aspects des programmes universitaires y compris le travail sur le terrain, les travaux pratiques et les études de recherche qui en font partie intégrante. Pour que ces efforts ne dégénèrent pas en une série d'initiatives non coordonnées et spécifiques à un département ou à une personne, il sera indispensable que les conseils des universités imposent cette intégration systématique et garantissent la responsabilité à cet égard.

### ***Répondre aux besoins professionnels créés par le SIDA au sein de la société***

Les études de cas se sont pratiquement entièrement préoccupées de l'intégration du VIH/SIDA dans les programmes de cours universitaires. Elles ne se sont pas penchées sur les questions d'élargissement de la contribution des étudiants à ces programmes ou l'établissement de nouveaux programmes. Ces deux perspectives sont pourtant importantes pour les universités en Afrique.

Les universités ont le devoir de répondre aux besoins de leurs sociétés. En raison du SIDA les sociétés en Afrique sont en passe de perdre des individus compétents et professionnels qu'elles ont passé des années à former. En raison de la façon dont l'épidémie s'est développée, on constate une corrélation positive entre taux de prévalence et niveau d'éducation ou de formation. Si cette situation semble évoluer (Vandemoortele & Delamonica, 2000), il n'en demeure pas moins que de considérables pertes sont subies actuellement au sein des professeurs, des enseignants de collège, des médecins, d'autres professionnels de la santé, des ingénieurs, des ingénieurs commerciaux, et des fonctionnaires de haut niveau. Les universités dans les pays gravement touchés doivent surveiller le pouls de la nation afin d'évaluer la situation dans ce domaine et d'autres domaines similaires, et d'adapter leur nombre d'étudiants en conséquence. Si le caractère essentiel de l'université va au-delà des limites du développement de ressources qualifiées, sa responsabilité demeure de faire en sorte de renouveler les réserves d'individus compétents et qualifiés dont les nombres sont actuellement décimés par le SIDA. L'industrie minière en Afrique du Sud qui forme quatre foreurs pour chaque poste disponible, a relevé ce déficit. La politique éducative du Swaziland semble avoir également très bien saisi le problème dans la mesure où le ministère de l'éducation s'efforce de former deux fois plus d'enseignants que d'ordinaire sur les deux décennies à venir, et ce uniquement pour pouvoir maintenir les services à leur niveau actuel (Swaziland, 1999 p ; 50). Réagir à une telle situation exige d'énormes adaptations au niveau des institutions d'enseignement pédagogique, non seulement dans la taille de leur programme dans la façon dont ils sont programmés dans le temps et très probablement dans la façon dont ils sont structurés et dispensés. Les universités devraient adopter une approche quelque peu similaire.

Les universités doivent également s'adapter à la façon dont le VIH/SIDA modifiera la demande de certains services. Il a déjà été mentionné que d'ici 2010 la demande de santé en Afrique du Sud pourrait augmenter de 11% par rapport à un scénario sans SIDA (Quattek, 2000, p.41). Ceci implique qu'il faudrait pratiquement immédiatement commencer à accroître les admissions à l'université, de façon à ce que les programmes puissent progressivement prendre de l'ampleur. Rien ne semble avoir été accompli dans ce domaine, mais ceci constitue en soi un défi pour les universités en Afrique ; elle pourrait consacrer une partie de leur expertise à étudier quels sont les besoins en ressources humaines que créera le SIDA dans les domaines médical, du suivi psychologique et autre, dans leurs pays, puis veiller à ce que leurs programmes soit en mesure de répondre à ces besoins.

Deux autres aspects de la riposte de l'université sur le plan du programme et de la formation aux impératifs du VIH/SIDA sont importants. Le premier est la façon dont la perte de personnel qualifié dans toute la société oblige les autres à être transférés et à reprendre les responsabilités d'un collègue absent. Toutefois il n'y a aucune garantie que ces derniers ont la compétence ou l'expertise nécessaire pour le faire. Ceci révèle la nécessité d'assurer une plus grande flexibilité des diplômés de façon à ce qu'ils puissent plus facilement assumer des responsabilités en marge de leur domaine strictement professionnel. L'étranglement de la préparation des diplômés n'a jamais été une bonne chose, mais elle l'est encore moins dans cette société dominée par le SIDA. Ceci se reflète très bien dans la profession enseignante. Un professeur d'école secondaire qui n'a qu'une seule matière à enseigner est beaucoup moins intéressant pour une communauté scolaire frappée par le SIDA qu'un professeur qui outre la matière principale qu'il enseigne peut enseigner une ou deux matières optionnelles. Peut-être aujourd'hui plus que jamais, les universités devraient se concentrer sur leur programme de licence, en veillant à ce que les étudiants maîtrisent la capacité à apprendre – autrement dit en jargon qu'ils apprennent à apprendre- de façon à ce qu'ils soient flexibles, fassent preuve d'adaptation et soient innovateurs dans la réponse aux besoins d'un monde de SIDA imprévisible et en rapide mutation.

Le second point a trait à l'introduction de nouveaux domaines d'étude et de recherche. La croissance de l'épidémie de SIDA nécessitera certainement des professionnels dans des domaines qui ne sont pas suffisamment couverts par les universités à l'heure actuelle – prenons par exemple les sciences de la mort (la thanatologie) et de la souffrance, le micro-crédit, la sexualité, la prise de risque, la théologie, et la nécessité permanente d'une intégration élargie des droits de l'homme et de la dimension éthique dans pratiquement tous les programmes de recherche et d'enseignement. Les administrateurs d'université en Afrique pourront protester qu'ils n'ont pas suffisamment de temps déjà pour continuer à faire tourner leurs institutions, sans avoir en plus à intégrer des innovations et des développements dans le domaine du SIDA. Mais si certains de ces sujets ne sont pas abordés, les universités se rendront compte qu'elles n'avancent pas dans la bonne voie. On ne soulignera jamais assez que dans un monde où règne le SIDA les choses ne peuvent pas continuer comme si de rien n'était. L'importance et la survie des universités en Afrique dépend lourdement de leur capacité à s'adapter aux impératifs de la maladie dans toutes les facettes de leur fonctionnement.

### ***Recherche, publication et services publics relatifs au SIDA***

Depuis la publication en 1982 par l'école de médecine de l'université de Zambie de quelques premiers cas documentés de SIDA en Afrique, les universités de l'étude de cas ont maintenu une contribution constante de recherche qui a considérablement apporté à la compréhension internationale sur le VIH/SIDA. La recherche couvre tous les domaines – scientifique, médical, social et communication – et s'étend fréquemment pour inclure les relations extérieures avec la communauté et des activités de conseil et consultations. Une grande partie de cette recherche est institutionnalisée comme c'est le cas à travers le programme de santé publique de l'université de Western Cape, l'Institut Noguchi Memorial pour la recherche médicale, à l'université du Ghana et l'Institut de recherche économique et sociale de l'université de Zambie. Certains ont reçu une reconnaissance internationale comme c'est le cas par exemple de la coopération internationale entre l'Université de Nairobi et l'Université d'Oxford pour le développement d'un vaccin contre le SIDA.



Dans de nombreuses universités, les étudiants de troisième cycle sont de plus en plus engagés dans la recherche sur le SIDA dans le cadre de leur programme de maîtrise ou de doctorat, tandis que les étudiants de maîtrise sont encouragés à mener des mini-recherches et à rédiger de courts articles sur ces domaines dans le cadre de leur programme académique.

Les conclusions de la recherche et des services de consultations qui ont été réalisés ont été diffusées lors de différentes réunions à l'intérieur du pays et lors de nombreuses conférences internationales et régionales. Le personnel des universités en Afrique, y compris de nombreux membres du personnel de l'université des études de cas, a joué un rôle prédominant lors de la 11<sup>ème</sup> conférence internationale sur le SIDA en Afrique (ICASA) qui s'est tenue à Lusaka en septembre 1999, lors de la XIII<sup>ème</sup> conférence internationale sur le SIDA qui s'est tenue à Durban en Juillet 2000, et lors du Forum pour le Développement en Afrique 2000, qui s'est tenu à Addis Abéba en Décembre 2000. Et ceci est dans l'ordre des choses : Les chercheurs africains doivent apporter à la communauté internationale les conclusions de la recherche africaine sur les problèmes qui hantent l'Afrique.

Un des autres produits de la recherche universitaire a été l'implication du personnel dans l'évolution des cadres stratégiques et le développement de politiques nationales, l'organisation d'ateliers et de programme de formation pour les départements gouvernementaux et l'offre d'appui aux organisations non gouvernementales. Cet engagement du personnel a d'ailleurs débouché sur des remarques désabusées de leur part sur le contraste entre les considérables assistances qu'ils fournissent pour aider différentes organisations à agir ensemble contre le SIDA, et les requêtes limitées d'assistance similaire qui émanent de leurs propres institutions.

Il ressort clairement des études de cas qu'une importante et impressionnante recherche relative au VIH/SIDA est actuellement menée et que d'importants services consultatifs sont offerts. Il ressort également que l'information sur cette recherche et ces services n'est pas convenablement diffusée au sein des universités ou entre les universités. L'université de Western Cape a récemment établi une base de données ouvrant à tous son enseignement, sa recherche et ses publications relatives au SIDA. Il serait bon qu'une initiative similaire soit développée dans toutes les institutions de façon à ce que le personnel connaisse les activités de l'institution dans ce domaine, et plus important encore, que les universités elles-mêmes soient capables de s'appuyer sur cette base de données d'informations pour le développement de programmes, de stratégies et d'activité permettant d'intégrer systématiquement le VIH/SIDA dans tous les aspects de leur fonctionnement.

Le partage par la suite de cette base de données avec d'autres institutions dans la région devrait suivre en toute logique. Ceci pourrait se faire à travers le Commonwealth Knowledge Network que l'ACU établit ou à travers des initiatives délibérées soit de l'Association des Universités Africaines soit du groupe de travail ADEA sur l'enseignement supérieur.

L'université de Namibie a mis sur pied un fonds spécial de recherche pour le VIH/SIDA. C'est un exemple qui pourrait être suivi par d'autres universités de la région. Une des doléances communes à de nombreuses institutions est que l'université n'octroie pas suffisamment de fonds pour la recherche. Mais dans le domaine du VIH/SIDA, la situation est probablement différente,

car les ressources sont de plus en plus disponibles à travers les instances dirigeantes nationales relatives au VIH/SIDA et le Partenariat International contre le SIDA en Afrique (IPAA). Ce qu'il y a lieu de faire pour les institutions, c'est de développer des plans d'actions et de recherches pour le VIH/SIDA qui serviront d'instrument au leadership de l'université, pour rechercher et mobiliser les fonds nécessaires. Les gouvernements et la communauté internationale reconnaissent que le caractère transversal et multidimensionnel de l'épidémie de VIH/SIDA exige une riposte large et multisectorielle. Les éléments de cette approche doivent également caractériser la recherche universitaire en matière de VIH/SIDA. Si, bien entendu, chaque discipline doit s'en tenir à ses propres priorités de recherche, l'université doit veiller à ce qu'un esprit de multidisciplinarité et de collaboration caractérise la recherche. Le VIH/SIDA n'est pas uniquement un problème médical. Il ne s'agit pas non plus d'un problème purement scientifique. Il s'agit d'un problème humain multidimensionnel qui ne pourra pas être convenablement confronté s'il n'est pas placé sous les feux combinés de plusieurs disciplines. L'université du Ghana reconnaît la nécessité d'une plus étroite collaboration entre scientifiques, sociologues et médecins et l'importance de rapprocher la recherche de la communauté et du public. Une université guidée par de tels principes sera certainement sur la bonne voie. En outre cette université sera certainement en meilleure posture pour attirer des ressources externes pour sa recherche en matière de VIH/SIDA.

Toutefois on attend davantage des universités. Il est clair que le principal défi est d'étendre la connaissance sur les aspects scientifiques physiologiques et biomédicaux du VIH ainsi que sur l'évolution de l'infection. De même il est nécessaire d'avoir de nouveaux éclairages élargis dans tous les domaines des sciences humaines et sociales. En effet pratiquement toutes les disciplines qu'une université se prête à la recherche sur le VIH/SIDA et sur ses impacts. Mais ce serait limitatif si la recherche en Afrique, le continent le plus touché par l'épidémie, était simplement menée par la maladie, réagissant à ses effets et cherchant à comprendre ses impacts après son apparition. Une approche plus proactive est indispensable avec la mobilisation des meilleurs cerveaux d'Afrique qui chercheront comment circonscrire la maladie et ses impacts, en la devançant sur tous les fronts –depuis la mise au point d'un vaccin jusqu'à la thérapie en passant par l'anticipation des impacts socioéconomiques, le développement des institutions de façon à ce qu'elles deviennent intrinsèquement immunisées, l'incorporation positive des réalités de la sexualité sans risque, de la mort et du symbolisme du sang dans la vie, la façon de penser et le langage de la société. L'esprit des directeurs de recherche au sein des universités doit être obnubilé par la détermination de rechercher comment anticiper la maladie. Ils ne doivent pas tolérer que le VIH/SIDA leur impose le rythme des événements ou le champ d'action de leurs recherches. Au contraire leur approche doit être de dicter leur loi à la maladie

### ***Cadre universitaire de gestion du VIH/SIDA***

Les citations de l'encadré 4 montrent de considérables variations entre les universités en ce qui concerne leur préparation à la gestion de l'épidémie de VIH/SIDA. Bien que de nombreuses institutions reconnaissent qu'il est souhaitable de développer des cadres de politiques institutionnelles la majorité d'entre elles n'en ont rien fait pour l'instant. Le tableau est peu moins sombre en Afrique du Sud où 4 universités ont mis en place des politiques institutionnelles en Octobre 2000, et 10 autres universités ont déjà préparé des projets de politique, (mais 7 d'entre elles n'ont pas atteint ce niveau) (Chetty, 2000; cf. Appendice 1).

#### **Encadré 4 : Différences d'état de préparation des universités**

“ La réaction de l'université au VIH/SIDA est une réaction de dénégation qui se manifeste par la quasi absence de toute activité globale ou programme sur la maladie au niveau du campus qui soit ouvertement gérée et soutenue par le sommet de la hiérarchie ” (Université du Ghana).

“ Je pense que le VIH/SIDA sera dévastateur. Mais le campus n'est absolument pas préparé ” (Vice-recteur de l'académie de l'Université de Western Cape)

“ L'université de Zambie n'a pas intégré le VIH/SIDA dans ses plans ” (Université de Zambie).

“ En dépit du potentiel (de ses ressources humaines), l'université n'a accordé aucune place au VIH/SIDA dans sa planification stratégique ou institutionnelle ” (Université du Bénin).

“ L'université de Namibie a élaboré des lignes d'orientation de politique sur le VIH/SIDA qui ont été adoptées par le Conseil et l'Assemblée en 1997. L'essentiel de ces lignes est axé sur la prévention de la transmission du VIH et sur les besoins des séropositifs ou malades du SIDA ” (Université de Namibie)

Le consensus général atteint lors de la réunion de l'ACU en Octobre 1999 a fait clairement ressortir que les universités devraient prendre d'avantage de dispositions concrètes pour la gestion et le contrôle du VIH/SIDA. En outre, la direction de la politique doit être anticipative, propulsant l'institution plusieurs à plusieurs longueurs d'avance sur la maladie. Elle doit aller au-delà du confinement et du contrôle du VIH/SIDA pour le surmonter et le vaincre. Une politique qui se contente à peine d'une réponse de statu quo essentiellement dirigée sur la prévention, le conseil, et la diffusion de l'information ne sera couronnée que de très peu de succès, engageant l'université dans un interminable combat d'arrière garde contre la maladie. Les lacunes identifiées par les études de cas et les faiblesses des systèmes déjà décelées permettent de dégager trois axes qui devraient caractériser la riposte de l'université à l'épidémie :

1. Engagement du leadership ;
2. Objectifs clairs ;
3. Approche stratégique.

#### ***Leadership***

On ne soulignera jamais suffisamment l'importance du leadership. Il est éloquent que le thème du dernier Forum pour le Développement en Afrique qui vient de s'achever soit “ SIDA : le plus grand défi du leadership ”. Le forum a reconnu que la lutte contre le SIDA nécessitait plus d'engagement, de vision et de leadership que la conduite d'une guerre d'indépendance. Des études de cas ont fait clairement ressortir que le leadership de l'université faisait la différence. Lorsqu'un leadership fort et soutenu est présent, le succès est au rendez-vous. En absence de ce type de leadership les efforts faiblissent. Ainsi, ce dont les universités ont le plus besoin dans leur riposte au VIH/SIDA c'est de :

1. Un leadership dynamique, soutenu, publiquement manifesté, appuyé par des ressources et de l'action et émanant des cadres supérieurs de l'université au plus haut niveau ;
2. Une large diffusion de cette fonction de leadership, qui s'exprime par l'engagement, l'appui, le soutien et l'engagement du personnel universitaire du sommet de la hiérarchie à tous les niveaux – académique, professionnel, administratif, technique, et des services

- d'appui (y compris le leadership des étudiants et les centres proposant des services aux étudiants) ;
3. Une ouverture d'esprit sur la maladie, sa prévalence et ses impacts dans tous les départements et à tous les niveaux de fonctionnement de l'université ;
  4. Un sentiment d'urgence et de crise qui combine judicieusement le développement d'une compréhension et d'une planification stratégique avec la nécessité de prendre une action immédiate pour réduire les taux d'infection, dispenser des soins aux personnes infectées et affectées, et atténuer les impacts – et donc ainsi de sauver des vies.

Les universités doivent également prendre note de la position universellement admise qu'aucune campagne visant à relever le défi du VIH/SIDA ne peut être couronnée de succès sans la pleine participation de ceux qui vivent la maladie et qui doivent la subir dans leur chair (PVS). Ainsi le leadership de l'université doit consacrer un effort particulier pour permettre au PVS sur leurs campus de parler librement de leur situation, d'établir leurs propres associations et réseaux, et de participer pleinement au développement et à la mise en oeuvre des politiques universitaires en matière de SIDA.

### ***Cibles***

Dans la mesure où les universités sont au service de la société en général, les objectifs de l'action de l'université doivent refléter des objectifs d'actions nationaux et internationaux. Au niveau national ces objectifs doivent découler des lignes d'orientation établies par les instances suprêmes en matière de VIH/SIDA du pays. En d'autres termes la politique de l'université doit s'inscrire dans le cadre de la politique nationale et s'en inspirer. Certaines universités ont la chance que des membres de leur personnel soient également membres de ces autorités nationales et peuvent donc utiliser leur double rôle afin de veiller à l'alignement des politiques de l'université avec les politiques nationales. Dans d'autres cas le personnel de l'université peut apporter une contribution similaire par sa participation à des comités techniques qui sont au service des organismes nationaux de lutte contre le VIH/SIDA.

Dans le cadre de la formulation de sa politique de VIH/SIDA, l'université doit être également guidée par les objectifs internationaux de développement qui ont été fixés par les Nations Unies. Ces objectifs sont connus sous l'appellation de CIPD+5 car ils ont été formulés lors de la session spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies qui s'est tenue en Juin 1999 afin d'évaluer les progrès accomplis cinq ans après la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) qui s'est tenue au Caire en 1994. Ces objectifs revêtent une importance particulière pour l'université (et également pour les systèmes scolaires) car ils portent sur une population dans la tranche d'âges des 15-24 ans. Ces objectifs sont :

Les gouvernements avec l'assistance de l'ONUSIDA et les bailleurs de fonds devront d'ici 2005, faire en sorte que 90% au moins et d'ici 2010, 95% au moins, des jeunes hommes et femmes de 15 à 24 ans aient accès à l'information, à l'éducation et aux services nécessaires pour développer les compétences requises pour réduire leur vulnérabilité à l'infection à VIH. Ces services devront inclure l'accès à des moyens de prévention tels que les préservatifs masculins et féminins, le conseil et test volontaires ainsi que le suivi.

Les Gouvernements devront utiliser comme indicateurs repères de base, les taux de contamination à VIH chez les 15-24 ans, avec l'objectif de faire en sorte que d'ici 2005 la prévalence au sein de ce groupe d'âge soit réduite globalement, et de 25% dans les pays les plus touchés, et que d'ici

2010 la prévalence dans ce groupe d'âge, soit réduite globalement de 25% (ONUSIDA, mai 2000).

Les universités devront veiller à ce que leur politique intègre le premier objectif de la CIPD +5, qui a trait à l'information, à l'éducation et aux services nécessaires pour réduire la transmission. Ceci exigera une réponse élargie à travers toutes les institutions, mais sans toutefois négliger les dispositions à prendre sur les lieux de travail pour les plus âgés ou les actions de gestion afin de contrôler, d'atténuer et d'anticiper les impacts de la maladie. Compte tenu de la quasi absence de test et de la nécessité de préserver la confidentialité, il est difficile pour les universités de prendre des dispositions concernant le deuxième objectif de la CIPD +5. Mais à tout le moins, elle devrait être consciente de cet objectif et le prendre en compte lors de la formulation de ses politiques et l'établissement de ses plans.

### ***Approche stratégique***

Bien que les universités se soient engagées depuis longtemps dans la mise au point de plans stratégiques, elles ne sont pas du tout familiarisées avec le processus de mise au point de cadres stratégiques pour faire face au VIH/SIDA sur le campus. Ceci comprend essentiellement 5 étapes :

1. Une analyse qui développe le contexte et les causes de la situation de VIH/SIDA à l'université. Ceci ressemblerait assez à l'analyse présentée dans certaines des études de cas.
2. Une analyse de la riposte de l'université à la maladie au sein de son propre cadre culturel, social et économique. Les études de cas se sont également penchées sur ces domaines.
3. Formuler de grands principes qui guideront la riposte de l'université au cours de la période de planification – tel que le respect des droits de la personne, une appropriation au niveau de toute l'université des stratégies et solutions, le principe de la CIPD+5 où tous les étudiants ont accès à l'information, à l'éducation et aux services nécessaires pour développer les compétences requises pour réduire leur vulnérabilité à l'infection à VIH, la promotion du renforcement du pouvoir des femmes, l'engagement des personnes vivant avec le VIH/SIDA ou la nécessité de mettre sur pied une équipe d'exécution.
4. Décider des domaines prioritaires et des objectifs stratégiques de la riposte de l'université, par exemple, promouvoir le changement de comportement, prévenir et lutter contre les MST, accroître le conseil et test volontaires, réduire l'incidence des relations sexuelles occasionnelles sur le campus.
5. Développer une série de mesures ou de stratégies pour atteindre les objectifs prioritaires par exemple, trouver comment promouvoir une éducation VIH/SIDA par les pairs, œuvrer en faveur de meilleurs services de santé plus proches des étudiants et mieux équipés pour prendre en charge les MST, concevoir des systèmes d'éducation et d'appui relatifs au VIH/SIDA sur le lieu de travail. Cette étape inclut également l'identification des ressources humaines financières et matérielles nécessaires pour prendre les mesures identifiées. Elles devraient également coordonner les activités de recherche et de développement de diverses organisations y compris des Organisations Non Gouvernementales.
6. Déterminer le cadre institutionnel (commission, cellules spéciales, etc.) qui convient le mieux pour assurer la mise en œuvre des stratégies et établir les procédures d'évaluation

qui permettront de vérifier que les plans ont été mis en œuvre et que les objectifs ont été atteints.

Mettre en œuvre un programme de lutte contre le VIH/SIDA à l'échelon de l'institution exige un engagement, des ressources humaines, des compétences, du matériel et des fonds. Les cadres supérieurs de l'université en conjonction avec les instances dirigeantes de l'université et les conseils universitaires, ont la responsabilité de veiller à la mise à disposition de ses éléments. A divers égards, la mise à disposition des ressources nécessaires peut constituer le meilleur indice de l'engagement de l'université dans la réponse dynamique à la crise du VIH/SIDA.

Deux mots d'attention méritent d'être mentionnés ici. Le premier est que la mise au point d'un cadre de politique et de stratégie n'est que le point de départ et non la fin du processus de gestion du VIH/SIDA à l'université. En dernière ressort, ce qu'il faut c'est de l'action et non pas uniquement des plans. Le second point est que le processus de mise au point de politique ou de plan ne devra pas s'embourber dans les procédures traditionnellement fastidieuses des universités. Le VIH/SIDA est une question de vie ou de mort que ce soit pour les individus ou pour le système. S'y attaquer nécessite que l'on ait toujours à l'esprit un sentiment d'urgence.

## **Chapitre 7: Vers une riposte globale de l'université au VIH/SIDA**

Les études de cas synthétisées dans les pages précédentes ont décrit la situation critique du VIH/SIDA dans un certain nombre d'universités en Afrique. Elles montrent que, bien que silencieuse, la situation est mauvaise, et indiquent que, dans l'ensemble, les universités n'ont pas riposté de façon adéquate aux défis posés par la maladie. Les études reconnaissent que dans les pays à faibles taux de prévalence au sein de la population adulte, il se peut que le plein impact de la maladie ne se soit pas encore fait sentir. Dans ces pays, les universités n'aperçoivent encore que la partie émergée de l'iceberg d'une épidémie en plein développement (Bénin). Mais les rapports soulignent que dans tous les pays et toutes les institutions, il est indispensable que des mesures drastiques soient prises, pour une plus grande introspection qui évitera à certaines institutions d'être hors course et permettra d'en ramener d'autres sur la bonne voie.

Les rapports concordent pour l'essentiel avec les vues de l'Université de Western Cape selon laquelle, avec leurs fastidieuses bureaucraties, les brouilles internes véritables tempêtes dans un verre d'eau et les difficultés de communication, les universités tendent à être un microcosme de la société dans laquelle elles s'inscrivent et qu'elles servent. En d'autres termes, le manque d'engagement résolu de l'université envers le défi du VIH/SIDA est un reflet du même manque d'engagement au sein de la société. Ainsi, à l'instar de leurs pays respectifs, les universités ont marqué quelques points positifs en matière de VIH/SIDA, mais tout autant de points négatifs.

Leurs points positifs, c'est la préoccupation croissante qu'elles manifestent au sujet de la maladie et les actions qu'elles commencent à prendre. La majorité d'entre elles ont commencé à prendre des mesures dans le bon sens. Il s'agit essentiellement de mesures prises par des individus au sein des institutions, et en tant que telles, ne constituent pas une réponse institutionnelle. Il s'agit néanmoins de mesures positives. Mais pour reprendre une métaphore utilisée par l'Université de Western Cape, si certaines universités ont déjà quitté les starting blocks, en termes de réponse à l'épidémie, d'autres sont encore en phase de positionnement pour le démarrage, et d'autres sont encore en train de s'aligner sur la ligne de départ. Mais pour l'ensemble d'entre elles, une stratégie coordonnée semble manifestement faire défaut, ce qui a pour résultat des acteurs intervenant tous azimuts. Ceci semble être le principal point faible de la réaction de l'université à l'épidémie.

La force de l'université réside dans l'engagement d'individus, la volonté de beaucoup de s'impliquer si on les oriente, et la pléthore de connaissance et d'expertise déjà engagée dans la riposte à l'épidémie et présente dans toutes les institutions.

### ***Une leçon de l'industrie***

Les universités ont beaucoup à apprendre de la riposte de l'industrie à la crise du VIH/SIDA. La Figure 1 décrit les principaux ingrédients d'un programme de prévention contre le VIH conçu par le gigantesque groupe industriel Anglo-American. Les opérations du groupe sont régulièrement contrôlées afin d'évaluer les progrès accomplis dans le respect de ce programme. Dans la même veine, les universités devraient veiller à mettre en place un programme complet et global de lutte contre le VIH/SIDA et veiller régulièrement à ce qu'il soit respecté.

**Figure 1**  
**Principaux ingrédients clé d'un programme global de prévention contre le VIH/SIDA**

*La première condition est l'Engagement Total de la Direction*

Ceci passe par et entraîne chacun des éléments suivants:

1. Elaboration d'une politique et stratégie contre le VIH/SIDA
2. Elaboration de messages de prévention culturellement appropriés
3. Prise en compte des facteurs socioéconomiques
4. Etablissement de partenariats
5. Maintien de la sensibilisation et l'éducation
6. Refus du déni et de la honte
7. Recadrage de la prévention dans un contexte communautaire
8. Lier les soins à la prévention
9. Rigoureuse réflexion scientifique

Source: extrait de Whiteside & Sunter, 2000, p. 104.

Ce programme met en exergue le rôle vital que jouent les cadres supérieurs pour assurer le leadership nécessaire. Le sommet de la hiérarchie universitaire doit sans cesse inspirer le programme et veiller à ce qu'il ne fléchisse pas. Le message qui se dégage des études de cas est clair : le leadership compte. Lorsqu'il est présent, il en découle quelque chose de valable. Lorsqu'il est absent, les réponses sont morcelées, non coordonnées et souvent non soutenues.

Les universités devraient constater que pratiquement tous les éléments de la Figure 1 correspondent à leur situation. Relevons plus particulièrement le second élément, développer des messages de prévention culturellement appropriés. L'enjeu ici, c'est de pouvoir être à l'écoute des nombreuses cultures que l'on retrouve sur un campus universitaire – cultures nationales, cultures traditionnelles, cultures jeunes, cultures estudiantine. De nombreux programmes éducatifs échouent parce qu'ils sont trop cognitifs de façon simpliste et négligent la perspective, les paradigmes et les pressions du monde découlant de ces différentes cultures.

***Aller de l'avant***

Mais une riposte globale de l'université est encore plus nécessaire. Le programme de la Anglo-American présente des lignes d'orientation fort utiles pour la riposte en matière de prévention. Les universités doivent aller au-delà. La raison d'être des universités est de satisfaire les besoins réels de leurs sociétés par la génération, sélection, adaptation, transmission et préservation du savoir, et la stimulation de la vie intellectuelle et du développement culturel. Elles doivent être conscientes de cette mission dans leur approche du VIH/SIDA.

Les interventions en matière de VIH/SIDA des universités qui demeurent attentives au respect de cette mission doivent comprendre des dimensions à la fois d'introversion et d'extroversion. La Secrétaire Générale Adjointe du Commonwealth Madame Veronica Sutherland, a souligné ces deux aspects en octobre 1999, lorsqu'elle a soumis deux questions à la réflexion du Symposium de l'ACU:



1. Comment les universités du Commonwealth peuvent-elles développer des politiques et pratiques pouvant contribuer à réduire la transmission du VIH/SIDA parmi les étudiants et le personnel?
2. Comment les universités du Commonwealth peuvent-elles contribuer à aider leurs communautés et pays à réduire les taux de transmission, et à prendre en charge ceux qui sont déjà contaminés par le virus ?

La dimension d'introspection reflète le souci que doit nourrir toute université désireuse de se maintenir en tant qu'institution qui fonctionne lorsqu'elle est déjà confrontée à la crise du VIH/SIDA au sein de sa propre communauté. Si l'épidémie empêche une université de fonctionner convenablement, alors elle l'empêche également de s'acquitter de ses fonctions de base que sont l'enseignement, la recherche et les services. Pour éviter ce blocage, l'université, en conjonction avec d'autres grands systèmes, a le devoir absolu de se maintenir en bon état de fonctionnement. La plupart des éléments de base de ce souci d'auto-conservation ont déjà été présentés à la Figure 1. Ce qu'il y a lieu d'ajouter plus explicitement, c'est la nécessité pour l'université de reprendre le dessus sur la maladie, en ce qui concerne sa propre main d'œuvre, académique et non académique, et de gérer ses implications fiscales. Ces dernières impliquent l'élaboration de stratégies et procédures permettant de minimiser la possibilité d'infection à VIH au sein du personnel universitaire (y compris des procédures de post exposition), l'offre d'éducation sur le lieu de travail sur l'ensemble de l'université, et des procédures rapides de nomination du personnel. Ces dernières exigent une meilleure tenue des dossiers, un meilleur suivi des coûts directs et indirects, et des lignes de budget explicites pour les interventions liées au VIH/SIDA.

La dimension d'extroversion a trait aux fonctions de base de l'université qui sont l'enseignement, la recherche et les services. S'il s'agit de répondre aux besoins d'une société et d'un monde touchés par le SIDA, l'université doit viser à produire des diplômés de qualité qui sont compétents pour gérer et lutter contre le VIH/SIDA au sein de leurs professions respectives. Ceci exige l'intégration systématique des aspects professionnels du VIH/SIDA dans tous les programmes ; la qualification de diplômés dans les quantités qu'exige la société dans un contexte de SIDA ; et le développement de nouveaux domaines de recherche indispensables pour comprendre et gérer la crise du SIDA. Ceci exige également que l'on soit plus attentif à une qualité qui à juste titre, devient de plus en plus importante, et à la flexibilité qui dote les étudiants de la capacité à assimiler rapidement de nouvelles compétences et informations lorsque des circonstances liées au SIDA l'exigent.

Cette dimension place également la priorité sur la " réflexion scientifique rigoureuse " du programme de la Anglo-American. Développer les connaissances qui permettront à la société de gérer et de contrôler le VIH/SIDA exige une recherche qui soit à la fois rigoureuse et vigoureuse. Comme indiqué précédemment, cette recherche devra être caractérisée autant que faire se peut, par une démarche pluridisciplinaire de façon à ce que les travaux scientifiques et sociaux, tous deux parfaitement maîtrisés, s'inspirent et se stimulent mutuellement. Dans son souci de répondre aux véritables besoins de la société, l'université met également son savoir-faire au service de la société, à l'intérieur comme à l'extérieur du pays. Enfin, en tant qu'institution dont l'activité principale est le savoir, l'université doit jouer son rôle dans l'économie de la connaissance découlant de la crise du VIH/SIDA partageant et recevant les connaissances sur la

maladie, et développant sa propre expertise afin de générer et de gérer des quantités extrêmement accrues d'information.

Cette double stratégie doit être soutenue par un certain nombre de principes fondamentaux qui étaient reflétés dans les études de cas, dans la mesure où ils transparaisaient dans pratiquement toutes les initiatives visant à créer un cadre de lutte contre le VIH/SIDA:

1. Amener le VIH/SIDA au grand jour et rompre toute forme de silence, secret et honte qui l'entoure.
2. Reconnaître à quel point le VIH/SIDA a été féminisé et prospère grâce au statut subordonné et à l'assujettissement des femmes. Par conséquent, agir de toute urgence afin de promouvoir l'égalité entre les sexes, lever les obstacles sociaux et autres à la participation accrue des femmes, et conduire par les propos et l'exemple au transfert du pouvoir et de la responsabilité vers les femmes.
3. Veiller à ce l'ensemble de la culture universitaire soit informée des principes des droits de la personne de façon à ce que, par le respect conscient et délibéré de ces droits, la vulnérabilité au VIH/SIDA soit réduite, que les personnes contaminées ou concernées par la maladie puissent vivre dans la dignité, et qu'aucune forme de honte ou de discrimination n'ait sa place au sein de l'institution.
4. Reconnaître que les personnes vivant avec le VIH/SIDA font partie des protagonistes les plus importants de tout programme visant à limiter et à contrôler la maladie. Sans les exploiter ou les manipuler d'aucune manière que ce soit, l'université doit chercher à s'inspirer de leur expertise et éclairage unique, et les impliquer pleinement dans tous les aspects de sa campagne de lutte contre le VIH/SIDA.
5. Faire correspondre les plans et programmes de l'université avec ceux du niveau national de façon à assurer une plus grande synergie, uniformité de direction, complémentarité des activités, accès aux ressources et une meilleure utilisation des ressources.

Par ailleurs, les études de cas insistent sur le fait qu'il y ait un principe prédominant surtout, et par-dessus toutes ces interventions stratégiques et piliers: l'existence d'un leadership totalement dévoué et engagé au sommet de la hiérarchie universitaire. C'est ce qui consolidera ou fera chuter l'édifice tout entier. C'est le ciment qui maintiendra la cohésion de l'ensemble. Il est donc indispensable que les hauts cadres de l'université pèsent de tout leur poids et s'investissent dans la lutte de l'institution contre le VIH/SIDA, mettent à contribution les meilleures ressources humaines disponibles dans les domaines stratégiques de la prévention, des soins et du contrôle de l'impact, et démontrent par leurs communications publiques et régulières, que tant qu'il n'a pas été vaincu, le VIH/SIDA reste au cœur des activités de l'université. Ce leadership devra être innovateur et plein de ressources – les impacts du VIH/SIDA sont complexes et surprenants – il devra être soutenu – les impacts du VIH/SIDA sont probablement à long-terme<sup>1</sup>.

Le leadership de l'université doit également être soutenu par l'action et les ressources nécessaires. Les principales actions à entreprendre seront d'assurer l'élaboration de politiques et stratégies appropriées de l'université et d'établir les cadres adéquats de suivi et d'évaluation afin

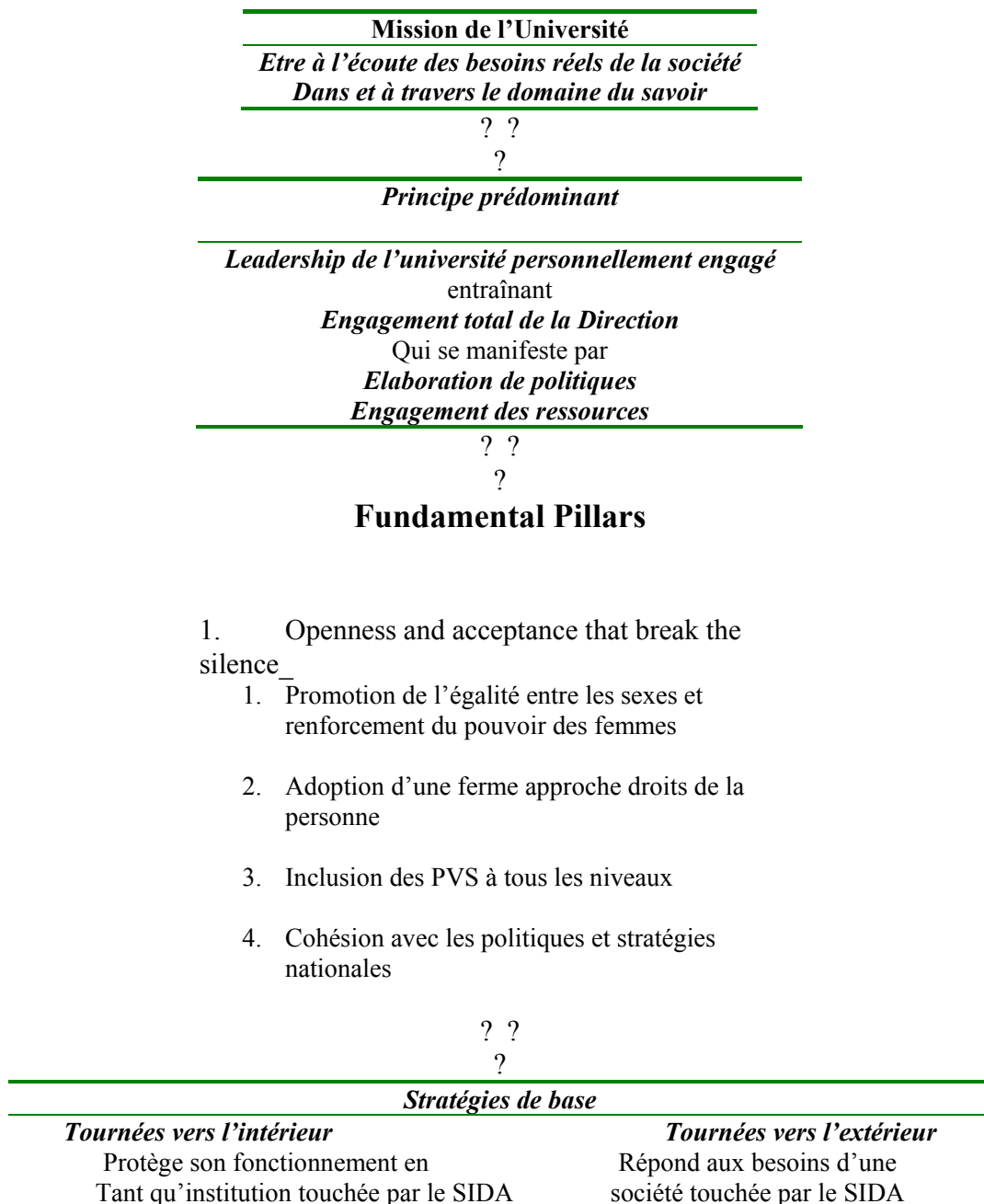
---

<sup>1</sup> Lors de la réunion de l'ACU qui s'est tenue à l'Université du Natal en octobre 1999, le Professeur Alan Whiteside a indiqué que les impacts du VIH/SIDA seraient négatifs, complexes surprenants et à long terme.

de garantir que ces dernières soient mises en œuvre. Les ressources requises sont humaines, financières et matérielles. La capacité de l'institution à continuer à fonctionner convenablement et à poursuivre ses fonctions d'enseignement, recherche et services, pourrait bien dépendre de l'allocation adéquate de ressources pour la lutte contre le VIH/SIDA.

La Figure 2 rassemble toutes ces idées sous la forme d'un cadre conceptuel de la riposte globale de l'université au VIH/SIDA en Afrique

**Figure 2**  
**Cadre conceptuel de riposte globale de l'université au VIH/SIDA**



? ?  
?

## **Interventions**

(page suivante)

### **Interventions**

#### **Tournée vers l'intérieur**

##### ***Lier la prévention aux soins:***

1. Etablir des partenariats avec le personnel et les étudiants
2. Maintenir la sensibilisation
3. Refuser le déni et la honte
4. Impliquer toutes les cultures présentes sur le campus (estudiantine, traditionnelle, confessionnelle)
5. Offrir des services de CTV, soutien psychologique, encadrement
6. Offrir des services de santé suffisamment équipés et à l'écoute des problèmes de VIH/SIDA
7. S'attaquer aux pratiques et valeurs de la vie du campus
8. Offrir une éducation sur le lieu de travail pour le personnel
9. Etablir ou renforcer les systèmes et procédures de sécurité professionnelle

##### ***S'attaquer aux facteurs relatifs à la gestion :***

1. Etablir des systèmes d'information financière et de gestion liés au SIDA
2. Prévoir les coûts directs du VIH/SIDA
3. Prévoir les coûts indirects du VIH/SIDA
4. Etablir un budget consacré au VIH/SIDA
5. Assurer une revue constante des systèmes de prêt
6. Etablir des procédures de recrutement et formation rapide de personnel suppléant

#### **Tournée vers l'extérieur**

##### ***Produire des diplômés très flexibles, de bonne qualité et compétents en matière de SIDA:***

1. Intégrer systématiquement les problèmes professionnels de VIH/SIDA dans les programmes de cours de toutes les disciplines
2. Réajuster les programmes afin de favoriser une plus grande flexibilité et préparation des diplômés à ce monde du SIDA en mutation rapide
3. Introduire de nouvelles disciplines d'étude en réponse aux impératifs du VIH/SIDA
4. Adapter l'admission et le nombre d'étudiants dans les programmes afin de les faire correspondre aux futurs besoins professionnels dans une société touchée par le SIDA

##### ***Mener une réflexion rigoureuse sur les besoins et défis d'une société affectée par le SIDA:***

5. Mener une recherche pure, appliquée et action sur le SIDA
6. Mener une recherche axée sur le SIDA dans des domaines scientifiques, médicaux, sociaux, éthiques et culturels.
7. Encourager la fertilisation croisée et/ou la recherche pluridisciplinaire
8. Organiser des séminaires interdisciplinaires de haut niveau sur le SIDA

##### ***Mettre l'expertise au service d'une société affectée par le SIDA:***

1. Diffuser et communiquer les résultats des études et recherches
2. Partager la connaissance, l'expérience et l'expertise
3. Offrir service, conseil, consultation et formation

##### ***Développer davantage l'expertise relative au SIDA :***

1. Former du personnel et renforcer les capacités
2. Etablir des partenariats locaux, régionaux et internationaux
3. Développer le partage d'information et autres réseaux.

## **Conclusion**

Dans sa célèbre allocution radiodiffusée au moment de la récession économique du début des années trente, le Président Franklin D. Roosevelt affirmait à ses compatriotes américains : “ la seule chose qui doit nous faire peur, c’est la peur elle-même ”. Les auteurs des études de cas, chacun à leur manière, se font un peu l’écho de ce point de vue. En effet, l’un des aspects les plus pernicious du VIH/SIDA est la peur – peur des personnes contaminées, peur ressentie par les personnes contaminées, mais surtout, peur que la maladie ne puisse être vaincue. Les études de cas montrent que cette peur n’est pas fondée. Grâce aux activités de leurs membres, les universités en Afrique ont démontré qu’elles pouvaient relever le défi que leur pose la maladie. Elles ont également démontré qu’elles pouvaient contribuer à résoudre les problèmes qu’elle crée au sein de la société.

Ce qu’il faut à présent, c’est que la riposte de type individuel et manquant largement de coordination soit recentrée en forte riposte institutionnelle. Si cette riposte est organisée selon les orientations présentées ci-dessus, et dans le contexte d’un leadership fort et visible, alors le message ne sera absolument pas “ complètement sombre, car *l’avenir ne doit pas nécessairement ressembler au passé* ” (Whiteside & Sunter, 2000, p. xi; italiques ajoutées). Les universités possèdent le savoir-faire nécessaire pour contrôler le VIH/SIDA qu’elles affrontent de l’intérieur. Elles possèdent également le savoir-faire nécessaire pour gérer et prendre en main le contrôle de l’épidémie et de ses impacts. Grâce à un leadership fort et bien visible émanant du sommet de la hiérarchie universitaire, elles peuvent faire fusionner leurs efforts actuellement disparates en un seul et unique assaut concerté contre l’ennemi VIH/SIDA. Le fruit de cet effort sera la concrétisation de la promesse de l’ancien Président de la Zambie Dr. K. D. Kaunda, formulée dans son allocution devant le Forum pour le Développement en Afrique en Décembre 2000 : En cette ère dominée par la technologie de l’information, nous sommes accoutumés à voir les trois lettres WWW. Que ce WWW soit notre force motrice, notre inspiration dans cette guerre que nous menons contre le SIDA : W W W – WE WILL WIN! (NOUS VAINCRONS !)

\*\*\*\*\*

## Références

- Association of Commonwealth Universities (ACU), 1999. The Social, Demographic and Development Impact of HIV/AIDS: Commonwealth Universities Respond. Rapport des délibérations du Symposium abrité par l'Association of Commonwealth Universities et l'Université du Natal, 8–9 Novembre, Durban, Afrique du Sud (en cours).
- African Development Forum 2000 (ADF), Décembre 2000. The African Consensus and Plan of Action: Leadership to Overcome AIDS. Addis Ababa: Secrétariat de l'ADF, Commission Economique pour l'Afrique (en cours).
- Béchu, N. 1998. The impact of AIDS on the economy of families in Côte d'Ivoire: Changes in consumption among AIDS-affected households. Chapitre dans M. Ainsworth, L. Fransen & M. Over (eds.) *Confronting AIDS: Evidence from the Developing World*. Washington, DC: La Banque Mondiale, et Bruxelles: La Commission Européenne.
- Bonnel, R., 2000. HIV/AIDS: Does it Increase or Decrease Growth in Africa? ACTAfrica, Banque Mondiale (en cours).
- Botchwey, K., 2000. *AIDS and Development*. Theme Paper for Africa Development Forum 2000, Addis Ababa, Décembre 2000. Addis Abéba: Secrétariat ADF, Commission Economique pour l'Afrique.
- Chetty, D., 2000. HIV/AIDS and South African Universities: Current Issues and Future Challenges. Communication à l'Atelier de la South African Universities' Vice-Chancellors' Association (SAUVCA) sur le VIH/SIDA, Indaba Hotel, Johannesburg, 26 Octobre 2000 (en cours).
- Bureau International du Travail (BIT), 2000. *HIV/AIDS in Africa: The Impact on the World of Work*. Document pour le "Africa Development Forum 2000". Genève: Bureau International du Travail.
- Kelly, M. J., 2000. "The Impact of HIV/AIDS on the Rights of the Child to Education". Document présenté au séminaire SADC-UE sur les Droits de l'Enfant dans un monde de VIH et de SIDA. Harare, 23 Octobre 2000 (en cours).
- Kelly, M. J., 2000. "Standing education on its head: Aspects of schooling in a world with HIV/AIDS." *Current Issues in Comparative Education (CICE)*, Vol. 3, No. 1, Décembre 2000. New York: Teachers' College Columbia (journal online disponible à [www.tc.columbia.edu/cice](http://www.tc.columbia.edu/cice)).
- Odirile, L. W., 2000. HIV/AIDS: Knowledge, Attitudes and Beliefs Among University of Botswana Undergraduate Students. Thèse de Doctorat non publiée, Ohio University, Juin 2000 (Résumé des conclusions et recommandations élaboré par le Professeur Milton E. Ploghoft pour diffusion sur le site Internet du African Educational Research Network).
- Quattek, K., 2000. "The Economic Impact of AIDS in South Africa: a Dark Cloud on the Horizon." *Konrad Adenauer Stiftung Occasional Papers*, Johannesburg, Juin 2000.
- Roberts, M. & Rau, B., n.d. *African Workplace Profiles: Private Sector AIDS Policy*. Arlington, VA: AIDSCAP.
- Schönteich, M. 2000. "Age and AIDS: a Lethal Mix for South Africa's Crime Rate." *Konrad Adenauer Stiftung Occasional Papers*, Johannesburg, Juin 2000.
- Stanecki, K. A., 2000. The AIDS Pandemic in the 21<sup>st</sup> Century. The Demographic Impact in Developing Countries. Document présenté lors de la XIII<sup>ème</sup> Conférence Internationale sur le SIDA, Durban, Afrique du Sud, 9–14 Juillet 2000 (en cours).

- Swaziland, Ministère de l'Éducation, 1999. *Impact Assessment of HIV/AIDS on the Education Sector*. Mbabane: Ministère de l'Éducation.
- ONUSIDA, Mai 2000. *The International Partnership against AIDS in Africa. A Framework for Action*. Mai 2000. Genève: ONUSIDA.
- ONUSIDA, Juin 2000. *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic*. Genève: ONUSIDA.
- ONUSIDA, Décembre 2000. *AIDS Epidemic Update: December 2000*. Genève: ONUSIDA.
- ONUSIDA-UNECA, 2000. *AIDS in Africa, Country by Country*. Document pour le Africa Development Forum 2000, Addis Abéba, Décembre 2000. Genève: ONUSIDA.
- UNECA, 2000. *HIV/AIDS and Education in Eastern and Southern Africa. The Leadership Challenge and the Way Forward*. Synthesis Report for Africa Development Forum 2000, Addis Ababa, Décembre 2000. Addis Abéba: Secrétariat ADF, Commission Economique pour l'Afrique
- UNICEF, 2000. *The Progress of Nations 2000*. New York: UNICEF.
- UNICEF, 2001. *Early Childhood. The State of the World's Children 2001*. New York: UNICEF.
- United Nations, 1998. *HIV/AIDS and Human Rights. International Guidelines*. New York & Genève: Nations Unies.
- Vandemoortele, J. & Delamonica, E., 2000. "The 'education vaccine' against VIH." *Current Issues in Comparative Education (CICE)*, Vol. 3, No. 1, December 2000. New York: Teachers' College, Columbia (journal on-line disponible à [www.tc.columbia.edu/cice](http://www.tc.columbia.edu/cice)).
- Whiteside, A. & Sunter, C., 2000. *AIDS: The Challenge for South Africa*. Cape Town: Human & Rousseau and Tafelberg.
- Banque Mondiale, Août 2000. *Exploring the Implications of the HIV/AIDS Epidemic for Educational Planning in Selected African Countries: The Demographic Question*. ACTAfrica, Banque Mondiale. Washington, DC: Banque Mondiale
- Zambia National HIV/AIDS/STD/TB Council, 1999. *Zambia National HIV/AIDS Strategic Framework, 2000–2002*. Lusaka: Zambia National HIV/AIDS/STD/TB Council.

## Appendice 1

### VIH/SIDA et Universités d'Afrique du Sud: Questions actuelles et futurs défis Par D. Chetty

Résultats des entretiens avec 21 institutions dans la filière universitaire sud-africaine menés sous l'égide de la SAUVCA (South African Universities' Vice-Chancellors' Association) en Septembre et Octobre 2000.

## Hypothèses

Traiter de la crise du VIH/SIDA dans le secteur de l'enseignement supérieur a impliqué un certain nombre d'hypothèses de base.

Tout d'abord, même si le SIDA n'est pas encore une réalité visible sur nos campus, il sera visible et incontournable dans les cinq années à venir selon toutes les données disponibles. L'Afrique du Sud enregistre un taux de 1500 nouvelles infections par jour. En 1999, on estimait à 3,6 millions, le nombre de personnes vivant avec le VIH.

Deuxièmement, il s'agit de la façon dont l'enseignement supérieur devrait réagir au problème. Les institutions d'enseignement supérieur sont le lieu privilégié de l'enseignement, de la génération du savoir, du débat, de l'innovation et du progrès. La maladie a, à plusieurs égards, remis en question le rôle des universités dans un monde où le SIDA est devenu une réalité quotidienne.

Troisièmement, il serait raisonnable de supposer que la plupart des étudiants sont instruits, ont des aspirations, ont accès à l'information et agiraient en tenant compte des informations qu'ils reçoivent sur le VIH/SIDA – donc en fait, constituent une population à faible risque. Ce projet, ainsi que la recherche existante indique que ce serait plutôt le contraire. Bien que l'information soit disponible, la probabilité pour qu'il y ait un changement de comportement n'est pas vraisemblable. L'hypothèse à partir de laquelle nous devons donc travailler est que les étudiants des résidences universitaires constituent une population à haut risque.

Quatrièmement, l'hypothèse pourrait être que, dans la mesure où l'épidémie sud-africaine a dix ans de retard sur l'épidémie ailleurs en Afrique, nous avons moins d'expérience sur laquelle nous baser, mais nous pouvons apprendre des autres interventions. Si ceci est vrai, il n'en demeure pas moins que les conclusions de ce projet de la SAUVCA doivent être soumises à un prudent optimisme. Nos institutions sont plus préparées et engagées que l'on ne l'admet souvent.

Enfin, l'intégrité de nos réponses à la pandémie déterminera à présent nos chances de succès de gestion de la crise du VIH/SIDA d'ici cinq ans.

## Résultats

Ripostes disparates et ponctuelles

1. Le scénario actuel est caractérisé par un niveau élevé d'efforts investis, souvent par des individus ou des petits groupes, et un niveau croissant de sophistication dans l'approche adoptée pour aborder la pandémie.
2. Toutefois, parallèlement, les ripostes sont souvent non planifiées, ponctuelles et exécutées sans cadre au niveau institutionnel.
3. Le contexte dans lequel le travail est accompli est affaibli par l'absence de toute politique ou lignes d'orientations nationales officiellement déterminées.



4. Il n'y a souvent aucune pression au niveau institutionnel, ou de la part du gouvernement national.
5. Aucun appui n'est encore offert pour l'instant de la part du gouvernement national.
6. Il n'y a aucune motivation à faire du VIH/SIDA une priorité et à le maintenir comme tel.
7. Il y a très peu de modèles disponibles pour les institutions qui se battent pour s'impliquer dans la question.

#### Climat

1. Le récent débat national n'a pas été utile. Il a provoqué la confusion, une perte de l'élan et la dilution de la sensibilisation.
2. Les institutions rapportent que leurs échanges avec les partenaires étrangers ont été particulièrement affectés par la position du gouvernement.

#### Leadership

1. S'attaquer au VIH/SIDA exige un leadership de la part du gouvernement, de la SAUVCA, et des dirigeants des institutions.
2. Au niveau des institutions, lorsque le leadership s'est situé au sommet de la hiérarchie (VC/DVC), l'impact a été immédiat.
3. Lorsque les institutions ont investi du temps et de l'énergie afin de mettre sur pied et d'entretenir une structure (forum, comité, groupes d'experts), là aussi les ripostes sont plus fortes.

#### Par où commencer — les politiques?

1. Des efforts significatifs ont été investis afin de développer des politiques institutionnelles. A l'heure actuelle, quatre institutions ont élaboré et adopté des politiques, et dix institutions ont des politiques sous forme de projet.
2. Dans sept cas, il n'existe pas de projet pour l'heure, et il est difficile de dire quel travail concret a été accompli en qui concerne l'élaboration de politiques.
3. La principale faiblesse de la riposte des institutions, qui se focalise beaucoup trop sur les politiques, est que les politiques en elles-mêmes ne sont pas nécessairement la première priorité ni une condition préalable au succès. Des programmes peuvent être lancés et exécutés avec succès, sans cadre de politique totalement élaboré. Lorsque les politiques existent, elles renforcent la riposte.
4. Les processus d'élaboration des politiques ont également tendance à s'embourber dans les lenteurs des procédures institutionnelles. Le processus d'élaboration prend du temps.

#### Définir une riposte institutionnelle

1. La SAUVCA énonce une hypothèse délicate dans son approche du VIH/SIDA. Une riposte institutionnelle se doit d'être définie de façon plus large qu'un simple " problème de santé ".
2. L'autre alternative typique est de voir le VIH/SIDA comme une simple question estudiantine.
3. Ces deux réactions limitées auront toutes deux des conséquences sur la capacité des institutions à faire face à une série d'impacts du VIH/SIDA encore insoupçonnés à l'heure actuelle.

### Taille et forme

1. La plupart des institutions n'ont qu'une compréhension théorique des liens possibles entre les impacts du VIH/SIDA et les futures dimensions du système.
2. Aucun instrument n'existe encore pour saisir et comprendre les informations cruciales.
3. On sait très peu de choses sur les coûts du VIH/SIDA pour le système.
4. Des signes clairs de stress se font déjà ressentir au sein de certaines institutions. Les étudiants abandonnent en 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> année en nombres importants sans aucune explication valable. Suivons-nous de façon appropriée l'évolution des inscriptions et les passages en classe supérieure ?

### Programmes et Interventions

1. L'éventail ainsi que l'ampleur des programmes est impressionnante et en croissance perpétuelle mais demeure inégale en couverture à travers tout le secteur. Les programmes couvrent la prévention, le traitement, les soins, l'appui, les politiques, la recherche, les médias, les programmes de cours, les relations extérieures avec la communauté, etc.
2. Toutefois, de nombreuses interventions continuent à fonctionner au niveau des campagnes de sensibilisation et de prévention à travers les services de santé. Bon nombre d'entre elles restent ponctuelles sans véritable plan de pérennisation ni processus de changement institutionnel.

### Enseignement à distance

1. Dans la mesure où l'enseignement à distance représente plus d'un tiers des inscriptions dans l'enseignement supérieur, une nouvelle réflexion s'impose sur la gamme de possibilités, contraintes et différentes modalités que les institutions d'enseignement à distance sont susceptibles de présenter.
2. En effet, il se pourrait que l'enseignement à distance exige une stratégie très différente.

### Capacité

1. Très peu de personnes se sont vues confier une responsabilité à plein temps pour s'attaquer à la crise du VIH/SIDA mais il s'agit d'une tendance croissante. Plus elle demeurera une fonction accessoire, plus le profil du VIH/SIDA restera bas, et moindres seront les chances de résoudre le problème.
2. Il s'agit d'un domaine nouveau qui requiert de l'expertise. Il y a réel danger à accroître davantage la pression sur des services déjà débordés et insuffisants tels que les centres de santé.

### Risque

1. Il est important de relever que les institutions effectuent à présent des évaluations des risques pour les étudiants et le personnel. Les polices d'assurance vie de groupe sont devenues obligatoires pour les étudiants des sciences de la santé dans la plupart des institutions abritant des facultés de médecine et de dentisterie. Un débat a d'ailleurs été soulevé à cet égard à propos du recouvrement des dettes par certaines institutions où les dettes des étudiants constituent le souci le plus important et le plus urgent. Dans la même veine, un autre débat se développe sur la possibilité de faire subir des tests préalables aux étudiants dans certaines disciplines d'étude.

2. Des discussions ont eu lieu sur les responsabilités en matière de fonds de pension et des indemnités d'aide médicale mais ces derniers ne sont pas bien développés. L'assurance enterrement est utilisée par les familles des étudiants.
3. Les risques que courent les étudiants en sciences de la santé qui sont formés dans les centres de santé de l'état ne sont pas bien appréhendés. Les institutions de l'état prennent une assurance responsabilité civile et offrent une sorte de prophylaxie post exposition (PPE). Par la suite les politiques institutionnelles sont souvent assez floues.
4. Dans leurs déclarations de politique, ainsi que dans leurs pratiques, les institutions devront prendre en compte une série de responsabilités éthiques et juridiques, qui émergent à présent et qui concernent le risque et les systèmes de prise en charge nécessaires afin d'atténuer et de gérer les conséquences de ces risques.

#### Gestion des Données/Informations

1. Les données sont une condition cruciale de toute forme d'intervention. Toutefois, la capacité des institutions à rassembler et à exploiter ces données est gravement limitée. La divulgation spontanée est assez rare et la confidentialité doit être constamment protégée. Une fois établie ces deux contraintes, les institutions se demandent comment obtenir et exploiter des données sur les niveaux d'incidence et de prévalence.
2. Il existe un consensus assez établi sur le fait que si les données étaient disponibles, ce serait le stimulant idéal pour agir sur le problème.

#### Genre

1. Il est à présent bien établi que les femmes sont plus vulnérables que les hommes au VIH/SIDA. Les moyens de réduire radicalement le niveau de danger que constitue le SIDA pour les femmes ne sont pas encore bien développés. Les résidences universitaires demeurent des espaces où les femmes comme les hommes s'exposent au risque.
2. Les connexions entre la menace d'infection à VIH/SIDA et celle de viol ou de violence sexuelle méritent également une attention particulière.
3. Le travail sexuel a été rapporté dans un certain nombre de campus et constitue une menace importante pour les femmes qui sont obligées de subvenir à leurs besoins par de tels moyens.
4. Le VIH/SIDA joue sur les plus complexes des comportements qui découlent des notions culturelles et sociales de virilité et de féminité. Notre approche de gestion du VIH/SIDA dans des contextes très différents devra tenir compte de ces disparités.
5. La bisexualité et l'homosexualité masculine doivent être ciblées et faire l'objet d'une attention particulière même si c'est la transmission qui reste la priorité.

#### Recherche

1. Dans quelques rares cas, les institutions ont consigné les types et le volume de recherche produits sur le VIH/SIDA.
2. La production de recherche dans l'enseignement supérieur est peu importante et a été en déclinant ces derniers temps. Il ressort clairement de ce projet que de nombreuses institutions ne sont pas encore au courant des contributions de recherche qu'elles pourraient faire ni des opportunités disponibles pour la recherche en matière de VIH/SIDA.

3. La recherche exige un leadership, une atmosphère de soutien et des moyens. Dans de trop nombreux cas, aucune de ces conditions préalables ne sont aisément réunies.

#### Culture institutionnelle

1. La santé et la sexualité sont des sujets d'ordre privé pour certaines communautés de notre société et ceci se reflète dans les cultures institutionnelles.
2. Comment faire d'une pratique essentiellement privée une question soumise à débat et à l'action publique tout en étant sensibles aux cultures dans lesquelles nos institutions sont enracinées?
3. Les attitudes et réactions des étudiants peuvent varier entre des niveaux élevés d'engagement personnel ou professionnel et l'inverse, à savoir une attitude de dénégation, fatalisme et un sentiment d'invulnérabilité.

#### Equité

1. Un débat émerge actuellement sur la façon dont le VIH/SIDA jouera sur la dynamique de la vie et du bien-être des étudiants sur des campus historiquement noirs. En effet, historiquement, ces campus ont été isolés du transport (et) des villes/cités et disposent de peu d'infrastructures de loisir in situ. La consommation de drogues douces et le sexe sont une menace dans ce contexte.
2. Quelques rares institutions signalent que les résidences universitaires sont devenues des lieux permanents de vie pour les étudiants douze mois sur douze. Que ferons-nous si des étudiants sont incapables de retourner dans leurs familles et qu'ils sont malades ??

#### Participation des étudiants

1. Le bon sens indique que pour que les interventions réussissent, il est indispensable d'impliquer les étudiants dans les décisions sur la conception, l'exécution et la mise en œuvre de toutes les interventions qui les cible. La façon dont ceci doit s'appliquer concrètement varie considérablement.
2. Une des faiblesses critiques des réponses des programmes à ce jour est que le suivi-évaluation est soit inexistant soit très mal développé. Les responsables et personnes chargées de la mise en œuvre dans ces domaines concèdent que bien qu'ils peuvent constater des niveaux élevés de sensibilisation au sein de la communauté estudiantine, il y a peu de signes ou de certitude sur la mesure dans laquelle cette sensibilisation se traduit par des changements de comportement.

#### Réseaux et partenariats

1. Hormis quelques rares exceptions, ceux-ci (réseaux régionaux et locaux) sont peu développés.
2. La plupart des institutions se concentrent sur leurs partenaires extérieurs. En dehors d'une ou deux exceptions, l'idée de partenariats intérieurs n'en est encore qu'à ses balbutiements. Les partenariats internes inter-universitaires pourraient s'avérer bien plus efficaces dans la définition d'une approche institutionnelle.
3. Les partenariats requièrent des initiatives et doivent être soutenus par davantage qu'un flux de fonds.

4. La réponse de la communauté internationale des bailleurs de fonds a été faible et mérite d’être repensée.
5. Les organisations locales de services en matière de SIDA sont des partenaires importants et sont souvent réputés avoir une approche plus créative, flexible et crédible de la pandémie.
6. Les partenariats nécessitent une structure, des attentes claires, un cadre consensuel et une capacité d’exécution. Dans le contexte des déséquilibres actuels, quelle devrait être la réponse des agences de développement, du Ministère (de l’Education) et des institutions ?

#### Ressources

1. Les ressources matérielles, financières et intellectuelles sont indubitablement importantes pour affronter le VIH/SIDA. Aucune institution n’est convenablement préparée et la menace de la concurrence d’autres priorités est constante.
2. Certaines institutions ont pour la première fois spécialement affecté des ressources financières consacrées au VIH/SIDA sur le plan institutionnel.

#### Approche sectorielle

1. Bien que certaines institutions accueillent favorablement la nécessité d’avoir une approche sectorielle, d’autres la considèrent comme inutile et inappropriée. Les universités ont une importante tradition d’autonomie institutionnelle et d’auto-réglementation. Dans le contexte actuel de lutte contre le VIH/SIDA, une position de laissez-faire conviendrait à des institutions qui ont déjà pris les devants (et) sont bien équipées, et ont fait du VIH/SIDA une de leurs priorités. Dans le cas d’institutions qui sont visiblement plus vulnérables en raison de leurs faibles capacités, plus faibles niveaux de ressources, instabilité de la gestion et une confiance déclinante du public, le VIH/SIDA peut causer d’énormes dégâts en cinq ans. L’analyse de la SAUVCA est que nous ne pouvons pas nous permettre les conséquences d’une approche ne reposant que sur le bénévolat et nos meilleures intentions. Une riposte coordonnée sur tout l’ensemble du secteur qui, au grand minimum, permettra au secteur de pouvoir déclarer “ nous avons des politiques et des programmes en place pour la prévention, les soins et la prise en charge dans toutes les universités ” lancerait un signal bien nécessaire à tous ceux qui ont un enjeu dans le secteur.
2. La question évidente demeure, pourquoi n’y a-t-il pas de stratégie conjointe pour l’enseignement supérieur ?

### **Conclusion**

Sur la base de ce bref tour d’horizon, il est possible que les institutions d’enseignement supérieur revoient leur mission dans un proche avenir. Toute mission révisée devrait prendre en compte ce qui suit :

“[Nous] préparons nos étudiants et notre personnel à vivre avec le VIH/SIDA parmi nous, parmi nos amis, au sein de nos familles, nos communautés et notre lieu de travail. ”

Somme-nous prêts à affronter ce monde ?

Source: Chetty, 2000

## Appendice Tableau 1

### Impact économique du VIH/SIDA sur la main d'œuvre

Coût total du VIH/SIDA en terme de main d'œuvre = coûts directs + coûts indirects + coûts systémiques

| <u>Coûts directs</u>  | <u>Coûts indirects</u>   | <u>Coûts systémiques</u>   |
|---|--|--|
| <i>Ensemble des avantages et indemnités</i>   | <i>Absentéisme</i>   | <i>Perte de cohésion sur le lieu de travail</i>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispensaires des universités</li> </ul>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Congés maladie</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Baisse du moral, de la motivation et de la concentration</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance santé/assistance médicale</li> </ul>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autres congés pris par l'employé malade</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perturbations des programmes et du travail en équipe ou dans les services</li> </ul>                            |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance invalidité</li> </ul>                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Congé pour deuil et funérailles</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Effondrement de la discipline au sein du personnel (relâchement, absences non-autorisées, vol, etc.)</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fonds de pension</li> </ul>                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Congé pour prendre soin de parents victimes du SIDA</li> </ul>                                      |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indemnités décès/paiement prime assurance vie</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Retards au travail, départ avant l'heure en raison de la maladie ou de soins à un malade</li> </ul> |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frais de funérailles</li> </ul>                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence pour se rendre au dispensaire ou amener un parent malade au dispensaire</li> </ul>          |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prêts subventionnés</li> </ul>                           |  |  |
|   |  |  |
| <i>Recrutement</i>  | <i>Morbidité au travail</i>  | <i>Performance et expérience de la main d'œuvre</i>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frais de recrutement</li> </ul>                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Performances réduites en raison de</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduction du niveau moyen des</li> </ul>  |

|   |   |   |
|---|---|---|
| (annonces, entretiens, etc.)  | maladie due au VIH/SIDA   | compétences, performance, mémoire institutionnelle et expérience de la main d'œuvre |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coûts des postes vacants (bénéfices que l'employé aurait produit)</li> </ul>             |   |   |
| <b><u>Coûts directs</u></b>   | <b><u>Coûts indirects</u></b>   | <b><u>Coûts systémiques</u></b>   |
| <b><i>Formation</i></b>   | <b><i>Ressources de gestion</i></b>   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coûts de formation et de stage (formation préalable à l'emploi)</li> </ul>               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Temps et énergie des gestionnaires afin de faire face aux impacts sur le personnel, de planifier les programmes de prévention et de prise en charge, etc.</li> </ul> |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coûts de formation continue et sur le tas</li> </ul>                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Temps des ressources humaines et juridiques consacré à l'élaboration de politiques relatives au VIH/SIDA et la solution des problèmes</li> </ul>                     |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salaire en attendant que les nouveaux employés atteignent leur niveau optimal</li> </ul> |   |   |
|   |   |   |
| <b><i>Programmes relatifs au VIH/SIDA</i></b>   |   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coûts directs des programmes de prévention (matériel, personnel, etc.)</li> </ul>        |   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Temps que les employés consacrent aux programmes de prévention</li> </ul>                |   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Etudes, enquêtes et autres activités de planification</li> </ul>                         |   |   |



Source: Whiteside & Sunter, 2000, p. 112 (avec quelques ajouts mineurs)

| <b>Annexe Tableau 1: Estimations VIH, 1999</b>                       |                          |  |                          |                      |
|--|--------------------------|--|--------------------------|----------------------|
| Pays dont les taux de contamination dépassent les 5 pour cent        |                          |  |                          |                      |
|  | Population<br>(milliers) | Taux<br>d'infection à<br>VIH chez les<br>adultes (%) | Orphelins dus<br>au SIDA | Décès dus au<br>SIDA |
| Botswana   | 1.592                    | 35,80  | 66.000                   | 24.000               |
| Swaziland  | 981                      | 25,25  | 12.000                   | 7.100                |
| Zimbabwe   | 11.509                   | 25,06  | 900.000                  | 160.000              |
| Lesotho  | 2.108                    | 23,57  | 35.000                   | 16.000               |
| Zambie   | 8.974                    | 19,95  | 650.000                  | 99.000               |
| Afrique du Sud   | 39.796                   | 19,94  | 420.000                  | 250.000              |
| Namibie  | 1.689                    | 19,54  | 67.000                   | 18.000               |
| Malawi   | 10.674                   | 15,96  | 390.000                  | 70.000               |
| Kenya  | 29.507                   | 13,95  | 730.000                  | 180.000              |
| République<br>Centrafricaine   | 3.550                    | 13,84  | 99.000                   | 23.000               |
| Mozambique   | 19.222                   | 13,22  | 310.000                  | 98.000               |
| Djibouti   | 631                      | 11,75  | 7.200                    | 3.100                |
| Burundi  | 6.587                    | 11,32  | 230.000                  | 39.000               |
| Rwanda   | 7.238                    | 11,21  | 270.000                  | 40.000               |
| Côte d'Ivoire  | 14.534                   | 10,76  | 420.000                  | 72.000               |
| Ethiopie   | 61.123                   | 10,63  | 1.200.000                | 280.000              |
| Uganda   | 21.209                   | 8,30   | 1.700.000                | 110.000              |
| Tanzanie   | 32.799                   | 8,09   | 1.100.000                | 140.000              |
| Cameroun   | 14.704                   | 7,73   | 270.000                  | 52.000               |
| Burkina Faso   | 11.633                   | 6,44   | 320.000                  | 43.000               |
| Congo  | 2.867                    | 6,43   | 53.000                   | 8.600                |
| Togo   | 4.515                    | 5,98   | 95.000                   | 14.000               |
| Rép.Dem.Congo  | 50.407                   | 5,07   | 680.000                  | 95.000               |
| Nigeria  | 108.995                  | 5,06   | 1.400.000                | 250.000              |
| Total  | 466.844                  | 10,35  | 11.424.200               | 2.091.800            |
| Pays dont les taux de contamination sont inférieurs à cinq pour cent |                          |  |                          |                      |
| Gabon  | 1.196                    | 4,16   | 8.600                    | 2.000                |
| Ghana  | 19.699                   | 3,60   | 170.000                  | 33.000               |
| Sierra Leone   | 4.721                    | 2,99   | 56.000                   | 8.200                |
| Erythrée   | 3.717                    | 2,87   |                          |                      |
| Liberia  | 2.941                    | 2,80   | 31.000                   | 4.500                |
| Angola   | 12.497                   | 2,78   | 98.000                   | 15.000               |

|                       |         |       |            |           |
|-----------------------|---------|-------|------------|-----------|
| Tchad                 | 7.462   | 2,69  | 68.000     | 10.000    |
| Guinée-Bissau         | 1.188   | 2,50  | 6.100      | 1.300     |
| Bénin                 | 5.945   | 2,45  | 22.000     | 5.600     |
| Mali                  | 10.976  | 2,03  | 45.000     | 9.900     |
| Gambie                | 1.266   | 1,95  | 8.600      | 2.000     |
| Sénégal               | 9.251   | 1,77  | 42.000     | 7.800     |
| Guinée                | 7.375   | 1,54  | 30.000     | 5.600     |
| Niger                 | 10.414  | 1,35  | 31.000     | 6.500     |
| Mauritanie            | 2.602   | 0,52  |            | 610       |
| Guinée<br>Equatoriale | 442     | 0,51  | 860        | 120       |
| Madagascar            | 15.502  | 0,15  | 2.600      | 870       |
| Comores               | 676     | 0,12  |            |           |
| Ile Maurice           | 1.149   | 0,08  |            |           |
| Total                 | 54.003  | 2,21  | 619.760    | 113.000   |
|                       |         |       |            |           |
| Total, tous pays      | 520.847 | 10,35 | 12.043.960 | 2.204.800 |

Source: Extrait du *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA, Juin 2000*, page 124.

| <b>Annexe Tableau 2: Taux de croissance démographique avec et sans SIDA, 2000 et 2010</b> |                          |           |                          |           |
|---|--------------------------|-----------|--------------------------|-----------|
|   | Taux de croissance, 2000 |           | Taux de croissance, 2010 |           |
|   | Avec SIDA                | Sans SIDA | With AIDS                | Sans SIDA |
| Bénin   | 3,0                      | 3,2       | 2,5                      | 2,9       |
| Botswana  | 0,8                      | 2,5       | -1,3                     | 2,0       |
| Burkina Faso  | 2,7                      | 3,2       | 2,4                      | 3,1       |
| Burundi   | 3,1                      | 3,7       | 2,3                      | 3,0       |
| Cameroun  | 2,5                      | 2,8       | 1,9                      | 2,5       |
| République Centrafricaine   | 1,8                      | 2,5       | 1,4                      | 2,3       |
| Congo   | 2,2                      | 2,8       | 1,9                      | 2,5       |
| Côte d'Ivoire   | 2,2                      | 2,9       | 1,9                      | 2,8       |
| Rép. Dém. du Congo  | 3,2                      | 3,5       | 2,9                      | 3,2       |
| Ethiopie  | 2,8                      | 3,4       | 2,3                      | 3,3       |
| Gabon   | 1,1                      | 1,4       | 0,5                      | 1,3       |
| Ghana   | 1,9                      | 2,1       | 1,1                      | 1,6       |
| Kenya   | 1,5                      | 2,3       | 0,4                      | 1,6       |
| Lesotho   | 1,7                      | 2,3       | 0,2                      | 2,0       |
| Malawi  | 1,6                      | 2,6       | 0,8                      | 2,1       |
| Madagascar  | 1,5                      | 2,4       | 0,1                      | 2,0       |
| Namibie   | 1,6                      | 2,9       | 0,2                      | 2,7       |
| Nigeria   | 2,7                      | 3,0       | 2,0                      | 2,7       |
| Rwanda  | 1,1                      | 2,1       | 0,4                      | 1,8       |
| Afrique du Sud  | 0,5                      | 1,2       | -1,3                     | 1,0       |
| Swaziland   | 2,0                      | 3,1       | 0,5                      | 3,0       |
| Tanzanie  | 2,6                      | 3,1       | 2,1                      | 2,9       |
| Togo  | 2,7                      | 3,0       | 1,7                      | 2,3       |
| Uganda  | 2,7                      | 3,4       | 3,0                      | 3,5       |
| Zambie  | 1,9                      | 3,2       | 1,7                      | 2,8       |
| Zimbabwe  | 0,3                      | 2,2       | -0,9                     | 1,9       |

Source: Stanecki, Juillet 2000, Tableaux 1 et 2

| <b>Annexe Tableau 3: Pays participants à l'étude de cas — sélection d'indicateurs socioéconomiques</b> |                       |                   |                     |                             |  |        |        |                                 |                                 |                                   |                                  |
|--|-----------------------|-------------------|---------------------|-----------------------------|--|--------|--------|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
|  | Population (millions) |                   | PNB par tête (\$US) | Classement IDH <sup>1</sup> | Taux d'alphabétisation des adultes (pour cent) |        |        | Espérance de vie à la naissance | Taux de décès brut <sup>2</sup> | Mortalité maternelle <sup>3</sup> | Mortalité infantile <sup>4</sup> |
|  | Total                 | Agée de 15-49 ans |                     |                             | Total  | Hommes | Femmes |                                 |                                 |                                   |                                  |
| Bénin  | 5,937                 | 2,681             | 380                 | 157                         | 37   | 49     | 26     | 53                              | 13                              | 990                               | 86                               |
| Ghana  | 16,678                | 9,150             | 390                 | 129                         | 65   | 76     | 54     | 60                              | 9                               | 740                               | 64                               |
| Kenya  | 29,549                | 14,261            | 340                 | 138                         | 78   | 86     | 70     | 52                              | 13                              | 650                               | 65                               |
| Namibie  | 1,695                 | 0,795             | 2.110               | 115                         | n.a.   | n.a.   | n.a.   | 51                              | 16                              | 370                               | 68                               |
| Afrique du Sud   | 39,900                | 20,962            | 3.210               | 103                         | 82   | 82     | 82     | 54                              | 14                              | 230                               | 60                               |
| Zambie   | 8,976                 | 4,102             | 370                 | 153                         | 78   | 86     | 71     | 40                              | 20                              | 940                               | 80                               |

Source: ONUSIDA-UNECA, 2000 (ce document donne les détails sur les sources d'information)

1. Indice de développement humain, 2000
2. Décès pour 1.000 habitants
3. Décès pour 100.000 naissances vivantes
4. Décès pour 1.000 naissances vivantes

**Annexe Tableau 4: Pays participants à l'étude de cas — Indicateurs VIH**

| Annexe Tableau 4: Pays participants à l'étude de cas — Indicateurs VIH |                                   |                    |                          |                               |   |                                      |  |
|--|-----------------------------------|--------------------|--------------------------|-------------------------------|---|--------------------------------------|--|
|  | Personnes vivant avec le VIH/SIDA |                    | Taux adultes (pour cent) | Estimations décès dus au SIDA | Prévalence VIH Mesurée  |                                      | Enfants que le VIH/SIDA a privé d'une mère ou des deux parents à l'âge de 14 ans ou moins, depuis le début de l'épidémie |
|  | Adultes (15–49 ans)               | Enfants (0–14 ans) |                          |                               | Femmes dans les consultations prénatales des dispensaires, principaux centres urbains (pourcentage moyen) | MST - Patients testés en dispensaire |  |
| Bénin  | 67.000                            | 3.000              | 2,45                     | 2.613                         | 3,71  | 4 à 32%                              | 22.000   |
| Ghana  | 330.000                           | 14.000             | 3,60                     | 33.000                        | 3,4   | 27%                                  | 170.000  |
| Kenya  | 2.000.000                         | 78.000             | 13,95                    | 180.000                       | 15,2  | 29%                                  | 730.000  |
| Namibie  | 150.000                           | 6.600              | 19,54                    | 18.000                        | 25,9  | 34 à 42%                             | 67.000   |

|                |           |        |       |         |      |          |         |
|----------------|-----------|--------|-------|---------|------|----------|---------|
| Afrique du Sud | 4.100.000 | 95.000 | 19,94 | 250.000 | 19,2 | 19 à 25% | 420.000 |
| Zambie         | 830.000   | 40.000 | 19,95 | 99.000  | 27   | 41 à 69% | 650.000 |

Source: ONUSIDA-UNECA, 2000 (ce document donne les détails sur les sources d'information)

**Annexe Tableau 5: Pays participants à l'étude de cas — impacts socioéconomiques du VIH/SIDA**

|       | Macroéconomiques | Ménages   | Agriculture    | Firmes & Sociétés  | Education   | Santé   |
|-------|------------------|---|----------------|--|---|---|
| Bénin | Non disponible   | 84% de 68 familles touchées par le SIDA ont connu une baisse des heures de travail ou la faillite | Non disponible | Le SIDA a accru les coûts dans 6 des 14 firmes interrogées et réduit les bénéfices dans les 8 autres | Sur environ 750.000 élèves du primaire, 1.800 sont susceptibles d'avoir perdu des professeurs en raison du SIDA en 1999         | Les projections des coûts de la santé en raison du SIDA indiquent une augmentation comprise entre 450 et 840% dans la période 1998–2025 |
| Ghana | Non disponible   | Non disponible  | Non disponible | Non disponible   | Sur environ 2,4 millions d'élèves du primaire, 11.000 sont susceptibles d'avoir perdu des professeurs en raison du SIDA en 1999 | L'occupation des lits liée au SIDA estimée à 50% en 2000, et devant monter jusqu'à plus de 90% d'ici 2010                               |



|         |   |  |  |   |  |  |
|---------|---|--|--|---|--|--|
| Kenya   | <p>Une étude de 1996 prévoyait une réduction de 14,5% du PIB d'ici 2005. Un modèle 2000 prévoit une perte annuelle de 1,3% en croissance du PIB par tête en conséquence du SIDA</p> | <p>On estime que les ménages perdent 49% à 78% de leur revenu lorsqu'une personne décède du SIDA (frais d'enterrement non compris)</p> | <p>Dans une province, les frais d'enterrement liés au SIDA ont triplé entre 1992/93 et 1998/99</p>   | <p>Dans une étude portant sur 4 firmes, le coût annuel par employé victime du SIDA était compris entre 17 et 49\$US. Dans une étude portant sur six firmes, la perte de bénéfices liée au SIDA était de 1,7 en moyenne en 1994 et était prévue d'augmenter pour atteindre une moyenne de 4% en 2005</p> | <p>Sur environ 5,6 millions d'élèves du primaire, 95.000 sont susceptibles d'avoir perdu des professeurs en raison du SIDA en 1999</p> | <p>Le taux d'occupation des lits pour des maladies liées au VIH/SIDA est de 30% dans les principaux hôpitaux centraux et entre 10% et 30% dans les hôpitaux de quartier</p>              |
| Namibie | <p>La perte annuelle de croissance du PIB par tête en raison du SIDA est de 1,5% d'ici 2005 selon les projections</p>   | <p>Dans 12 foyers touchés par le SIDA sur 18, il y a eu réduction du nombre du cheptel (et donc de l'épargne des ménages)</p>          | <p>La période de deuil peut entraîner jusqu'à plus de 25% de perte de temps de production dans les courtes périodes critiques de production (p.ex, semences et dséherbage)</p> | <p>Non disponible</p>   | <p>Sur environ 350.000 élèves du primaire, 9.500 sont susceptibles d'avoir perdu des professeurs en raison du SIDA en 1999</p>         | <p>Le coût annuel de la prise en charge a absorbé 2,8% du budget alloué à la santé en 1996 et absorbera entre 13% et 17% du budget total de la santé en 2001 d'après les projections</p> |

|                       |   |                       |                       |   |   |  |
|-----------------------|---|-----------------------|-----------------------|---|---|--|
| <p>Afrique du Sud</p> | <p>D'après les prévisions, en 2005 le taux de croissance réel du PIB sera inférieur de 0,3% par rapport à son niveau sans SIDA. En 2010, cette baisse du taux de croissance annuel par tête du PIB induite par le SIDA sera de 1% d'après les estimations</p> | <p>Non disponible</p> | <p>Non disponible</p> | <p>En raison du SIDA, les coûts totaux des avantages sociaux passeront de 7% des salaires en 1996 à 19% des salaires d'ici 2005. les frais de prestations assurés par les firmes en raison du SIDA augmenteront d'environ 15%. Les coûts du SIDA dans l'industrie minière seront 13 fois plus élevés en 2010 qu'en 1996</p> | <p>Sur environ 8 millions d'élèves du primaire, 100.000 sont susceptibles d'avoir perdu des professeurs en raison du SIDA en 1999</p> | <p>Le pourcentage de lits d'hôpitaux occupés par les malades du SIDA oscille entre 28% et 70% pour les adultes et 26% à 30% pour les enfants</p> |
|-----------------------|---|-----------------------|-----------------------|---|---|--|

|        |   |   |                |  |  |  |
|--------|---|---|----------------|--|--|--|
| Zambie | En raison du SIDA, la perte annuelle de croissance du PIB par tête sera de 1,15% d'ici 2010 d'après les projections | Les foyers touchés par le SIDA indiquent des niveaux annuels de revenu de 30 à 5% inférieurs aux foyers non touchés. Sur 116 familles de malades du SIDA, 59,8% signalent des pénuries de nourriture. | Non disponible | A la Indeni National Refinery, les coûts médicaux et de funérailles liés au SIDA au début des années 90 ont dépassé de 24.500 \$ US les bénéfices totaux de l'entreprise | Sur environ 1,7 millions d'élèves du primaire, 56.000 sont susceptibles d'avoir perdu des professeurs en raison du SIDA en 1999. 55% des ménages dans un district n'étaient pas en mesure de faire face aux coûts de scolarité des enfants | La mortalité des travailleurs de la santé dans 2 hôpitaux a été multipliée par 13 entre 1980 et 1990, cette hausse étant largement imputable au SIDA. En 1993, 50% des lits d'hôpital étaient occupés par des malades du SIDA. Les frais de prise en charge du SIDA augmentent de plus de 750% dans la période 1995–2005 d'après les projections |
|--------|---|---|----------------|--|--|--|

Source: ONUSIDA-UNECA, 2000 (ce document donne les détails sur les sources d'information)

| <b>Annexe Tableau 6: Pays participants à l'étude de cas — gestion et mise en œuvre de la Riposte nationale au VIH/SIDA</b> |   |  |  |   |   |                                   |
|--|---|--|--|---|---|-----------------------------------|
|  | Il existe une politique nationale du VIH/SIDA | Il existe une législation spécifique relative à la discrimination en matière de VIH/SIDA | Il existe une structure nationale de haut niveau de lutte contre le SIDA (Conseil, Commission, Comité, etc.) | Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/SIDA |   |                                   |
|  |   |  |  | Il existe un Plan                                     | Le Plan identifie des priorités claires | Le Plan est soutenu par un budget |
| Bénin  | Oui   | Non  | Non  | Non   | Non applicable                          | Non applicable                    |
| Ghana  | Oui   | Non  | Oui  | Oui   | Oui                                     | Non/Non applicable                |
| Kenya  | Oui   | Non  | Oui  | Oui   | Oui                                     | Oui                               |
| Namibie  | Non   | Non  | Oui  | Oui   | Oui                                     | Oui                               |
| Afrique du Sud   | Oui   | Non  | Oui  | Oui   | Oui                                     | Oui                               |
| Zambie   | Non   | Non  | Oui  | Oui   | Oui                                     | Non                               |

Source: ONUSIDA-UNECA, 2000 (ce document donne les détails sur les sources d'information)