

L'impact du VIH et du sida sur le système éducatif au Burkina Faso

Éducation dans le contexte du VIH et du sida

L'impact du VIH et du sida sur le système éducatif au Burkina Faso

**Odile Akpaka
Yacouba Yaro**

Institut international de planification de l'éducation

Les idées et les opinions exprimées dans ce volume sont celles de l'auteur et ne représentent pas nécessairement celles de l'UNESCO ou de l'IIPE. Les appellations employées dans ce volume et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'UNESCO ou de l'IIPE aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant à leurs frontières ou limites.

La publication de ce document a été financée grâce à la subvention de l'UNESCO et aux contributions de plusieurs États membres de l'UNESCO dont la liste figure à la fin de ce document.

Publié par

l'Institut international de planification de l'éducation

7-9, rue Eugène Delacroix, 75116 Paris, France

e-mail : info@iiep.unesco.org

Site web de l'IIPE : www.unesco.org/iiep

Maquette de couverture : Nathalie Pruneau

Composition : Linéale Production

Impression et brochage : Atelier d'impression de l'IIPE

ISBN : 978-92-803-2302-3

© UNESCO 2007

Table des matières

Remerciements	8
Liste des sigles et des abréviations	9
Liste des tableaux	12
Liste des graphiques	13
Résumé	15
Introduction	29
I. Méthodologie	31
1. Travail documentaire	31
2. Investigations au niveau central (1 ^{re} phase)	41
3. Enquête dans deux provinces (2 ^e phase)	46
II. Cadre de l'étude	53
1. Rapide présentation du Burkina Faso	53
2. Quelques éléments sur le système éducatif burkinabé	51
3. La prévalence du VIH et du sida au Burkina Faso	55
III. Politiques et stratégies en matière de VIH et de sida dans le monde de l'éducation	63
1. Politique du secteur de l'éducation en matière de VIH et de sida	63
2. Réponses institutionnelles et stratégies des comités ministériels de lutte contre le sida	67
3. De l'approche multisectorielle à l'approche intersectorielle	75
IV. Effets sur l'offre, la demande et la qualité de l'éducation	79
1. Perception du VIH et du sida chez les acteurs du système éducatif et stigmatisation	79
2. Une offre éducative perturbée	86
3. Pas d'effets visibles au niveau global mais des risques de déscolarisation des élèves affectés	94
4. Effets sur la qualité	98

5.	Changements introduits suite aux effets du VIH et du sida sur la qualité de l'éducation	103
6.	Effets économiques	104
V.	La prévention du VIH et du sida en milieu scolaire	109
1.	Information	109
2.	Communication autour des changements de comportement	113
3.	Les activités de prévention menées par les enseignants dans le cadre scolaire	120
4.	Souhaits et attentes en matière de prévention en milieu scolaire	125
5.	Activités de dépistage	129
VI.	La prise en charge des OEV	135
1.	Identification et situation des OEV	135
2.	Les appuis aux OEV	140
3.	Des problèmes en suspens	143
VII.	Partenariats	147
1.	Une insuffisante concertation entre les structures de prise en charge des OEV	147
2.	Une certaine répartition des tâches dans la prise en charge des PVVIH	148
3.	Apprentissage du partenariat	151
VIII.	Quelques suggestions pour diminuer l'impact du VIH et du sida sur le système éducatif au Burkina Faso	155
1.	Pour une politique en matière de VIH et du sida dans le monde scolaire	155
2.	Pour une plus grande concertation et une meilleure harmonisation	159
3.	Pour le développement d'une culture de suivi/évaluation	161
4.	Pour une prévention plus efficace	163
5.	Pour une amélioration de la prise en charge des personnes infectées et affectées	166
6.	Pour une rénovation du système éducatif	168

Conclusion	171
Références	173
Annexe 1. Liste des personnes rencontrées	179
Annexe 2. Liste des établissements, lieux d'enquête	184
Annexe 3. Guide pour les entretiens	186
Annexe 4. Outils d'enquête	200
Annexe 5. Épidémiologie du VIH et du sida dans le monde et en Afrique subsaharienne	224
Annexe 6. Organigramme du Secrétariat permanent du CNLS-IST	227
Annexe 7. Dépouillement de quelques phrases à compléter (classe de 1 ^{re})	228

Remerciements

Nous voudrions adresser nos sincères remerciements à toutes celles et ceux qui ont accepté de donner du temps en répondant aux questionnaires, qui ont accepté de partager avec nous leurs réflexions et leur expérience au cours des entretiens et qui ont ainsi contribué aux résultats ici présentés.

Nous voudrions remercier tout spécialement toutes les personnes vivant avec le VIH qui ont bien voulu nous rencontrer et parler de leur combat.

Sans la collaboration des assistants de recherche, Pamoussa Ferdinand Compaoré et Alamissa Sawadogo, et des chauffeurs Olivier Ouédraogo et Abrahams Yaro, l'enquête sur le terrain n'aurait pas pu se réaliser. Qu'ils trouvent ici l'expression de notre reconnaissance.

Toute notre gratitude aux deux ministres en charge des enseignements, Mathieu R. Ouédraogo et Laya Sawadogo, ainsi qu'à leurs différents collaborateurs, qui nous ont facilité toutes les démarches administratives et ont manifesté leur intérêt pour cette étude.

Odile Akpaka
Yacouba Yaro

Liste des sigles et des abréviations

AAS	Association African Solidarité
ABBEF	Association burkinabé pour le bien-être familial
AES	Action pour l'enfance et la santé
AFARSI	Association des femmes africaines face au sida
ALAVI	Association Laafi la Viim
APAC	Association des professionnelles africaines de la communication
APE	Association des parents d'élèves
ARV	Antirétroviraux
AVOB	Association des veuves et orphelins du Burkina
ASEV	Association Solidarité Espoir Vie
BASP	Bureau d'appui en santé publique
CCC	Communication pour le changement de comportement
CEB	Circonscription d'éducation de base
CEBNF	Centre d'éducation de base non formelle
CERFODES	Centre d'études, de recherches et de formation pour le développement économique et social
CICDOC	Centre d'information, de conseil et de documentation sur le VIH/sida et la tuberculose
CISMA	Conférence internationale sur le sida et les maladies sexuellement transmissibles en Afrique
CLEDUCA	Club d'éducation actuelle
CNAPEB	Conseil national des associations de parents d'élèves du Burkina
CMLS	Comité ministériel de lutte contre le sida
CM1	Cours moyen 1 ^{re} année (avant-dernière année du primaire)
CM2	Cours moyen 2 ^e année (dernière année du primaire)
CNLS-IST	Conseil national de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles
CPD	Commission de la population et du développement de l'ONU
CPF	Code des personnes et de la famille
DEP	Direction/Directeur des études et de la planification
DPEBA	Direction/Directeur provincial(e) de l'Enseignement de base

Liste des sigles et des abréviations

DREBA	Direction/Directeur régional(e) de l'Enseignement de base
DR/MESSRS	Direction/Directeur régional(e) du ministère des Enseignements secondaire, supérieur et de la Recherche scientifique
DRH	Direction/Directeur des ressources humaines
EDS	Enquête démographique et de santé
EMP	Éducation en matière de population
ENEP	École nationale des enseignants du primaire
ERNWACA	Educational Research Network for West and Central Africa
ESTHER	Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau
FASAF	Famille et scolarisation en Afrique
FAWE	Forum des éducatrices africaines
FDC	Fondation pour le développement communautaire
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
GAP	Groupe d'animation pédagogique
GTZ	Agence allemande de coopération technique
IDH	Indice de développement humain
IEC	Information éducation communication
IIPE	Institut international de planification de l'éducation
INSD	Institut national de la statistique et de la démographie
IPC	Initiative privée communautaire
IPPTE	Initiative en faveur des pays pauvres très endettés
IRD	Institut de recherche pour le développement
IST	Infection sexuellement transmissible
MASSN	Ministère de l'Action sociale et de la Solidarité nationale
MEBA	Ministère de l'Enseignement de base et de l'Alphabétisation
MESSRS	Ministère des Enseignements secondaire, supérieur et de la Recherche scientifique
MS	Ministère de la Santé
MSF	Médecins sans frontières
MST	Maladie sexuellement transmissible
OBC	Organisation à base communautaire
OCADES	Organisation catholique pour le développement et la solidarité
OEV	Orphelins et enfants vulnérables

OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PAMAC	Programme d'appui au monde associatif et communautaire de lutte contre le sida
PAPMLS	Projet d'appui au programme multisectoriel de lutte contre le sida
PDDEB	Plan décennal de développement de l'éducation de base
PIB	Produit intérieur brut
PNB	Produit national brut
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PPIE-VIH/sida	Programme pilote intégré Éducation VIH/sida
PPTE	Pays pauvres très endettés
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
RAJS/BF	Réseau africain des jeunes contre le sida
REGPIV	Réseau pour une plus grande implication des personnes infectées par le VIH
ROCARE	Réseau ouest et centre africain de recherche en éducation
RGPH	Recensement général de la population et de l'habitat
SATEB	Syndicat autonome des travailleurs de l'éducation de base
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
SNEA-B	Syndicat national des enseignants africains du Burkina
SNESS	Syndicat national des enseignants du secondaire du supérieur
SP/CNLS-IST	Secrétariat permanent du Conseil national de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles
TBS	Taux brut de scolarisation
UERD	Unité d'enseignement et de recherche en démographie
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Liste des tableaux

Tableau 1.1	Répartition des entretiens à Ouagadougou par groupes-cibles
Tableau 1.2	Récapitulatif sur la collecte d'informations sur le terrain
Tableau 2.1	Taux brut de scolarisation (TBS) en 2002/2003 dans les provinces d'enquête (%)
Tableau 2.2	Évolution du sida de 1986 au 30 juin 2004
Tableau 3.1	Appréciations du soutien économique fourni aux PVVIH par les CMLS
Tableau 3.2	Organisateurs de sensibilisation/formation pour enseignants
Tableau 4.1	Manifestations de la stigmatisation, selon les élèves de 1 ^{re}
Tableau 4.2	Nombre d'enseignants du MEBA et du MESSRS décédés de 1999 à 2004
Tableau 4.3	Répercussions de la maladie des parents sur les enfants
Tableau 4.4	« Moyennes sexuellement transmissibles (MST) » et peur du sida
Tableau 5.1	Informations reçues sur les préservatifs
Tableau 5.2	Parler du sida pendant les cours
Tableau 5.3	Moyens de prévention expliqués aux élèves
Tableau 5.4	Ce que les enseignants disent aux élèves au sujet des préservatifs
Tableau 5.5	Conditions pour un enseignement structuré sur le VIH et le sida
Tableau 5.6	Attitudes de leurs camarades face au dépistage
Tableau 5.7	Causes du refus de se faire dépister
Tableau 8.1	Quelques éléments pour une politique en matière de VIH et de sida dans le monde scolaire
Tableau A1	Évolution du taux de prévalence du VIH de quelques pays en Afrique de l'Ouest (population adulte de 15 à 49 ans)

Liste des graphiques

- Graphique 3.1 Personne choisie par les élèves de CM pour la formation sur le sida
- Graphique 4.1 Répartition des élèves ayant déjà vu une PVVIH, selon le lieu
- Graphique 4.2 Déterminants de l'abandon scolaire en cas de maladie des parents
- Graphique 5.1 Sources d'information sur le sida pour les élèves du CM
- Graphique 5.2 Fréquence des discussions sur le sida entre professeurs et élèves de 1^{re}
- Graphique 5.3 Appréciations du préservatif par les élèves de 1^{re}
- Graphique 5.4 Taux de dépistage chez les élèves enquêtés des classes de 1^{re} selon le sexe et la localité
- Graphique A1 Nombre de personnes vivant avec le VIH dans les régions du monde fin 2003

Résumé

L'objectif général de l'étude est d'apprécier les effets de la pandémie sur l'offre et la demande en matière d'éducation dans l'enseignement primaire et secondaire, et les réponses apportées pour limiter ces effets. Plus spécifiquement il s'agit :

- d'identifier les effets induits par l'épidémie en termes d'offre et de demande éducatives ;
- d'analyser les politiques/stratégies mises en œuvre pour diminuer les effets négatifs au niveau national et régional ;
- d'examiner les activités de prévention menées dans les établissements scolaires, en particulier celles qui concernent les filles ;
- d'apprécier la situation des enfants rendus orphelins par le sida et l'intervention des partenariats dans les réponses apportées à leurs problèmes d'éducation ;
- de faire des propositions pour le renforcement des stratégies/ réponses pertinentes.

L'étude se focalise sur le système éducatif, mais sans jamais perdre de vue que celui-ci n'est qu'un élément, parmi beaucoup d'autres, de la dynamique de la société burkinabé, dont les composantes socioculturelles et socio-économiques interfèrent à tout moment sur ce système.

Les *chapitres I et II* sont consacrés à la méthodologie utilisée et au cadre d'étude. Le travail de terrain a été réalisé en deux phases durant le premier trimestre 2005 : investigations au niveau central, puis enquête dans deux provinces, celles du Houet et du Sanmatenga. Durant la première phase, 42 entretiens individuels ou de groupe ont été réalisés à Ouagadougou auprès de 58 personnes appartenant à 40 structures différentes. À la suite de cette première phase, six hypothèses de recherche ont été formulées et un rapport rédigé.

La deuxième phase s'est déroulée au niveau provincial. Ont été retenus 28 établissements de l'enseignement de base et de l'enseignement secondaire général et technique, en milieux rural, urbain et périurbain. La collecte des informations a été réalisée avec des questionnaires auprès d'élèves de CM1/CM2 et de classe de 1^{re}, ainsi que des enseignants du primaire et du secondaire, au cours de groupes de discussions avec des élèves de classe de 3^e et des enseignants, à l'aide de rédactions projectives proposées aux élèves de classe de 5^e et, enfin, dans des entretiens. Ceux-ci ont été menés avec des autorités scolaires, des ONG et des associations engagées dans le domaine de l'étude et d'autres personnes-ressources (services sanitaires, services de l'action sociale, personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et parents, y compris des familles accueillant des orphelins et enfants vulnérables (OEV)). Au total, plus de 2 350 personnes d'horizons divers ont été impliquées.

Au Burkina Faso, le taux brut de scolarisation dans l'enseignement primaire est estimé à 52,2 % pour l'enseignement de base (MEBA, 2004) et à 13,02 % pour le secondaire (MESSRS, 2003). Il existe une grande disparité dans les taux brut de scolarisation en fonction des régions, du revenu familial et du genre (au primaire, ce taux est de 46,6 % pour les filles).

Le taux de séroprévalence, qui était de l'ordre de 7,1 % en 1997, connaît une diminution sensible depuis 2002. L'enquête démographique et de santé en 2003 a estimé le taux de séroprévalence à 1,8 % pour l'ensemble de la population, mais pour les centres urbains, Bobo-Dioulasso et Ouagadougou, les taux étaient supérieurs à 4 %. Quant au secteur spécifique de l'éducation, il ressort de l'enquête du projet VIRUS en 2004 que le taux de séroprévalence est de 2,7 % pour les enseignants.

Le *chapitre III* de l'étude présente les politiques et stratégies en matière de VIH et de sida dans le monde de l'éducation. La source principale de toutes les orientations et actions pour la lutte contre le VIH/sida et les IST est le *Cadre stratégique de lutte contre le VIH/sida 2001-2005*. L'existence d'un organe unique de coordination (le

Conseil national de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles – CNLS-IST) et l'implication de tous dans une approche multisectorielle sont généralement considérées comme des atouts politiques. Après l'évaluation du Cadre actuel, il apparaît que les problèmes des jeunes et des femmes doivent être reconsidérés et érigés en priorité dans le prochain. La volonté d'associer tous les secteurs à la lutte a été exprimée à maintes reprises. Mais s'il y a bien des approches multisectorielles, il y en a peu qui soient intersectorielles.

Au niveau du ministère de l'Enseignement de base et de l'Alphabétisation (MEBA) et du ministère des Enseignements secondaire, supérieur et de la Recherche scientifique (MESSRS), comme dans tous les ministères, un comité ministériel de lutte contre le sida (CMLS) a été mis en place. Les CMLS des deux ministères chargés de l'éducation ciblent leurs personnels et assurent une prise en charge socio-économique des PVVIH et des personnes affectées, sous leur tutelle. Des cellules-relais chargées de démultiplier l'information auprès des enseignants et des personnels administratifs ont été créées, du niveau national au niveau local. Selon divers témoignages recueillis, elles connaissent certaines difficultés. En matière de sensibilisation/formation du personnel de ces ministères, les stratégies méritent d'être revues, dans la mesure où seulement 47,3 % des enseignants du secondaire et 22,6 % du primaire ont dit avoir reçu une formation. La circulation de l'information se heurte à plusieurs difficultés, dont l'une est relative au lien entre formation sur le VIH et le sida et l'argent.

Le *chapitre IV* examine les effets sur l'offre, la demande et la qualité de l'éducation. **Mur du silence et forte stigmatisation en famille, dans le quartier et dans le monde scolaire aggravent les effets du VIH et du sida en milieu scolaire.** Deux tiers des élèves de CM1/CM2 interrogés ne veulent pas manger avec un malade du sida par peur de la contamination. Les enquêtes montrent que la stigmatisation/discrimination diminue au fur et à mesure que s'élève le niveau scolaire et que les modes de contamination sont mieux connus. Néanmoins, dans les groupes de discussion les enseignants ont évoqué

la forte stigmatisation en milieu scolaire, à laquelle il faut ajouter l'autostigmatisation.

L'offre éducative est perturbée par la maladie et les décès, tous deux en augmentation et dus, pour une part, au sida. Les informations du MEBA relatives aux décès des enseignants permettent de compter un décès par semaine en 2003/2004 - cette estimation étant obtenue à partir des communiqués nécrologiques que le ministère fait diffuser sur les ondes de la radio nationale lorsque l'un de ses agents décède. Plus d'un enseignant sur cinq dans le Houet étaient dans les bureaux de l'administration scolaire, où sont envoyés le plus souvent les enseignants malades, y compris ceux atteints du sida.

Les absences liées à la maladie sont gérées au niveau de l'établissement, le plus souvent aussi longtemps que possible, pour « ne pas frustrer la personne malade », éviter la honte à la PVVIH, et préserver le mur de silence. Dans l'enseignement de base, plusieurs solutions, évoquées sur le terrain, peuvent être envisagées face à ces absences répétées. Dans l'enseignement secondaire, l'appel aux vacataires est souvent le seul recours.

Les demandes de mutation ou de maintien sur place sont en général agréées lorsque les autorités sont au courant de la situation de santé de l'intéressé. Les réactions des élèves et des parents se caractérisent par leur ambivalence. La qualité de l'enseignement souffre, entre autres, des perturbations dans l'offre qui se répercutent sur les performances scolaires des élèves. Les familles touchées par le VIH ou le sida qui ne mettent pas les enfants à l'école ou qui les retirent ne sont pas visibles au niveau des statistiques nationales ou même provinciales, étant donné les taux de scolarisation actuels. Étant donné les effets d'appauvrissement total que génère le VIH et le sida dans une famille, la déscolarisation des élèves dont l'un des parents est malade est principalement due au manque de moyens financiers et, dans une moindre mesure, à la nécessité de s'occuper du parent malade, surtout pour les filles.

Les répercussions psychologiques de la maladie des parents sur les enfants rejouent sur leur scolarité et le problème de la prise en charge

psychologique de ces enfants/jeunes reste posé. Les relations intimes entre enseignants et élèves perturbent également l'enseignement et posent un problème éthique. La peur du VIH et du sida, selon plus de la moitié des élèves de 1^{re} interrogés, n'a pas fait diminuer les « moyennes sexuellement transmissibles ».

Le *chapitre V* traite de la prévention du VIH et du sida en milieu scolaire. Pour les CM1/CM2 interviewés, les enseignants et les médias (radio et télévision) constituent les principales sources d'information. Même si les parents sont beaucoup moins cités spontanément, plus de quatre élèves sur dix disent parler du sida en famille. Le message familial le plus fréquemment transmis aux enfants concerne la gravité de la maladie et assimile souvent sida et mort. Au niveau du secondaire, les sources d'informations sont variées, les associations/clubs/groupes d'amis sont les plus souvent cités par les élèves et les pairs-éducateurs ont une place importante. Conçue comme une solution de proximité et de communication interpersonnelle, l'éducation par les pairs semble fréquemment se limiter à l'animation des clubs (clubs scolaires, de jeunes ou de quartier). La plupart des activités de prévention sont organisées avec des jeunes de l'enseignement secondaire et, pour l'essentiel, dans les centres urbains.

Si 80 % des enseignants disent parler occasionnellement du sida avec leurs élèves, plus de 90 % d'entre eux révèlent n'avoir aucun matériel didactique, sans parler des questions de formation déjà évoquées plus haut. Les messages des enseignants visent en premier lieu l'abstinence ; près d'un enseignant sur trois dit parler des préservatifs aux élèves, mais nombre d'entre eux mettent en doute la sécurité des préservatifs. À leur tour les élèves expriment des inquiétudes sur la qualité des préservatifs vendus à bas prix. Malgré la multiplicité des messages d'information, des notions erronées circulent, même jusqu'au niveau des classes de 3^e, et plus de la moitié des élèves de plus de 18 ans dépistés en 2004 adoptaient encore des comportements à risque pour diverses raisons : pauvreté, déni de l'existence de la maladie, irresponsabilité, insuffisante prise en compte des contextes sociaux et

culturels, rareté de l'éducation sexuelle comme l'illustrent les attitudes face aux promesses de cadeaux par des hommes d'un certain âge.

Les élèves de l'enseignement primaire (90 %) voudraient des cours sur le VIH et le sida et les trois quarts sont d'accord pour être évalués sur de tels cours. Dans le secondaire, ils mettent l'accent sur la communication entre jeunes (qui doivent être formés), mais ne refusent pas du tout le dialogue avec les enseignants, et souhaitent l'implication des agents de santé, des assistants sociaux, de l'administration des établissements et aussi des parents. De l'avis général, jusqu'à présent la question du VIH et du sida n'est pas abordée de manière systématique dans les programmes scolaires. À côté d'une forte demande en formation formulée par les enseignants, apparaissent tout aussi fortement les motivations économiques pour donner de tels cours.

Près de 40 % des élèves de 1^{re} interrogés se sont fait dépister, avec une différence significative entre les filles et les garçons. Près des trois quarts (73,6 %) d'entre eux l'ont fait pour connaître leur statut et se rassurer. La problématique de la stigmatisation et celle de la prise en charge en cas de résultats de séropositivité sont à la base de la crainte et des hésitations exprimées par plus de la moitié de ceux qui n'ont pas fait le test de dépistage.

La prise en charge des enfants et orphelins vulnérables (OEV) en milieu solaire fait l'objet du *chapitre VI*. Identifier les OEV pour les associations ou les services sociaux est une tâche ardue. Dans l'échantillon des élèves interrogés au CM1/CM2 dans les deux provinces, dont l'âge est compris entre 9 et 18 ans et dont 82,6 % ont entre 11 et 14 ans, 12,1 % sont orphelins de père et 5,3 % orphelins de mère. Dans les établissements scolaires, les enseignants et autorités scolaires, connaissent rarement le statut familial des élèves. Ces difficultés d'identification sont souvent liées à des questions culturelles.

Les enfants orphelins ne sont pas maltraités, mais il y a des différences de traitement entre eux et les enfants de la famille d'accueil, en particulier dans l'habillement et la scolarisation, s'accordent à dire

les personnes rencontrées. Parmi les OEV, comme pour le reste de la population scolaire, les filles abandonnent plus vite que les garçons le chemin de l'école. Plus de la moitié des abandons scolaires sont liés à des causes économiques mais, dans une réponse sur cinq, cet abandon serait dû à l'attitude de la famille d'accueil. Outre l'appui des CMLS, déjà évoqué plus haut, des fournitures scolaires et/ou des vêtements, et/ou un appui pour l'alimentation sont donnés aux OEV à travers de multiples structures. Néanmoins, plusieurs problèmes ne sont pas encore vraiment résolus, dont celui de la continuité de l'appui d'une année scolaire à l'autre. Le suivi scolaire par les familles est rare, il l'est encore plus lorsque l'enfant se retrouve orphelin, pris en charge dans la grande famille.

Le *chapitre VII* est consacré à la question des partenariats. Il est impossible de savoir si certains enfants ne bénéficient pas d'une double prise en charge et si certains ne sont pas complètement oubliés, cas de figure très probable. L'insuffisance d'informations statistiques fiables au niveau des provinces rend encore plus complexe la tâche au niveau de la prise en charge des OEV, les appuis fournis par une structure sont rarement connus d'une autre et les organes de concertation, s'ils existent, n'apparaissent pas suffisamment fonctionnels.

Dans la prise en charge des PVVIH, il existe une certaine répartition des tâches. Les associations et la société civile sont les plus impliquées dans la prise en charge psychosociale, absolument essentielle. Dans l'ensemble de la lutte contre le VIH et le sida en milieu scolaire, le partenariat structures étatiques/associations-ONG est diversement apprécié selon les interlocuteurs. Une méfiance mutuelle est souvent exprimée.

Le dernier chapitre présente différentes recommandations, qui seront reprises en grande partie ici.

1. Pour une politique en matière de VIH et de sida dans le monde scolaire et universitaire

Cette politique donnera les **grandes orientations de la lutte en termes d'éducation**. Apprendre aux jeunes qu'une relation sexuelle est autre chose qu'un jeu, apprendre à résister au chantage, à la contrainte, apprendre à négocier, apprendre à aimer, apprendre à soutenir psychologiquement et socialement les PVVIH dans leur environnement scolaire, familial ou social, telles sont quelques-unes des compétences de la vie qu'une éducation solide doit développer.

Cette politique définira les stratégies de prévention les plus appropriées en fonction de l'âge des apprenants et du niveau d'enseignement. Jusque-là les écoles primaires ont été les grandes oubliées. Parmi les thèmes qui pourraient figurer dans cette politique, citons : l'éducation préventive, le dépistage, la lutte contre la stigmatisation, la prise en charge des PVVIH et des OEV, la coordination, le suivi de l'impact de l'épidémie sur le monde scolaire et l'évaluation de cette politique en matière de VIH/sida dans le milieu scolaire.

Cette politique active se fixera, entre autres objectifs, de :

- travailler sur les représentations sociales de la maladie, en particulier sur le sida et une vie sexuelle « débridée », sida et femme ;
- prendre davantage en compte les aspects socioculturels, en associant les familles, surtout pour l'enseignement de base ;
- s'assurer que les modes de contamination sont totalement connus de tous, quel que soit leur niveau scolaire ;
- améliorer la compréhension du VIH et du sida et plus précisément des facteurs qui favorisent la contamination, ainsi que de la différence entre VIH et sida ;
- lutter contre la suspicion qui entoure les tests de dépistage du VIH et les non-dits autour de celui qui se fait dépister ;
- favoriser une meilleure prise en charge des personnes testées positives ;
- solliciter les témoignages de PVVIH et développer d'elles une image positive.

2. **Pour un axe stratégique spécifique à cette stigmatisation**, principale, cause du mur de silence décrit au cours de cette étude et de l'autostigmatisation qui aggravent considérablement les perturbations liées au VIH et au sida en matière d'offre, de demande et de qualité éducatives.
3. **Pour une plus grande concertation et une meilleure harmonisation**

La multiplication des comités ne facilite pas ce travail collectif au centre duquel doivent se situer les familles, les élèves et les enseignants. La tâche est multidimensionnelle et la participation de tous dans cette lutte est nécessaire, mais il faut aussi qu'il y ait une réelle concertation des différents acteurs, **concertation qui pourrait se situer au niveau provincial, sous la responsabilité des comités provinciaux**. Cette concertation ne signifie pas la mainmise du comité provincial sur les financements que les différents intervenants obtiennent de divers partenaires, mais une réflexion commune, un dialogue régulier sur la programmation des activités et la mise en œuvre de certains partenariats. Parvenir à mettre en commun la liste des OEV pris en charge dans le domaine de la scolarisation constituerait, entre autres, un pas important dans la coordination des actions et l'apprentissage du partenariat. La question de leadership au niveau de ces concertations peut se poser. À tous les niveaux, les premiers responsables, y compris les plus hauts, sont les présidents des différentes structures de lutte contre le VIH et le sida. Leur engagement est souvent réel, mais bien évidemment, ils sont amenés à déléguer une part de cette responsabilité à des adjoints. La réussite du plaidoyer contre la stigmatisation repose en grande partie sur les capacités de mobilisation des différents leaders.

4. **Pour le développement d'une culture de suivi/évaluation**

Bien souvent, des activités de prévention dans le milieu scolaire ou de prise en charge des OEV sont menées de manière ponctuelle, en fonction des financements des partenaires ou des projets, sans que les uns ni les autres sachent si cette activité sera programmée chaque année ou aura une suite quelques temps après. L'une des raisons principales

de ce qu'il faut bien appeler « un pilotage à vue » vient de la grande dépendance à l'égard des partenaires financiers.

Apporter un appui pour l'inscription d'un OEV dans l'enseignement est important, dans la mesure où les difficultés d'ordre économique sont les causes les plus fréquemment citées de la déscolarisation des enfants dont les parents sont malades ou décédés. Mais si aucun suivi des difficultés rencontrées par cet enfant n'est réalisé, l'appui financier risque de ne pas porter beaucoup de fruits. Dans la majorité des cas, dans l'esprit d'une identification des besoins, il est possible d'inclure une évaluation rapide au rang des activités de prévention.

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

5. Pour une prévention plus efficace

Il est urgent de former tous les enseignants au niveau de chaque province en s'appuyant sur les compétences de ceux qui ont déjà été formés. L'intervention de personnel de la santé, telle que souhaitée par la majorité des élèves de CM1/CM2 interrogés, doit être examinée avec attention, de même que celle de certains parents.

Au niveau de l'enseignement de base, l'intégration dans le programme d'une formation adaptée à chaque classe, doit être réalisée, même à titre transitoire. On ne peut attendre en effet que les curricula basés sur les compétences soient élaborés, expérimentés, finalisés pour les six cours des écoles primaires et que les modules sur le VIH et le sida soient inclus dans ces curricula, car ce travail prendra des années.

Pour l'enseignement secondaire, il faut arriver à imaginer une organisation dans laquelle les jeunes, au sein des clubs et associations, auraient un rôle central et dans laquelle les enseignants et autres adultes disponibles (aussi bien des personnels de la santé que des PVVIH ou des parents) auraient une fonction essentielle de référence et de conseil. Pour être sûr que chaque élève bénéficie de l'information

et de l'éducation, il reste nécessaire que ces questions aient une place suffisamment importante dans le programme de chaque année, et soient intégrées dans une discipline d'accueil. On évoque souvent les sciences de la vie et de la terre, mais, de fait, toute discipline peut être considérée comme une discipline d'accueil, si les enseignants sont formés.

On peut s'étonner que les élèves du 1^{er} cycle du secondaire, et en particulier les filles, soient si peu sensibilisés aux risques qu'ils courent en ayant des relations intimes avec leurs enseignants. La banalisation de la situation par le monde éducatif, la volonté des autorités de minimiser les problèmes pour éviter la honte tant à l'élève, surtout si c'est une fille, qu'à l'établissement ou à la circonscription d'éducation de base, doit faire réfléchir. L'existence même de l'expression « moyennes sexuellement transmissibles » doit susciter des réactions, c'est toute la qualité de la formation et de l'éducation qui est ainsi compromise. Il est temps que ce problème soit discuté et analysé, avec les professeurs et avec les élèves, et non pas occulté dans les animations avec ces derniers, sous prétexte que ces relations sont interdites comme on nous l'a dit durant l'étude.

6. Pour une amélioration de la prise en charge des personnes infectées et affectées

De l'avis de tous, si les enseignants savent qu'il y a une prise en charge en cas de séropositivité, ils feront beaucoup plus facilement le test de dépistage.

Au-delà d'un soutien économique, c'est d'une prise en charge globale, médicale et psychosociale dont toutes les PVVIH ont besoin. Il est certain que des enseignants vivant avec le VIH en milieu rural auront beaucoup de mal à bénéficier de cette prise en charge. Il faut donc qu'ils puissent obtenir une mutation dès qu'ils connaissent leur séropositivité, sans attendre que la maladie se soit déclenchée.

Soutien pour les familles qui accueillent des OEV, financier d'abord, mais aussi moral, soutien qui peut provenir de la communauté à laquelle ils appartiennent. Cette approche communautaire est encore

réalisable en milieu rural dans certaines conditions, à l'image de ce que certaines organisations ont pu mettre en œuvre : les OEV identifiés par la communauté sont pris en charge par elle, et une collaboration entre communauté/familles/école peut se construire. Il est alors plus aisé de prévenir la déscolarisation des enfants affectés par la maladie ou le décès d'un proche.

7. Pour une rénovation du système éducatif

Toutes les propositions précédemment faites doivent concourir à la réduction des effets négatifs, mais il est nécessaire, comme l'ont exprimé maints auteurs, d'aller au-delà et d'utiliser des situations induites par le VIH/sida pour transformer le système éducatif et en faire un véritable outil de développement.

La lutte contre le sida doit permettre de trouver des solutions à l'absentéisme des enseignants, qui a bien d'autres causes que le VIH et le sida, mais dont les effets sur la qualité de l'éducation sont indubitables. Le renforcement du pouvoir de contrôle de l'inspecteur, chef de la circonscription, et le renforcement du suivi de l'assiduité des enseignants par les parents d'élèves via les associations des parents d'élèves et les associations des mères d'élèves, pourraient limiter l'absentéisme non motivé de certains. Une meilleure gestion du personnel pourrait contribuer à lutter contre cette contrainte majeure.

L'absentéisme motivé par des raisons de santé appelle évidemment un autre traitement. Quelques cas d'aménagements d'horaires ont été cités au cours de l'enquête. Ils peuvent permettre une réorganisation du temps d'apprentissage, plus productive pour les élèves que des absences répétées et irrégulières. Centrer la réflexion sur le temps d'apprentissage plus que sur le temps de présence en classe est une piste qui doit être approfondie.

De même, la participation des élèves à la construction de leur propre savoir en matière de santé de la reproduction et de VIH et de sida, ainsi que la contribution des services de santé et d'action sociale au travail de prévention dans les établissements, peuvent avoir

une influence novatrice sur les approches pédagogiques. Constituer dans l'enseignement de base, mais aussi dans le premier cycle de l'enseignement secondaire, des groupes par âge et par sexe, dans lesquels les élèves seront plus à l'aise qu'au sein d'une classe surchargée et hétérogène, pour discuter des questions liées à la vie, peut changer certains aspects du mode de fonctionnement éducatif.

Simultanément, redonner aux enseignants leur rôle d'éducateur, au lieu d'être, comme mentionné par des enseignants au cours de l'enquête, des « serviteurs du programme » est l'une des directions que peut prendre la fameuse revalorisation des enseignants. Cette **éducation de qualité doit à coup sûr être renforcée**. La bataille pour le développement de l'accès et l'atteinte de certains taux de scolarisation ne doit pas reléguer au deuxième plan celle de la qualité, car elles sont intimement liées. La formation initiale et continue des enseignants et leur soutien constituent des conditions essentielles au renforcement de cette qualité. Durant leur formation initiale, il importe que les enseignants apprennent à centrer leur attention sur les enfants, beaucoup plus que sur les programmes, et qu'ils deviennent capables de détecter les signes de vulnérabilité au niveau des enfants, vulnérabilité liée au VIH et au sida ou à d'autres problèmes, en particulier celui de la pauvreté dans le milieu familial.

Introduction

Si le rôle de l'éducation dans la lutte contre le VIH et le sida est bien connu, en revanche, l'impact de cette épidémie sur l'organisation, le fonctionnement et les performances du système éducatif l'est moins, particulièrement en Afrique de l'Ouest francophone. Et pourtant, les conséquences sur la demande et l'offre éducatives ainsi que sur la qualité de cette éducation sont multiples. La plupart des études existantes portent sur l'Afrique australe qui a des taux de prévalence beaucoup plus élevés (Kelly, 2000 ; *Campagne mondiale pour l'éducation 2005*). C'est pourquoi l'étude de l'impact du VIH et du sida sur le système éducatif au Burkina Faso revêt un intérêt certain, tant pour le pays lui-même que pour la communauté internationale, impliquée dans la lutte contre la pandémie.

L'objectif général de l'étude est d'apprécier les effets de la pandémie sur l'offre et la demande en matière d'éducation dans l'enseignement primaire et secondaire et les réponses apportées pour limiter ces effets. Plus spécifiquement, il s'agit :

- d'identifier les effets induits par l'épidémie en termes d'offre et de demande éducatives ;
- d'analyser les politiques/stratégies mises en œuvre pour diminuer les effets négatifs aux niveaux national et régional ;
- d'examiner les activités de prévention menées dans les établissements scolaires, en particulier celles qui concernent les filles ;
- d'apprécier la situation des enfants rendus orphelins par le sida et l'intervention des partenariats dans les réponses apportées à leurs problèmes d'éducation ;
- de faire des propositions pour le renforcement des stratégies/ réponses pertinentes.

L'étude se focalise sur le système éducatif, mais sans jamais perdre de vue que celui-ci n'est qu'un élément, parmi beaucoup d'autres,

de la dynamique de la société burkinabé, dont les composantes socioculturelles et socio-économiques interfèrent à tout moment sur ce système.

Le travail a été réalisé en deux phases durant le premier trimestre 2005 : investigations au niveau national, puis enquête dans deux provinces, celles du Houet et du Sanmatenga (voir *cartes*, p. 54-55). Plus de 2 350 personnes d'horizons divers ont été impliquées : élèves, enseignants, autorités scolaires, cadres de différents ministères, partenaires techniques et financiers, responsables d'associations et d'ONG, personnes-ressources. Pussions-nous entendre la parole de chacun pour réduire les effets du VIH/sida sur le monde éducatif, non seulement sur son fonctionnement, mais aussi sur les acteurs de ce système, les enfants, les hommes et les femmes qui aujourd'hui sont affectés, dans leur corps et dans leur cœur, par le virus et par la maladie.

Le rapport consacre respectivement ses les *chapitres I, II et III* à la méthodologie utilisée, au cadre d'étude, aux politiques et stratégies en matière de VIH et de sida dans le monde de l'éducation. Le *chapitre IV*, les effets sur l'offre, la demande et la qualité de l'éducation sont examinés. Les *chapitres V et VI* traitent de la prévention du VIH et du sida en milieu scolaire et de la prise en charge des orphelins et enfants vulnérables (OEV). Le *chapitre VII* analyse la question des partenariats. Enfin, le *chapitre VIII* expose quelques suggestions pour renforcer les stratégies et limiter les effets du VIH et du sida sur le système éducatif.

I. Méthodologie

Pour atteindre les objectifs mentionnés plus haut et répondre aux principales questions de recherche formulées dans les termes de référence, la méthodologie mise en œuvre s'articule autour des axes suivants :

- travail documentaire ;
- investigations au niveau central : élaboration des guides d'entretiens, conduite et analyse des entretiens, recherche des données statistiques, et élaboration du rapport de la première phase ;
- enquête dans deux provinces : préparation et test des instruments d'enquête, collecte des informations, dépouillement et analyse des données, partage des premiers résultats ;
- rédaction de l'étude.

1. Travail documentaire

Plus d'une cinquantaine de documents ont été consultés. Ils peuvent être classés en quatre catégories : (i) le VIH, le sida et les systèmes éducatifs en Afrique ; (ii) le VIH et le sida au Burkina Faso ; (iii) le système éducatif burkinabé et le VIH et le sida dans ce système ; (iv) les orphelins et enfants vulnérables au Burkina Faso. Par ailleurs, nous avons pris connaissance d'une trentaine de communications présentées lors du deuxième Forum national sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et les orphelins et enfants vulnérables (OEV), organisé à Ouagadougou du 25 au 27 janvier 2005, forum auquel le consultant national a pu participer pendant une journée.

Certains de ces documents ont été analysés sur la base des points suivants :

1. politiques/stratégies/réponses du système éducatif pour limiter la pandémie et les effets négatifs, y compris les stratégies de remplacement des enseignants manquants ;
2. effets en termes d'offre et de demande ;

3. activités de prévention ;
4. activités de prise en charge (ARV, autre prise en charge médicale, économique, psychosociale) ;
5. OEV ;
6. VIH, sida et qualité de l'éducation (contraintes et opportunités) ;
7. partenariats ;
8. propositions pour le renforcement des stratégies/réponses pertinentes.

Seules les grandes lignes de la revue documentaire sont présentées ici.

Le VIH, le sida et les systèmes éducatifs en Afrique

Les travaux consultés, relatifs à l'impact du VIH et du sida sur les systèmes éducatifs en Afrique, ont pour la plupart insisté sur les effets, en termes de demande, d'offre et de qualité de l'éducation, et/ou sur le rôle de l'école, en termes de prévention. Ils ont préconisé des politiques novatrices qui prennent en compte l'existence du sida et son impact.

Pour M.J. Kelly (2000), l'épidémie est un défi pour l'éducation. Dans *Planifier l'éducation dans un contexte de VIH/sida*, il analyse l'impact du VIH et du sida sur la demande et l'offre éducatives, en particulier sur les élèves et les effectifs scolaires, la clientèle potentielle et les enseignants. Il s'attache également à déterminer les effets sur le contenu et les processus éducatifs, l'organisation et le rôle de l'éducation ainsi que sur le financement, la planification et la gestion de l'éducation. Changer la vision de l'éducation et de l'enseignement sous la pression du VIH et du sida, attaquer les causes de la vulnérabilité à la racine, procéder à un réexamen critique des finalités de l'éducation et « tendre vers un système plus souple, plus diversifié et plus universellement accessible », telles sont quelques-unes des conclusions de cet ouvrage.

Dans leur contribution *L'impact du sida sur l'offre et la demande scolaires en Afrique subsaharienne*, Yaro et Dougnon (2002), se référant aux cas de plusieurs pays d'Afrique australe et orientale, soulignent

que l'épidémie réduit l'efficacité du système éducatif et nécessite la réaffectation des dépenses d'éducation. Dans certains endroits, l'État est obligé d'augmenter significativement le recrutement du nombre d'enseignants ; dans d'autres, des écoles sont fermées en raison du manque d'enseignants. Le contexte de paupérisation des familles et la discrimination constituent des facteurs qui poussent aux abandons. Il est nécessaire, concluent les consultants, de formuler des politiques éducatives progressistes sur le VIH et le sida : approche multiforme et pluridisciplinaire, et complémentarité des activités de prévention hors programmes et par les programmes.

Dans la synthèse des contributions réalisée pour la 36^e session de la Commission de la population et du développement de l'ONU (CPD), Pilon (2003) mentionne un titre évocateur du journal *Le Monde* : « En Afrique le sida tue l'éducation ». Il situe sa réflexion dans le cadre de l'éducation pour tous (EPT), plaide pour des politiques éducatives qui doivent s'inscrire dans un projet global de société et estime essentiel le rôle de l'école au service de la lutte contre le sida. Le chercheur évoque la multiplication des initiatives (plus de cent ONG au Mali dans la lutte contre le VIH et le sida dans l'éducation¹) et insiste, compte tenu de l'ampleur et des effets du VIH et du sida, sur « le besoin accru de recherche, des politiques adéquates et des moyens en conséquence, tant de la part des acteurs nationaux qu'internationaux ».

Dans le document préparé par Allemano (2003), *Le sida en Afrique subsaharienne : une menace pour la qualité de l'éducation*, l'accent est mis, entre autres, sur la relation entre qualité de l'éducation et sida. Celle-ci est atteinte à divers niveaux par le sida : temps d'instruction, processus d'enseignement/apprentissage, climat et réussite scolaires ... L'auteur insiste sur l'intégration des activités de prévention et d'atténuation de l'impact du VIH et du sida dans les stratégies de promotion de la qualité de l'éducation, en introduisant plus de flexibilité pour les élèves affectés, en proposant des solutions éducatives alternatives, en améliorant l'environnement scolaire. Le sida

1. Situation identique au Burkina Faso.

donne, selon lui, l'occasion d'introduire des réformes incontournables, en particulier dans la supervision des enseignants et la gestion de l'absentéisme.

Dans son étude *L'épidémie du VIH/sida, un défi pour la réalisation de la scolarisation primaire universelle en Afrique subsaharienne*, Villette (2004) explique la vulnérabilité des jeunes par le manque de connaissances et l'environnement économique, social et culturel qui conduisent à des comportements à risque. Aussi affirme-t-elle que l'éducation primaire doit fournir les connaissances nécessaires à la prévention du VIH et réinterroger le système de valeurs de la société pour limiter la propagation de la maladie. L'épidémie du VIH et du sida, du fait qu'elle affecte l'ensemble des employés du secteur de l'éducation, entraîne une révision de la politique de recrutement, de remplacement et de formation du personnel. La lutte contre le sida dans le secteur de l'éducation peut s'organiser, selon l'auteur, autour de trois axes essentiels : faire de l'école un lieu de prévention et de protection contre le VIH et le sida, atténuer leurs effets sur l'offre scolaire et soutenir la demande scolaire.

Le VIH et le sida au Burkina Faso

Le *Rapport national sur le développement humain au Burkina Faso* (PNUD, 2001) est consacré à la lutte contre le VIH et le sida. L'équipe de rédaction souligne que les filles et les femmes de 13 à 24 ans sont les plus touchées, avec un taux de prévalence d'au moins cinq fois supérieur à celui des hommes. Elle analyse les stratégies et réponses de chaque secteur (économique, social, éducatif, sanitaire ...) ainsi que les perspectives. Elle étudie l'implication de la société civile et la mobilisation communautaire dans la lutte, présente l'appui de la communauté internationale et souhaite la promotion de la coopération régionale.

Dans l'*Analyse de la situation du VIH/sida et des MST au Burkina Faso* (SP/CNLS-IST), outre les questions de prévalence, les consultants exposent les facteurs socioculturels déterminant la propagation de

la pandémie (entre autres, le niveau de connaissances et d'éducation et le statut de la femme), les facteurs socio-économiques (45 % de la population vivent en-dessous du seuil de pauvreté), les facteurs comportementaux (tels que la non-utilisation du préservatif, la discrimination à l'égard des PVVIH). Le document présente également la réponse nationale aux différents impacts sociaux et économiques du sida, y compris le *Cadre stratégique de lutte contre le VIH/sida 2001-2005* (SP/CNLS-IST, 2001).

L'ouvrage *VIH/sida et développement au Burkina Faso* (Grégoire *et al.*, 2003) approfondit certaines analyses présentées dans le *Rapport national sur le développement humain* au Burkina Faso (PNUD, 2001), en particulier la relation à double sens entre pauvreté et épidémie est explorée. Les auteurs consacrent un chapitre entier à l'articulation entre les cadres stratégiques de lutte contre le VIH/sida et contre la pauvreté. Ils démontrent les convergences et les synergies potentielles qui existent entre ces cadres et préconisent la mise en place de synergies opérationnelles. C'est ainsi que, sous l'égide du gouvernement, ont été établies des alliances stratégiques pour la mise en œuvre de plusieurs programmes conjoints multidonateurs.

L'Évaluation du projet d'appui aux plans d'action de lutte contre le VIH/sida du monde communautaire (Bicaba et Kpatchavi, 2004), mis en œuvre depuis 2002 par le Secrétariat permanent du Conseil national de lutte contre le sida (SP/CNLS), financé par l'ambassade des Pays-Bas, a permis de mettre en exergue les capacités de coordination du SP/CNLS d'un secteur d'activités dynamique et complexe comme celui de la communauté et les capacités de gestion et d'organisation des associations par rapport à la lutte au niveau communautaire. Malgré les insuffisances relevées au niveau des mécanismes mis en place pour la gestion des fonds, les évaluateurs, les docteurs Bicaba et Kpatchavi, estiment le bilan assez satisfaisant.

Le Bilan général de la mise en œuvre du Plan national multisectoriel de lutte contre le VIH/sida et les IST de l'année 2004 (SP/CNLS-IST) fait le point par secteur d'intervention : secteur ministériel (Santé et

ministères autres que la Santé), secteur privé des entreprises, secteur communautaire, secteur décentralisé, secteur de la coordination nationale. Entre autres résultats, le rapport souligne le renforcement des activités de prévention et de promotion du dépistage volontaire, le renforcement de la prise en charge médicale des PVVIH avec l'amélioration de l'accessibilité aux ARV, dans le cadre du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Il présente également les grandes tendances des résultats de l'évaluation à mi-parcours du *Cadre stratégique de lutte contre le sida*. Il dégage les perspectives générales et sectorielles et expose les priorités spécifiques pour les différents axes stratégiques.

Le rapport *Santé sexuelle et de la reproduction des jeunes au Burkina Faso : un état des lieux* (Guiella, 2004) passe en revue les études et programmes dans le domaine de la santé sexuelle et de la reproduction. S'appuyant en particulier sur les résultats des enquêtes démographiques et de santé, Guiella estime que l'accès à l'information, aux conseils, aux préservatifs et aux services de santé reste faible, en particulier pour les jeunes non scolarisés, notamment en milieu rural. Il juge que beaucoup reste à faire pour la coordination des activités en la matière, les interventions ayant été réalisées le plus souvent dans le cadre de projets ponctuels, menés par une multiplicité d'acteurs sans synergies effectives.

Du rapport provisoire du *Projet VIH et IST en milieu rural, urbain et sectoriel (VIRUS)* (Centre Muraz, 2005), seuls quelques éléments particulièrement marquants seront repris à ce niveau : la grande vulnérabilité des femmes qui, en milieu urbain, s'infectent très tôt à travers des rapports sexuels avec des partenaires masculins plus âgés ; la perception de l'absence de moyens pour gérer une éventuelle séropositivité ; la très faible connaissance des maladies sexuellement transmissibles, à part le sida ; la grande demande des jeunes urbains en matière d'information.

Le système éducatif au Burkina Faso et le VIH/sida

Dans l'*Analyse de la situation et de la réponse aux IST/VIH/sida dans le secteur de l'éducation* de 2001 (BASP 96, 2001), les consultants exposent les raisons de la propagation du VIH et du sida : entre autres, la démission des parents, la pauvreté et la prostitution, l'inégalité entre filles et garçons, les résistances à l'utilisation du préservatif, l'isolement des enseignants et leur éloignement du cadre familial. Ils étudient les différents impacts sur le système éducatif et les actions entreprises, jugées souvent insuffisantes, peu coordonnées et pas toujours adaptées. Selon les auteurs de cette étude, il serait souhaitable d'obtenir une plus grande implication des acteurs qui se sentent concernés et prêts à s'impliquer.

La communication en 2001 de Boily, Martin et Larivière sur *L'impact du VIH/sida sur les secteurs sociaux : le cas de la santé et de l'éducation* analyse les effets de l'épidémie sur le secteur de la santé : augmentation de demande de soins, structures sanitaires surchargées, personnel de santé de plus en plus atteint par le sida, avec pour corollaire une diminution de la qualité. Selon les auteurs de cette communication, les percées réalisées par le pays en termes de développement humain sont menacées. L'augmentation du nombre d'enseignants atteints par la maladie, la diminution des ressources familiales, la baisse du taux de fréquentation des enfants orphelins, affectent le secteur éducatif.

Dans l'*Étude de base sur le VIH/sida dans les écoles catholiques du Burkina* (Yaro, Sawadogo et Compaoré, 2003), l'enquête a montré que la quasi-totalité des élèves du primaire ne font pas de relation entre sida et sorcellerie, mais ont tendance à lier le sida au vagabondage sexuel. La stigmatisation n'est pas absente dans les écoles. Les autorités religieuses et les chargés de l'enseignement sont tous favorables à l'expérimentation de l'introduction de l'enseignement du VIH et du sida à l'école primaire catholique. Les enseignants évoquent un besoin de formation préalable et l'intégration de l'enseignement du VIH et du sida au programme scolaire comme stratégie privilégiée.

La *Lutte contre le VIH/sida, analyse qualitative des connaissances, attitudes et pratiques* (Yaro, 2004) de la communauté éducative au Burkina Faso face au VIH et au sida met l'accent sur les stratégies utilisant, d'une part, des modules d'enseignement sur le VIH et, d'autre part, les compétences de vie qui pourront réduire les conduites à risques chez les élèves, les enseignants, et même chez les parents. L'importance d'une communication régulière entre les différentes composantes de la communauté éducative y est soulignée.

L'article de Pilon et Wayack (2003), intitulé *La démocratisation de l'enseignement au Burkina Faso : que peut-on en dire aujourd'hui ?* rappelle que le contexte scolaire du pays est celui d'une scolarisation croissante pour tous les niveaux d'enseignement, mais qui est encore loin d'être complète pour l'enseignement de base. Même si elles s'amenuisent, les disparités spatiales persistent, entre le milieu urbain et le milieu rural, et entre les provinces. Les « chiffres montrent clairement qu'être né en ville accroît les chances d'atteindre l'université, particulièrement pour les filles ». La sous-scolarisation des filles demeure, malgré l'importance des mesures prises. Une sélectivité sociale croissante apparaît nettement également, malgré l'imperfection des outils de collecte des données en la matière.

Du rapport provisoire du *Projet VIH et IST en milieu rural, urbain et sectoriel (VIRUS)* (Centre Muraz, 2005), certaines données concernant les enseignants méritent d'être mentionnées : 21,7 % des enseignants (primaire et secondaire) avaient effectué le test de dépistage avant l'enquête, la peur est la principale raison du non-dépistage par les autres. La prévalence du VIH chez les enseignants est de 2,7 %. L'analyse avec d'autres caractéristiques n'a pas permis de mettre en évidence une signification statistique entre ces caractéristiques et le statut sérologique. Moins de 30 % des enseignants affirment avoir reçu une formation.

Les orphelins et enfants vulnérables (OEV)

L'Évaluation de l'opération d'aide à la scolarisation des orphelins et enfants vulnérables, réalisée par Ouattara (2002), a permis de voir que seulement la moitié des associations impliquées dans cette opération avaient préalablement réalisé des activités en direction des OEV. Les familles rencontrées demandent la continuité des actions, le don des fournitures scolaires à temps, un suivi scolaire des enfants, une formation professionnelle et des appuis autres que pour la scolarisation. L'évaluateur souligne qu'il n'y a pas d'accent mis sur la scolarisation des filles, alors que les adolescentes sont beaucoup plus atteintes par le VIH que les adolescents.

Dans leur conférence intitulée *La problématique des orphelins et enfants vulnérables, les réponses communautaires* (2002), Somé, Van Renterghem et Millogo exposent un processus de mobilisation communautaire en faveur des OEV. Les communautés sont confrontées au phénomène des veuves avec enfants, des ménages avec grands-parents et petits-enfants. La mise en place d'un dispositif de soutien aux enfants infectés et affectés, l'amélioration de l'environnement global des enfants, des changements d'attitudes et de comportements vis-à-vis des OEV ont pu se réaliser dans le cadre de projets mis en œuvre par des organisations de base communautaire (OBC) avec l'appui d'initiatives privées communautaires (IPC).

De la riche *Analyse de la situation des orphelins et enfants vulnérables* (Ministère de l'Action sociale et de la Solidarité nationale, 2003a), seuls quelques éléments seront dégagés. Pour les OEV, l'absence de leurs géniteurs apparaît déjà comme un facteur de fragilisation de leur personnalité et de leur statut dans la société. Leur niveau d'aspiration est, en général, bas. Les OEV rencontrés au cours de l'étude semblent majoritairement éprouver un sentiment de perte de l'estime de soi (90 %). La plupart ont une image dévalorisée d'eux-mêmes. Pour 30 % des orphelins de 7 à 15 ans, l'ignorance du décès de leurs parents est un fait. Des troubles des fonctions instrumentales (langage, psychomotricité et intelligence) s'observent chez les OEV de 7 à 15 ans. Les dommages

psychologiques et émotionnels restent profonds lorsque les enfants orphelins n'ont pas la possibilité d'exprimer leurs problèmes.

Les consultants responsables de *l'Analyse de la situation des OEV en matière de besoins socio-économiques et d'éducation* (Ministère de l'Action sociale et de la Solidarité nationale, 2003b) apportent des informations très intéressantes : les OEV de 7 à 12 ans auraient en moyenne 21 % de chances de moins d'aller à l'école que les enfants du chef de ménage. L'accueil d'OEV dans le ménage a des impacts socio-économiques importants. Si toutes les structures d'appui accordent une grande importance à l'alimentation et l'éducation, les OBC et ONG accordent la priorité à l'appui moral. L'encadrement scolaire est très peu pris en compte par les différents intervenants. La majorité des OEV (entre 75 et 79 % des déclarations) ne reçoivent pas d'appui socio-économique ou scolaire ou le jugent insuffisant.

Ces lectures ont permis non seulement de prendre connaissance et conscience des problématiques du VIH/sida en relation avec le système éducatif, particulièrement celui du Burkina Faso, mais aussi d'orienter les entretiens avec les différents interlocuteurs de manière plus pertinente. Ainsi, la lecture du *Cadre stratégique de lutte contre le VIH/sida 2001-2005* (SP/CNLS-IST, 2001), document unique de politique pour l'ensemble des intervenants dans le domaine au Burkina Faso, a facilité le questionnement sur les stratégies dans le cadre politique défini au niveau national.

La lecture de ces informations a également enrichi la réflexion lors de l'analyse des entretiens. La consultation des annuaires statistiques et du *Plan décennal de développement de l'éducation de base 2001-2010* (Ministère de l'Enseignement de base et de l'Alphabétisation) a étayé, par des données chiffrées, quelques-unes des informations reçues lors des entretiens.

L'analyse de ces nombreux documents a contribué à la formulation de quelques hypothèses à vérifier lors de la deuxième phase, ainsi qu'à l'orientation des outils d'investigation de cette deuxième phase.

C'est ainsi qu'après avoir pris connaissance de plusieurs études sur les comportements, attitudes et pratiques (CAP) des élèves ou adolescents en matière de VIH et de sida, il a paru inutile de revenir sur la question des connaissances. De même, la lecture du CD-ROM, réalisé par l'Institut international de planification de l'éducation (IIPPE) et le Réseau ouest et centre africain de recherche en éducation (ROCARE), rassemblant des documents explorant l'impact du VIH et du sida sur l'éducation en Afrique de l'Ouest et du Centre, a grandement facilité l'ébauche des outils d'investigation. On trouvera à la fin de l'étude la bibliographie consultée.

2. Investigations au niveau central (1^{re} phase)

Élaboration des outils d'investigation de la première phase

Quatre guides pour les entretiens (voir *annexe 3*), ayant fait l'objet de discussions entre les deux consultants et de commentaires par l'IIPPE, ont été élaborés en direction de quatre groupes-cibles :

1. autorités et responsables ministériels, comités ministériels de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles (IST), Commission nationale pour l'UNESCO, direction régionale de la région Centre² ;
2. partenaires techniques et financiers au développement ;
3. associations, ONG, syndicats enseignants ;
4. autres personnes-ressources : leaders religieux, chercheurs, PVVIH.

Les thèmes de ces guides étaient identiques. Il s'agissait de : (i) politique et stratégies ; (ii) pratiques ; (iii) effets induits par l'épidémie ; (iv) prévention ; (v) mesures prises pour créer un environnement favorable aux OEV ; (vi) partenariats ; (vii) perspectives et nouvelles actions. Les questions incluses dans ces thèmes variaient quelque peu d'un groupe-cible à un autre et devaient, bien entendu, être adaptés en fonction des interlocuteurs.

2. Voir plus loin le découpage administratif du pays en régions et provinces.

Outre ces guides pour les entretiens, des **tableaux pour la collecte des données statistiques** relatives aux cinq dernières années ont été élaborés, portant entre autres sur :

- les effectifs des élèves inscrits par classe et par sexe dans les enseignements de base et secondaire (1^{er} et 2^e cycles) aux niveaux national, régional et dans quelques provinces ;
- les taux bruts et nets de scolarisation dans l'enseignement de base ;
- les taux de promotion, de redoublement et d'abandon dans les enseignements de base et secondaire ;
- le nombre de personnes infectées ou affectées soutenues par le ministère de l'Enseignement de base et de l'Alphabétisation (MEBA) et par le ministère des Enseignements secondaire, supérieur et de la Recherche scientifique (MESSRS) ;
- le nombre de personnes formées sur le VIH et le sida (sous la responsabilité des MEBA et MESSRS) ;
- les effectifs des enseignants dans l'enseignement de base et dans l'enseignement secondaire, des enseignants en congé de longue maladie, des enseignants décédés ;
- les effectifs du personnel administratif et de gestion en service dans l'enseignement de base et dans l'enseignement secondaire, en congé de longue maladie ou décédés ;
- les effectifs du personnel d'encadrement de l'enseignement de base et de l'enseignement secondaire en service, en congé de longue maladie ou décédés.

Conduite et analyse des entretiens

Sur la base des guides, **42 entretiens** individuels ou de groupe ont été réalisés auprès de **58 personnes**³ appartenant à 40 structures différentes, entre le 17 janvier et le 4 février 2005, à Ouagadougou. Trois des entretiens menés avec des PVVIH ont été centrés sur leur vécu en tant qu'enseignantes ou conjointe d'un enseignant décédé du sida.

3. Voir liste des personnes rencontrées en *annexe 1*.

Le *tableau 1.1* rend compte de la répartition des entretiens entre les différents groupes-cibles.

Les entretiens ont été très variés et intéressants. La durée moyenne pour chaque entretien était d'une heure. Quelques personnes n'ont pu être rencontrées en raison de leur emploi du temps chargé, ou de leur absence. Outre l'excellent accueil reçu auprès de tous, il faut mentionner l'intérêt manifesté pour cette étude : plusieurs personnes ont exprimé leur désir (passé ou présent) de mener une telle recherche et/ou d'avoir des informations précises sur les effets du VIH et du sida sur le système éducatif.

Tableau 1.1 Répartition des entretiens à Ouagadougou par groupes-cibles

Groupes-cibles	Nombre d'entretiens	Structures*
Autorités et responsables ministériels, comités ministériels de lutte contre le sida et les IST, Commission nationale pour l'UNESCO, direction régionale du Centre	15	MEBA, MESSRS, MASSN, MS, SP/CNLS
Partenaires techniques et financiers	8	Ambassade Pays-Bas, BM, ONUSIDA, PNUD, UNFPA, UNICEF
Associations, ONG, syndicats	12	AAS, ALAVI, AVOB, CNAPEB, FDC, IPC, Plan Burkina, RAJS, REGIPIV, SATEB, SNEA-B, Vie Positive
Autres personnes-ressources	7	Leaders religieux, chercheurs, PVVIH

* Voir liste des sigles et des abréviations.

La grille d'analyse utilisée pour les entretiens était semblable à celle conçue pour les documents. Une catégorie « autre » a été ajoutée pour prendre en compte deux volets importants, celui de la stigmatisation/discrimination et celui des défis que le système éducatif burkinabé doit relever. Les idées essentielles des entretiens ont été transcrites au fur et à mesure en utilisant ce canevas de lecture. Une première analyse, rapide, a pu être réalisée par les deux consultants, permettant ainsi,

dans un délai bref, de formuler des hypothèses à vérifier sur le terrain et d'élaborer les outils d'enquête pour la deuxième phase.

Collecte des données quantitatives

Pour l'enseignement de base, les informations relatives aux élèves ont été aisément réunies. Pour l'enseignement secondaire, quelques difficultés sont apparues au niveau des taux de promotion, de redoublement et d'abandon : il semblerait, selon les informations recueillies, que certains établissements privés annoncent des chiffres peu fiables. Pour garantir la fiabilité des données, il a donc été retenu de considérer uniquement les taux d'efficacité interne relatifs à l'enseignement public.

Les informations concernant les personnes formées sur le VIH et le sida ont été données par les comités ministériels de lutte contre le sida (CMLS) des deux ministères. Elles se limitent bien évidemment aux formations financées par ces CMLS.

Les données relatives aux effectifs du personnel infectés ou affectés ont également été fournies par les CMLS. Elles ne reflètent de ce fait que le nombre de ceux et celles qui se sont fait connaître pour bénéficier du soutien socio-économique donné par les CMLS à leur personnel infecté ou affecté.

Obtenir des chiffres concernant les membres du personnel « impotents », « en congé de longue maladie » ou décédés des deux ministères s'est avéré complexe. Différents moyens ont alors été mis en œuvre pour dépasser les difficultés rencontrées.

Au MEBA, deux démarches, une au niveau central et une autre dans les structures déconcentrées, ont été entreprises, mais seule la première a été fructueuse. Un décompte des enseignants, personnel administratif et de gestion et personnel d'encadrement, décédés durant les cinq dernières années a été réalisé par la direction des ressources humaines, à partir des communiqués nécrologiques que le ministère fait diffuser sur les ondes de la radio nationale lorsque l'un de ses agents

décède. Des informations ont été ainsi obtenues en ce qui concerne les membres du personnel décédés.

Au MESSRS, deux approches, une centrale et une déconcentrée, ont été utilisées:

- La direction des ressources humaines a recherché les données relatives aux membres du personnel décédés en consultant les dossiers individuels des agents. Elle a pu ainsi dresser une liste des différents agents décédés durant les cinq dernières années ;
- Simultanément des demandes ont été adressées aux directions régionales pour qu'ils envoient les informations souhaitées, concernant les différentes catégories de personnel. Toutes les réponses n'étant pas arrivées, ce décompte n'a pu être retenu.

Les difficultés rencontrées dans cette collecte renvoient à des problèmes structurels et organisationnels, comme celui évoqué par l'un des directeurs régionaux : sa direction régionale ne possède pas d'archives et son chargé des ressources humaines actuel n'est en poste que depuis la rentrée de 2003/2004. L'absence de mémoire institutionnelle pourrait être à la base de difficiles problèmes de planification pour l'avenir.

Par ailleurs, notre demande a suscité l'intérêt de plusieurs responsables. Ainsi le directeur des ressources humaines du MESSRS, qui informatise actuellement les données de sa direction, a demandé à ses agents d'ajouter la catégorie « décès » au niveau des fichiers. D'autres ont compris l'importance et la signification de ces informations par rapport à la problématique du VIH/sida.

Préparation d'un premier rapport

À l'issue de la première phase, un rapport a été préparé. Outre une synthèse des données recueillies lors des entretiens, il faisait état de la préparation de la deuxième phase : formulation de quelques hypothèses, détermination du champ d'investigation, modes et outils d'investigation, identification des ressources humaines et organisationnelles. Il a

été envoyé à l'IIPE, qui a souhaité l'approfondissement de quelques questions. L'essentiel de ce premier rapport est repris dans le présent document.

3. Enquête dans deux provinces (2^e phase)

Comme indiqué plus haut, cette enquête avait pour but de collecter des données permettant d'analyser, sur le terrain, l'impact du VIH et du sida sur le système éducatif et de mettre à l'épreuve les hypothèses formulées à l'issue de la première phase. Ces hypothèses étaient les suivantes :

- H1 : il n'y a pas d'effet du VIH et du sida sur la demande en éducation au niveau macro, mais peut-être au niveau micro, particulièrement des phénomènes de déscolarisation et de perturbation dans le cursus scolaire quand l'un des parents au moins est malade ;
- H2 : si un enseignant tombe malade dans l'enseignement public, l'environnement scolaire s'efforce de trouver une réponse locale pour éviter la honte à l'enseignant ;
- H3 : dans l'enseignement privé, où les parents paient pour la qualité de l'enseignement, la pression est beaucoup plus forte sur le chef d'établissement si un enseignant est souvent absent pour des raisons de santé ;
- H4 : le fonctionnement des administrations scolaires est perturbé par le grand nombre de personnes « impotentes » qui y sont affectées ;
- H5 : au niveau local, le non-achèvement des programmes et le passage quasi automatique d'un « sous-cycle » à un autre sont en parties imputables aux effets du VIH et du sida ;
- H6 : plus les élèves progressent dans leur cursus scolaire, plus ils manifestent le désir de discuter du VIH et du sida avec leurs enseignants en classe.

Détermination du champ d'investigation

Le principal critère retenu pour le *choix des provinces* est, comme indiqué au début de cette étude, celui du taux de prévalence. Si, pour

le milieu urbain, le choix s'est vite porté sur la ville de Bobo-Dioulasso (province du Houet, région des Hauts-Bassins), en raison de son taux de prévalence élevé (4,3 % au niveau du site sentinelle), la sélection pour le milieu rural a été plus difficile. C'est finalement la province du Sanmatenga (région du Centre-Nord) qui a été retenue compte tenu du taux de prévalence (prévalence 3,6 % au niveau des sites sentinelles du milieu rural en 2003).

Ces deux provinces ont, pour le milieu urbain comme pour le milieu rural, les deux taux de prévalence les plus élevés. Le Secrétariat permanent du CNLS-IST a préconisé une enquête complémentaire pour comprendre le cas de Kaya (chef-lieu de la province du Sanmatenga).

Les objectifs spécifiques de l'étude au niveau local, les hypothèses et l'analyse des premières données ont permis de déterminer les *différents groupes-cibles*, à savoir :

- les élèves de l'enseignement de base (CM1 et CM2), les élèves de l'enseignement secondaire (classes de 5^e, 3^e et 1^{re}) ;
- les enseignants de l'enseignement de base et du secondaire ;
- les autorités scolaires : directeurs d'écoles primaires dans l'enseignement de base, proviseurs et directeurs des lycées et collèges dans l'enseignement secondaire, conseillers pédagogiques, inspecteurs, responsables des directions régionales du MEBA et du MESSRS et provinciales du MEBA ;
- les ONG, les associations engagées dans le domaine de l'étude ;
- les autres personnes-ressources : services sanitaires, services de l'action sociale, parents (y compris des familles accueillant des OEV) et PVVIH.

En ce qui concerne l'échantillon, ont été déterminés :

- le nombre d'établissements de l'enseignement de base, d'enseignement secondaire général et technique par province : respectivement 16 pour le Houet et 12 pour le Sanmatenga ;
- le nombre d'établissements retenus par milieu (rural/urbain) : 11 en milieu rural et 17 en milieu urbain et périurbain ;
- les maxima et minima de personnes à rencontrer.

Le choix des établissements⁴ a été fait selon ces critères avec les directeurs régionaux et provinciaux (ou leurs intérimaires) qui connaissent le milieu.

Outils et collecte d'informations

Des instruments d'investigation (voir *annexe 4*) ont été élaborés, suffisamment variés pour s'adapter aux spécificités des groupes et aux contraintes liées au peu de temps dont devaient disposer les équipes pour réaliser le travail sur le terrain.

Après le test des questionnaires « élèves » (CM1/CM2 et classe de 1^{re}) dans la semaine du 14 au 18 février 2005 à Ouagadougou, les outils pour les élèves et les enseignants ont été finalisés, les questionnaires élèves et enseignants présentés sous forme tabulaire et multipliés. Les guides élaborés pour le niveau central devaient être utilisés pour la conduite des entretiens individuels ou de groupes avec les autorités scolaires et les associations/ONG, travaillant dans le domaine de l'étude. Le *tableau 1.2* récapitule les différentes informations sur la collecte des données qualitatives et quantitatives, telle qu'elle s'est réalisée du 21 février au 3 mars 2005.

Deux équipes composées chacune d'un consultant, national ou international, d'un assistant de recherche et d'un chauffeur, ont réalisé l'enquête avec l'appui effectif des directeurs régionaux et provinciaux (ou de leurs intérimaires) des deux ministères concernés. **Au total, au cours de l'étude (1^{re} et 2^e phases), 2 357 personnes ont été écoutées ou sondées.**

Dépouillement et analyse des données

Les réponses aux questions fermées des différents questionnaires ont été saisies sur Epi Info, puis traitées en utilisant SPSS. Les idées exprimées dans les rédactions projectives ont fait l'objet d'analyses

4. Voir la liste des établissements, lieux d'enquête en *annexe 2*.

de contenu, à partir desquelles ont été élaborés des catégories et des codes, permettant la saisie sur Epi Info et le traitement avec SPSS.

Outre les fréquences simples, des tableaux croisés ont été produits. Les variables concernant le sexe et la localité (provinces du Houet et du Sanmatenga) ont été prises en compte pour ces croisements.

Les réponses aux questions ouvertes des questionnaires ont été dépouillées manuellement et analysées. Le souci de ne pas perdre la richesse de ces données qualitatives a conduit à transcrire des phrases entières écrites ou dites par des élèves, des enseignants ou d'autres personnes-ressources.

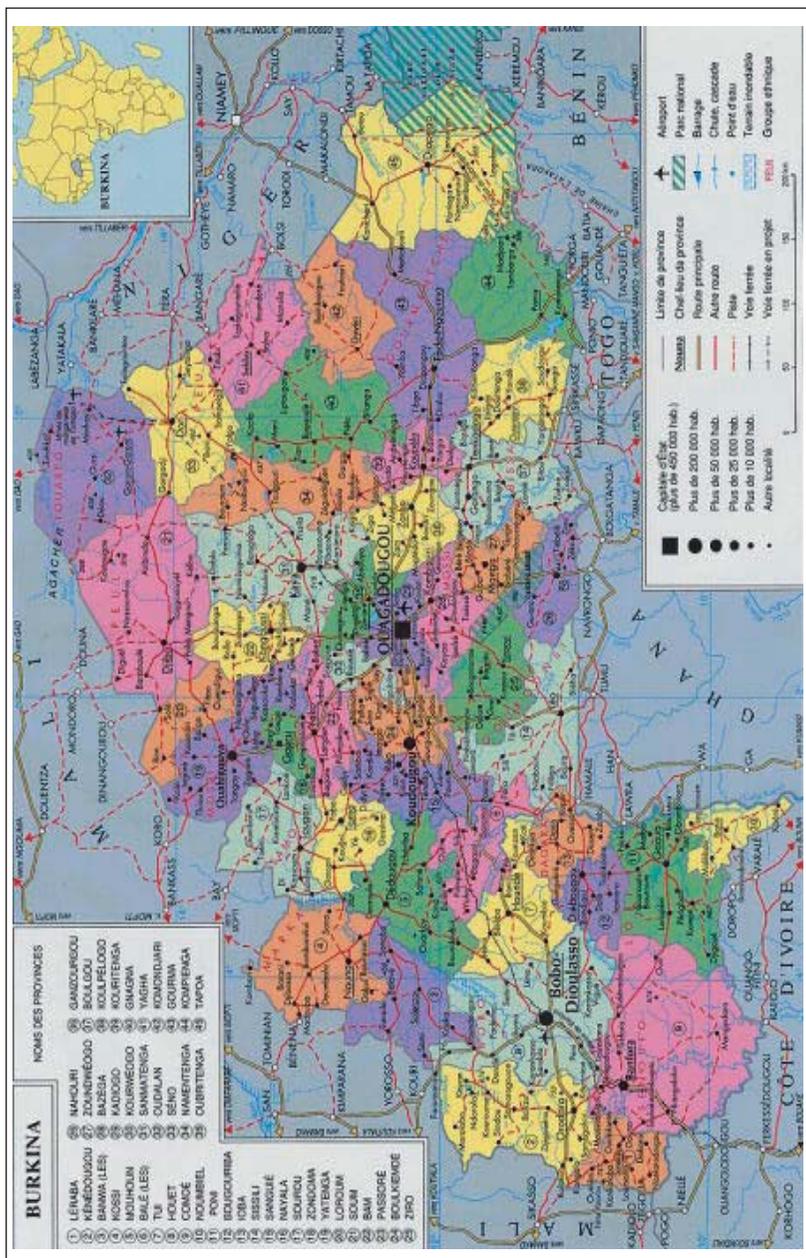
Tableau 1.2 Récapitulatif sur la collecte d'informations sur le terrain

Groupes		Lieux	Nombre de personnes	Mode d'investigation
É L È V E S	CM1 et CM2	8 écoles de base et 1 CEBNF dans la province 1 (Sanmatenga) et 7 écoles de base dans la province 2 (Houet)	893 élèves	Questionnaire
	Classe de 5 ^e	Dans tous les établissements secondaires : 4 dans la province 1 et 8 dans la province 2	736 élèves	Rédaction projective
	Classe de 3 ^e	2 établissements secondaires dans la province 1, et 4 dans la province 2	104 élèves	Groupes de discussion non mixtes (3 groupes de filles, 3 groupes de garçons)
	Classe de 1 ^{re}	Deux autres établissements secondaires dans la province 1, et 4 autres dans la province 2	294 élèves	Questionnaire
Enseignants		Dans toutes les écoles et établissements identifiés	61 en groupes et 154 par questionnaires	Questionnaire ou groupes de discussion selon les conditions de travail
Autorités scolaires : directeurs d'école, proviseurs, inspecteurs, conseillers pédagogiques ...		Directeurs/proviseurs dans au moins 2/3 des établissements, circonscriptions enseignement de base, directions provinciales et régionales	Des entretiens ont été réalisés avec 58 personnes pour la 1 ^{re} phase et 2 299 pour la 2 ^e phase.	Entretiens individuels ou de groupe
Associations, ONG travaillant dans le domaine de l'étude		Dans les deux provinces dans leurs lieux d'intervention		Entretiens individuels ou de groupe
Autres		Services sanitaires et services de l'action sociale, parents (dont familles d'accueil), PVIH		Entretiens individuels ou de groupe

Partage des premiers résultats

Comme prévu, il a été organisé une séance de travail le jeudi 10 mars 2005, à Ouagadougou. À cette séance, ont été invités les autorités des deux ministères, les différentes personnes avec lesquelles des entretiens ont été menés lors de la 1^{re} phase, ainsi que les DR/MESSRS ou DREBA (ou leurs représentants) de chacune des provinces où l'enquête terrain a eu lieu.

Une quarantaine de personnes ont participé à cette séance au cours de laquelle une présentation des premiers résultats a été faite et une discussion sur des stratégies pertinentes pour limiter l'impact du VIH et du sida sur le système éducatif a été menée. Les participants ont été très intéressés par les premiers résultats issus de l'enquête sur le terrain.



II. Cadre de l'étude

1. Rapide présentation du Burkina Faso

Le Burkina Faso est un pays sahélien situé en Afrique occidentale. Il couvre une superficie de 274 000 km² et est limité au nord et à l'ouest par le Mali, à l'est par le Niger, au sud par la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Bénin et le Togo. Il constitue un important carrefour routier pour tous ces pays. La population burkinabé est essentiellement agricole et 87 % vivent en milieu rural (enquête prioritaire 3). La densité de la population est de 38 habitants au km².

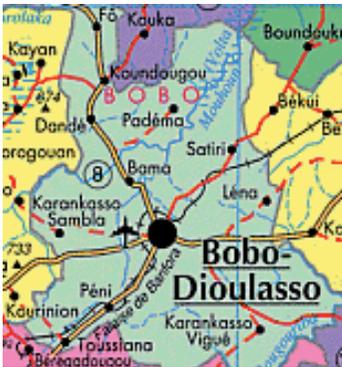
Le pays est divisé en 13 régions⁵, 45 provinces, 350 départements, 49 communes et environ 8 000 villages.

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

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

La population du Burkina Faso est caractérisée par une soixantaine de groupes ethnolinguistiques. Les principales langues parlées sont le Mooré, le Dioula et le Fulfuldé. La langue officielle est le français.

5. Dont les régions du Centre (où se trouve la province du Kadiogo avec Ouagadougou comme chef-lieu), des Hauts-Bassins (qui comprend la province du Houet avec Bobo-Dioulasso comme chef-lieu) et du Centre-Nord (qui comprend la province du Sanmatenga avec Kaya comme chef-lieu).



La province du Houet a pour chef-lieu Bobo-Dioulasso qui est considérée comme la capitale économique et culturelle du Burkina Faso. En 1996, elle comptait 672 114 habitants avec une répartition quasi égale entre les hommes (335 933) et les femmes (336 181). Cinquante-sept pour cent de la population du Houet a moins de 20 ans. Cette jeunesse est considérée comme un véritable problème dans cette province,

car c'est elle qui est le plus confrontée à la crise économique, avec un taux de chômage de près de 22 %, alors que le chômage dans le reste du pays se situerait autour de 10 à 15 %.

2. Quelques éléments sur le système éducatif burkinabé

Le système éducatif burkinabé est constitué des enseignements de base, secondaire et supérieur. L'enseignement de base comprend le formel et le non formel. Quant à l'enseignement secondaire, il est composé d'un enseignement général et d'un enseignement technique. Le système éducatif burkinabé est géré par trois ministères : l'Enseignement de base et l'Alphabétisation (MEBA), les Enseignements secondaire, supérieur et la Recherche scientifique (MESSRS), l'Action sociale et la Solidarité nationale (MASSN) pour le préscolaire. Dans cette analyse, nous nous intéressons spécifiquement aux enseignements de base et secondaire, présentés à travers une analyse des enjeux et des défis, des contraintes et des opportunités, qui sont les leurs.

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

scolarisation dans l'enseignement primaire varie considérablement entre les 45 provinces du pays, avec le taux le plus faible (15 %) dans la Komandjari (zone à prédominance rurale) et le taux le plus élevé (92 %) dans le Kadiogo (fortement urbanisé, province où se trouve Ouagadougou, la capitale politique).

Le *tableau 2.1* présente les TBS dans les enseignements primaire et secondaire dans les deux provinces où s'est déroulée l'enquête et montre nettement les disparités entre provinces et entre milieu essentiellement urbain (le Houet) et essentiellement rural (le Sanmatenga), disparités pour tous les enfants, mais plus encore pour les filles dans l'enseignement de base.

Tableau 2.1 Taux brut de scolarisation (TBS) en 2002/2003 dans les provinces d'enquête (%)

		Province du Houet	Province du Sanmatenga
TBS du primaire	Garçons	72,50	48,50
	Filles	61,10	28,70
	Total	66,90	38,70
TBS du secondaire	Garçons	30,16	10,86
	Filles	20,99	5,16
	Total	25,58	7,92

Source : Direction des études et de la planification (DEP) MEBA et MESSRS, 2003/2004.

Tout d'abord, une telle situation est due en partie à **l'offre actuelle** : insuffisance des écoles et/ou mauvaise répartition sur l'ensemble du pays. On estime que 15 % des élèves doivent marcher plus d'une heure pour atteindre l'école. De plus, 10 % environ des élèves ne peuvent aller jusqu'au bout de leurs études primaires, car les écoles accessibles ne disposent pas des six cours de l'éducation de base.

En second lieu, le système éducatif burkinabé est caractérisé par un manque d'enseignants, aussi bien pour l'enseignement de base que pour le secondaire. Pour l'enseignement de base, on estimait, jusqu'à ces deux dernières années (où de nombreux recrutements ont été faits), que le manque à gagner en enseignants était de l'ordre de 17 %. Pour ce qui est

du secondaire, le manque d'enseignants est estimé à 1 300 et concerne principalement les matières scientifiques. Certaines pratiques dans les affectations des enseignants constituent une des causes du déséquilibre entre les zones urbaines et rurales. Très souvent, les écoles urbaines fonctionnent avec des enseignants suppléants (parfois même en grand nombre) alors que dans les écoles rurales, il en manque.

Quant à la **qualité de l'enseignement**, elle souffre, entre autres, de la diminution du temps de formation des enseignants dans les écoles nationales des enseignants du primaire (ENEP) et des problèmes rencontrés par les enseignants contractuels généralement désignés « enseignants PPTE » ; ces derniers ont passé, dit-on, plus de temps à « poursuivre » leurs dossiers administratifs d'engagement, qu'à être en classe au cours de l'année scolaire 2003/2004. Dans la mise en œuvre du Programme décennal de développement de l'éducation de base (PDDEB), diverses mesures pédagogiques et administratives pour améliorer le rendement sont préconisées : interdiction de faire redoubler un écolier avant le cours élémentaire, obligation de faire passer 70 % des enfants en classe supérieure et de réduire le redoublement à moins de 30 %.

Les contraintes en termes de demande sont bien spécifiées par les résultats de l'enquête prioritaire de 1998 : 24 % des personnes âgées de 7 à 24 ans ne fréquentent pas l'école en raison de son coût élevé ; 22 % n'y vont pas à cause du refus de leurs parents ; 11 % ne sont pas inscrits car, à leurs yeux, la scolarisation est complètement inutile. Les cotisations des parents d'élèves sont instituées comme une forme de soutien des ménages et des communautés à la prise en charge du fonctionnement des écoles. Pourtant, elles constituent pour certains parents des blocages à la scolarisation de leurs enfants, surtout en raison du nombre d'enfants, auxquels il faut de surcroît acheter les fournitures scolaires. Avec le PDDEB, de gros efforts sont faits par le MEBA pour envoyer dans les écoles des fournitures scolaires.

En milieu rural, 90 % des enfants vivant dans des foyers qui ne scolarisent pas leurs enfants, sont des membres actifs de la famille. Dans

les familles rurales qui scolarisent seulement une partie des enfants, 54 % d'entre eux sont comptés au nombre de la main-d'œuvre. En milieu urbain, le taux d'enfants qui travaillent est moins élevé. Parmi les enfants non inclus dans la main-d'œuvre, une grande majorité (surtout des filles) ne fréquente pas l'école parce qu'ils ont des activités domestiques.

Le système éducatif burkinabé souffre de son faible développement quantitatif et qualitatif, et ce en dépit de la part du PIB (1,8 %) que le Burkina Faso investit dans l'éducation de base, part plus importante comparée à la part moyenne (1,6 %) d'autres pays ayant moins de 1 000 dollars de revenu par habitant.

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

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

Le nombre des **établissements d'enseignement secondaire** (537) enregistré en 2002/2003 représente 2,75 fois ce qu'il était en 1991/1992, où l'on comptait 195 établissements publics et privés. Malgré tout, l'offre reste très nettement insuffisante au regard de la demande. Les rapports officiels à chaque rentrée font état d'une surcharge des classes dans les établissements publics. Les normes officielles ont fixé le plafond à 70 et 60 élèves par classe respectivement pour le premier et le second cycle. Mais en réalité, compte tenu de la forte demande, les classes du premier cycle du secondaire enregistrent des effectifs de

l'ordre de 80 élèves. La répartition spatiale des classes suit naturellement celle des établissements et est défavorable aux zones rurales.

L'État reste le principal fournisseur d'éducation dans le secondaire puisqu'il scolarise 62,75 % des effectifs. Dans l'enseignement général, il en scolarise 65,87 %. Dans l'enseignement technique, en revanche, le secteur privé scolarise 75,07 % des effectifs, essentiellement dans le secteur tertiaire, tandis que l'enseignement technique public est davantage orienté vers le secteur industriel.

3. La prévalence du VIH et du sida au Burkina Faso⁶

De nos jours, le taux de séroprévalence suscite de nombreux questionnements au Burkina Faso. En effet, ce taux, qui était de l'ordre de 7,17 % en 1997, connaît une diminution sensible depuis 2002. Ainsi, en 2002, il était estimé à 6,5 %, puis à 4,3 % en 2003, et à 2,7 % en 2004. Ces estimations qui émanent des sites sentinelles⁷, dont l'échantillon de personnes testées est constitué de femmes enceintes âgées de 15 à 49 ans, ont même été revues à la baisse par l'enquête démographique et de santé (EDS) en 2003. Cette enquête estimait le taux de séroprévalence à 1,8 % pour l'ensemble de la population, mais pour les centres urbains les taux étaient supérieurs à 4 % pour Bobo-Dioulasso et Ouagadougou. Cet indicateur de l'EDS est cependant discuté par de nombreux intervenants dans la lutte contre le sida, qui émettent souvent des doutes sur sa traduction exacte de la réalité nationale.

En tout état de cause, que ce soit les indicateurs des sites sentinelles ou ceux issus de l'EDS de 2003, ils appellent à une interprétation prudente.

En effet, même si la séroprévalence est en baisse au Burkina Faso, cela ne signifie pas automatiquement que le nombre de personnes infectées par le VIH et le sida est en diminution. Selon les spécialistes, l'interprétation de ces taux actuels indique que les nouvelles infections

6. Rapide récapitulatif de la situation au niveau mondial et au niveau de l'Afrique subsaharienne en *annexe 5*.

7. La sérosurveillance VIH est faite auprès des femmes enceintes dans 13 sites, répartis sur l'ensemble du pays dans des zones urbaines et rurales.

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

Quant au secteur spécifique de l'éducation, il ressort de l'enquête réalisée dans le cadre du projet VIRUS⁸ par le Centre Muraz en 2004, que le taux de séroprévalence est de 2,7 % pour les enseignants, taux qui, par ailleurs, correspond à celui estimé au niveau national. Selon cette étude, le secteur de la santé présente un taux de séroprévalence de 3,4 %, nettement supérieur donc à celui de l'éducation. Toutefois, le secteur de l'éducation étant celui qui compte le plus d'agents de la fonction publique (plus de 33 000 personnes, enseignements de base et secondaire réunis), il est évident que c'est celui qui compte le plus de personnes infectées en termes absolus.

On ajoutera que la campagne de dépistage effectué dans le monde scolaire par le Programme d'appui multisectoriel aux associations et communautés (PAMAC, 2004) ciblant les élèves et étudiants de 18 ans et plus, les enseignants, ainsi que le personnel administratif et de service a également donné des résultats différentiels sur la prévalence du VIH. En effet, cette campagne en milieu éducatif permet de voir un taux relativement bas pour les étudiants (0,8 %), moyen pour les élèves du secondaire (1,6 %), proche des résultats du projet VIRUS pour les enseignants (2,3 %) et très élevé (11 %) pour le personnel administratif et de services (qui comprend également des travailleurs du secteur informel, prestataires de services comme les petites vendeuses, les réparateurs de deux roues).

Le *tableau 2.2* indique le nombre de cas de sida **notifiés** depuis 1986 jusqu'au 30 juin 2004.

8. Ministère de la Santé, Centre Muraz, *Projet VIH et IST en milieu rural, urbain et sectoriel (VIRUS)*, Rapport final provisoire, 15 janvier 2005.

Tableau 2.2 Évolution du sida de 1986 au 30 juin 2004⁹

Années	Nouveaux cas selon l'année	Nombre de cas cumulés
1986	10	10
1987	21	31
1988	394	425
1989	351	776
1990	202	978
1991	835	1 813
1992	1 073	2 886
1993	836	3 722
1994	1 892	5 614
1995	1 684	7 298
1996	1 838	9 136
1997	2 216	11 352
1998	2 166	13 518
1999	2 031	15 549
2000	1 532	17 081
2001	1 951	19 032
2002	957	19 989
2003	942	20 931
2004 (30 juin)	658	21 589

Source : DEP/CMLS-Santé, 2004.

La mesure de cette épidémie présente donc au niveau national des variations sensibles selon les sources utilisées.

Face à cette épidémie, quelles politiques et stratégies ont été mises en place pour en limiter les effets sur le système éducatif ?

9. Tableau extrait de : SP/CNLS-IST, 2004.

3. Politiques et stratégies en matière de VIH et de sida dans le monde de l'éducation

1. Politique du secteur de l'éducation en matière de VIH et de sida

Cadre stratégique de lutte contre le VIH/sida 2001-2005

Les réponses à toutes les questions relatives à la politique en matière de VIH et de sida renvoient de manière systématique au *Cadre stratégique de lutte contre le VIH/sida 2001-2005* (SP/CNLS-IST, 2001). Il y est expressément dit que « le Burkina Faso dispose d'un cadre juridique national et d'une politique sanitaire dont les dispositions assurent la prise en compte des questions liées aux IST/VIH/SIDA » (p. 20). Dans ce document le gouvernement s'est engagé à « ériger au rang des priorités la lutte contre le sida et à lutter contre l'épidémie du VIH/sida au Burkina Faso » (p. 21) à travers quatre axes stratégiques, à savoir :

- axe 1 : renforcement des mesures de prévention de la transmission du VIH et du sida ;
- axe 2 : renforcement de la surveillance de l'épidémie ;
- axe 3 : renforcement de la qualité de la prise en charge globale des personnes infectées et affectées ;
- axe 4 : élargissement de la réponse, promotion du partenariat national et international et coordination multisectorielle.

Certains interlocuteurs se réfèrent au premier axe qui prévoit dans ses domaines d'interventions principales « l'appui à la mise sur pied de programmes de prévention du VIH/sida adaptés aux réalités des groupes les plus vulnérables (femmes, jeunes, populations mobiles, détenus, prostitués, miniers, réfugiés et personnes déplacés) » (SP/CNLS-IST, 2001, p. 21). Les personnes rencontrées ont souvent situé leurs actions par rapport à l'un ou l'autre de ces axes.

De même, est considérée comme un atout politique **l'existence d'un seul organe de coordination**, le Conseil national de lutte contre

le sida et les IST (CNLS-IST), qui a à sa tête le Président du Burkina Faso lui-même, et qui prévoit l'implication de tous à travers :

- le Secrétariat permanent du CNLS-IST, organe de coordination, d'appui technique et de suivi de l'ensemble des activités (voir son organigramme, *annexe 6*) ;
- des comités sectoriels (ministère de la Santé, ministères non Santé, entreprises) ;
- des comités provinciaux, départementaux et villageois ;
- les organisations de base communautaires (OBC) et les ONG.

« Le CNLS-IST assure les fonctions de concertation, d'orientation et de décision pour la lutte contre le VIH/sida et les IST. À ce titre, il définit les politiques et les grandes orientations de la lutte contre le VIH/sida et les IST, définit les domaines d'interventions, les ressources et les types d'appui nécessaires à la mise en œuvre du plan national multisectoriel. » (SP/CNLS-IST, 2001, p. 36)

Un plan d'action multisectoriel du CNLS-IST est élaboré annuellement et sert de référence à tous pour la conception des plans d'action sectoriels, comme ceux que préparent les comités ministériels de lutte contre le sida.

Une session extraordinaire de l'assemblée générale du CNLS a examiné dans le courant de l'année 2005 la version préliminaire d'un nouveau cadre stratégique pour 2006-2010. Dans la préparation de cette première version sont associés des CMLS, des ONG, des partenaires techniques et financiers et des responsables au niveau des provinces. Après l'évaluation de la mise en œuvre de l'actuel cadre, il a été retenu que **les problèmes spécifiques de la jeunesse et la problématique « femme » seraient reconsidérés et érigés en priorités**. Selon les termes du chef département santé du SP/CNLS, « les élèves réclament eux aussi leurs activités ».

Nous espérons que la présente étude contribuera à une meilleure prise en compte de tous les acteurs du système éducatif dans la lutte contre le VIH/sida dans le nouveau *Cadre stratégique* et à l'élaboration

d'une **politique en matière de VIH et de sida dans le monde scolaire, politique spécifique dont l'absence se fait sentir**, comme on le verra tout au long de l'étude (cf. recommandations au *chapitre 8*).

VIH, sida et situation juridique des PVVIH

Comme de nombreux pays africains, le Burkina Faso dispose de façon implicite d'une protection juridique des travailleurs vivant avec le VIH et le sida. Ainsi, le chargé des questions juridiques des PVVIH au PAMAC indiquait au cours d'un entretien que le Burkina Faso « n'a pas légiféré sur la question spécifique des travailleurs infectés par le VIH, qu'ils soient en activité ou en arrêt pour cause de sida ». Ce manque d'une loi spécifique pour ces personnes s'explique par la volonté des juridictions burkinabé de ne pas adopter des lois spéciales qui pourraient contribuer à marginaliser, voire à stigmatiser les PVVIH. C'est ainsi que le Burkina Faso se sert de deux outils pour répondre aux questions juridiques auxquelles font face les PVVIH et leurs familles. Il s'agit du Code des personnes et de la famille (CPF) et du Code du travail.

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

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

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

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

Le CPF et le Code de travail apportent ainsi des réponses à des situations que peuvent vivre les personnes infectées ou les malades du sida dans l'environnement du travail. Toutefois, il reste que, mis à part le cas du personnel de santé, le sida n'est pas inscrit dans les maladies professionnelles. C'est dire qu'en cas de maladie, le travailleur est le seul responsable des frais qu'il engage pour se soigner. Par ailleurs, la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) dispose de règles qui ne permettent pas de soutenir le travailleur malade du sida.

Ce constat permet de dire que s'il existe une protection juridique du malade du sida, en revanche, il n'existe pas encore une protection sociale, si ce n'est le soutien apporté par le Fonds de solidarité et celui émanant des associations et ONG de prise en charge des malades.

2. Réponses institutionnelles et stratégies des comités ministériels de lutte contre le sida

Les structures mises en place

Au niveau du MEBA et du MESSRS, comme dans tous les ministères, un comité ministériel de lutte contre le sida (CMLS) a été mis en place, présidé par le ministre lui-même. L'action de chacun de ces CMLS s'inscrit dans le cadre des axes stratégiques 1, 3, 4. Le CMLS élabore un plan d'action annuel, en relation avec les axes du *Cadre stratégique*, plan d'action adopté par le SP/CNLS-IST et financé en partie (pour le MEBA) et totalement (pour le MESSRS) par le Projet d'appui au programme multisectoriel de lutte contre le sida. À noter que les CMLS des ministères de l'Éducation n'auraient pas en leur sein de PVVIH, comme ce serait le cas pour d'autres CMLS. Les syndicats d'enseignants n'y sont pas non plus représentés.

Des **cellules-relais** de cinq membres sont chargées de mettre en œuvre le plan d'action annuel des CMLS et de mener d'autres activités, en fonction des financements locaux disponibles, selon le coordonnateur du CMLS du MEBA. Au MEBA, comme au MESSRS, des cellules-relais ont été créées à tous les niveaux : directions centrales et régionales, directions provinciales du MEBA, circonscriptions d'éducation de base (CEB, 211 en 2004), et au niveau des établissements d'enseignement secondaire. Dans ces établissements, elles sont normalement composées, outre le responsable d'établissement qui est toujours président, d'un professeur, d'un parent d'élève, d'un élève et d'un surveillant ou du censeur.

Sur le terrain, l'occasion nous a été donnée de travailler avec des membres des cellules-relais au niveau des directions régionales, de l'enseignement de base comme du secondaire, ainsi qu'au niveau de certains établissements secondaires publics. Dans les réponses aux questionnaires des enseignants, les cellules-relais des établissements secondaires ont été mentionnées comme une des structures de sensibilisation et de formation. Il semble aussi que les intervenants

désireux de mener une activité quelconque en relation avec le VIH et le sida dans les établissements secondaires doivent obligatoirement passer par ces cellules-relais. En revanche, les enseignants du primaire n'ont évoqué les cellules-relais des CEB que très rarement.

Les cellules-relais sont **chargées de démultiplier l'information auprès des enseignants et du personnel administratif**. Selon des témoignages recueillis durant les entretiens et sur le terrain, elles connaissent certaines difficultés, problèmes de stratégie, faible implication de ceux qui ne sont pas membres de la cellule, peu de renouvellement des messages et, de ce fait, lassitude, difficultés liées au préfinancement des activités, ambiguïté par rapport à leur cible (pour les cellules implantées dans les établissements du secondaire). Selon une personne-ressource de Kaya, **les enseignants du secondaire sont peu motivés par les activités des cellules-relais**, car « ils se disent qu'ils connaissent déjà, ils ont leurs heures de vacances dans le privé qui les occupent beaucoup, et en plus ils disent que dans le sida il y a de l'argent et que si on les réunit sans argent, ce n'est pas la peine ».

La cible des CMLS, comme l'a dit clairement la coordonnatrice du CMLS du MESSRS, est constituée des agents des ministères. Les élèves et étudiants ne sont pas, jusqu'à présent, pris en compte par le projet d'appui susmentionné. **La volonté de certains de cibler la communauté éducative et d'assurer un continuum d'éducation (parents/enfants/enseignants) n'est pas encore traduite dans les faits.**

Parmi les différentes stratégies de lutte retenues par les CMLS des ministères chargés de l'éducation, nous nous attacherons à analyser celles relatives à la prise en charge socio-économique des membres du personnel porteurs du VIH et du sida et à la sensibilisation/formation du personnel de ces ministères.

Prise en charge socio-économique des PVVIH

Les dispositions prises par les CMLS

Cette prise en charge a réellement commencé au niveau des CMLS en 2003. Il s'agissait alors d'une aide en nature (kit alimentaire pour les membres du personnel infectés du MEBA et du MESSRS et kit scolaire et alimentaire pour les personnes affectées par la maladie d'un proche). Le bilan a montré que cette stratégie n'était adaptée ni aux besoins, ni aux désirs des PVVIH.

En 2004, **un appui en espèces** a été mis en place : 50 000 F CFA par trimestre pour la PVVIH et 25 000 F CFA pour, au maximum, deux personnes affectées par la maladie de cette PVVIH. Au MEBA, 87 personnes se sont déclarées en 2004, elles sont plus de 120 en février 2005. Au MESSRS, 34 personnes infectées et 73 affectées ont été appuyées en 2004. Comme au MEBA, d'autres se sont manifestées, mais trop tard pour être prises en charge sur le budget de 2004.

Mais les fonds alloués annuellement par le PAPMLS aux différents CMLS ont été revus à la baisse. Ainsi, au niveau du MEBA et du MESSRS, il est désormais question d'une prise en charge socio-économique sur deux trimestres, au lieu de trois. Cette situation ne fera que rendre plus difficile la prise en charge effective de ceux qui iront se déclarer comme tels à ces structures des deux ministères en charge de l'enseignement.

Les associations de PVVIH apportent aussi des soutiens sur le plan social à travers des appuis alimentaires, et des activités génératrices de revenus pour ceux ou celles qui n'ont pas de revenu, sans parler des aides apportées aux OEV.

Perception des mesures de prise en charge socio-économique par les CMLS

Il est certain que les PVVIH hésitent à se faire connaître, craignant que la confidentialité ne soit pas respectée. « Moi je ne peux pas aller là-bas, je lui ai dit [à un ami], va prendre les informations pour moi. [...]

il suffit que dans le groupe il y ait quelqu'un qui ait la langue un peu pendante », nous a confié une enseignante PVVIH.

Diverses dispositions ont été prises pour que les PVVIH puissent se faire connaître à un niveau ou à un autre (provincial ou régional), mais beaucoup préfèrent venir à Ouagadougou pour voir directement le responsable du CMLS. « À notre niveau, personne ne s'est déclaré comme PVVIH, les gens n'ont pas confiance, ils ont peur qu'on diffuse l'information », dit un directeur au niveau régional. De tels propos sont confirmés par un directeur provincial de l'Action sociale : « Personne ne voudrait que sa cellule-relais soit au courant. »

Le frère d'un enseignant bénéficiaire de cette mesure atteste que ce soutien socio-économique a beaucoup aidé ce dernier pour l'achat des médicaments et une meilleure nutrition, mais « si le CMLS devait couper, ce serait la catastrophe », ajoute-t-il.

Près de la moitié (48,4 %) des enseignants ayant répondu au questionnaire, ont estimé que les membres du personnel qui seraient atteints par le VIH sont au courant de cette mesure, tandis qu'ils sont 17 % à estimer que ceux-ci ne le seraient pas. Leurs appréciations de cette mesure sont récapitulées dans le *tableau 3.1*.

Tableau 3.1 Appréciations du soutien économique fourni aux PVVIH par les CMLS

	Fréquence (132)	%
Mesure bienvenue	98	74,2
Bonne mais insuffisante	13	9,9
Bonne si effective	7	5,3
À faire connaître davantage	14	10,6

Source : Questionnaire enseignants, Enquête Akpaka/Yaro, 2005.

Près des trois quarts des sondés jugent positivement cette mesure : « C'est une mesure d'espoir. [...] permet de mieux gérer leur maladie [...] de sentir quelqu'un à ses côtés [...] soulageante pour les fonctionnaires. »

Des recommandations sont mentionnées : « Faire dans la discrétion ; décentraliser le système de prise en charge ; supprimer la lourdeur administrative ; étendre la mesure à toutes les couches sociales ; payer 4 trimestres et non 3 ; doit s'étendre sur une période longue ; bonne mais à faire connaître largement. »

Des doutes sont exprimés : « Pas claire. [...] Les propres destinataires n'en bénéficient point. [...] pas confiance dans les intentions du ministère. »

Stratégies de formation des enseignants en matière de VIH et de sida

Nous verrons les dispositifs de sensibilisation/formation en direction des enseignants et du personnel administratif, puis ce que les bénéficiaires en disent.

Les dispositifs de formation/sensibilisation

Ayant constaté que ceux-ci « n'avaient pas les informations suffisantes pour se prendre en charge et prendre en charge leur environnement », le CMLS du MEBA a appuyé des séances d'information/éducation/communication (IEC), discussions et projections de films vidéo, au profit des cellules-relais des différents niveaux (directions centrales, régionales, provinciales et circonscriptions d'enseignement de base, syndicats, Conseil national des parents d'élèves) et formé, en 2004, 422 directeurs d'école, 300 animateurs d'alphabetisation et 350 encadreurs pédagogiques sortants (instituteurs principaux, conseillers pédagogiques, inspecteurs). Ce processus de formation doit continuer en 2005.

Au MESSRS, depuis 2002, le CMLS a formé 1 000 personnes : des encadreurs d'enseignants (inspecteurs et conseillers) et des responsables de cellules-relais. Mais toutes les cellules-relais n'ont pas été couvertes « par manque de ressources ».

Dans les deux ministères, il existe un module de formation qui, selon la coordonnatrice du CMLS/MESSRS, prend en compte les aspects

scientifiques et sociologiques. Les agents du MESSRS formés ont reçu un « document pour le développement des compétences pour éviter l'infection ».

D'autres formations/sensibilisations en direction des enseignants ont été décrites par certains de nos interlocuteurs. Ainsi, plus de 300 encadreurs et 3 000 enseignants de l'enseignement secondaire ont été formés, surtout dans l'enseignement public, à l'éducation en matière de population (EMP) qui comporte, entre autres modules, un module sur le VIH/sida afin que chacun se sente impliqué et apporte sa contribution à partir de sa discipline.

Dans le cadre du soutien à la formation continue des enseignants du primaire dans les sept provinces d'intervention, Plan Burkina encourage les groupes d'animation pédagogique (GAP) à consacrer au moins une de leurs rencontres (sur les six ou sept annuelles) au VIH et au sida. Des conférences pédagogiques au niveau de l'enseignement de base portent également sur le thème.

Le SNAE-B (auquel adhère plus de la moitié des enseignants de l'enseignement de base, selon son secrétaire général) et le SNESS participent à un projet de prévention scolaire, réalisé dans huit pays, avec l'appui de l'Internationale de l'Éducation et de l'OMS : depuis 2003 une stratégie de formation en cascade et de démultiplication aurait permis de toucher plus de 4 500 enseignants des enseignements de base et du secondaire. Ont été remis environ 3 000 manuels qui doivent être exploités par les enseignants pour la réalisation d'activités de prévention avec leurs élèves. Nous n'avons pas pu avoir les résultats d'une évaluation du projet, réalisée peu de temps auparavant.

Par ailleurs, des informations sont données par des personnes-ressources aux élèves-maîtres des ENEP pour eux-mêmes et pour qu'ils soient capables de répondre aux questions des élèves, mais cette sensibilisation/formation n'est pas encore institutionnalisée.

L'enseignement catholique a assuré également des formations pour ses directeurs et ses enseignants.

Au total, il semble que dans la plupart des cas, il vaut mieux parler de sensibilisation que de formation, comme le dit un directeur d'école primaire à propos de ses adjoints : « Formés, c'est trop dire, dans l'urgence nous avons donné une information pour faire le cours » (dans le cadre de la « grande leçon de vie », appuyée par Plan Burkina en décembre 2004). Dans les deux provinces d'enquête, qu'en est-il ?

Dans les provinces d'enquête : un nombre limité de personnes formées

À la question : « Avez-vous bénéficié d'une formation sur le VIH et le sida ? », **68,3 % des enseignants interrogés ont répondu non et 31,1 % oui.** Ce résultat, très proche de celui de l'enquête du projet VIRUS (moins de 30 % d'enseignants se déclarent formés) appelle plusieurs commentaires.

Tout d'abord, on constate une **nette différence entre les enseignants du primaire et ceux du secondaire** :

- 47,3 % des enseignants du secondaire ont dit avoir reçu une formation ;
- seulement 22,6 % de ceux du primaire ont répondu avoir été formés.

Le deuxième commentaire est relatif à ce que la majorité des enseignants entendent par formation en matière de VIH et de sida : une formation accompagnée de *per diem* (indemnités journalières). C'est une réalité (que nous retrouverons à divers niveaux), liée à toute activité portant sur le sida : de nombreuses personnes estiment que le sida est de nos jours une véritable source de revenus qui bénéficie aux associations et à tous ceux qui exécutent des activités touchant à ce domaine.

Un troisième commentaire concerne les questions liées à l'identification des personnes à former. Nous avons ainsi rencontré un directeur d'école primaire qui a bénéficié de trois formations en moins d'un an : une durant l'année 2003/2004 pendant sa formation, en tant

qu'instituteur principal, une au dernier trimestre 2004, dans le cadre de la formation organisée par le CMLS au profit de deux directeurs par CEB, une autre, enfin, en mars 2005, donnée par le syndicat (SNEA-B). Dans le même temps, de nombreux directeurs dans la même CEB n'ont reçu aucune formation.

En général le **contenu de ces formations est apprécié** : « Ça donne plus de tonus pour en parler. [...] c'est un bon outil de travail. [...] permet d'aider les PVVIH à vivre dans leur milieu. [...] cela m'a permis d'avoir une méthode pour en parler avec d'autres. [...] avec la formation j'ai compris la gravité de la situation ».

Dans l'enseignement de base, les directeurs formés partagent occasionnellement avec leurs collègues les informations reçues lors de ces formations : « Quand l'occasion s'y prête, à la récréation comme ça, on en parle » dit un directeur qui a bénéficié de deux formations, mais n'a pas pour autant réuni de manière formelle son équipe pour un compte rendu, suivi éventuellement d'une mise en œuvre d'activités de prévention dans son école. Peut-être craint-il que ses collègues ne lui réclament de l'argent, comme dans un GAP : « Même là, les gens disent : vous êtes parti là-bas, vous avez pris l'argent et maintenant vous voulez nous en parler gratuitement. Ils ne veulent pas s'informer gratuitement », conclut un autre directeur.

Tableau 3.2 Organismes de sensibilisation/formation pour enseignants

Niveaux d'enseignement	Sensibilisation/formation données par
Enseignement de base	CMLS, CEB, Conférence pédagogique annuelle, GAP,
Enseignement secondaire	CMLS, EMP, cellules-relais, comités d'établissement
Enseignement de base et enseignement secondaire	ONG et associations diverses (de lutte contre le VIH et le sida, associations de femmes, groupes religieux), syndicats

Source : Enquête Akpaka/Yaro, 2005.

Les enseignants rencontrés ou sondés, ainsi que d'autres personnes-ressources ont participé aux dispositifs de formation cités plus haut. On pourrait même parler d'une multiplicité d'organismes et

d'opportunités de sensibilisation/formation, comme en témoigne le *tableau 3.2*. Et pourtant, les deux tiers des enseignants disent ne pas être formés.

3. De l'approche multisectorielle à l'approche intersectorielle

L'axe stratégique 4 du *Cadre stratégique de lutte contre le VIH/sida 2001-2005* met l'accent sur une approche multisectorielle et pluridisciplinaire.

Approche multisectorielle

À cette question sur l'approche multisectorielle, la majorité des interlocuteurs ont répondu affirmativement. Le CMLS du ministère de la Santé s'occupe de la prise en charge médicale des PVVIH, y compris du personnel impliqué dans le système éducatif, et la prise en charge des OEV en âge d'être scolarisés est un souci pour plusieurs ministères et de nombreuses associations.

La volonté d'associer tous les secteurs à la lutte et d'aller au-delà du secteur santé a été exprimée à maintes reprises : les leaders religieux et communautaires, les entreprises, les ministères sont partie prenante dans la lutte. En 2004, il a été décidé que tous les projets/programmes devaient avoir un volet VIH et sida. Le monde associatif a souvent joué, selon plusieurs personnes rencontrées, un rôle de locomotive pour nombre d'initiatives.

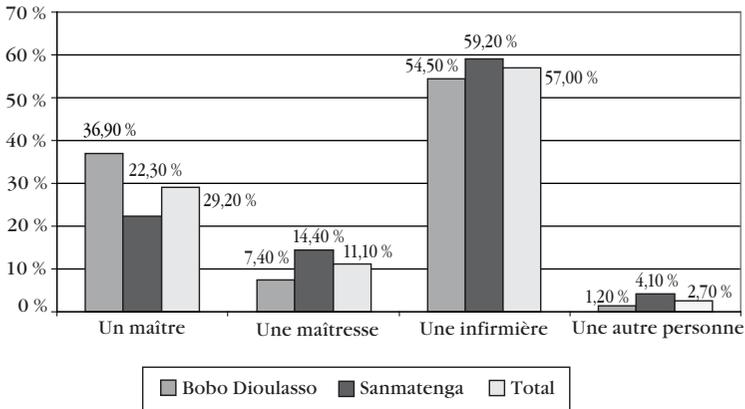
Néanmoins, selon des partenaires techniques et financiers et selon des responsables du monde associatif, beaucoup d'approches restent « verticales ». Ainsi pour les OEV, la synergie entre les secteurs éducation et santé, les familles et les projets est faible. La prise en compte de l'intervention de l'autre secteur est rare.

Ainsi, dans les écoles primaires il est exceptionnel que l'infirmier soit sollicité pour venir parler du sida aux élèves, et pourtant, dans certaines écoles, l'infirmier vient apporter son appui pour les cours de puériculture. En revanche, dans le CEBNF (éducation non formelle) où

nous avons fait l'enquête, l'infirmier, discute régulièrement du VIH et du sida avec les élèves.

Les élèves du CM1/CM2 interrogés ont été 57 % à souhaiter que des cours sur le VIH/sida leur soient donnés par une infirmière. Certes, on pourrait expliquer cette réponse par l'association sida/santé. Mais on peut penser aussi qu'ils seraient plus à l'aise pour évoquer les questions liées à la sexualité avec un professionnel autre que le maître (choix de 29,2 % d'entre eux) ou la maîtresse (choix de 11,1% qui s'explique aussi par la rareté des enseignantes au CM2).

Graphique 3.1 Personne choisie par les élèves du CM pour la formation sur le sida



Source : Questionnaire CM1/CM2, Enquête Akpaka/Yaro, 2005.

En 1^{re}, 30 % des élèves interrogés optent pour une discussion sur les questions de santé reproductive avec une infirmière, tandis que 38 % d'entre eux souhaiteraient le faire avec leur professeur de sciences de la vie et de la terre, confirmant ainsi une des hypothèses formulées avant le travail sur le terrain.

En d'autres termes, **s'il y a bien des approches multisectorielles, il n'y en a guère qui soient intersectorielles, c'est-à-dire des actions qui soient mises en œuvre par plusieurs secteurs de**

façon coordonnée au même moment. Les lenteurs rencontrées au niveau du volet sida dans le PDDEB en sont une autre illustration.

Le plan décennal de développement de l'éducation de base et la lutte contre le VIH et le sida

Le PDDEB a une composante santé axée autour des cantines, de l'hygiène, du VIH et du sida. Dans les documents de base, des activités sont décrites pour le VIH, mais elles ne sont pratiquement pas encore mises en œuvre. Selon l'un des partenaires techniques et financiers qui appuie la réalisation du PDDEB, quatre missions conjointes ont été organisées pour le suivi du plan, mais la question du VIH et du sida n'a pas fait l'objet d'un débat. Pourtant, tous reconnaissent l'importance de l'intégration du thème dans ledit plan.

Le Burkina Faso a opté pour le développement des curricula axés sur les compétences. Dans le PDDEB la rénovation des curricula de l'enseignement de base est prévue, et les compétences sur le VIH et le sida devraient faire partie de ces nouveaux curricula. Mais, de l'avis de plusieurs des interviewés, le processus est lent et devra intégrer la formation des enseignants et la révision des manuels.

Le plan d'Éducation pour tous (EPT) a intégré lui aussi un volet VIH et sida. Mais, pour des raisons diverses, c'est le PDDEB qui constitue actuellement l'armature et la référence essentielle de l'enseignement de base au Burkina Faso.

En résumé

La source principale de toutes les orientations et actions pour la lutte contre le VIH et le sida ainsi que les IST est le *Cadre stratégique de lutte contre le VIH/sida 2001-2005*. L'existence d'un organe unique de coordination (le CNLS-IST) et l'implication de tous dans une approche multisectorielle sont également considérées comme des atouts politiques. Après l'évaluation de l'actuel cadre, il apparaît que les problèmes des jeunes et des femmes doivent être reconsidérés

et érigés en priorité dans le prochain. L'absence d'une politique en matière de VIH et de sida pour le monde de l'éducation est à noter. Les CMLS des deux ministères chargés de l'éducation ciblent les membres de leurs personnels et assurent une prise en charge socio-économique des PVVIH et des personnes affectées, sous leur tutelle. Cette mesure est perçue positivement par près des trois quarts des enseignants interrogés. En matière de sensibilisation/formation du personnel de ces ministères, les stratégies méritent d'être revues, dans la mesure où seulement 47,3 % des enseignants du secondaire et 22,6 % du primaire ont dit avoir reçu une formation. Pourtant les organisateurs de sensibilisation/formation ne manquent pas. La circulation de l'information se heurte à plusieurs difficultés, dont l'une est relative à la liaison entre formation sur le VIH et le sida et argent.

Dans un tel contexte de lutte contre le VIH et le sida, et compte tenu des contraintes identifiées, quels sont les effets induits par le VIH et le sida sur l'offre, la demande et la qualité de l'éducation ?

IV. Effets sur l'offre, la demande et la qualité de l'éducation

Avant d'évoquer certains de ces effets, il est nécessaire d'analyser les questions liées à la stigmatisation, qui avaient déjà paru importantes lors de la première phase, mais qui, au cours de la phase sur le terrain, sont apparues massives tant dans les entretiens que dans les enquêtes, et surtout déterminantes dans les effets induits par le VIH et le sida sur le système éducatif.

1. Perception du VIH et du sida chez les acteurs du système éducatif et stigmatisation

Le mur du silence

Mur du silence des responsables de l'éducation : « *On a perdu des enseignants, tout laisse à penser que c'était ça. [...] On a soupçonné certains cas, mais les gens n'ont jamais déclaré.* » ; c'est « *pas pour dire qu'il n'y en a pas ailleurs, mais ici ...* »

Mur du silence des PVVIH qui ne se déclarent pas : « *Si tu declares ta maladie, tu es fini à l'école.* » (enseignant de Bobo)

Mur du silence des enseignants : Aucun enseignant du 1^{er} cycle du secondaire n'a déclaré dans un questionnaire anonyme avoir eu de PVVIH dans son établissement, et pourtant ...

Mur du silence dans la société tout entière.

Que fait-on pour briser ce mur?

Les expressions verbales pour évoquer le VIH et le sida sont éloquentes en elles-mêmes. Dans la vie courante, le sida est rarement nommé en tant que tel. En français, on parle de « la chose », « l'affaire là », « il est décédé d'une longue maladie. [...] ce n'était pas clair [...] tout le monde soupçonnait [...] on savait que [...] Quand les deux parents sont décédés, alors on pense à autre chose ». Pour se démarquer de cette « longue maladie », les annonces nécrologiques dans les journaux ou à la radio insistent sur « le décès brutal », « la courte maladie », « le

décès accidentel ». Des expressions, souvent entendues, comme « on le soupçonne », « il avoue sa maladie » renvoient à un registre de culpabilité. Selon plusieurs personnes, la stigmatisation existe dans tous les secteurs, elle se lit dans les regards des agents des services de santé et des services chargés de l'accueil des malades.

La stigmatisation et la discrimination dans le quartier, dans la famille

On nous a cité le cas d'une enseignante dont le mari est décédé du sida et elle a dû déménager du quartier où elle habitait, car on interdisait aux autres enfants de fréquenter les siens par peur de l'infection.

Une enseignante PVVIH, rencontrée à Ouagadougou, raconte : « *En famille [dans la grande famille] ça pose un peu problème ... on me laisse un peu à l'écart. Il faut qu'on lave tous les plats des autres avant de laver mon plat, le mien est toujours à côté. [...] J'ai laissé faire, je n'ai pas voulu dire quelque chose, ça pouvait poser des problèmes. Ma tante a dit à ma sœur de ne plus me tresser. [...] Les gens murmuraient : c'est rentré ici. [...] Ils ont trop peur de la maladie, c'est surtout ça. Maintenant j'ai loué une maison. »*

Selon B. Taverne, anthropologue, qui a beaucoup travaillé sur le sida au Burkina : « En 1995, en milieu rural mossi, suspecter une personne d'avoir le sida a valeur d'accusation sur sa conduite passée. Le malade est toujours coupable, le sida est une sanction, il représente la preuve que la femme fut une bordelle et l'homme un attrapeur de femmes¹⁰. »

Au niveau des responsables de l'éducation et des enseignants

Plusieurs responsables ont, d'une manière ou d'une autre, affirmé à l'instar de ce directeur, que « la maladie est encore perçue comme une malédiction et les gens craignent que l'information n'arrive à leur

10. B. Taverne. 1996. *Stratégie de communication et stigmatisation des femmes : lévirat et sida au Burkina Faso*, Sciences sociales et santé, vol. 14, n° 2, p. 87-106.

communauté de base. [...] Ceux qui sont morts, on ne sait pas de quoi ils sont morts ».

Dans le questionnaire des enseignants, ceux-ci évoquent différentes réactions à l'égard des collègues vivant avec le VIH : « Les collègues n'en parlent pas directement, nous faisons comme si nous l'ignorons. [...] Certains collègues compatissaient, d'autres disaient qu'elle était une personne de mauvaise vie. [...] Celui-ci vit dans un état d'isolement total, il était mis à l'écart. [...] Son statut n'a été révélé qu'après, nous avons eu honte de ne pas l'avoir compris quand il s'absentait. » Les réponses à ces questions, très peu nombreuses, font cependant plus souvent référence au soutien moral ou financier qu'à la stigmatisation.

Dans les groupes de discussion, en revanche, **les enseignants ont évoqué la forte stigmatisation en milieu scolaire** : « L'administration est au courant, mais pas les autres professeurs. [...] d'autres maladies, mais jamais le sida. **Il ne faut jamais** [...] Ce n'est plus le statut d'enseignant qu'on voit, mais plutôt celui du malade ...on se soucie de voir comment on peut masquer sa maladie. » (groupe d'enseignants du secondaire à Bobo) « Ses amis l'abandonnent, la peur et la pitié font que le maître PVVIH est fui. » (groupe d'enseignants du primaire dans la province du Houet) « L'école est tout comme un village, si quelqu'un affiche sa sérologie, cela lui crée des problèmes. Les enfants peuvent informer tout le quartier et tout Bobo est au courant. » (groupe d'enseignants du primaire dans la province du Houet) « Il y a tout un mystère autour du sida, ce n'est pas seulement l'individu qu'on voit, mais la famille, la grande famille. [...] Même entre collègues, il y a tout un commérage autour du malade, on ne veut pas l'approcher. » (groupe d'enseignants du secondaire dans la province du Sanmatenga) En d'autres termes, le **silence administratif ne signifie pas silence social**. « Des élèves sont infectés, mais ils n'auront même plus de voisin si l'information circule », confirme un responsable d'association.

Dans un tel contexte, il n'est pas étonnant que les PVVIH, membres du corps enseignant ou élèves, ou ayant des parents vivant avec le VIH, n'en parlent pas souvent ouvertement. La stigmatisation est très liée

à l'aspect extérieur et selon des informations recueillies, les PVVIH qui enseignent soignent cet aspect extérieur qui ne doit pas laisser penser qu'elles sont infectées. « Étant donné l'image du sida [« maladie honteuse », « maladie des débauchés »], certains craignent le jugement des élèves, craignent de ne plus être perçus comme un modèle et d'être considérés par leurs élèves et les familles comme une personne de mauvaise vie. »

À la stigmatisation, il faut donc ajouter l'**autostigmatisation**. « Ils préfèrent mourir dans l'anonymat », nous a-t-on dit plusieurs fois, sous une forme ou sous une autre, sans réaliser la souffrance vécue dans une telle situation d'isolement et d'anonymat. Un responsable, dans la province du Sanmatenga, a déclaré : « Ceux qui témoignent à visage découvert sont des héros, cela nous fait avancer beaucoup. »

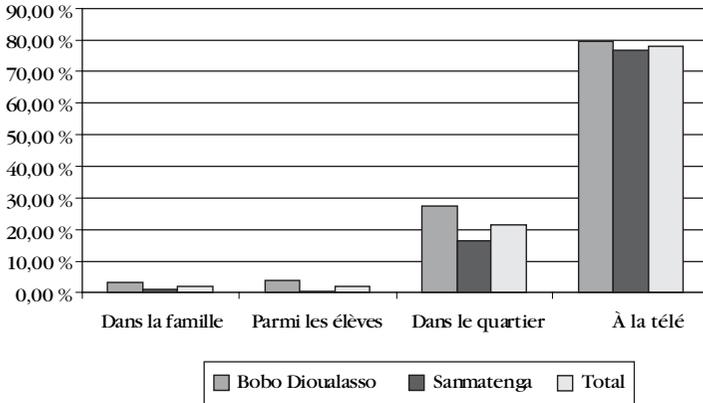
Au niveau des élèves

Selon les résultats obtenus par le biais des différents instruments d'investigation au CM1/CM2, en classe de 5^e, de 3^e et de 1^{re}, il apparaît que la **stigmatisation/discrimination diminue au fur et à mesure que s'élève le niveau scolaire et que les informations sur les modes de contamination sont mieux connues et maîtrisées.**

Les deux tiers des élèves de CM1/CM2 interrogés ne veulent pas manger avec un malade du sida de peur d'être contaminés. Ils craignent que « le microbe rentre dans la nourriture ». Six élèves sur dix ne veulent pas s'asseoir sur la même table-banc qu'un élève ayant le sida : « Le sida va rentrer dans le banc. [...] Il va mettre le sida sur toi. [...] Il peut te blesser avec ses ongles [...] te mordre [...] te piquer avec un compas, son sang va aller sur toi. » Sont souvent vus comme vecteurs de contamination : toux, respiration, crachat, morve. Ceux qui ont des informations sur les modes de transmission, par voie sanguine (souvent évoquée) ou sexuelle, disent clairement qu'il n'y a pas de risques : « Le sang n'est pas dans le plat. [...] Le sida n'est pas dans la table. [...] ce n'est pas en étant à côté que tu vas être malade. [...] Si tu n'as pas de rapports sexuels tu ne seras pas contaminé. »

Plus on s'éloigne de leur univers personnel, plus les élèves de CM1/CM2 interrogés ont accepté de dire qu'ils avaient déjà vu quelqu'un avec le sida, comme l'illustre le graphique 4.1.

Graphique 4.1 Répartition des élèves ayant déjà vu une PVVIH, selon le lieu



Source : Questionnaire CM1/CM2, Enquête Akpaka/Yaro, 2005.

Les élèves de classe de 5^e, dans l'une des rédactions projectives¹¹, ont exprimé leurs réactions éventuelles face à un camarade atteint du sida : **près d'un élève sur deux (47,3%)**, les garçons sensiblement plus que les filles, **exprime des jugements, condamne et même rejette le camarade infecté** en des termes parfois très violents : « Les élèves de sa classe vont l'insulter à cause de sa maladie, le critiquer, le détester [...] s'éloignent de lui. [...] Ses voisins ne veulent pas s'asseoir à côté d'elle. [...] Elle est tellement une bordelle qui n'arrête pas avec un seul garçon. [...] Ils vont se dire : s'il a le sida, ce n'est pas leur problème à eux, il pouvait se protéger, il ne l'a pas fait. [...] On le regarde comme s'il avait commis un crime [...] On le considère plus comme une personne vivante. » Ils sont plus du tiers (36,5%) à prêter au camarade des réactions autostigmatisantes et des sentiments dépressifs. Mais plus du tiers manifeste aussi des réactions de solidarité : « On a fini par comprendre

11. Voir énoncé en *annexe 4*.

que n'importe qui peut attraper le sida. [...] On va l'encourager, lui dire de ne pas baisser les bras. »

Dans les phrases à compléter¹² données aux **élèves de 1^{re}, 20 % des réponses font référence à une non-maîtrise de la sexualité** (« vagabondage sexuel », infidélité, rapports sexuels non protégés) ou à une malédiction/punition divine¹³. Selon les élèves de 1^{re}, et sans différence significative entre les garçons et les filles, la stigmatisation à l'égard d'une PVVIH ou d'une personne affectée se manifeste comme indiquée dans le *tableau 4.1*.

Tableau 4.1 Manifestations de la stigmatisation selon les élèves de 1^{re}

	Jugements	Dépréciation de la famille	Mise à l'écart	Dévalorisation	Regard
N (réponses)	142	37	129	139	73
%	48,3*	12,6	43,9	47,3	24,8

Source : Questionnaire 1^{re}, Enquête Akpaka/Yaro, 2005.

* Les élèves avaient la possibilité de donner deux réponses, c'est pourquoi la somme des pourcentages est supérieure à 100.

Pour plus de la moitié des élèves de 1^{re} qui ont relaté ce que leurs camarades en disent, le sida est une maladie très grave, à bannir, mais qu'on peut éviter en se protégeant. Pour 7,7 % de ces élèves, le sida demeure une malédiction, une punition divine. **Près de 10 % d'entre eux font état de camarades qui ne croient pas à l'existence du sida.** Un tel résultat en classe de 1^{re} montre les limites des activités d'information et de communication.

Vers une diminution de la stigmatisation

Les causes de cette discrimination sont connues : peur de la contagion, ignorance ou confusion au sujet des modes de transmission, jugement

12. Idem.

13. Pour plus de détails sur la répartition des réponses, voir tableau « On associe le sida à ... » en *annexe 7*.

moralisateur, poids financier, stéréotype à l'égard des femmes (le sida est, en milieu mossi, considéré comme « une maladie de femmes »¹⁴).

Cependant, nombre de personnes rencontrées estiment que le regard porté sur les PVVIH commence à changer, la marginalisation diminue, le test de dépistage est beaucoup plus répandu et les personnes atteintes le disent plus facilement.

Les réactions solidaires des élèves de CM1/CM2 et de ceux de 5^e coexistent avec des attitudes stigmatisantes. Dans une étude faite dans un arrondissement de Ouagadougou avant l'installation d'une association de PVVIH, beaucoup de ressortissants de cet arrondissement avaient manifesté le désir de s'engager aux côtés de l'association. De manière générale, cette évolution serait due, selon des membres d'association, aux personnes qui acceptent de révéler leur statut, à l'engagement politique des autorités et aux actions des organisations de base communautaires et de la société civile. Notre rôle est de « montrer que les PVVIH peuvent mener des activités professionnelles comme tous et qu'on peut fréquenter l'association sans se faire contaminer », nous a dit un membre d'une association de PVVIH. Comme un anthropologue nous l'a expliqué, on assiste à une resocialisation entre PVVIH, la maladie pouvant être considérée comme le « germe du lien ».

Le directeur régional MESSRS du Centre estime, quant à lui, que les enseignants « le disent plus facilement qu'avant », certains pour bénéficier d'une prise en charge, d'autres pour avoir un emploi du temps allégé, d'autres encore pour expliquer leurs absences répétées qui perturbent l'organisation scolaire.

14. Selon Taverne, par « *maladies de femmes, il faut entendre l'ensemble des maladies transmises à l'occasion de relations sexuelles. [...] Il s'agit d'une désignation précise des femmes en tant que responsables de la transmission* ». Néanmoins, selon d'autres informateurs, ce concept stéréotypé est de plus en plus désuet, et les maladies sexuellement transmissibles sont de plus en plus désignées de « Torr Bansé » c'est-à-dire les « maladies du devant » en référence au sexe masculin ou féminin.

2. Une offre éducative perturbée

Étant donné le mur de silence auquel nous nous sommes heurtés, il est clair qu'obtenir des chiffres relève de la gageure. Néanmoins, nous avons pu en obtenir quelques-uns, qu'il faut manier avec prudence, mais qui sont cependant révélateurs de certaines tendances.

Quelques chiffres

Rappelons que le taux de prévalence des enseignants, tel qu'indiqué dans l'« Analyse nationale de la situation du VIH dans les secteurs de la santé et de l'éducation »¹⁵ est de 2,7 %, taux identique à celui de l'ensemble de la population burkinabé, déterminé à partir des sites sentinelles. Étant donné les effectifs du personnel dans l'enseignement de base (25 423 en 2003/2004), le nombre de PVVIH pourrait être évalué à 686.

En 2004, la campagne de dépistage en milieu scolaire (enseignement secondaire et supérieur dans huit villes du pays) avait révélé chez les enseignants un taux de prévalence de 2,3 %¹⁶ ; on pourrait estimer pour l'enseignement secondaire public à 174 le nombre de PVVIH (sur les 7 559 enseignants en 2002/2003).

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

Deux commentaires s'imposent. D'une part, ces enseignants ne sont évidemment pas tous décédés du sida. Mais selon plusieurs de nos interlocuteurs, on pourrait estimer les décès liés au VIH/sida à « une bonne moitié ». Les enseignants, de l'enseignement de base comme

15. Ministère de la Santé, Centre Muraz, *Projet VIH et IST en milieu rural, urbain et sectoriel (VIRUS)*, Rapport final provisoire, 15 janvier 2005.

16. Information donnée par le chargé du conseil dépistage anonyme au PAMAC.

de l'enseignement secondaire, sont pour la majorité des hommes et des femmes jeunes. Selon certaines informations, la moyenne d'âge des enseignants du primaire serait inférieure à 39 ans. D'autre part, l'augmentation du nombre de décès est imputable, mais en partie seulement, aux recrutements importants de ces deux dernières années : le MEBA a ainsi recruté plus de 7 000 enseignants depuis le début du PDDEB, (dont 3 450 pour l'année scolaire 2004/2005). En termes de proportions, ces décès ne représentent que 0,03 % de l'ensemble des enseignants. Un tel pourcentage peut masquer une certaine gravité : perdre 90 enseignants en fonction en une année représente un réel problème pour un pays comme le Burkina. **L'augmentation du nombre de décès semble due en partie au sida.**

Tableau 4.2 Nombre d'enseignants du MEBA et du MESSRS décédés de 1999 à 2004

	MEBA			MESSRS		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
1999/2000	20	6	26	3	1	4
2000/2001	48	12	60	4	0	4
2001/2002	28	17	45	5	1	6
2002/2003	48	11	59	13	1	14
2003/2004	77	13	90	12	1	13
Total	221	59	280	37	4	41

Sources : DRH MEBA et MESSRS. [date ?]

À partir de ces éléments de pondération, on peut dire qu'en cinq ans, environ 200 enseignants de l'enseignement de base sont décédés du sida et une vingtaine de l'enseignement secondaire ont été décimés par le virus. Pour l'année scolaire 2003/2004, plus de 45 enseignants du primaire seraient décédés du sida, soit pratiquement un enseignant par semaine ou encore au moins un par province. « Depuis le début de l'année [scolaire], nous avons déjà perdu au moins trois enseignants que nous soupçonnons de VIH », nous a confié la DPEBA de la province du Houet.

Les chiffres pour le personnel administratif sont très faibles et difficilement interprétables. Pour le personnel d'encadrement de l'enseignement de base, on est passé de 4 décès en 2000/2001 et en 2001/2002 à respectivement 11 et 9 pour 2002/2003 et 2003/2004.

D'autres chiffres, tels que le pourcentage d'enseignants en classe, fournissent aussi des informations intéressantes. Ainsi pour l'année 2002/2003, au niveau national, sur 19 462¹⁷ enseignants dans l'enseignement de base public, 17 053, soit 87,6 %, étaient en classe ; dans la province du Houet, sur 1 232, ils n'étaient que 957 en classe, soit 77,6 %. En d'autres termes, **plus d'un enseignant sur cinq, dans le Houet, était dans les bureaux de l'administration scolaire, où sont envoyés le plus souvent les enseignants malades, y compris ceux du sida.**

Gestion locale des enseignants

Gestion des absences répétées

La question des absences des enseignants atteints par le sida est celle qui revient le plus fréquemment dans les entretiens. « À voir la fréquence et la durée des absences pour raisons de santé, on finit par se poser des questions », confie un cadre d'une ONG. « Aujourd'hui en classe, demain à la maison », la formule résume bien l'absentéisme chronique des personnes atteintes par la maladie. Nous avons pensé pouvoir examiner des cahiers de texte dans les écoles où des absences pour causes de santé auraient été signalées, le mur du silence a bien rempli son rôle et nous n'avons pas eu cette possibilité.

Selon des estimations de Goliber (2000), rapportées par Kelly (2000), un enseignant contaminé perd l'équivalent de six mois de travail avant de développer le sida, et un an en moyenne entre les manifestations cliniques du sida et le décès, soit environ 18 mois d'incapacité, avec une participation de plus en plus réduite.

17. Source MEBA, *Annuaire statistique 2002/2003*.

À partir des informations recueillies, il apparaît que la gestion de ces absences répétées varie selon le secteur (public ou privé), selon le niveau d'enseignement (enseignement de base ou secondaire) et selon le milieu où se trouve l'école.

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

Dans les établissements publics, le souci de « ne pas frustrer qui que ce soit ... de ne pas l'enlever comme ça » prédomine. « On ne lui en tient pas rigueur quand on est au courant. » En milieu rural un rapport en cours d'année pour signaler une absence prolongée serait mal interprété, nous a-t-on dit, (« Pourquoi va-t-on dire que je suis absent ? ») ; « Dès que tu tombes un peu malade, on te remplace ». Préserver de bonnes relations avec le collègue apparaît très important, lui éviter la honte, ainsi que celle de l'établissement est une motivation valorisée. Quelle que soit la solution retenue pour pallier ces absences, l'enseignant garde la totalité de son salaire. **Se trouve ainsi confirmée l'hypothèse formulée avant le début de l'enquête d'une volonté d'éviter la honte à la PVVIH, et nous ajouterions maintenant, de préserver le mur de silence.**

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

- si l'école dispose d'un suppléant, comme c'est le cas dans beaucoup d'écoles primaires en ville, entre autres à Bobo, le suppléant remplace l'absent ;
- si le directeur est déchargé de classe, il s'occupe de la classe de son collègue malade ;
- en dehors de ces deux situations, le directeur et les collègues s'organisent pour, alternativement, prendre en charge leur classe et celle de l'absent, en attendant une solution définitive ;

- ou bien encore le directeur donnera des exercices aux élèves (surtout pour éviter le bruit) ;
- en dernier ressort, les enfants seront renvoyés à la maison et la classe fermée. Si cela devait durer plusieurs mois, faute d'un remplaçant, l'année pourrait être déclarée « année blanche » pour cette classe. De telles situations se rencontraient dans les années passées en milieu rural, étant donné la pénurie d'enseignants et la difficulté, toujours actuelle, d'affecter quelqu'un en milieu rural en pleine année scolaire.

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

Dans l'enseignement secondaire, les heures seront données à un collègue qui acceptera ou non cette charge supplémentaire « moyennant finances » ou, le plus souvent, l'établissement recrutera un vacataire qu'il paiera. Les élèves de 1^{re}, interrogés à ce sujet, sont 40,5 % à dire que l'administration fera appel à un vacataire et 38,4 % à un autre professeur de l'établissement. Dans le pire des cas, le cours ne sera pas donné jusqu'à la fin de l'année. Mais « souvent on bouche les trous en classe d'examen, qui constitue la vitrine de l'établissement ».

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

Si l'absence perdure, si la personne ne peut plus enseigner ou si elle est décédée, à la rentrée suivante ou pendant l'année, si cela est possible, il sera procédé à son remplacement, surtout au MEBA qui a actuellement des possibilités budgétaires pour un recrutement annuel,

en grand nombre, de jeunes formés à leur propre compte dans les ENEP. En revanche, au MESSRS, « parent pauvre de l'éducation »¹⁸ où le déficit d'enseignants est très marqué, surtout dans les disciplines scientifiques, **l'appel aux vacataires est souvent la seule solution.**

Gestion de la demande de l'intéressé

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

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

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

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

18. Le gouvernement, à travers le MEBA, a fait de l'éducation de base une priorité absolue, focalisant tous les efforts d'investissement (infrastructures et ressources humaines) sur ce secteur. La politique du tout centré sur l'enseignement de base a fini par fragiliser l'enseignement secondaire qui accueille les sortants de l'enseignement de base.

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

« Quand on sent qu'un enseignant s'affaiblit de jour en jour, on l'envoie au bureau », nous a déclaré le DREBA du Centre-Nord, où ils sont « entassés » et peu efficaces. Mais selon ce même responsable, l'administration scolaire n'en est pas pour autant bloquée, « car on ne leur confie pas vraiment des responsabilités ». Un autre directeur régional, le DR/MESSRS de la même région, ne partage pas ce point de vue, estimant que « dans l'administration aussi l'efficacité est compromise, certains sont obligés de faire leurs tâches et celles des autres ». Dans certaines CEB, le nombre élevé d'agents laisse planer des doutes sur le souci d'efficacité et de rentabilité des administrations. L'hypothèse sur la perturbation des administrations scolaires par le grand nombre de personnes malades n'est donc ni confirmée, ni infirmée. Les retraites anticipées pour raisons de maladie ou les congés de longue maladie sont des pratiques extrêmement rares. Même déclarer officiellement « impotent » un enseignant suscite de vives réactions des intéressés et des pressions pour revenir au statu quo antérieur, nous a-t-on dit dans les provinces d'enquête.

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

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

Réactions des parents et des élèves

Dans certains établissements privés, la pression des parents qui paient pour une certaine qualité de l'éducation, contraint parfois les directeurs, nous a-t-on dit, à renvoyer un professeur souvent absent du fait de sa maladie. Dans d'autres cas (dans le privé comme dans le public), des parents ne veulent pas confier leurs enfants à une personne infectée par peur de la transmission (soit par méconnaissance des modes de transmission, soit en raison du comportement sexuel de certains enseignants avec leurs élèves), ou encore par discrimination de la personne infectée, considérée par ces parents comme un mauvais exemple pour les élèves. Parfois aussi, toujours dans les établissements privés, l'enseignant malade peut être placé dans un bureau. **L'hypothèse que nous avons formulée d'une pression plus forte dans l'enseignement privé n'est ni confirmée, ni infirmée, dans la mesure où les établissements secondaires privés, dans lesquels l'enquête a eu lieu, fonctionnent en grande partie avec des vacataires.**

En général les élèves ne sont pas au courant, nous a-t-on dit. Selon le chef de la CEB de Pissila (province de Sanmatenga), pour les élèves, « quand ils l'apprennent c'est un choc, ils sont touchés, découragés, ils pensent que leur maître va mourir, d'autres ne veulent plus s'approcher de l'enseignant ». La stigmatisation apparaît vite, comme en témoigne le cas d'une enseignante dans la province du Houet dont le mari était malade du sida et dont les élèves refusaient de ce fait qu'elle les touche. Celle-ci a dû demander une affectation en ville.

Selon nos interlocuteurs, la solidarité se développe au sein des établissements, au niveau des élèves comme des parents d'élèves qui apportent leur soutien financier par le biais de la caisse de l'association des parents d'élèves (APE), mais tout en portant des jugements sur le comportement : « C'est parce qu'il divaguait trop qu'il est porteur de virus », diront certains. Si un de leurs professeurs était malade du sida, 57,4 % des réponses des élèves de 1^{re} vont dans le sens de ces sentiments et attitudes altruistes, qui parfois coexistent avec une certaine méfiance ou peur. Ces réponses altruistes prédominent aussi chez les plus jeunes,

(CM1/CM2) auxquels une question identique avait été posée. Là aussi ce type de réponses s'accompagne parfois du refus d'être dans la classe d'un tel enseignant par peur de la contamination. Des élèves de 3^e, lors d'un groupe de discussion, ont dit : « Si le professeur aime jouer avec les filles, on dira que c'est à cause de ça qu'il a eu la maladie. [...] Il n'y aura plus de respect ». **En résumé, quelle que soit la classe, les réactions sont ambivalentes.**

De telles réactions peuvent se manifester à l'égard des élèves dont les parents seraient atteints du VIH/sida.

3. Pas d'effets visibles au niveau global, mais des risques de déscolarisation des élèves affectés

L'hypothèse mentionnée à la fin de la première phase, selon laquelle « il n'y a pas d'effet du VIH/sida sur la demande en éducation au niveau macro, mais peut-être au niveau micro, particulièrement des phénomènes de déscolarisation et de perturbation dans le cursus scolaire quand l'un des parents, au moins, est malade » s'avère confirmée par l'enquête sur le terrain, comme nous allons le voir dans cette section (cf. section *Risques de déscolarisation des élèves affectés*).

Augmentation de la demande

« Les conséquences sur le système ne sont pas encore visibles », nous a-t-on dit. Sans partager ce constat, il faut reconnaître qu'au niveau de la demande, les effets ne sont guère visibles. Un examen des statistiques scolaires révèle que les effectifs de l'enseignement de base sont passés de 852 260 inscrits en 1999/2000 à 1 139 512 en 2003/2004. Les taux bruts de scolarisation pour ce niveau sont passés pour les mêmes années de 41,3 % à 52,20 %, le taux brut de scolarisation des filles ayant augmenté, quant à lui, de près de 12 points.

La progression dans le premier cycle du secondaire est également massive : l'effectif des élèves du 1^{er} cycle passant de 151 771 en 1999/2000 à 196 494 en 2002/2003. Pour le second cycle, la progression est moins forte, mais réelle cependant.

Le Burkina Faso, qui était un des pays les moins scolarisés de l'Afrique, entend relever le défi de l'Éducation pour tous, lancé lors de la Conférence mondiale de Dakar et se rapprocher le plus possible des Objectifs du Millénaire pour le développement. Comme mentionné plus haut, le PDDEB s'est fixé **l'objectif d'un taux brut de scolarisation de 70 % pour 2010**. Dans un tel contexte, les **familles touchées par le VIH/sida qui ne mettent pas les enfants à l'école ou qui les retirent, ne sont pas visibles au niveau des statistiques nationales ou même provinciales**.

En outre, il est fort possible que l'augmentation des effectifs scolaires trouve aussi son explication dans le retour massif de près de 365 000 Burkinabé de la Côte d'Ivoire, en raison de la crise que ce pays vit depuis 1999. En conséquence, la demande scolaire n'est pas affectée de manière visible.

Risques de déscolarisation des élèves affectés

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

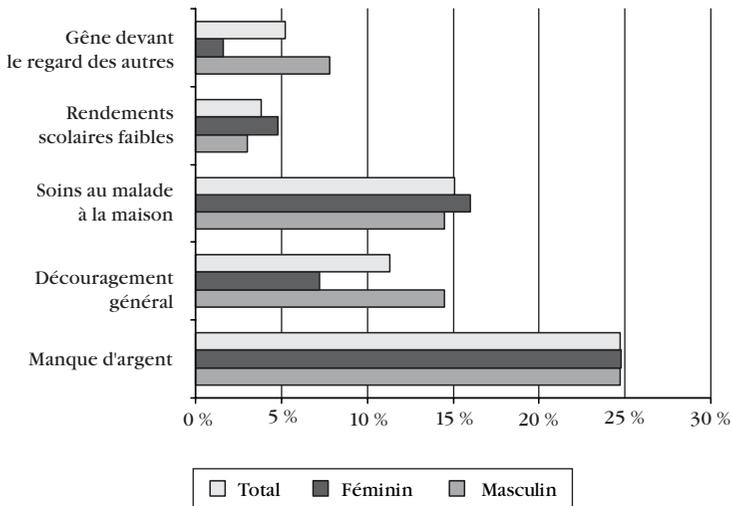
L'enquête sur le terrain a confirmé ces informations issues des entretiens. Près d'un enseignant sur deux (44,2 %) parmi ceux qui ont répondu au questionnaire, dit avoir remarqué des enfants/jeunes non scolarisés ou déscolarisés en raison de la maladie d'un parent. Les élèves de 1^{re}, dont plus du tiers ont connu des camarades qui ont dû arrêter leurs études en raison de la maladie d'un parent, indiquent le **manque de moyens financiers comme premier déterminant de**

L'arrêt des études. Aucune différence significative n'apparaît dans les réponses des garçons et des filles.

Lors des entretiens dans les provinces, quelques personnes ont également évoqué le cas **des jeunes qui abandonnent les bancs de l'école pour s'occuper d'un parent malade**. De l'avis général, les filles abandonnent davantage ; néanmoins des élèves de 3^e, lors d'un groupe de discussion, ont évoqué des cas où « le garçon peut être touché s'il est l'aîné de la famille ou si c'est le père qui est malade ». Comme on le voit dans le *graphique 4.2*, les garçons et les filles de 1^{re} ont quasiment répondu de la même manière en ce qui concerne l'abandon scolaire lié aux soins à donner à un parent malade à la maison.

Selon les enseignants rencontrés, même si ces élèves dont les parents sont malades n'abandonnent pas, leur attitude en classe est significative. Leur situation se devine « rien qu'en les voyant » ont dit plusieurs de nos interlocuteurs. Plus de huit enseignants sur dix estiment que la maladie des parents a des répercussions sur leurs enfants.

Graphique 4.2 Déterminants de l'abandon scolaire en cas de maladie des parents



Source : Questionnaire 1^{re}, Enquête Akpaka/Yaro, 2005.

Tableau 4.3 Répercussions de la maladie des parents sur les enfants

Répercussions	Nombre	%
Économiques : incapacité à supporter l'enfant	57	31,3
Psychologiques : tristesse, repli, découragement, inquiétude	62	34,1
Physiques : maladie, problèmes de nutrition, soins inadéquats	17	9,3
Sociales : enfant mal vu dans l'entourage, isolation	20	11
Scolaires : baisse du travail scolaire, irrégularité, déscolarisation	26	14,3

Source : Questionnaire enseignants, Enquête Akpaka/Yaro, 2005.

Les difficultés psychologiques et morales des enfants sont citées par les enseignants encore plus souvent que les difficultés économiques. **Le problème de leur prise en charge psychologique est posé et le travail scolaire s'en ressent** : « Ils manquent de motivation. [...] Ils ne sont plus encadrés. [...] Ils n'arrivent pas à se concentrer. » Ces difficultés sont d'autant plus grandes que les parents malades en parlent très rarement à leurs enfants, ce que regrette vivement la présidente d'une association de PVVIH.

Un des interviewés remarquait que l'impact des problèmes de santé (de l'élève ou de sa famille) est rarement pris en compte actuellement dans le système éducatif burkinabé. **Le cas d'élèves vivant avec le VIH** a été abordé au cours des discussions, au niveau de quelques associations/ONG et de quelques directeurs d'école. Le témoignage de cette grand-mère dans la province du Houet, qui élève ses deux petits enfants orphelins de père et de mère, est édifiant.

« Moi ce qui me fait mal, c'est que le petit frère d'H. est malade depuis plus de trois mois. J'ai tout fait, mais ça ne va pas. Il ne peut plus aller à l'école. J'ai contacté des gens pour nous aider, mais ce n'est pas facile, chacun a ses problèmes à gérer ... Vous savez la solidarité, ce n'est plus que dans la bouche. Quand vous êtes une personne âgée et que vous n'avez pas quelqu'un qui peut vous aider, à la limite les gens ne manquent pas de dire que ce sont les enfants qui sont des « porte-malheur » ou que je suis moi-même une mauvaise personne. »

Grand-mère de deux enfants orphelins de père et de mère.

Il existe cependant encore une certaine solidarité, puisque, même absent de l'école, cet enfant continue cependant à avoir sa ration à la cantine de l'école.

Les élèves de 1^{re} ont une image très négative de leurs camarades déscolarisés (et pas seulement à cause du sida). Plus de la moitié des réponses dans les phrases à compléter¹⁹ indiquent que ces enfants ou jeunes déscolarisés sont devenus « des délinquants ... des prostitués, des enfants de la rue ». Néanmoins, à côté de cette vision négative, quelques-uns mentionnent que certains « se battent ». La qualité de l'enseignement reçu n'est pas étrangère aux difficultés d'insertion dans la vie active des jeunes déscolarisés.

4. Effets sur la qualité

Avant d'étudier l'impact des absences sur les processus d'apprentissage des élèves, il convient de préciser que l'absence des enseignants dans l'enseignement de base est un problème qui a plusieurs causes :

- certaines sont liées au système lui-même : rentrée scolaire tardive dans les provinces, affectations tardives, recherche mensuelle du salaire hors du lieu d'affectation, temps d'enseignement utilisé pour des formations ou pour le suivi des dossiers administratifs ;
- raisons de santé (dont le VIH et le sida) ;
- absences justifiées par des événements sociaux ou sociopolitiques locaux ou nationaux (selon un témoignage recueilli, dans un département proche de Ouagadougou, les écoles auraient fermé leurs portes trois jours en janvier 2005 pour des décès d'enseignants) ;
- autres causes non déclarées.

À ces absences, il faut ajouter l'arrêt des cours dès la fin du mois de mai en raison de l'examen du certificat d'études primaires. Aussi n'est-il pas étonnant que le volume horaire annuel, qui aurait dû atteindre 800 heures en 2005, selon le PDDEB, se situe en fait autour

19. Voir à l'*annexe 7* la répartition des différentes réponses.

de 600 heures²⁰. Or, on sait l'importance du temps d'apprentissage dans la qualité de l'enseignement/apprentissage. L'absentéisme des élèves pour des raisons familiales ou sociales (un décès dans le quartier par exemple) dans l'enseignement de base, a été plusieurs fois mentionné par nos interlocuteurs.

Effets négatifs sur l'apprentissage scolaire

Nombre de nos interlocuteurs ont évoqué l'**inachèvement des programmes** comme un des effets de l'absentéisme des enseignants lié au VIH/sida.

Des parents d'élèves ont également témoigné des effets négatifs **sur les performances scolaires au niveau des examens**, dans les termes suivants :

« Le directeur de l'école est décédé et trois ans avant lui c'était sa femme. Nous avons appris que c'était le sida. Il disait qu'il souffrait de maladies diverses. Il disait aussi que c'était un sort des génies et qu'il était conscient qu'il ne s'en sortirait pas, qu'il attendait son jour. Mais il n'a jamais dit qu'il souffrait du VIH/sida. Il tenait le CM2. Il était souvent aidé de ses collègues. Il s'absentait souvent mais il fournissait beaucoup d'efforts pour rattraper les cours. Même les jeudis, il venait en classe avec ses élèves. Avant sa maladie, il faisait de bons résultats, plus des trois quarts réussissaient. L'année de sa mort, il n'a eu que 7 admis sur 26 candidats » (soit 26,9 %).

Témoignage d'un groupe de parents d'élèves d'une école primaire dans la province du Sanmatenga.

* Décès survenu fin 2003.

Les élèves dont les enseignants ont souvent été absents, quel que soit le motif, passent néanmoins en classe supérieure sans toujours avoir les acquis correspondant à la classe, et ce d'autant plus que le PDDEB met l'accent sur le passage quasi automatique à l'intérieur des sous-cycles

20. Information issue d'une évaluation faite sur un échantillon représentatif des établissements publics (urbain et rural), Banque mondiale, 2004.

(CP, CE, CM) et la diminution des taux de redoublement. Les effets négatifs se répercutent sur tout le cursus, les élèves « traînent ce retard jusqu'à l'examen et alors, là on les libère ». Un inspecteur, chef d'une CEB, évoque « les lacunes qui persistent pour les élèves et le risque d'échec, d'autant plus qu'on n'accepte plus les redoublements comme avant ». **Le souci des indicateurs prédomine parfois sur celui de la qualité des apprentissages.**

Relations intimes enseignants/élèves

Au cours des entretiens, il a été souvent question des abus sexuels dont se rendent coupables certains enseignants, des grossesses chez des élèves du CM2 ou de l'enseignement secondaire, dont les enseignants sont les responsables, et des « moyennes sexuellement transmissibles »²¹. Ces comportements ne sont certes pas nouveaux, mais ils constituent un **grave problème éthique qui joue sur la qualité de l'éducation** donnée. Ils pourraient même être à la base de certaines contaminations, si les rapports sexuels ne sont pas protégés, protection que nombre d'élèves ne sont probablement pas en mesure de négocier.

Lors d'une visite à la direction de l'Éducation en matière de populations, nous avons pu observer une affiche faisant état d'une loi (loi 043/96/ADP portant code pénal), prévoyant des peines d'emprisonnement pour tous ceux qui « attentent à la pudeur » sur des mineurs de 15 ans ou moins. Cette loi semble méconnue et aucun de nos interlocuteurs n'y a jamais fait allusion. Là encore, dans les très rares cas où les parents se plaignent, « le problème se gère au niveau déconcentré », nous a-t-on dit.

Sur le terrain, sans nier l'existence de ces relations, plusieurs personnes rencontrées ont eu tendance à minimiser leur fréquence. Ainsi existe-t-il ce proverbe quasi célèbre dans le milieu des enseignants qui est souvent cité comme une excuse naturelle : « La chèvre ne broute

21. Expression dont l'acronyme est semblable à celui des maladies sexuellement transmissibles (MST), utilisée dans le monde de l'enseignement pour parler des relations sexuelles entre enseignants et élèves, monnayées sous forme d'octroi de la moyenne aux compositions ou autres contrôles des acquis.

que là où elle est attachée. » Néanmoins, on nous a signalé le cas d'un enseignant d'une école primaire en prison après avoir abusé de l'une de ses jeunes élèves. Dans un lycée de la province du Sanmatenga, le proviseur, lors d'un récent conseil de classe, a fustigé « de telles accointances entre professeurs et élèves ». « On va photocopier les textes officiels où on parle des attentats aux mœurs », a-t-il ajouté.

Dans une rédaction projective qui portait sur cette question et plus particulièrement sur les « moyennes sexuellement transmissibles », la moitié des rédacteurs (des élèves de 5^e) ont évoqué les conséquences négatives d'une telle situation sur la fille en tant qu'élève et en tant que femme.

« Pas le niveau, pas d'appui possible du professeur à l'examen, [...] va mettre l'élève en difficulté en classe d'examen. [...] habitude de ne pas travailler, développement de la paresse. [...] L'élève a eu une moyenne sexuellement transmissible, c'est à elle de se débrouiller pour gagner sa propre moyenne. [...] risque de grossesse et honte pour la fille [...] risque de contamination si le professeur a le sida. »

Les élèves de 5^e, tout comme ceux de 1^{re}, les garçons comme les filles, expriment des jugements sévères à l'égard de ces professeurs. « Un professeur qui couche avec celle qu'il peut mettre au monde, c'est pas bon. [...] Même si le professeur n'a pas de femmes, il ne doit pas faire comme ça. [...] Ce sont les enseignants qui doivent conseiller les filles et si ce sont eux qui font ça, ce n'est pas bon. [...] Comme on ne peut pas leur dire [aux professeurs], on préfère se taire... » (Rédactions projectives des élèves de 5^e). Des élèves filles ont dit, lors d'un groupe de discussion, la pression exercée par un professeur et leur peur, de ce fait « alors, seule la copine est au courant ».

Dans les phrases à compléter, les élèves de 1^{re} sont encore plus sévères : « Inconscients [...] détestés par les élèves [...] irresponsables [...] manquent à leur devoir d'éducateur [...] ne savent pas ce que veut dire professeur [...] perdent leur dignité ... indignes d'être des professeurs [...] mauvais exemples [...] encouragent la prostitution [...]

« vagabondeurs sexuels » [...] dangers publics [...] ne pas confondre profession et sexe [...] intellectuels obsédés [...] » Ils vont jusqu'à demander des sanctions contre ces enseignants : « on doit les expulser [...] à bannir de l'établissement ».

Cependant, 10,6 % des réponses des élèves de 1^{re} expriment leur approbation dans certaines conditions : « Y a pas de problème s'il y a amour. [...] C'est normal s'il est célibataire. [...] Le problème essentiel c'est de se protéger. [...] devoir de fidélité [...] Les filles cherchent [...] Certains habillements provoquent. » Les élèves de 5^e sont peu nombreux à approuver, mais beaucoup mettent l'accent également sur la responsabilité des filles : « La fille fait le premier pas après des difficultés scolaires [...] d'autres appellent les enseignants sur leur portable en disant : 'Monsieur ça ne va pas, faites quelque chose pour moi' [...] Si elles partent au tableau les cuisses sont dehors, elles portent des minijupes et quand le professeur l'interroge au tableau et qu'il voit ça, comment il ne sera pas excité ? »

Il importe de noter, dans les rédactions projectives, que les réactions des autorités sont très rarement mentionnées, tout comme celles des parents d'ailleurs. En d'autres termes, on pourrait dire que **les élèves sont beaucoup moins tolérants dans cette situation que les autorités**. Cette question ne semble pas non plus faire l'objet de débats lors des sensibilisations/animations, un responsable d'ONG nous a déclaré : « On n'en parle pas, car de telles pratiques sont interdites » !

La **perturbation de l'enseignement**, liée à de telles situations, est notée par des élèves de 5^e : « Le professeur ne sera pas respecté dans tout l'établissement. [...] L'élève va devenir indisciplinée, peut bavarder, chanter, rire en sachant que l'enseignant ne peut pas la punir. [...] Une note est une note, 0 est une note, 20 est une note. [...] pas de concentration du professeur sur son travail. »

À la question de savoir si la peur du sida avait diminué les pratiques des moyennes sexuellement transmissibles, plus de la moitié des élèves de 1^{re} ont répondu négativement.

Tableau 4.4 « Moyennes sexuellement transmissibles (MST) » et peur du sida

	Houet		Sanmatenga		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
La peur a diminué « MST »	77	35,3	11	15,7	88	30,6
La peur n'a pas diminué	114	52,3	47	67,1	161	55,9
Pas de réponse	27	9,4	12	4,2	39	13,5

Source : Questionnaire 1^{re}, Enquête Akpaka/Yaro, 2005.

Là encore, les différences ne sont pas significatives entre garçons et filles, mais elles le sont au niveau des lieux d'enquête : la peur du sida semble avoir moins joué dans la province du Sanmatenga que dans celle du Houet.

Il nous a été rapporté les cas de parents, y compris des parents scolarisés eux-mêmes, qui cherchent à marier leur fille tôt pour éviter qu'elle ne soit la proie des enseignants et autres adultes et risque d'être contaminée. Une certaine pression sociale persuade les parents qu'« en la laissant continuer ses études, ils sont un peu responsables de ce qui pourrait arriver ou est arrivé ».

5. Changements introduits suite aux effets du VIH et du sida sur la qualité de l'éducation

Le VIH et le sida amènent à remettre en cause certaines mauvaises pratiques, et on peut espérer qu'ils n'aient pas que des effets négatifs. Le cas des écoles qui servent de lieux d'animation pour des activités d'information sur le VIH et le sida à l'endroit de public non scolaire a été mentionné plusieurs fois. L'école du village n'est pas seulement dans le village, elle devient alors un espace ouvert à la communauté, qui l'utilise pour des séances d'information (sans que le directeur en soit toujours informé, nous a-t-on dit sur le terrain). Pendant les vacances, des écoles ont également servi à héberger des OEV en camp de vacances.

Le directeur exécutif de l'IPC a partagé avec nous une expérience réalisée avec l'appui de la GTZ, impliquant des enseignants de

l'enseignement de base dans le suivi scolaire des OEV ; il s'agissait de leur donner plus d'attention sans les particulariser. Les actions ont été menées en associant les volontaires de l'OBC, les enseignants et les familles. Les enseignants ont compris que les résultats scolaires des enfants pouvaient être influencés par les drames vécus lors de la maladie et du décès des parents et ont pris conscience que des gestes anodins pouvaient avoir des effets positifs sur les attitudes des élèves en général en classe, et même sur leur rendement scolaire.

6. Effets économiques

Au-delà du capital humain qui est affecté par le décès ou la maladie des enseignants et des encadreurs, le sida entraîne une réorientation du budget de l'éducation. Dans les pays d'Afrique australe ou orientale les plus affectés par la pandémie, comme le Malawi ou la Zambie, selon Kelly (2000), le budget voté pour le secteur de l'éducation tendra, dans les années à venir, à servir principalement au remplacement des enseignants impotents ou décédés. C'est aussi une partie de ces budgets qui sert aux allocations offertes à la famille des enseignants décédés.

Le PNUD, lors d'une évaluation en 2001, estimait que le Burkina Faso devrait s'attendre à dépenser 707 millions de FCFA en 2005 et 1,44 milliard de FCFA en 2010, uniquement pour remplacer les enseignants décédés du sida (PNUD, 2001). Les estimations du PNUD étaient fondées sur un taux de séroprévalence très élevé de 10 % à l'époque. Bien que ce taux soit fortement en baisse, cette estimation financière de l'impact du sida paraît toujours pertinente. En effet, si on considère que le coût moyen de formation d'un enseignant est de 675 000 FCFA et que près de 850 enseignants (enseignement de base et enseignement secondaire) vivent avec le VIH et le sida, au regard du taux de séroprévalence actuelle de 2,7 %, on peut penser que le pays devrait s'attendre à dépenser 748 millions de FCFA d'ici cinq ans. Ces dépenses prévisionnelles s'inscrivent comme un financement visant à combler le vide que pourraient laisser les enseignants ayant développé

la maladie et qui, en conséquence, seraient désormais inaptes au travail ou décédés.

Ainsi, le budget du secteur de l'éducation devrait faire face à des dépenses salariales et administratives d'environ 122 millions par an, en partant d'hypothèses prenant doublement en compte :

- 12 % d'enseignants ayant développé le sida d'une année sur l'autre, parmi les 850 enseignants supposées vivre avec le VIH et le sida,
- une dépense annuelle moyenne de 600 000 FCFA pour les frais salariaux aussi bien de l'enseignant remplaçant (suppléant) que de l'enseignant remplacé (titulaire inapte).

Un tel montant représente la construction de 30 classes par an. Ce qui, évidemment, réduirait certains objectifs du gouvernement, étant donné que la capacité d'accueil peut être affectée. Ainsi, l'effet du VIH et du sida se pose en termes d'obstacles pour l'offre scolaire, car 30 classes en moins annuellement, c'est près de 2 500 enfants qui n'auront pas la chance d'être accueillis par manque de places dans les écoles.

Le coût estimé du VIH et du sida sur l'éducation au Burkina Faso s'ajoute à de nombreuses autres contraintes, et on peut s'inquiéter que dans les années à venir un État comme le Burkina Faso ne puisse pas relever le défi de soutenir efficacement et de manière significative le développement de son système éducatif. Ces problèmes ne sont pas pour faciliter une situation déjà complexe, si l'on sait que le Burkina Faso éprouve des difficultés à offrir une scolarisation à tous les enfants en âge d'aller à l'école et que, de surcroît, comme la plupart des pays africains au Sud du Sahara, le pays ne parvient pas à financer seul son système éducatif.

Au niveau micro-économique, il est fréquent que les établissements, pour aider les familles endeuillées, apporte un soutien financier à l'achat des cercueils et assistent les familles dans l'organisation des obsèques, ce qui bien évidemment a un coût. Officiellement le MEBA rembourse les familles au vu des pièces justificatives ; au niveau du MESSRS ce sont les

directions régionales qui se chargent de ces frais et se font rembourser après maintes formalités, paraît-il.

En résumé

Le mur du silence et la forte stigmatisation en famille, dans le quartier, dans le monde scolaire aggravent les effets du VIH et du sida en milieu scolaire. Deux tiers des élèves ne veulent pas manger avec un malade du sida par peur de la contamination. Cependant, les enquêtes montrent que la stigmatisation/discrimination diminue au fur et à mesure que s'élève le niveau scolaire et que les modes de contamination sont mieux connus.

L'offre éducative est perturbée par la maladie et les décès, tous deux en augmentation, dus pour une part au sida (environ un par semaine en 2003/2004 pour les enseignants du MEBA). Les absences sont gérées « pour ne pas frustrer », aussi longtemps que possible dans l'établissement avec plus ou moins d'efficacité. Les demandes de mutation ou de maintien sur place sont en général agréées, lorsque les autorités sont au courant de la situation de santé de l'intéressé. Les réactions des élèves et des parents se caractérisent par leur ambivalence.

Plus du tiers des élèves de 1^{re} interrogés ont connu des camarades qui ont dû arrêter leurs études à cause de la maladie d'un parent. Étant donné les effets d'appauvrissement total du sida au niveau familial, la déscolarisation des élèves dont l'un des parents est malade est principalement due au manque de moyens financiers, et, dans une moindre mesure, à la nécessité de s'occuper du parent malade, surtout pour les filles. Les répercussions psychologiques de la maladie des parents sur les enfants rejouent sur leur scolarité et le problème de la prise en charge psychologique de ces enfants/jeunes reste posé.

La qualité de l'enseignement souffre, entre autres, des perturbations dans l'offre qui se répercutent sur les performances scolaires des élèves et sur les résultats aux examens. Les relations intimes entre enseignants et élèves perturbent également l'enseignement et

posent un problème éthique. La peur du sida, selon plus de la moitié des élèves de 1^{ère} interrogés, n'a pas fait diminuer les « moyennes sexuellement transmissibles ». Les élèves face à ces situations semblent beaucoup moins tolérants que les autorités scolaires. Les effets « positifs » du VIH et du sida sur le système éducatif sont encore très limités, tandis que les répercussions économiques sur le budget des ministères de l'Éducation sont bien réelles et constituent un handicap dans les efforts d'amélioration de l'accès à l'école.

Bien que les CMLS du MEBA et du MESSRS ne ciblent pas directement les élèves, des activités en matière de prévention se sont développées. Quelles sont-elles ? Quelles en sont les forces et les faiblesses ? Que souhaitent les élèves ? Telles sont quelques-unes des questions qui seront abordées dans le chapitre suivant.

V. La prévention du VIH et du sida en milieu scolaire

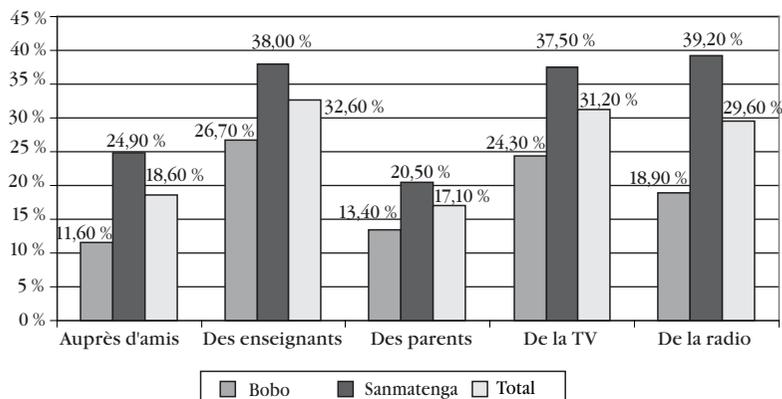
Dans ce chapitre, nous examinerons successivement l'information des élèves, la communication pour un changement de comportement, les activités de prévention réalisées dans le cadre scolaire, les souhaits et attentes des élèves et des enseignants, ainsi que les questions liées au dépistage.

1. Information

Sources d'information

Plus de la moitié des élèves de CM1/CM2 interrogés pensent connaître « beaucoup de choses » sur le sida. Le *graphique 5.1* rend compte de leurs sources d'information.

Graphique 5.1 Sources d'information sur le sida pour les élèves du CM



Source : Questionnaire CM1/CM2, Enquête Akpaka/Yaro, 2005.

Les élèves pouvaient donner plusieurs réponses et ceux de la province du Sanmatenga ont davantage utilisé cette possibilité que leurs camarades de la province du Houet (Bobo). **Les enseignants, la radio et la télévision constituent les principales sources**

d'information des élèves en fin de cycle primaire. Cependant, la télévision et la radio touchent difficilement les zones rurales reculées. Contrairement à ce qu'on aurait pu penser, les amis, en particulier à Bobo, ne véhiculent pas autant d'informations. Mais les élèves du Sanmatenga, les considèrent plus que les parents comme des canaux.

Les élèves auxquels on a demandé de dire s'ils **discutent avec leurs parents du sida** ont été 412 (sur 893), soit **46,1 %** à répondre affirmativement. Ils citent autant les mères que les pères. En revanche, les frères sont mentionnés plus souvent que les sœurs. Le message familial le plus fréquemment transmis aux enfants concerne la gravité de la maladie et assimile souvent sida et mort. Un tel message a probablement pour premier objectif de faire peur aux enfants, mais il traduit aussi la réalité à laquelle nombre de familles sont confrontées. D'autres messages, relativement vagues, incitent les jeunes à faire attention à la contamination. Néanmoins, selon les réponses des élèves, 11 % des informations données en famille se réfèrent explicitement à la transmission par voie sexuelle.

Les trois quarts des élèves de CM1/CM2 interrogés voudraient en apprendre davantage. Même si la différence n'est pas statistiquement significative, on note que les élèves interrogés dans la province du Houet sont plus désireux que leurs camarades du Sanmatenga d'en apprendre davantage.

Dans les groupes de discussion, les élèves de 3^e ont énuméré les moyens d'information suivants :

- les médias : radio, télévision, journaux ;
- les films et projections vidéo ainsi que les pièces de théâtre ;
- les groupes de sensibilisation, clubs ;
- les pairs-éducateurs ;
- les campagnes de sensibilisation à l'école, les cours en 3^e et « la grande leçon de vie » le 1^{er} décembre 2004 ;
- les hôpitaux, centres de santé et centres sociaux ;
- les conférences et les livres.

Aux élèves de 1^{re} il avait été demandé de compléter la phrase suivante : « La meilleure source d'information sur le sida c'est ... ». Par ordre décroissant ils ont indiqué :

- **les associations, clubs et groupes d'amis ;**
- la sensibilisation ;
- les centres de santé ;
- les médias ;
- les centres et tests de dépistage ;
- les productions audiovisuelles ou écrites ;
- des personnes-ressources (parents, PVVIH) ;
- autres sources, telle que Info sida (information sur le sida par le canal du téléphone vert) ou de l'association des femmes africaines face au sida (AFAFSI).

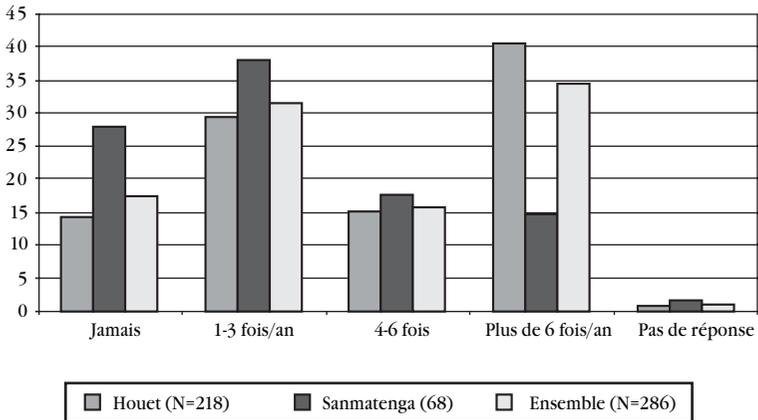
En comparant les deux listes²², on note que les élèves de 1^{re} ont mentionné les centres et tests de dépistage, ce que n'ont pas fait les élèves de 3^e, probablement beaucoup moins touchés par la campagne de dépistage et que les 1^{re} n'ont pas explicitement parlé des pairs-éducateurs, mais plutôt des groupes d'amis.

Les élèves de 1^{re}, de manière spontanée, n'ont pas cité les enseignants. Pourtant à la question relative aux discussions sur le sida avec les professeurs, plus de la moitié ont dit discuter au moins quatre fois par an avec des professeurs. Les élèves du Houet (milieu urbain) discutent plus souvent avec leurs professeurs que leurs camarades du Sanmatenga, et ce de manière statistiquement différente.

Comme on le verra, plus loin, ils sont en effet très disposés à dialoguer avec les enseignants. Dans les phrases à compléter, les élèves de 1^{re} ont également dit à quel point la communication entre les parents et les enfants à propos du sida leur paraît importante, salutaire, voire indispensable. Selon l'un d'eux, « la honte vaut mieux que le sida ».

22. La première des deux listes n'est pas hiérarchisée puisqu'elle est issue des groupes de discussion et non de questionnaires.

Graphique 5.2 Fréquence des discussions sur le sida entre professeurs et élèves de 1^{re}



Source : Questionnaire 1^{re}, Enquête Akpaka/Yaro, 2005.

Des notions erronées malgré l'information

Nous avons déjà noté, à propos de la stigmatisation, des notions erronées concernant les modes de contamination. Nombreux sont, en effet, les élèves de CM1/CM2 qui assimilent le sida à d'autres maladies qu'ils ont étudiées en classe et croient à une contamination par la toux, les crachats, la salive, la respiration, le contact. Même parmi ceux qui ont entendu parler de la voie sanguine, beaucoup maîtrisent mal ce mode de transmission.

Dans les **rédactions projectives des élèves de classe de 5^e, c'est un véritable florilège de notions erronées ou douteuses**. Notre objectif n'était nullement de faire une enquête sur leurs connaissances du VIH/sida, il faut néanmoins le noter. Les erreurs sur les modes de contamination se retrouvent massivement. Certains prétendent qu'il y a un vaccin contre le sida. D'autres se fient aux apparences pour se prémunir de tout risque : ne pas épouser une fille maigre ou encore pas de risque avec « des filles qui brillent, [...] avec des filles potelées ». D'autres encore croient à une déclaration immédiate de la maladie, aussitôt après un rapport sexuel contaminant. Après deux jours de

diarrhée certains seraient prêts à croire qu'ils sont infectés par le VIH. Le goitre est parfois considéré comme une manifestation du sida. Il en est de même pour un goût immodéré pour la viande, affirmation que l'on retrouve même chez leurs aînés.

Quelques-uns se croient protégés par leur âge : « Je suis jeune et le sida ne veut pas de moi », déclare un garçon de 16 ans en milieu rural. À l'inverse, lors d'un groupe de discussion, des garçons de classe de 3^e ont partagé avec nous un des mythes qui circulerait parmi les élèves : « Le vrai jeune est celui qui meurt du sida. » Des élèves affirment que le virus se trouve dans les préservatifs, les élèves de 3^e l'ont également prétendu lors des groupes de discussion.

2. Communication autour des changements de comportement

Différentes stratégies de communication

Beaucoup d'activités de prévention, souvent à l'initiative du monde associatif et soutenues par les partenaires techniques et financiers, visent directement ou indirectement les jeunes scolaires pour l'adoption de comportements à faible risque. **La plupart des activités de prévention sont organisées avec des jeunes de l'enseignement secondaire, et pour l'essentiel dans les centres urbains.**

Nombre de ces activités sont menées avec la stratégie des pairs-éducateurs pour lesquels des formations, en grand nombre, sont organisées par diverses associations et ONG et sur la base de modules très divers. Selon l'un de ces pairs-éducateurs, leur rôle n'est pas seulement d'informer au cours de causeries ou d'animations dans les établissements secondaires, mais « de dire au membre du club qui a un comportement à risque de changer de comportement ». En effet, **l'éducation par les pairs** est conçue comme une solution de proximité et de communication interpersonnelle, mais elle **semble fréquemment se limiter à l'animation.**

Ces pairs-éducateurs sont souvent chargés d'animer des clubs (clubs scolaires, de jeunes ou de quartier). Ainsi le Réseau africain de jeunes contre le sida (RAJS), l'Association burkinabé de bien-être familial (ABBEF) peuvent annoncer à eux deux plus de 1 500 clubs. Ces clubs font des activités, selon un calendrier arrêté par eux-mêmes : projections, causeries, activités de mobilisation, activités interclubs. Chaque club du RAJS, appuyé par plusieurs donateurs, dont l'ambassade du Royaume des Pays-Bas et l'UNICEF, a normalement un parrain ou une marraine, adulte chargé de maintenir les liens entre les générations. Les activités du club d'éducation actuelle (CLEDUCA) sont fréquemment citées par les élèves de Bobo. La Fédération de développement communautaire (FDC) qui commence à travailler au niveau des jeunes de 15 à 19 ans dans les villes de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso, a opté pour le soutien des pairs-éducateurs par des conseillers qui servent de référence pour analyser les problèmes. L'hétérogénéité des groupes scolaires et la faible disponibilité des élèves en temps ont été signalées par FDC comme des contraintes réelles.

Peu d'activités semblent focalisées sur les filles, excepté celles réalisées par le Forum des éducatrices africaines (FAWE) qui réfléchissent avec les élèves filles sur des « questions sur la vie, dont le sida ». Des journées d'engagement des jeunes filles ont également été organisées par le RAJS à Kaya en 2003.

Dans certaines écoles primaires, des clubs de santé scolaire existent, mais ces clubs, paradoxalement, n'intègrent pas la lutte contre le VIH et le sida. Hormis quelques clubs d'établissement, appuyés par l'Association pour l'enfance et la santé (AES), il n'y a donc pas de clubs de lutte contre le sida au sein des établissements primaires. En revanche, pour les établissements du secondaire, la situation est plus complexe : certains élèves reconnaissent l'existence de clubs dans leur établissements, ils ne manquent pas de mentionner souvent que ce sont des clubs inactifs, quelquefois méconnus de la plupart des élèves. Mais les élèves constituent une part importante des membres de ces clubs dans les quartiers des villes et participent aux activités de ces

clubs, y compris dans les établissements secondaires, quand ils ne les initient pas. **Ces clubs et associations** sont, comme on l'a vu dans le classement **des élèves de 1^{re}, la première source d'information.**

La stratégie des « cafés santé », kiosques mis en place à côté des grands établissements scolaires par l'Association African Solidarité (AAS), permettaient des échanges avec des élèves, mais aussi avec d'autres jeunes non scolarisés ou déscolarisés, sur les questions de santé, de reproduction et de lutte contre le VIH et le sida. Ils avaient été soutenus par des partenaires techniques et financiers, mais qui ont aujourd'hui disparu, illustrant le problème de la pérennisation des activités des associations. Des centres d'écoute jeunes sont en cours de création dans certaines villes, comme Kaya.

Des associations diverses travaillent avec des groupes de jeunes, y compris des jeunes scolarisés. Des émissions radiophoniques aident à toucher la population dans son ensemble, les enseignants et les élèves sont souvent les premiers auditeurs de ces émissions, qui intéressent les communautés rurales et permettent de briser le silence sur la maladie, encore très taboue dans le monde rural. Il est intéressant de noter que les élèves de CM1/CM2 ont mentionné assez fréquemment qu'ils étaient des informateurs pour les membres de leur famille et que les élèves de 3^e et de 1^{re} ont exprimé la nécessité d'une information plus intense dans les villages.

Les messages

Plus de 80 % des élèves de 1^{re} qui ont complété la phrase « Le plus sûr moyen d'éviter le sida c'est ... » ont indiqué l'abstinence. Nombreux sont ceux qui valorisent l'abstinence, mais selon les termes de l'un d'eux, « l'abstinence est rare à cause de l'environnement ». La fidélité est mentionnée par 10,5 % et les rapports protégés par 7 % comme les plus sûrs moyens d'éviter le sida.

Les établissements d'obédience catholique, l'association des élèves et étudiants musulmans mènent également des activités de prévention,

les premiers préconisant l'abstinence et mettant « l'accent sur la maîtrise de soi et l'éducation des jeunes à une sexualité responsable ».

Les jeunes de classe de 1^{re} ont rapporté ce qu'on leur dit du préservatif (tableau 5.1). Plus du tiers ont intégré un message qui ne leur permet pas d'utiliser un préservatif en toute sécurité. Aussi n'est-il pas étonnant de constater que 49 % jugent les préservatifs nécessaires, 44,6 % utiles, mais 40,5 % pas sûrs.

Dans les groupes de discussion (avec les 3^e) ont également été exprimées à maintes reprises des **inquiétudes sur l'éventuelle mauvaise qualité des préservatifs vendus à bas prix ou vendus dans les villages**²³.

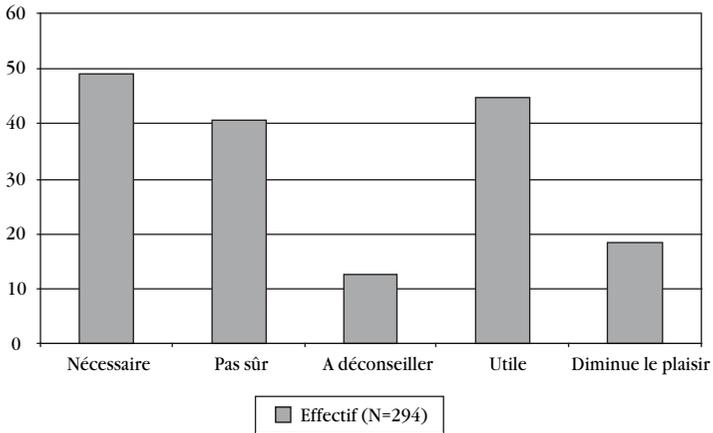
Tableau 5.1 Informations reçues sur les préservatifs

Préservatif	Fréquence	%
Pas fiable	27	8,6
Ne protège pas à 100 %	117	37,3
Protège des IST et du sida	99	31,5
Efficace comme contraception	60	19,1
Diminue le plaisir	7	2,2
Contient le virus	4	1,3

Source : Questionnaire 1^{re}, Enquête Akpaka/Yaro, 2005.

23. Au sujet de l'achat des préservatifs dans les villages, les informations divergent. Un directeur dans un village a déclaré : « *Les gens achètent les préservatifs dans le village (4 pour 50F) sans se cacher, ça [se cacher] c'est fini les gens sont conscients* ». En revanche, un villageois dans un autre village de la même province nous a dit : « *Quand on est jeune, on l'achète plus facilement que la cigarette. On ne se gêne pas. Mais à partir d'un certain âge, on ne peut pas l'acheter au village de peur de se voir critiqué, on préfère aller l'acheter à Kaya en cachette, à l'abri de regards indiscrets et des critiques.* »

Graphique 5.3 Appréciations du préservatif par les élèves de 1^{re}



Source : Questionnaire 1^{re}, Enquête Akpaka/Yaro, 2005.

L'impact de ces messages

Selon les informations recueillies auprès du chargé du Conseil dépistage anonyme du PAMAC, qui a initié la campagne nationale de dépistage en milieu scolaire et universitaire en 2004, près de la moitié des jeunes, ayant participé à ce dépistage, ont eu des rapports sexuels non protégés, bien que dans l'année ils aient eu plus d'un partenaire. À plusieurs reprises dans les groupes de discussion avec les élèves de 3^e, nous leur avons demandé pourquoi, malgré tous ces messages, nombre d'entre eux et d'entre elles adoptent encore des comportements à risques. Dans leurs réponses, ils évoquent :

- le manque d'argent, et beaucoup dénoncent alors « les filles qui font ça à cause de l'argent ... elles veulent s'habiller et faire comme les autres ». La pauvreté a également été citée à plusieurs reprises par différents membres du monde éducatif comme déterminante. Les filles qui reçoivent un cadeau (quelconque) n'ont guère de possibilité de négociation avec le partenaire ;

- le déni de l'existence du sida : « Il y en a qui pensent que le sida n'existe pas, parce qu'ils n'ont pas encore vu quelqu'un qui a le sida. » ;
- le « manque d'éducation à la maison » ;
- la volonté de certains garçons de « se montrer comme des hommes avec beaucoup de femmes » ;
- le désir d'une relation sexuelle, même si on n'a pas de préservatif avec soi, « quand on est pressé » ;
- « l'inconscience de certains qui, se sachant infectés, veulent donner la maladie à d'autres » ;
- « Avec les préservatifs, les rapports ne sont pas intéressants ». À cette affirmation on pourrait opposer celle d'un parent d'élève : « Les gens disent que faire les rapports avec les préservatifs, ce n'est pas intéressant, mais nous pensons que vivre c'est encore mieux. »

On pourrait encore évoquer d'autres raisons. Nous voudrions insister sur deux d'entre elles : l'insuffisante prise en compte des contextes sociaux et culturels et la rareté de l'éducation sexuelle.

L'insuffisante prise en compte des contextes sociaux et culturels

Ayant requis l'opinion des élèves de 1^{re} sur cette question, ils ont été plus de 60 % à estimer que les messages habituels de prévention ne prennent pas du tout (20,1 %) ou un peu (415 %) en compte les composantes socioculturelles du pays, dont la question de la langue et du faible niveau d'instruction des populations auxquelles les messages sont adressés.

Ayant parcouru un module de formation de pair-éducateur ainsi que les curricula en expérimentation, développés par le Programme pilote intégré éducation (PPIE), nous ne contredirons pas les élèves. En effet, les représentations socioculturelles de la maladie ne semblent pas être considérées, pas plus que la représentation sociale de la sexualité dans une société en mutation. La manière de présenter certaines informations et le niveau de langue utilisé auraient certainement besoin d'être réétudiés.

La rareté de l'éducation sexuelle

Plusieurs de nos interlocuteurs, et non des moindres, ont exprimé leurs préoccupations : la sensibilisation est effective, mais un message de sensibilisation n'est pas un message d'éducation. Le VIH et le sida constituent un problème de développement et ont donc de nombreuses incidences en termes d'éducation, affirment-ils. Ils regrettent que « les enseignants et les autorités scolaires n'aient pas encore internalisé leur rôle dans cette éducation des jeunes ». Certains se demandent si dans le triptyque information/éducation/communication, le deuxième membre n'a pas été escamoté au profit de la fameuse CCC, communication pour un changement de comportement.

D'autres, et parfois les mêmes, se demandent quel est le rôle approprié des parents dans ce processus éducatif. Faut-il une éducation des parents, doivent-ils « orienter les adolescents vers les bonnes personnes » s'ils ne peuvent pas eux-mêmes assurer ce rôle d'éducation ?

Les réactions des élèves de 5^e dans l'une des rédactions projectives²⁴ témoignent d'un véritable problème. Près des deux tiers (62,3 %), estiment que la fille va accepter la proposition, particulièrement en milieu urbain, à Bobo ; ils ne sont que 12,4 % à penser qu'elle va refuser. Parmi les causes de refus, les parents ne sont pas absents : « Dans quel état seront les parents qui apprendraient la maladie de leur fille après un viol ? » On ne note pas, là encore, de différences significatives entre les réponses des garçons et celles des filles.

Plus de la moitié (55,8 %) expriment une certaine méfiance, soit manifestée par la fille, soit dans les conseils qu'ils donnent. Mais le cadeau semble exercer un attrait plus fort que la méfiance. « Très contente, elle se précipitera pour savoir quel cadeau. » Dans l'environnement de

24. Thème de cette rédaction : Un jour de pluie, une élève de votre classe accepte la proposition d'un monsieur de la déposer à l'école. Le soir, la fille est contente de voir que le monsieur l'attend encore avec sa belle voiture. Avant qu'elle ne monte dans la voiture, il lui dit : « J'ai un joli cadeau pour toi, mais je l'ai oublié à la maison. Viens avec moi et je te le donnerai. Ma femme est absente ». Dites comment la fille va réagir et quels conseils vous lui donneriez.

pauvreté dans lequel vivent la plupart des jeunes élèves burkinabé, le cadeau apparaît comme une bouffée d'oxygène inespérée.

Après la réaction spontanée à la situation, les conseils donnés à l'élève vont dans le sens du refus :

- La moitié des réponses inclut le conseil de refuser pour éviter le sida, mais le thème même de l'étude dans laquelle ces rédactions ont été faites a pu créer un biais et augmenter ce type de réponses : « C'est forcé qu'il va te faire un rapport sexuel avec beaucoup de problèmes comme le sida. » ;
- 21,2 % conseillent de refuser pour éviter la grossesse et de ce fait l'arrêt des études (même si la différence n'est pas significative, les garçons sont nettement plus nombreux que les filles à évoquer cette cause de refus et n'envisagent donc pas un rapport protégé) ;
- Ils sont 10,6 % à conseiller le refus pour un avenir meilleur. « Si je travaille bien à l'école je gagnerai plus que la voiture. [...] étudier comme le Monsieur a étudié avant pour acheter une belle voiture aujourd'hui. »

Il apparaît au travers de ces rédactions que la capacité de refuser de telles avances n'a guère été développée chez la majorité des élèves de 5^e, pas plus que celle de négocier. Le problème des valeurs dans un contexte de pauvreté est posé.

3. Les activités de prévention menées par les enseignants dans le cadre scolaire

Cette section examine en détail ce que le système éducatif fait en matière de prévention dans les écoles primaires et dans les établissements secondaires. Dans les établissements du secondaire, il arrive, paraît-il, que les élèves soient beaucoup plus nombreux que les enseignants à participer aux discussions ou films réalisés par les cellules-relais à l'intention du personnel de l'établissement. Mais la stratégie d'intervention n'est pas orientée vers les élèves.

L'éducation en matière de population (EMP), y compris, le volet VIH, est intégrée aux programmes de l'enseignement secondaire depuis plusieurs années. Étant donné la stratégie de l'EMP (intégration dans tous les programmes), il est difficile de savoir si tous les aspects sont développés et avec quelle profondeur ils le sont. Selon son directeur, les évaluations périodiques ont montré une bonne connaissance des modes de transmission, mais conscient des limites de telles évaluations en termes de comportement, il préfère ne pas se prononcer.

Quel est l'impact de l'EMP en termes de changement de comportement ? se demande également la représentante du FNUAP, qui estime nécessaire d'évaluer la pertinence dudit programme et de le réadapter si nécessaire.

De l'avis général, jusqu'à présent, la question du VIH et du sida n'est pas abordée de manière systématique dans les programmes scolaires. Le *tableau 5.2* indique les réponses des enseignants à la question « Dans vos cours, parlez-vous du sida ? »

Tableau 5.2 Parler du sida pendant les cours

	Ens. de base		Ens. secondaire		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
Jamais	18	18,4	5	8,9	23	14,9
Occasionnellement	74	75,5	49	87,5	123	79,9
De manière systématique	6	6,1	2	3,6	8	5,2

Source : Questionnaire enseignants, Enquête Akpaka/Yaro, 2005.

Globalement, **huit enseignants sur dix disent parler occasionnellement du sida dans leurs cours.** « C'est de façon fortuite que l'on parle du sida en classe. [...] C'est souvent par accident comme, par exemple, dans un texte de français, d'anglais ou d'histoire-géographie qui contient le mot sida qui invite à évoquer la question du VIH/sida » (groupe d'enseignants du secondaire dans la province du Sanmatenga). Pour les professeurs de sciences de la vie et de la terre, la situation est différente car « c'est inscrit au programme ». De même, les

enseignants des écoles primaires ont dit aborder le sida au programme du CM2.

Bien que les différences ne soient pas significatives, on remarque que les enseignants de la base auraient tendance à être proportionnellement plus nombreux que leurs collègues du secondaire à n'en parler jamais ou à en parler de manière systématique.

Les trois quarts des enseignants interrogés ont reconnu que les élèves aiment qu'ils en parlent. Les élèves sont très intéressés d'en parler : « Même si vous ne voulez pas en parler, ils vous entraînent sur ce terrain. » Certains ont perçu de l'agitation après ces cours.

Mais **51,9 % des enseignants** estiment qu'il n'y a **pas d'activités de prévention dans leur établissement**. Les différences sont importantes entre les types d'enseignement, puisqu'une telle réponse négative est le fait de **71,2 % d'enseignants de l'enseignement de base et seulement de 16,1 % d'enseignants du secondaire**. Ceci explique que nous parlions plus souvent des activités dans les écoles secondaires car en fait, dans l'enseignement primaire, elles sont beaucoup plus rares. Hormis les cours inscrits aux programmes (au CM2, en 3^e et en terminale) on a mentionné :

- la « grande leçon de vie », organisée le 1^{er} décembre 2004 avec l'appui de Plan Burkina, très souvent citée et appréciée, bien comprise des élèves du CM2, selon un directeur qui a cherché à évaluer la portée de celle-ci ;
- les débats organisés par les cellules-relais à l'intention normalement du personnel enseignant et administratif ;
- quelques rencontres avec des personnes-ressources ;
- le travail des associations présenté plus haut (travail qui touche, comme déjà mentionné, essentiellement les établissements secondaires).

À la question sur les difficultés qu'ils rencontrent en matière de prévention, beaucoup n'ont pas répondu. Quatre difficultés ont été évoquées : par ordre décroissant, ils ont mentionné des **difficultés de**

communication, le manque de moyens (moyens didactiques entre autres), la non-maîtrise du thème liée au manque de formation et le manque de temps (dans l'enseignement secondaire).

Parmi les difficultés de communication, on note : « Sujet toujours un peu tabou [...] timidité, réserve, honte à en parler, surtout pour les filles [...] difficulté d'expliquer la sexualité, surtout compte tenu de la mentalité du milieu [...] difficultés de compréhension, surtout pour les plus jeunes. » Quelques-uns estiment que les élèves posent parfois des questions embarrassantes sur l'origine du VIH, la prise en charge, les raisons de l'absence de vaccin et de remède.

Outre ces difficultés, des enseignants ont regretté, au cours des groupes de discussion, de n'être que des serviteurs d'un programme et de ne pas jouer leur rôle d'éducateur : « Au Burkina Faso, en réalité, il n'y a pas l'éducation, mais l'instruction ; l'enseignant est un formateur et non un éducateur, chacun court pour terminer son programme et très peu de place est accordée à l'approche sociale des élèves. »

L'absence de moyens (dans tous les sens du terme) est citée plus souvent que l'absence de formation. De fait **90,3 % des enseignants interrogés ne disposent pas de matériels didactiques préparés pour des activités de prévention sur le VIH et le sida avec les élèves.**

Le souhait d'un programme institutionnalisé a été exprimé par plusieurs personnes, dont le coordonnateur de l'ONUSIDA qui estime même « nécessaire une évaluation des connaissances sur le VIH/sida comme pour un examen, mais à des fins pratiques ».

Deux projets du MEBA, menés quasi parallèlement, s'attaquent à cette question. Le Programme pilote intégré Éducation VIH/sida et NTIC (PPIE), appuyé par le PNUD, entend, entre autres objectifs, éduquer les acteurs de l'éducation de base à la prévention du VIH et du sida. Des curricula pour le formel et le non formel ont été élaborés et validés, les enseignants des 15 sites retenus, les directeurs régionaux et les membres des cellules-relais concernés ont été formés sur ces

curricula, basés sur l'approche des compétences. L'expérimentation de ces curricula, associés à l'utilisation de l'outil informatique pour la consultation d'un site web sur la question, vient de commencer.

Simultanément, un projet régional (Burkina Faso, Mali, Niger), appuyé par l'UNESCO, a pour objectifs de mettre en place un enseignement préventif du VIH, du sida et des IST, en développant par l'approche des compétences de vie, des attitudes et comportements de protection et d'amener les élèves à participer à l'intégration des OEV dans la communauté éducative. Le processus d'élaboration d'un curriculum a démarré, la première mouture du guide du maître doit être validée et expérimentée dans 40 écoles d'ici peu.

Selon les termes de l'un des concepteurs, les deux projets aboutiront sur la table du MEBA pour leur intégration dans les programmes scolaires.

En attendant, les enseignants sont amenés à parler aux élèves des moyens de prévention.

Dans quelle mesure ces réponses correspondent à la réalité ? Le nombre de ceux qui n'en parlent pas du tout est bien entendu bien supérieur au nombre de ceux qui l'ont déclaré (un certain nombre n'ont pas du tout répondu à la question qui est cependant une de celles ayant connu le plus de répondants).

Tableau 5.3 Moyens de prévention expliqués aux élèves

	N (réponses)*	%
Abstinence	106	39,6
Préservatif	80	29,8
Fidélité	46	17,2
Attention aux objets souillés et contact avec le sang	29	10,8
Dépistage	5	1,9
Rien	2	0,7

Source : Questionnaire enseignants, Enquête Akpaka/Yaro, 2005.

* Plusieurs réponses pouvaient être données par un enseignant.

À propos des préservatifs il était demandé aux enseignants ce qu'ils en disent. En fait ils ont souvent plutôt donné leur point de vue : « Ils [les élèves de l'enseignement primaire] connaissent les préservatifs mieux que les grandes personnes », dit un enseignant qui n'en parle pourtant pas à ses élèves ! Ou encore : « Les élèves ont plus d'informations qu'on ne le croit. »

Tableau 5.4 Ce que les enseignants disent aux élèves au sujet des préservatifs

	Fréquence	%
Disent ne pas en parler	22	20,6
Pas fiables à 100%	23	21,5
À utiliser avec précaution (qualité et mode d'utilisation)	18	16,8
Permet d'éviter le sida et les grossesses non désirées	44	41,1

Source : Questionnaire enseignants. Enquête Akpaka/Yaro, 2005.

Les uns disent ne pas en parler à cause de l'âge des élèves, les autres car ils considèrent les préservatifs comme peu fiables, d'autres encore « pour ne pas être taxés de coureurs de jupons » : « Je ne veux pas discuter préservatifs avec mes élèves [enseignement primaire] car ils contribuent à la multiplication des partenaires et à ne pas avoir un comportement responsable. » « Ils sont à supprimer. [...] Trop insister pousse à la débauche [...] donne de mauvaises habitudes [...] Il faut sensibiliser sur l'abstinence. »

Que souhaitent les premiers acteurs du système éducatif pour une prévention plus efficace ?

4. Souhaits et attentes en matière de prévention en milieu scolaire

Souhaits des élèves de l'éducation de base

Plus de la moitié des élèves de CM1/CM2 interrogés ont opté, parmi les différentes propositions qui leur étaient faites, pour des cours à l'école (38,2 %) ou des discussions avec les enseignants (27,3 %). Lorsqu'on leur demande explicitement s'ils **veulent avoir des cours sur le sida à l'école, 90,4% d'entre eux répondent affirmativement.**

Certes le lieu de l'enquête a pu influencer sur les choix, néanmoins ceux-ci traduisent la volonté des élèves de recevoir plus d'informations dans un cadre formel et le souci d'avoir des informations fiables. Rappelons le désir de 57 % des élèves du CM1/CM2 que ces cours soient donnés par une infirmière. À la différence des élèves du secondaire, ceux du primaire ne recherchent pas les clubs ou groupes d'amis pour être informés.

Les trois quarts des élèves donnent même leur accord pour que ce cours soit évalué comme les autres, c'est-à-dire en composition. Il y a donc une forte demande des élèves de l'éducation de base, tant des filles que des garçons, plus encore dans la province du Houet que dans celle du Sanmatenga, pour une intégration complète de la formation sur le VIH/sida dans leur cursus scolaire.

Attentes exprimées par des élèves de l'enseignement secondaire

En premier lieu, à ce niveau aussi, il y a une très forte demande pour « parler, parler, parler du sida à fond ».

Les élèves de 1^{re} insistent sur la nécessité de commencer dès le primaire (dès le 1^{er} cycle pour certains), comme un cours spécial intégré dans le programme. Beaucoup évoquent une périodicité rapprochée (une fois par semaine, plusieurs fois par mois) pour une information/sensibilisation sur les questions liées à la santé de la reproduction et le VIH/sida.

Qui doit donner ces cours/sensibilisations ?

- **Ils mettent l'accent sur la communication entre jeunes** (qui doivent être formés avant de parler à leurs camarades). Ils proposent un jeune par classe ; l'expression pair-éducateur n'apparaît qu'une fois, mais la fonction est souvent évoquée. Ceux qui sont formés peuvent passer dans les classes pour sensibiliser. L'accent est mis sur l'organisation et les regroupements des jeunes au sein de l'établissement ;

- Ils ne **refusent pas du tout le dialogue avec les enseignants** et voudraient même que ceux-ci gardent du temps pour discuter avec eux de ces questions ;
- Au-delà des professeurs, ils **voient l'implication des agents de santé, des assistants sociaux, de l'administration des établissements et aussi des parents.**

Ils se **sentent responsables au-delà du cadre scolaire** et évoquent les besoins au niveau des camarades non scolarisés ou déscolarisés et au niveau des villages.

Les témoignages ne sont indiqués comme outils de sensibilisation que par trois personnes, et les documents écrits, par une seule. En revanche, les débats, théâtres, projections sont cités fréquemment. Lutter contre le harcèlement et déconseiller certains vêtements « *excitants* » ont été évoqués comme éléments de la prévention en milieu scolaire. Cependant, quelques-uns estiment qu'on parle trop du sida, de telle sorte que les élèves ne prennent plus le risque au sérieux. Certains voudraient s'appuyer sur les conséquences du sida pour faire peur ou utiliser la honte.

Ils demandent des moyens financiers pour ces activités de sensibilisation et demandent même le « partage de l'argent entre tous », « que les responsables ne bouffent pas seuls, on veut aussi manger » dit crûment un garçon de 21 ans de la province du Sanmatenga. Ils souhaitent qu'on fournisse de l'argent aux éducateurs et qu'on motive les élèves avec des lots primés. Cette liaison sida/dédommagement financier systématique pour ceux qui participent à la lutte se retrouve chez les enseignants.

Propositions des enseignants

Plusieurs enseignants insistent sur l'insertion de la formation sur le VIH/sida dès l'éducation de base : « [...] que ça entre dans l'enseignement au quotidien. [...] prévoir dans les emplois du temps des moments pour en parler. [...] auparavant bien former la personne qu'il faut. »

Certains voudraient en faire une discipline spécifique, clairement identifiée dans l'emploi du temps (enseignement primaire), d'autres pensent que c'est au niveau du programme d'enseignement que tout doit être défini et que cet enseignement peut s'intégrer à une discipline (sciences de la vie et de la terre au secondaire). D'autres proposent une durée déterminée pour chaque semaine ou chaque mois.

Certains expriment quelques réticences de crainte que ce programme n'encourage le « vagabondage ». Les raisons pour ne pas en faire un enseignement structuré varient : raisons sociologiques, ou liées au système éducatif (préférable dans un cadre non scolaire)

Il avait été demandé aux enseignants de dire dans quelles conditions ils étaient favorables à un enseignement structuré sur le VIH/sida. Leurs réponses sont éloquentes.

Tableau 5.5 Conditions pour un enseignement structuré sur le VIH/sida

	Fréquence	%
Formation des enseignants	54	40.0
Prise en charge financière des cours	33	24.4
Matériel et documentation adéquats	27	20.0
Intégration dans le programme, l'emploi du temps ou matière	21	15.6

Source : Questionnaire enseignants, Enquête Akpaka/Yaro, 2005.

À côté d'une forte demande en formation, apparaissent tout aussi fortement les motivations économiques : la demande d'une « motivation financière solide » pour donner les cours. De même, les formations doivent être « perdiémisées » (jeux de mots entre *per diem* – indemnité journalière – et misées). **La liaison sida/argent** apparaît très nettement encore ici (comme elle est apparue pendant l'enquête²⁵). Un directeur d'école primaire dit avec lucidité : « Ce sont les finances plus que les informations qui sont recherchées. »

25. Au cours de l'enquête, des enseignants du MEBA comme du MESSRS ont demandé à combien était payée la page de questionnaire ou quel était le montant de leur prise en charge pour avoir rempli un questionnaire.

5. Activités de dépistage

Une campagne de dépistage a été organisée en 2004 dans l'aire scolaire de 140 établissements de l'enseignement secondaire et supérieur de huit villes du pays (Bobo en faisait partie, mais non Kaya), après une campagne médiatique intense et une implication des autorités de l'Éducation à tous les niveaux. Plus de 21 500 personnes ont fait le test, des élèves et des étudiants, des enseignants, des membres du personnel administratif et de soutien. Un conseil pré-test et post-test a été donné à chaque personne et une prise en charge immédiate des séropositifs était prévue. La formation des membres des associations pour les conseils pré et post test avait été préalablement assurée. Des jeunes de moins de 18 ans voulaient se faire dépister, ce qui posait des problèmes juridiques ainsi que des problèmes de prise en charge au cas où certains se seraient révélés séropositifs. C'est dire aussi que les réticences pour le dépistage ont nettement diminué en milieu scolaire, surtout lorsqu'on leur propose d'aller vers eux. Les élèves et étudiants ont demandé que de telles campagnes soient organisées de manière régulière. Les établissements privés, y compris catholiques, ont participé à cette campagne de dépistage, mais ces derniers ont réprouvé la distribution publique des préservatifs. La séropositivité chez les élèves était nettement plus forte chez les femmes (1,6 %) que chez les hommes (1 %).

Aux élèves de 1^{re}, il a été demandé comment le dépistage était vécu par la majorité de leurs camarades de classe.

La campagne pour le dépistage en milieu scolaire a permis de lever certaines hésitations ou même certaines craintes. Ils ont exprimé leurs motivations pour se faire dépister : **près des trois quarts (73,6 %) d'entre eux l'ont fait pour connaître leur statut et se rassurer.** Plus du quart l'ont fait pour mieux se protéger ou mieux protéger le partenaire.

Tableau 5.6 Attitudes de leurs camarades face au dépistage

	N (réponses)*	%
Désir	54	18,4
Crainte	111	37,8
Refus	22	7,5
Hésitation	118	40,1

Source : Questionnaire 1^{er}. Enquête Akpaka/Yaro, 2005.

* Quelques-uns ont donné deux réponses (crainte et hésitation).

Une jeune fille de 20 ans a fait un lapsus révélateur, indiquant que « le statut social [au lieu de sérologique] est connu à travers le test de dépistage ». D'autres expriment ainsi leurs motivations : « Ne pas vivre dans l'ignorance. [...] pour mieux s'organiser avec le partenaire. [...] pour être responsable de ma vie. [...] pour mieux vivre. [...] pour mieux gérer ma vie. [...] après avoir appris la séropositivité de quelqu'un dont on ne se serait jamais douté qu'il soit séropositif ».

Les raisons qui poussent d'autres à ne pas se faire dépister sont résumées dans le *tableau 5.7*.

Tableau 5.7 Causes du refus de se faire dépister

	N	%
Peur	71	44,1
Hésitation	22	13,7
Abstinence	22	13,7
Sûr de soi + rapports protégés	23	14,3
Bonne santé + pas de moyens financiers	13	8,0
Test pas sûr	3	1,9
Autres (pas de remède, pas l'âge)	7	4,3
Total des réponses	61	

Source : Questionnaire 1^{er}, Enquête Akpaka/Yaro, 2005.

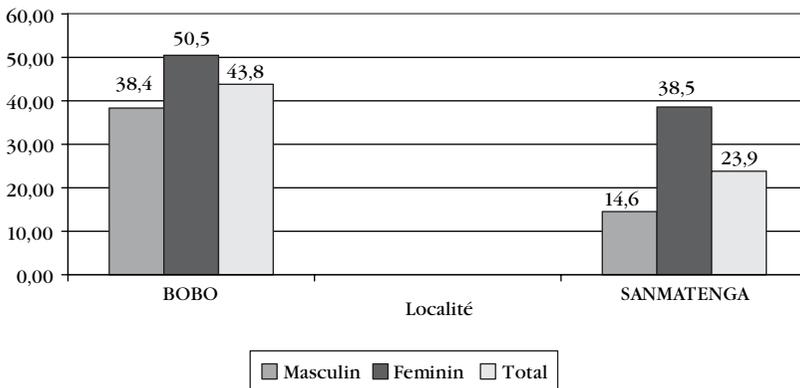
Les commentaires de ces élèves renvoient à la **problématique de la stigmatisation**, déjà évoquée plus haut, ainsi qu'à **celle de la prise en charge**. « Si tu es séropositif, tu es banni de la société, d'abord par les parents et ça c'est une manière de te tuer (Garçon, 19 ans). Une fille qui attrape le sida est considérée comme une pute par ses parents. Mieux

vaut de ne pas le savoir, je pourrais mourir si je savais que j'étais positif. Si je le suis que vais-je faire ? Pas d'avenir [...] peur d'être rejeté [...] pas prêt à supporter le coup [...] ».

Lors des groupes de discussion, les élèves de 3^e ont aussi évoqué la crainte de la non-confidentialité, et l'assurance (ou pseudo) de leurs camarades, sûrs de ne pas être infectés.

Ils sont pourtant **près de 40 % à s'être fait dépister** et ce résultat apparaît comme un très grand progrès dans la lutte contre le VIH/sida et les effets de celui-ci sur le système éducatif. Comme on le voit sur le *graphique 5.4*, les filles se sont fait beaucoup plus dépister que les garçons. C'est la seule différence statistiquement significative au niveau du sexe dans toutes les réponses au questionnaire. Même si les élèves de Bobo se sont fait davantage dépister, les résultats obtenus dans la province du Sanmatenga sont très encourageants également, dans la mesure où celle-ci n'a pas bénéficié des effets multiplicateurs de la campagne de dépistage en milieu scolaire.

Graphique 5.4 Taux de dépistage chez les élèves enquêtés des classes de 1^{re}, selon le sexe et la localité



Source : Questionnaire 1^{re}, Enquête AKPAKA/YARO, 2005.

Nous concluons par le témoignage d'une PVVIH :

« Je l'ai su tôt et je le gère bien. J'ai appris beaucoup de choses grâce à ma maladie. Mieux vaut savoir qui tu es. Même si la maladie est au stade des ARV, on peut faire un plaidoyer pour chercher un partenaire pour la prise en charge. S'il n'y a pas de prise en charge, tu peux accélérer l'évolution car tu ne sais pas la conduite à tenir. Avec le test, quel que soit le stade, tu connais la conduite à tenir. » PVVIH, membre actif d'une association de PVVIH.

En résumé

Au niveau des CM1/CM2, les enseignants et les médias (radio et télévision) constituent les principales sources d'information. Même si les parents sont beaucoup moins cités spontanément, plus de quatre élèves sur dix disent parler du sida en famille. Au niveau du secondaire, les sources d'informations sont variées, les associations/clubs/groupes d'amis sont les plus souvent cités par les élèves de 1^{er}. En effet, les activités de prévention, en milieu secondaire, sont fréquemment le fait de ces associations/clubs et groupes où les pairs-éducateurs ont une place importante, surtout pour des activités d'animation. Aussi n'est-il pas étonnant que plus de la moitié des enseignants rencontrés estiment qu'il n'y a pas d'activités de prévention dans leur établissement (phénomène beaucoup plus marqué dans l'enseignement de base).

Si 80 % des enseignants disent parler occasionnellement du sida avec leurs élèves, plus de 90 % d'entre eux n'ont aucun matériel didactique, et plus des deux tiers des enseignants interrogés déclarent ne pas avoir reçu de formation. En premier lieu, les messages des enseignants visent l'abstinence ; près d'un enseignant sur trois parle des préservatifs aux élèves, mais nombre d'entre eux mettent en doute la sécurité des préservatifs. À leur tour, les élèves expriment des inquiétudes sur la qualité des préservatifs vendus à bas prix.

Malgré la multiplicité des messages d'information, des notions erronées circulent, même jusqu'au niveau des classes de 3^e et plus de la moitié des élèves de plus de 18 ans dépistés en 2004 adoptaient encore des comportements à risque pour diverses raisons : pauvreté, déni de l'existence de la maladie, irresponsabilité, insuffisante prise en compte des contextes sociaux et culturels, rareté de l'éducation sexuelle comme l'illustrent les attitudes face aux promesses de cadeaux par des hommes d'un certain âge.

Les élèves de l'enseignement primaire (90 %) voudraient des cours sur le VIH et le sida, et les trois quarts sont d'accord pour être évalués sur de tels cours. Dans le secondaire, ils mettent l'accent sur la communication entre jeunes (qui doivent être formés), ne refusent pas du tout le dialogue avec les enseignants, et envisagent l'implication des agents de santé, des assistants sociaux, de l'administration des établissements et aussi des parents. Des enseignants insistent sur l'insertion de la formation sur le VIH et le sida dès les premières années de l'enseignement de base. À côté d'une forte demande en formation, apparaissent tout aussi fortement les motivations économiques pour donner de tels cours.

Près de 40 % des élèves de 1^{re} interrogés, dont une différence significative entre les filles et les garçons, se sont fait dépister. Près des trois quarts (73,6 %) d'entre eux l'ont fait pour connaître leur statut et se rassurer. La problématique de la stigmatisation et celle de la prise en charge en cas de séropositivité sont à la base de la crainte et des hésitations exprimées par plus de la moitié de ceux qui n'ont pas fait le test de dépistage.

Amener les élèves à participer à l'intégration des OEV est l'un des objectifs du module en cours d'élaboration dans le cadre d'un projet régional appuyé par l'UNESCO. Puisse-t-il rapidement être utilisé pour une meilleure insertion des OEV dans les écoles primaires.

VI. La prise en charge des OEV

1. Identification et situation des OEV

Des difficultés d'identification souvent liées à des questions culturelles

Selon les résultats de l'EDS III (2003), entre 7 et 8 % des enfants de 0 à 15 ans sont orphelins « partiels » (décès d'un parent) ou « complets » (décès des deux parents), soit plus de 500 000 enfants, calcul réalisé à partir des données démographiques présentées plus haut. Sur 1 683 élèves OEV, appuyés par la direction de l'action sociale du Centre en 2004, les deux tiers étaient des écoliers de l'enseignement de base.

Dans l'échantillon des élèves interrogés dans les deux provinces, le taux des orphelins est nettement plus élevé :

- au niveau des CM1/CM2 interrogés, dont l'âge est compris entre 9 et 18 ans et dont 82,6 % ont entre 11 et 14 ans, 12,1 % sont orphelins de père et 5,3 % orphelins de mère. Parmi les orphelins de père 13 % sont des garçons et 11 % des filles. Ces taux sont proches de ceux trouvés dans des études réalisées dans différentes provinces. Les orphelins complets sont 2,3 % ;
- au niveau des élèves de 1^{re} interrogés, qui ont entre 16 et 24 ans, et dont 80 % ont entre 18 et 21 ans (et ne sont donc plus considérés comme des enfants), 22,3 % ont perdu leur père, 7,4 % leur mère. Fait assez troublant parmi les orphelins de père on trouve 15,8 % de garçons et 31,8 % de filles (troublant dans la mesure où les filles orphelines abandonnent l'école en général davantage que leurs frères et/ou sont mariées plus rapidement).

Identifier les OEV pour les associations ou les services sociaux est une tâche ardue, et ce d'autant plus que, de l'avis général, après le décès « ils disparaissent souvent dans la nature ». Fréquemment le malade retourne au village pour y mourir, ou la famille rejoint le village, même si lui-même n'y est pas parti. Aider les associations à retrouver les

orphelins et les soutenir fait partie, selon le chef du département santé du SP/CNLS-IST, des tâches des comités provinciaux de lutte contre le sida et les IST.

Des enseignants du secondaire, lors d'un groupe de discussion, ont reconnu qu'il y avait des OEV dans l'établissement, mais qu'il était difficile de répondre précisément, car l'administration ne les recense pas de façon organisée à la rentrée scolaire. « C'est souvent dans le suivi de l'évaluation des élèves que l'on peut savoir par curiosité que l'élève est OEV. »

Au niveau des enseignants de l'école primaire, certains disent être au courant et en tenir compte lors des conseils de classe ou pour les dons de fournitures, d'autres l'ignorent, tel cet enseignant de la province du Houet : « Il est venu très sale, dit-il en parlant d'un élève. Je ne savais pas et je l'ai réprimandé sévèrement. Après, quand j'ai su par ses camarades [sa situation d'orphelin], j'ai coulé des larmes. » D'autres disent ne pas rechercher des informations sur la situation des enfants dans les familles. « La maladie est taboue, alors on ne demande pas », a reconnu l'un d'eux.

Dans les établissements scolaires, de manière fréquente, les enseignants et autorités scolaires, ne connaissent pas le statut familial des élèves. Et c'est, parfois, au moment où l'enfant est renvoyé pour non-paiement des frais de scolarité qu'ils découvrent sa situation familiale.

« **Les élèves ont honte de parler**, ils ne s'expriment pas pour qu'on connaisse leur situation. **Beaucoup, même s'ils sont orphelins ne le disent pas et c'est culturel ; dans la culture mossi il y a le lévirat et dans cette situation, le nouveau père devient le père naturel.** Quand on questionne un enfant, il ne veut pas dire la vérité sur sa situation ; c'est quand il a épuisé toutes ses cartouches ou quand il est dos au mur qu'il avoue sa situation. »

Les orphelins complets n'aiment pas se déclarer comme tels, car ils sont immédiatement étiquetés comme orphelins à cause du sida, avec tous les risques de stigmatisation que cela comporte. D'autre

part, traditionnellement, selon les informations recueillies, l'orphelin complet est « considéré comme un petit sorcier qui a tué ses parents ; on a donc tendance à l'abandonner surtout avec le manque de moyens aidant ».

Ces éléments culturels très importants n'ont peut-être pas été toujours pris en compte, ni par les autorités de l'administration scolaire, ni par celles responsables des recensements.

Le livret scolaire devrait permettre de connaître le statut des élèves et de suivre leur évolution ; mais il y a souvent rupture dans la transmission du livret d'un établissement secondaire à un autre (ou absence de livret, dans certains cas), ont ajouté les autorités administratives.

Les deux tiers des élèves des CM1/CM2 ont dit, quant à eux, qu'il y avait des élèves dans leur classe dont l'un des parents était décédé (ou les deux).

Dès les premières interventions (1996/1997) de prise en charge des OEV, certaines associations de base, appuyées par l'IPC, ont **travaillé avec les communautés qui donnent elles-mêmes les critères d'OEV** et utilisent, à partir de ces critères, une stratégie de numération et de concertation entre familles et structures institutionnelles. D'autres approches au niveau provincial sont en train de se mettre en place autour de la problématique des OEV et de la collaboration entre les différents intervenants pour identifier les OEV et leurs besoins.

Situation des OEV

La situation d'orphelin est décrite par les élèves de 5^e dans les rédactions projectives en ces termes : « Il n'a plus de soutien ni financier, ni moral, personne pour lui donner de bons conseils. [...] L'oncle va plus s'occuper de ses enfants que ceux de son frère ; va scolariser ses enfants et laisser ceux de son frère ; va vouloir que ses enfants deviennent mieux que les enfants de son frère. [...] Qui va s'occuper de son école dans la famille ? Ce sont ces enfants qui deviennent les enfants de la rue, les petits mendiants [...] même la nourriture, savez-vous comment

un orphelin vit ? » (Garçon orphelin de père, 17 ans, Kaya) « Il vit une situation difficile dans le quartier et dans le monde. [...] Il va devenir quoi dans la vie ? Un orphelin, un voleur, un prostitué, un coupeur de tête, un voyou ou un enfant de la rue. » (Fille orpheline de père, 16 ans, Kaya)

En écho, un père de famille, membre d'une association de parents d'élèves, dit : « Quand l'enfant est orphelin de mère et que c'est une autre femme qui doit s'en occuper, c'est souvent difficile. Les femmes donnent les plus durs travaux aux orphelins plutôt qu'à leurs enfants. Moi, j'ai cinq orphelins de mes deux frères décédés. Mais je constate qu'ils sont permanemment en train de travailler. Et il est difficile pour moi d'intervenir car la femme peut te boudier. Quand en plus de tes enfants tu as des orphelins et qu'en plus tu es pauvre avec beaucoup de difficultés pour la subsistance, **le choix est souvent vite fait**²⁶. Ta femme te dira de laisser tomber la scolarisation des orphelins et de ne s'occuper que de ses propres enfants. Cela arrive surtout quand elle doit t'aider avec de l'argent pour la scolarisation des enfants. Plus difficile pour nous de nous occuper de l'éducation des filles (qui relève des femmes) elles sont souvent dures avec les orphelines. »

Selon un directeur d'école primaire en milieu rural, « même si le père avait des biens, toute la famille s'accapare de ses biens et l'enfant est laissé comme ça ». Les enfants qui ont perdu les deux parents, ou seulement la mère, ont particulièrement des problèmes et « ici, il y a beaucoup d'enfants de rapatriés [de Côte d'Ivoire] dont les parents sont décédés là-bas à cause du conflit ou du sida ».

Contaminés, pas forcément contaminés ? Plus d'un élève de 1^{re} sur six s'est posé cette question, lorsqu'ils ont été amenés à parler des enfants dont les parents sont décédés du sida et ils y ont répondu à peu près dans la même proportion. Plus de quatre élèves sur dix en 1^{re} considèrent les OEV comme malheureux, inquiets pour l'avenir, **souvent marginalisés ou seuls, et tristes**.

26. Nous soulignons.

De l'avis général, **les enfants orphelins ne sont pas maltraités, mais il y a des différences de traitement entre eux et les enfants de celui qui les a recueillis**, en particulier dans l'habillement et dans la scolarisation. « La famille peut tenir jusqu'au CEP mais pas l'inscrire au secondaire », déclare un responsable d'association. De même, tous nos interlocuteurs ont évoqué la très grande difficulté des OEV à apporter l'argent nécessaire aux frais de dossier (CEP, BEPC ou bac). Certains ont même abandonné les cours pour cette raison ; dans plusieurs cas, ce sont les établissements, les enseignants ou les caisses des APE qui ont payé pour eux.

Dans ces conditions et malgré le soutien de certains enseignants, des OEV ne parviennent pas à être réguliers, sont souvent en retard, participent peu en classe, certains redoublent et finissent par abandonner. **Les filles abandonnent plus vite que les garçons** : « soit on les marie, soit elles partent en ville, avec toutes les conséquences », dit un cadre dans une ONG.

Les facteurs les plus déterminants, selon les élèves de 1^{re}, dans l'arrêt des études des élèves dont l'un des parents ou les deux sont décédés sont, par ordre décroissant :

- le manque d'argent pour continuer les études : 42,2 % des réponses ;
- le refus de la famille qui les a accueillis : 21,4 % ;
- la nécessité d'avoir des activités génératrices de revenus (AGR) : 14,6 % ;
- le découragement : 13,6 % ;
- la gêne devant le regard et les remarques des autres : 6,1 % ;
- le rendement scolaire faible : 3,1 %.

Comme pour les enfants dont les parents étaient malades, **plus de la moitié des abandons scolaires sont liés à des causes économiques. Dans une réponse sur cinq, cet abandon serait dû à l'attitude de la famille d'accueil**. Près de 15 % des OEV arrêtent leurs études pour se livrer à des AGR, les obstacles à la poursuite des études

sont donc, dans ce cas, à la fois économiques et organisationnels, mais il n'apparaît pas que des solutions alternatives (cours du soir, éducation non formelle) aient été mises en place pour résoudre ce problème organisationnel. Les CEBNF ne semblent pas accueillir plus d'OEV que les écoles primaires.

Des témoignages issus d'une étude²⁷ de 2003 font état de difficultés à étudier, de manque de fournitures scolaires, de frais de scolarité trop élevés, de manque de formation professionnelle et de manuels scolaires qui pourraient rendre compte de la différence de scolarisation entre les OEV et les enfants fils ou filles du chef de famille. Dans l'enseignement secondaire public, les élèves qui n'ont pas payé les frais de scolarité sont renvoyés en avril. Si certains se sont déclarés comme OEV ou enfants affectés par la maladie de l'un des parents, ils peuvent aller vers une des structures de prise en charge, mais beaucoup ne font pas cette démarche.

2. Les appuis aux OEV

Parfois certains membres de la famille sont réticents pour la prise en charge des OEV : « C'est son père, c'est sa mère, qui a été chercher son problème, alors à lui ... » Même si la solidarité s'use avec le sida, comme l'ont dit plusieurs personnes rencontrées, il faut néanmoins se rendre compte de l'importance de la prise en charge familiale, du soutien matériel et moral donné aux OEV par ceux qui, dans la grande famille, les recueillent, tout comme cette grand-mère qui s'occupe de son petit-fils, orphelin complet de 11 ans, en classe de CE2.

La communauté prend en charge jusqu'au jour où celui qui s'en est chargé n'en peut plus ou jusqu'au jour où l'enfant se rebelle. Selon les explications de plusieurs interlocuteurs, les OEV sont souvent très marqués par un sentiment d'injustice sociale du fait des traitements subis et certains se révoltent.

27. Ministère de l'Action sociale et de la Solidarité nationale, *Analyse de la situation des enfants orphelins et enfants vulnérables (OEV) en matière de besoins socio-économiques et d'éducation*, Version provisoire, décembre 2003.

« Je me débrouille pour lui venir en aide pour tout ce qu'il demande afin qu'il ne dise pas un jour que c'est parce qu'il est orphelin que l'on ne s'est pas occupé de lui. Je fais tout pour le satisfaire parce qu'il est non seulement orphelin, mais il est aussi mon petit-fils et unique enfant de son père et de sa mère. Comme je suis toujours en vie, il n'y a aucun problème. Ce qui est incertain pour moi, comment cet enfant va-t-il vivre avec ses cousins après ma mort ? Surtout que son oncle a trop de charges : trois femmes et 21 enfants. L'oncle est commerçant et n'a pas le temps de suivre l'école des enfants. »

Grand-mère, province du Sanmatenga.

Outre l'appui des CMLS présenté plus haut, des fournitures scolaires et/ou des dons de vêtements, et/ou un appui pour l'alimentation sont donnés aux OEV à travers une multiplicité de structures. Les élèves de CM1/CM2 ont énuméré ces divers appuis. Ils sont rares ceux qui estiment que rien n'est donné aux OEV. Presque aussi rares sont ceux qui ont parlé d'encouragements ou de conseils prodigués par les enseignants aux OEV. Et pourtant, plus de la moitié d'entre eux pensent que les enseignants sont « plus gentils » avec les OEV qu'avec les autres élèves de la classe.

En ce qui concerne les frais de scolarité, la situation est assez disparate et dépend des ressources disponibles, du dynamisme des associations et des décisions des donateurs. Le **problème de la continuité de l'appui d'une année scolaire sur l'autre est posé**. Pour l'année 2004/2005, l'ambassade du Royaume des Pays-Bas a décidé de soutenir 6 000 élèves du premier cycle de l'enseignement secondaire (où les frais de scolarité, même dans l'enseignement public, dépassent 30 000 FCFA par an), mais aucun enfant dans le primaire, compte tenu de sa contribution déjà importante pour le PDDEB.

Certaines associations remettent le montant des frais de scolarité aux familles, d'autres paient directement les écoles (il faut dire que quelques cas de détournement de ces fonds au bénéfice des enfants du tuteur ont été rapportés).

Les services du ministère de l'Action sociale et de la Solidarité nationale (MASSN) ont un rôle important dans l'ensemble de la prise en charge des OEV. Demande de place (encore appelée insertion scolaire) dans les établissements, surtout du secondaire, démarche pour l'exonération des frais de scolarité, recherche de fonds et fournitures scolaires, don de fournitures, placement des OEV dans des familles ou des centres d'accueil, sont quelques-unes des activités de ces services, sans parler des autres types de prise en charge, sanitaire, alimentaire et psychologique.

Des associations ont de bonnes relations avec les mairies et plaident la cause de certains de leurs protégés, à l'instar de ce père de famille (rencontré au cours d'une visite dans une association), qui a à sa charge, en plus de ses six enfants, les six de son frère décédé et la femme de ce dernier. Un groupe de plaidoyers pour la réduction des coûts d'inscriptions scolaires pour les OEV a d'ailleurs été mis en place.

Les cantines scolaires, qui couvrent près de la moitié des établissements d'enseignement de base, principalement en milieu rural, contribuent, de l'avis de plusieurs de nos interlocuteurs, au maintien des élèves à l'école, les parents, (que ce soit une famille accueillant des orphelins ou non), étant ainsi déchargés d'un problème : celui du déjeuner. Le CRS (Catholic Relief Service) semble désireux de responsabiliser davantage les communautés dans la production, la collecte et la gestion des ressources pour ces cantines pour lutter contre le phénomène de dépendance. La Banque mondiale, dans le cadre du PDDEB, entend multiplier les cantines en zone rurale, en tant qu'appui à la scolarisation.

Certaines associations de PVVIH ont le souci de la formation professionnelle des OEV, mais les actions sont encore très limitées en la matière.

L'appui juridique en cas de besoin aux veuves et aux OEV a été mentionné par la présidente d'AVOB, qui déclare : « La femme n'a pas de droits dans ce pays : si le mari meurt on dit toujours que c'est toi qui

l'as tué, même si l'enfant de la coépouse meurt, c'est la femme, qui est toujours vue comme une sorcière. »

Les structures qui appuient les OEV sont diverses :

- CMLS des ministères chargés de l'Éducation ;
- services de l'action sociale (MASSN) ;
- associations de lutte contre le VIH et le sida, associations/ONG d'obédience religieuse, ONG nationales ou internationales ;
- mairies, préfectures ;
- établissements (y compris APE, enseignants et fondateurs des écoles privées).

Malgré ces nombreux appuis, plusieurs problèmes ne sont pas encore vraiment résolus.

3. Des problèmes en suspens

Nous aborderons successivement les problèmes relatifs au suivi scolaire des OEV et au soutien psychosocial. La question de l'insuffisante concertation entre les différentes structures impliquées dans la prise en charge des OEV sera traitée dans le chapitre suivant relatif aux partenariats.

Un suivi scolaire insuffisant

Des soutiens scolaires, principalement remise de fournitures scolaires et paiement des frais de scolarité (cotisation APE pour le primaire et contribution scolaire pour le secondaire), sont assurés à un certain nombre d'OEV. Mais le suivi scolaire est rare, souvent plus théorique qu'effectif. Néanmoins certaines associations, comme ALAVI ou ASEV ont recruté un éducateur, spécialement chargé du suivi scolaire des enfants, orphelins ou autres enfants vulnérables, soutenus sur le plan financier ou alimentaire. D'autres associations reconnaissent avoir plus de contacts avec les administratifs des établissements scolaires qu'avec les enseignants des enfants qu'ils encadrent. La direction provinciale de l'Action sociale de Kaya avait tenté également

de regrouper les enfants le jeudi, mais estime que ce regroupement ne fonctionne pas comme ses promoteurs l'avaient souhaité.

Des parrainages sont mis en place avec l'appui de certaines ONG internationales pour certains des OEV et c'est pour ces enfants parrainés que des fiches de suivi scolaire existent, mais « au regard des moyens limités de l'action sociale, le suivi scolaire et familial est limité », déclare une responsable du MASSN. Le suivi scolaire se limite dans bien des cas à une lecture des bulletins trimestriels pour les élèves de l'enseignement secondaire et à un coup d'œil sur les cahiers de ceux du primaire. L'ONG Axios envisageait un suivi plus direct avec les enfants et leurs familles, mais cela demandant plus de moyens, cette démarche est plus ou moins abandonnée. Le suivi scolaire des enfants est en fait intégré dans le suivi classique offert à l'ensemble des élèves par les maîtres (afin de ne pas marginaliser davantage les OEV).

Même si les parents sont vivants, dans la majorité des cas, **le suivi par les familles est rare, il l'est encore plus lorsque l'enfant se retrouve orphelin, pris en charge dans la grande famille.**

Dans certaines associations, comme Vie Positive, des activités sont organisées de manière hebdomadaire pour des enfants de 7 à 14 ans, orphelins ou dont les parents sont malades. Activités distractives, renforcement de quelques apprentissages et repas communautaires, constituent le menu hebdomadaire. « Si deux jeudis de suite, je n'ai pas de nouvelle, je vais les voir pour savoir pourquoi ils ne sont pas venus. Si c'est l'enfant qui n'est pas bien ou un parent, le côté médical s'en charge. Tout ce qu'on peut faire pour les rendre contents, moi ça me fera plaisir », dit l'animatrice chargée de ces activités.

La demande en formation professionnelle, exprimée par des OEV, a été reprise par des interlocuteurs, mais elle ne semble pas avoir fait l'objet d'une réflexion approfondie, excepté par quelques ONG/associations.

Une prise en charge psychosociale assez limitée

Le soutien psychologique des OEV a été évoqué plusieurs fois. Plus encore, c'est le besoin de soutien psychologique qui a été signalé, particulièrement lorsque l'enfant comprend que son parent malade a le sida ou est décédé du sida. Compte tenu de différents facteurs, en particulier socioculturels, il est rare qu'un parent malade dise à l'enfant, même un grand adolescent, la cause de sa maladie. Mais les enfants le sentent, le devinent quand quelqu'un de l'entourage ne leur assène pas brutalement la vérité. Découragés, déprimés, certains ne veulent alors plus aller à l'école. **C'est donc bien pour les OEV, comme pour les PVVIH, une prise en charge globale qu'il faut assurer.**

Les élèves comme les enseignants ont insisté sur les problèmes psychologiques rencontrés par ces enfants. Les effets psychosociaux du stress lié au décès ont été rappelés au cours du « 2^e Forum national sur la prise en charge des PVVIH et OEV en contexte du VIH/sida » tenu en janvier 2005 : sentiment d'étrangeté devant la mort inexplicquée d'un parent, peur de leur propre mort, anxiété, sentiment de culpabilité et de responsabilité, perte de confiance en soi, mélancolie, peur de l'avenir²⁸.

Seules quelques associations de PVVIH, et parfois des services de santé ou sociaux, tentent d'assurer à ces enfants un accompagnement psychosocial, mais ces initiatives n'existent que dans certaines villes et elles ne concernent, sur le plan psychologique, qu'un nombre limité d'OEV. Les communautés sont rarement impliquées pour fournir ce soutien psychologique et affectif dont les OEV ont besoin, pas plus que les enseignants et autorités scolaires.

28. Cf. Présentation de Paul André Somé, chargé de programme OEV, IPC/BF lors du Forum national sur les questions liées à la prise en charge des OEV et des PVVIH.

En résumé

Identifier les OEV pour les associations ou les services sociaux est une tâche ardue. Dans les établissements scolaires, de manière fréquente, les enseignants et autorités scolaires, ne connaissent pas le statut familial des élèves. Ces difficultés d'identification sont souvent liées à des questions culturelles.

« Quand, en plus de tes enfants, tu as des orphelins et qu'en plus tu es pauvre avec beaucoup de difficultés pour la subsistance, le choix est souvent vite fait », dit un père de famille résumant ainsi la situation de certains OEV au regard de la scolarisation. Les enfants orphelins ne sont pas maltraités, mais il y a des différences de traitement entre eux et les enfants de celui qui les a recueillis, s'accordent à dire les personnes rencontrées. Parmi les OEV, comme pour le reste de la population scolaire, les filles abandonnent plus vite que les garçons le chemin de l'école. Plus de la moitié des abandons scolaires sont liés à des causes économiques, mais dans une réponse sur cinq, cet abandon serait dû à l'attitude de la famille d'accueil.

Outre l'appui des CMLS, présenté plus haut, des fournitures scolaires et/ou des dons de vêtements, et/ou un appui pour l'alimentation sont donnés aux OEV à travers une multiplicité de structures. Néanmoins, plusieurs problèmes ne sont pas encore vraiment résolus.

Le suivi scolaire par les familles est rare, il l'est encore plus lorsque l'enfant se retrouve orphelin, pris en charge dans la grande famille. Au niveau des différentes structures d'appui, ce suivi scolaire reste insuffisant. Il en est de même pour la prise en charge psychosociale qui est assez limitée, alors que les effets psychosociaux du stress lié au décès sont lourds : seuls quelques associations ou services sociaux tentent d'assurer à ces enfants un accompagnement psychosocial, mais ces initiatives n'existent que dans certaines villes et elles ne concernent sur le plan psychologique qu'un nombre limité d'OEV.

Pour les OEV, comme pour les PVVIH, c'est une prise en charge globale qu'il faut assurer. Celle-ci implique des partenariats actifs et efficaces. Qu'en est-il ?

VII. Partenariats

1. Une insuffisante concertation entre les structures de prise en charge des OEV

Tant dans la première phase de l'étude que dans la deuxième, nous avons eu, à maintes reprises, des informations chiffrées sur le nombre d'OEV pris en charge par telle ou telle structure. Mais il est impossible de savoir si certains enfants ne bénéficient pas d'une double prise en charge et si certains ne sont pas complètement oubliés, cas de figure très probable. L'insuffisance d'informations statistiques fiables au niveau des provinces²⁹ rend encore plus complexe la tâche. Les interventions d'une structure sont rarement connues d'une autre structure. À titre d'exemple, la direction régionale de l'Éducation de base du Centre-Nord ne sait pas combien d'OEV sont soutenus dans les établissements scolaires de la région par les services régionaux. Les organes de concertation, s'ils existent, n'apparaissent pas fonctionnels. Les causes en sont multiples : manque de professionnalisme, volonté de gérer des fonds dans une relation verticale avec le partenaire financier, crainte d'une mainmise qui bloquerait certaines initiatives, conflit de compétences ...

Un comité technique a travaillé sur un *Cadre stratégique de prise en charge des OEV* en 2004. Celui-ci est justifié par des constats d'actions isolées, une faible coordination, un faible niveau d'information sur la problématique des OEV, la diversité des stratégies d'interventions, des préjugés à l'égard des OEV, un faible pouvoir d'achat des tuteurs et une augmentation du nombre d'OEV avec le VIH et le sida. Une politique nationale en la matière a été énoncée. Parmi les objectifs figure en bonne place le développement d'une coordination multisectorielle des interventions en matière de prise en charge des OEV.

29. Nos essais pour connaître le nombre d'OEV inscrits dans les écoles primaires dans les deux provinces d'enquête n'ont pas abouti à ce jour. Est-ce dû aux questions socioculturelles évoquées plus haut ou à d'autres problèmes ?

Des orientations nationales pour une prise en charge globale et intégrée des OEV, pour une prévention de la vulnérabilité et une réduction de l'impact ont été définies. Quatre axes stratégiques ont été arrêtés, dont la promotion des réponses familiales, communautaires et institutionnelles.

Dans quelle mesure ce cadre permettra-t-il une réponse plus adaptée et plus pertinente aux besoins des OEV, en particulier dans le domaine de leur éducation, familiale et scolaire ? Il est encore trop tôt pour le dire. Son efficacité dépendra, en grande partie, de la manière dont fonctionneront les partenariats.

2. Une certaine répartition des tâches dans la prise en charge des PVVIH

Prise en charge médicale

Le département santé du SP/CNLS et le CMLS du ministère de la Santé coordonnent les questions liées à la prise en charge médicale des PVVIH. Le suivi médical est assuré par les structures sanitaires publiques et privées, ainsi que par certaines des associations de PVVIH qui sont équipées pour ce suivi. Tous les antirétroviraux (ARV) passent par la Centrale d'achat en médicaments essentiels et génériques (CAMEG), excepté les dons en provenance de l'extérieur faits directement aux associations. Les structures sanitaires autorisées à suivre des malades sous ARV sont encore peu nombreuses et situées en milieu urbain. C'est l'une des raisons pour lesquelles les enseignants vivant avec le VIH demandent à être affectés en ville.

Selon diverses estimations, entre 45 000 et 50 000 PVVIH auraient besoin d'ARV, environ 15 000 sont dans la file active (c'est-à-dire ont pris contact avec les services de santé pour en avoir) et, en 2004, officiellement **2 617 adultes et 117 enfants étaient sous ARV, soit entre 5,5 % et 6 % de ceux qui en auraient besoin**. Les financements pour ces ARV proviennent de différentes sources (Fonds de solidarité, alimenté par le Burkina Faso et par d'autres pays, PPTE,

Banque mondiale, Croix-Rouge française, MSF, ESTHER, Fonds mondial, etc.) ; en provenance du Fonds mondial, le Burkina Faso doit recevoir 7 130 millions de dollars EU pour le sida et 7 499 millions pour le paludisme. Grâce à ce Fonds mondial, 1 700 PVVIH de plus par an pourront être mises sous ARV (jusqu'en 2008). Tous nos interlocuteurs sont unanimes pour dire que le dépistage sera d'autant plus facile que les populations sauront qu'elles pourront être prises en charge sur le plan médical en cas de séropositivité.

Dans la mesure des disponibilités, les personnes les plus démunies ont accès gratuitement à ces ARV. Les enseignants bénéficiaires d'ARV, en tant que salariés, doivent payer 5 000 FCFA par mois, auxquels s'ajoutent les examens de laboratoire nécessaires au suivi, ainsi que les médicaments requis pour traiter les infections opportunistes en cas de besoin.

La liaison entre CMLS Santé et CMLS des ministères de l'Éducation pourrait être améliorée aux dires de certains de nos interlocuteurs.

Accompagnement psychosocial

Les associations et la société civile sont les plus impliquées dans cette prise en charge psychosociale, absolument essentielle. Les partenariats avec les services de santé et sociaux sont très limités, dans la mesure où ces services assurent très peu d'accompagnement psychosocial. Dès l'annonce de la séropositivité, l'accompagnement devrait commencer : ainsi cet élève de classe terminale qui, après son test positif, ne voulait plus passer l'examen, et avait développé un fort sentiment d'échec, a pu reprendre confiance en lui grâce à un accompagnement psychologique régulier, donné par un psychologue de l'association Vie Positive.

Les groupes de parole, encore appelés « groupes d'autosupport », mis en place par plusieurs associations et réseaux (comme REGIPIV), permettent aux PVVIH l'expression de leurs affects et le partage de situations difficiles et angoissantes. Groupes d'affinité, groupes mixtes qui parfois échangent sur un thème, d'autres fois s'informent, d'autres

fois se soutiennent tout simplement. L'émergence de ces groupes, là où un épais silence sur le sida était de règle, a beaucoup contribué à démystifier la maladie. Les femmes sont souvent majoritaires dans ces groupes de parole, comme d'ailleurs dans les associations, non pas qu'elles soient les plus nombreuses à être malades aujourd'hui, mais plutôt pour des raisons socioculturelles³⁰.

Les visites à domicile, les visites à l'hôpital, font partie de cet accompagnement psychosocial, et ce d'autant plus qu'elles permettent « des messages de proximité à l'endroit des parents de la personne malade pour qu'ils ne la rejettent pas ». Bien des personnes rencontrées ont évoqué ces visites, il a même été question de la formation de ceux qui les font, mais il est difficile d'apprécier leur fréquence. Même si diverses structures font des visites à domicile ou à l'hôpital, il ne semble pas qu'il y ait beaucoup de concertation entre elles.

En effet, non seulement la PVVIH a besoin de cette prise en charge psychosociale, mais également son entourage, comme le montre le témoignage ci-dessous.

« On n'a pas fait le mariage, j'ai dit, c'est pas le moment que je parte, je suis restée avec lui jusqu'au dernier jour. [...] On ne se culpabilise pas du moment que c'est fait, il faut se serrer les coudes. [...] C'est compliqué de prendre en charge quelqu'un en phase terminale, il ne pouvait plus marcher. Quand il touche un grain de sable, ça lui fait mal. [...] Quand je sortais pour le travail, c'était ma fille qui restait à côté de son père. ». Femme d'un enseignant de 33 ans décédé du sida.

L'importance d'une prise en charge globale, non seulement de la PVVIH mais de tout son entourage familial, est souvent comprise, mais la mise en œuvre des partenariats est encore un long apprentissage.

30. Selon nos informateurs, les hommes vivraient cette affiliation à une association comme une source de honte.

3. Apprentissage du partenariat

Selon les informations reçues, entre les CMLS des ministères de l'Éducation et celui de la Santé, « il y a peu de relations formelles, chacun s'occupe de ses agents ». La concertation entre CMLS n'a pas été institutionnalisée jusque-là. Néanmoins, des CMLS des ministères non-Santé ont travaillé ensemble lors de la préparation du Cadre stratégique des OEV. Et l'idée d'un cadre de concertation des CMLS fait son chemin.

Le partenariat structures étatiques/associations-ONG est diversement apprécié selon les interlocuteurs. Beaucoup s'accordent cependant pour dire qu'il y a une méfiance mutuelle. Selon les représentants des structures étatiques, y compris les CMLS, c'est « un peu le désordre. [...] Les associations/ONG sont têtues, elles font ce qu'elles veulent ». Du côté des ONG, on évoque « la volonté de l'État de tout contrôler et d'imposer sa volonté » et on insiste sur la nécessité pour la société civile de garder sa liberté d'orientation et d'action, tout en reconnaissant que la gestion de certaines associations laisse à désirer.

Certains, comme le coordonnateur du CMLS Santé, évoquent la jeunesse de ce partenariat et la complémentarité dans l'accompagnement des malades : les services de santé s'occupant de l'observance du traitement ARV et les associations de la prise en charge non médicale.

Des responsables d'ONG, habitués à travailler sur le terrain avec les différentes institutions, insistent sur le minimum de consensus sur les actions à entreprendre, les unes relevant des structures sanitaires, éducatives et sociales, les autres des ONG qui ne s'accordent pas non plus toujours entre elles. « Ce que X veut faire, c'est ce que nous faisons déjà et voulons continuer », dit un responsable d'ONG sur le terrain. De fait, certaines associations ou ONG travaillent de manière parallèle. Le proviseur d'un lycée se plaint d'être « harcelé », étant donné la multiplicité des activités de prévention que des structures entendent mettre en œuvre dans son établissement, souvent dans la même période. Comme le dit l'un des responsables à la direction provinciale de l'Action

sociale et de la Solidarité nationale de Kaya : « Par moments les gens se piétinent sur le terrain, les clubs AES, comité des élèves, clubs des jeunes contre le VIH sont structurés différemment et ne se concertent pas. » L'ONG FDC dans Kaya a entrepris de recenser les associations de jeunes qui luttent contre le sida ... Louable intention ! **La faiblesse des structures de coordination au niveau de certaines provinces est déplorée par les principaux intervenants** qui regrettent leur manque de dynamisme.

Des partenaires techniques et financiers estiment que le monde associatif est encore peu intégré aux mécanismes nationaux, et impliqué seulement partiellement. Ils considèrent que **l'expérience accumulée par les associations et les ONG peut être capitalisée et intégrée dans la politique globale**. Certains partenaires techniques et financiers entament un partenariat avec des associations ou des ONG sans que les structures du SP/CNLS soient au courant, alors que ce dernier constitue l'organe de coordination de tout le plan multisectoriel. D'autres ne donnent plus de fonds aux associations et passent par le SP/CNLS pour tous les projets communautaires. C'est le cas, par exemple, des Pays-Bas. D'autres partenaires techniques et financiers souhaiteraient du CNLS plus de transparence dans l'utilisation des différents fonds et regrettent d'être trop souvent perçus uniquement en termes d'opportunités financières.

Selon les informations reçues, un accord sur les règles essentielles serait obtenu au niveau des Nations Unies, grâce aux réunions régulières du groupe technique et du groupe thématique élargi, présidé par le représentant du PNUD et auquel participe le chef de file des bilatéraux (les Pays-Bas). C'est également leur chef de file qui représente les bilatéraux lors de l'assemblée générale du CNLS.

Bien d'autres partenariats se développent dans cette lutte contre le sida. Ainsi, nombre d'associations de base sont membres de réseaux nationaux ou internationaux. Ces derniers jouent un rôle important en fournissant des ARV. Des partenariats entre organisations religieuses de confession différente se réalisent également.

Et pourtant, des fausses notes sont encore audibles dans les différents secteurs. Nous nous attacherons seulement à en relever une dans le secteur de l'éducation. Il y a été fait allusion plus haut : le projet PPIE appuyé par le PNUD et le projet régional appuyé par l'UNESCO ont préparé deux curricula de formation sur le VIH/sida, fondés tous deux sur l'approche compétences ainsi que les guides pour les enseignants quasi simultanément. Aucune relation officielle n'existe entre ces deux projets et les deux s'ignorent, bien qu'ils relèvent tous deux du même ministère, aient été préparés tous deux dans les derniers mois et s'appuient, du moins en partie, sur les mêmes ressources humaines.

En résumé

Au niveau de la prise en charge des OEV, les appuis fournis par une structure sont rarement connus d'une autre et les organes de concertation, s'ils existent, n'apparaissent pas fonctionnels. Les causes en sont multiples. Un *Cadre stratégique de prise en charge des OEV* a été élaboré mais son efficacité dépend en grande partie du fonctionnement des partenariats.

Dans la prise en charge des PVVIH, il existe une certaine répartition des tâches : le suivi médical est assuré par les structures sanitaires publiques et privées ainsi que par certaines des associations de PVVIH. Les associations et la société civile sont les plus impliquées dans la prise en charge psychosociale, absolument essentielle.

Dans l'ensemble de la lutte contre le VIH et le sida en milieu scolaire, le partenariat structures étatiques/associations-ONG est diversement apprécié selon les interlocuteurs. Beaucoup s'accordent cependant pour dire qu'il y a une méfiance mutuelle et pour déplorer la faiblesse des structures de coordination au niveau de certaines provinces.

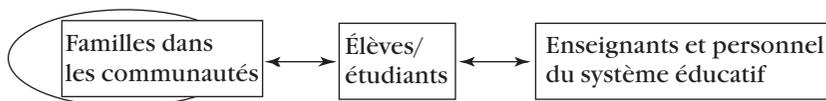
Bien d'autres partenariats se développent dans cette lutte contre le sida, nombre d'associations de base étant membres de réseaux nationaux ou internationaux.

VIII. Quelques suggestions pour diminuer l'impact du VIH et du sida sur le système éducatif au Burkina Faso

1. Pour une politique en matière de VIH et de sida dans le monde scolaire

Il est bien vrai, comme l'a souligné le ministre des Enseignements secondaire, supérieur et de la Recherche scientifique, lors de notre rencontre, que les jeunes dans les collèges et lycées ne représentent que 13 % de la population des jeunes en âge d'être scolarisés dans l'enseignement secondaire. Néanmoins en raison, entre autres, des investissements que réalise l'État burkinabé dans le système éducatif, en raison du rôle que peuvent jouer les élèves dans leur famille et dans leurs communautés et que certains jouent effectivement, il apparaît opportun que le pays se dote d'une politique en matière de VIH et de sida dans le monde scolaire (et universitaire).

Cette politique qui, bien entendu, s'intégrera dans la politique générale de l'État burkinabé, devrait permettre de penser la lutte contre le VIH et le sida pour toute la communauté éducative telle que le schéma ci-dessous la représente.



La communauté éducative comporte au minimum les élèves et étudiants, leurs familles et les communautés dans lesquelles ces familles sont intégrées, ainsi que les enseignants et les membres du personnel du système éducatif. **Une politique de prévention à l'intention des élèves doit intégrer les familles/communautés et les enseignants/membres du personnel du système éducatif.** Les uns et les autres peuvent être considérés comme des éducateurs et des relais, qui doivent jouer leur rôle, compte tenu de la position privilégiée (et parfois de la relation privilégiée) qu'ils ont à l'endroit des jeunes.

Cette politique donnera les grandes orientations de la lutte en termes d'éducation, afin de **redonner à l'éducation sa véritable place**, comme le souhaitent certains enseignants et également les jeunes, attachés aux fonctions dévolues aux pairs-éducateurs et aux clubs, comme les familles tentent de le réaliser au quotidien avec toutes les contraintes qu'elles connaissent. Apprendre aux jeunes qu'une relation sexuelle est autre chose qu'un jeu, apprendre à résister au chantage, à la contrainte, apprendre à négocier, apprendre à aimer, apprendre à soutenir psychologiquement et socialement une PVVIH dans leur environnement scolaire, familial ou social, telles sont quelques-unes des compétences de vie qu'une éducation solide doit développer.

Cette politique définira les **stratégies de prévention les plus appropriées en fonction de l'âge des apprenants et du niveau d'enseignement**. Jusque-là, **les écoles primaires ont été les grandes oubliées**, comme si l'éducation, quelle qu'elle soit, pouvait commencer à 13 ou 14 ans, comme si tous les élèves de l'éducation de base se retrouvaient dans l'enseignement secondaire, alors que chacun connaît les taux de déperdition tout au long de l'enseignement de base et lors de la transition entre le primaire et le secondaire.

Le *tableau 8.1* récapitule quelques-uns des thèmes qui pourraient figurer dans cette politique en matière de VIH/sida dans le monde scolaire, et au regard de ces thèmes les groupes cibles, les responsables et les partenaires.

Cette politique fera sienne la **lutte contre la stigmatisation en milieu scolaire**, dont on a vu qu'elle était particulièrement forte. Ainsi c'est une politique active qui se fixera de :

- travailler sur les représentations sociales de la maladie, et en particulier sur sida et vie sexuelle « débridée », sida et femme ;
- prendre davantage en compte les aspects socioculturels, en associant davantage les familles, surtout pour l'enseignement de base ;
- s'assurer que les modes de contamination sont totalement maîtrisés par tous, quel que soit leur niveau scolaire ;

- améliorer la compréhension du VIH et du sida et plus précisément des facteurs qui favorisent la contamination, ainsi que de la différence entre VIH et sida ;
- lutter contre la suspicion qui entoure les tests de dépistage du VIH et les non-dits autour de celui qui se fait dépister ;
- favoriser une meilleure prise en charge des personnes testées positives ;
- solliciter les témoignages de PVVIH et développer des images positives des PVVIH.

Ce sont quelques-unes des directions qui peuvent trouver place dans un axe stratégique spécifique à cette stigmatisation, principale cause du mur de silence décrit au cours de cette étude et de l'autostigmatisation, qui aggravent considérablement les perturbations liées au VIH et au sida en matière d'offre, de demande et de qualité éducatives. Dans ce cadre, la politique doit prévoir un important volet « plaidoyer » contre la stigmatisation qui doit mobiliser toutes les énergies, celles des leaders en premier lieu, mais aussi celles des élus au niveau national comme au niveau local, celles des responsables religieux, celles de tous ceux qui sont reconnus et écoutés dans la communauté éducative. Organiser la discussion dans les mosquées, les églises, les temples et autres lieux de culte, encourager les uns et les autres à prendre conscience des facteurs sociaux qui alimentent l'épidémie, et des répercussions du VIH et du sida sur la communauté, lancer un appel en faveur de la solidarité à l'égard des PVVIH sont des activités qui participent à ce plaidoyer. L'engagement et la volonté de chacun permettront d'identifier et de réaliser les activités de plaidoyer efficaces en fonction du milieu.

Cette politique mettra un **accent particulier sur les filles et les femmes** dans le système éducatif en raison de leur sous-représentation dans le système, la banalisation des relations sexuelles entre enseignants et élèves, la dépendance des filles à l'égard des « cadeaux » des hommes d'un certain âge, des stéréotypes résistants à leur égard, des taux de prévalence de plus en plus élevés chez les élèves filles et étudiantes (cf. les résultats de la campagne de dépistage en milieu scolaire et

universitaire), la déscolarisation plus fréquente des filles lorsqu'un parent est atteint ou décédé, et la charge des OEV qui revient de plus en plus aux grands-mères.

Tableau 8.1 Quelques éléments pour une politique en matière de VIH et de sida dans le monde scolaire

Thèmes	Groupes cibles	Responsables	Partenaires
Éducation préventive.	Élèves/étudiants, enseignants et personnel du système éducatif, familles/communautés.	Directions chargées de l'élaboration des programmes. CMLS du MEBA et MESSRS. Cellules-relais aux différents niveaux. Directeurs des écoles primaires.	ONG et associations spécialisées dans l'éducation ainsi que le VIH et le sida. Pairs-éducateurs. Formateurs. Écoles de formation des enseignants. Comités provinciaux, départementaux et villageois. Services de santé et d'action sociale. Leaders religieux. Personnes-ressources. PTEF*.
Dépistage.	Élèves/étudiants, enseignants et personnel de l'aire éducative**, familles/communautés.	CMLS MEBA, MESSRS et services du ministère de la Santé.	Autorités scolaires. Associations de PVVIH. ONG. Pairs éducateurs. Comités provinciaux. PTEF
Prise en charge des PVVIH.	Élèves/étudiants, enseignants et personnel du système éducatif.	CMLS du MEBA, MESSRS et ministère de la Santé. Associations de PVVIH.	Autorités scolaires. Services d'action sociale. Communautés. PTEF.
Prise en charge des OEV.	OEV, familles d'accueil.	Ministère de l'Action sociale. MEBA, MESSRS. Directeurs/proviseurs. Communautés.	ONG et associations spécialisés dans éducation et VIH/sida. Leaders religieux. Personnes-ressources. PTEF.
Lutte contre la stigmatisation.	Tout public.	SP/CNLS-IST et les leaders à tous niveaux.	Médias. ONG, associations de PVVIH. Autorités scolaires. Leaders religieux. Personnes-ressources. Associations de parents d'élèves. Communautés. PTEF.
Suivi de l'impact de l'épidémie.	Élèves/étudiants, enseignants et personnel du système éducatif, familles/communautés.	Autorités scolaires. DRH.	Comités provinciaux, départementaux et villageois. ONG et associations
Coordination/concertation.	Responsables et partenaires.	Comités provinciaux.	Tous groupes-cibles sont en même temps des partenaires.

Suivi/évaluation de la politique en matière de VIH/sida dans le monde scolaire.	CMLS des MEBA et MESSRS Ministère de la Santé. Coordination des ONG.	SP/CNLS-IST.	Tous les responsables et partenaires impliqués dans cette politique
---	--	--------------	---

* PTEF : Partenaires techniques et financiers.

** À l'instar de ce qui a été réalisé lors de la campagne de dépistage dans le monde scolaire en 2004. Ce dépistage a concerné ceux qui se trouvent aux abords des établissements et sont impliqués indirectement dans la vie scolaire comme les vendeuses de nourriture, les réparateurs de cycles ...

2. Pour une plus grande concertation et une meilleure harmonisation

La multiplication des comités, certains calqués sur l'organigramme des ministères, d'autres sur le découpage administratif du pays, ne facilite pas ce travail collectif au centre duquel doivent se situer les familles, les élèves et les enseignants. D'après les propos entendus, le SP/CNLS essaie de coordonner, mais la tâche est complexe et les duplications ne manquent pas, tant dans le domaine de la prévention que dans celui de la prise en charge des OEV. La tâche est multidimensionnelle et la participation de tous dans cette lutte est nécessaire, mais il est nécessaire aussi qu'il y ait une réelle concertation des différents acteurs, **concertation qui pourrait se situer au niveau provincial sous la responsabilité des comités provinciaux.**

Cette concertation ne signifie pas la mainmise du comité provincial sur les financements que les différents intervenants obtiennent de partenaires différents, mais une réflexion commune, un dialogue régulier sur la programmation des activités et la mise en œuvre de certains partenariats. Parvenir à mettre en commun la liste des OEV pris en charge dans le domaine de la scolarisation constituerait, entre autres, un pas important dans la coordination des actions et l'apprentissage du partenariat.

Une périodicité assez rapprochée des réunions (par exemple bimestrielle) de ces différents acteurs permettrait :

- une meilleure programmation des activités de prévention dans le temps et dans l'espace scolaire de la province au lieu d'une

concentration de ces activités autour de la date du 1^{er} décembre et dans les seules agglomérations urbaines, et parfois même dans les mêmes établissements, considérés comme des établissements-phares ;

- une collaboration plus efficace, tant dans les activités de prévention que dans celles de prise en charge, en particulier des OEV.

D'autres niveaux de concertation pour une meilleure harmonisation des activités dans le monde scolaire sont également importants : le niveau central et le niveau local.

Au niveau central, une **concertation périodique entre les CMLS des ministères chargés de l'Éducation** apparaît comme la base de toutes les autres. Même si la structuration est différente au niveau des cellules-relais, c'est le même enfant burkinabé qui passe de l'enseignement de base à l'enseignement secondaire, ce sont les mêmes familles qui ont des enfants dans l'un et l'autre niveau d'enseignement. Mais sur cette alliance de base doivent s'en construire d'autres, tant avec le milieu associatif (associations et ONG) qu'avec les partenaires techniques et financiers.

Peut-être cela nécessite-t-il l'établissement de connexions plus étroites entre les cellules du SP-CNLS/IST (cf. organigramme en *annexe 6*), en particulier entre les cellules des ministères (Santé ou autres ministères) et celle chargée de la communauté, des OBC et des ONG.

Au niveau local, des agglomérations et des villages, il est également important que les forces se coalisent : les cellules-relais, là où elles existent, les comités d'établissement, et toutes les structures qui luttent localement contre le VIH/sida doivent pouvoir se réunir périodiquement pour faire le point des activités menées, des difficultés rencontrées, des résultats obtenus et des autres activités à mener.

La question de leadership au niveau de ces concertations peut se poser. À tous les niveaux, les premiers responsables, y compris les plus hauts, sont les présidents des différentes structures de la

lutte contre le VIH/sida. Leur engagement est souvent réel, mais bien évidemment, ils sont amenés à déléguer une part de cette responsabilité à des adjoints. Le renforcement de leur implication aussi bien pour inciter les enseignants et les jeunes à faire le test du dépistage que pour lutter contre la stigmatisation est souhaitable. Par exemple, les enseignants peuvent être incités à se faire dépister, s'ils voient leurs responsables, aux différents niveaux, le faire publiquement. De même, si des responsables du monde scolaire sont séropositifs et témoignent de leur statut sérologique, des progrès importants dans le combat contre la stigmatisation et l'autostigmatisation seront ainsi réalisés. Un engagement personnel et non plus seulement professionnel des directeurs/proviseurs et autres autorités scolaires mériterait d'être encouragé. La réussite du plaidoyer évoqué plus haut au sujet de la lutte contre la stigmatisation repose en grande partie sur les capacités de mobilisation des différents leaders.

La liaison sida/désintéressement financier pour ceux qui sont impliqués dans cette lutte, liaison dont les élèves et les enseignants ont abondamment parlé, peut rendre plus complexe le choix de ceux qui doivent faciliter la concertation. Plus la transparence dans la gestion des fonds alloués à cette lutte sera effective, moins ce type d'allégations se retrouvera et moins seront suspectées les motivations des personnes qui s'engagent. La responsabilité des PTEF est également importante en la matière³¹.

La concertation pourrait également se réaliser au niveau du suivi.

3. Pour le développement d'une culture de suivi/évaluation

Nombre de nos interlocuteurs sur le terrain ont déploré l'absence de suivi dans le combat entrepris contre le VIH/sida dans le système éducatif. En effet, bien souvent, des activités de prévention dans le milieu scolaire ou de prise en charge des OEV sont menées de manière ponctuelle, en fonction des financements, des partenaires ou des

31. Le nouveau *Cadre stratégique*, en cours d'élaboration, prévoit près de quatre fois plus pour la prévention/formation que pour la prise en charge des PVVIH.

projets, sans même que les uns et les autres sachent si cette activité aura une suite quelque temps après ou si, par exemple, elle sera programmée chaque année. L'une des raisons principales de ce qu'il faut bien appeler « un pilotage à vue » vient de la grande dépendance à l'égard des partenaires financiers. Peu de structures imaginent qu'elles pourraient faire une activité sans financement extérieur. Rares sont les associations qui, à l'instar d'ASEV, essaient de constituer un fonds de roulement pour leurs actions.

Dans l'analyse des problèmes en suspens pour la prise en charge des OEV, la question du **suivi scolaire** a été soulevée. Apporter un appui pour l'inscription d'un OEV dans l'enseignement de base comme dans l'enseignement secondaire est important, dans la mesure où les difficultés d'ordre économique sont les causes les plus fréquemment citées de la déscolarisation des enfants, dont les parents sont malades ou décédés. Mais si aucun suivi des difficultés rencontrées par cet enfant n'est réalisé, l'appui financier risque de ne pas porter beaucoup de fruits. **Des mécanismes de suivi doivent donc être mis en place** pour que l'enfant se sente soutenu et suivi, pour que soient identifiés les obstacles à sa réussite scolaire et mises en œuvre les mesures nécessaires à celle-ci. Les APE peuvent contribuer à ce suivi ainsi que les chefs des CEB. Certains taxeront peut-être ces propositions d'utopiques, mais l'appui à la scolarisation ne se réduit pas au paiement des frais de scolarité. Ce suivi, comme toutes les mesures de soutien à l'égard des OEV, doit être fait en prenant garde à ce qu'il n'engendre pas de stigmatisation. En effet, certains pays, comme l'Afrique du Sud, ont développé des interventions visant au maintien des OEV à l'école en fournissant matériels scolaires et uniformes. Celles-ci ont eu des effets inverses : le fait d'avoir un nouveau cahier désignait en fait ces élèves comme « enfants du sida ».

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

de cette culture de suivi/évaluation : des activités de prévention, en particulier dans le domaine de l'information, se répètent sans qu'une évaluation, même rapide, des précédentes soit faite. Il n'est pas étonnant dans ces conditions que les enseignants du secondaire ne soient pas enthousiasmés par les séances répétitives où ils ont le sentiment de ne pas apprendre d'informations nouvelles (même si leur manque d'enthousiasme peut s'expliquer par d'autres raisons). **Inclure une évaluation rapide aux termes des activités de prévention, dans l'esprit d'une identification des besoins**, peut être réalisé dans la majorité des cas.

La nécessité d'évaluations, internes et externes, des différentes structures impliquées dans la lutte en milieu scolaire doit être comprise comme une condition de l'efficacité des actions. L'objectif n'est pas seulement d'informer, mais de s'assurer que cette information a été bien comprise, intégrée par ceux à qui elle était destinée et qu'elle pourrait susciter auprès de ce public les attitudes et comportements souhaités pour une meilleure prévention.

4. Pour une prévention plus efficace

L'enquête a montré tout à la fois la grande demande des élèves, des plus jeunes aux plus âgés, en matière d'activités de prévention en milieu scolaire, et l'insuffisance de la réponse institutionnelle. Rappelons que :

- 31,1% seulement des enseignants interrogés ont dit avoir reçu une formation en matière de VIH/sida (47,3 % des enseignants du secondaire et 22,6 % de ceux du primaire) ;
- 90,3 % des enseignants interrogés ne disposent pas de matériels didactiques préparés pour des activités de prévention sur le VIH et le sida avec les élèves ;
- 51,9 % des enseignants estiment qu'il n'y a pas d'activités de prévention dans leur établissement.

L'intégration de l'éducation sur les questions touchant au VIH et au sida dans les programmes de formation des enseignants et dans le

curriculum des élèves est prévue dans le document du PDDEB. Selon ce même PDDEB, avant 2004, tous les enseignants, les directeurs et les conseillers pédagogiques devaient avoir suivi un stage de perfectionnement sur les nouvelles approches pédagogiques, le nouveau curriculum et les activités relatives au VIH et au sida. Certes, l'élaboration du nouveau curriculum a connu du retard et ceci, nous a-t-on dit, explique cela.

Néanmoins, il est **urgent de former tous les enseignants au niveau de chaque province en s'appuyant sur les compétences de ceux qui ont déjà été formés**³². L'intervention de personnel de santé, telle que souhaitée par la majorité des élèves de CM1/CM2 interrogés, doit être examinée avec attention, de même que celle de certains parents.

Au **niveau de l'enseignement de base, l'intégration dans le programme d'une formation adaptée à chaque classe doit être réalisée**, même à titre transitoire. On ne peut attendre en effet que les curricula basés sur les compétences soient élaborés, expérimentés, finalisés pour les six cours des écoles primaires et que les modules sur le VIH et le sida soient inclus dans ces curricula, car ce travail prendra des années pendant lesquelles des élèves risquent de quitter l'école primaire sans avoir été préparés à affronter les risques liés au VIH et au sida.

Deux projets expérimentent ou sont sur le point d'expérimenter des modules sur le VIH/sida pour l'enseignement de base (écoles primaires et centres d'éducation de base non formelle). On ne peut que souhaiter qu'un produit issu de ces expérimentations soit rapidement disponible.

Pour **l'enseignement secondaire**, comme les jeunes l'ont souhaité, à l'instar de ce qui s'est développé, il faut arriver à imaginer

32. La fameuse question des *per diem* se posera bien entendu. Le débat dépasse les seules formations sur le VIH/sida et mérite une recherche de solutions qui permettent de valoriser les formations reçues dans le cadre de la promotion des personnes formées et du développement des carrières.

une **organisation dans laquelle les jeunes au sein des clubs et associations ont un rôle central et dans laquelle les enseignants et autres adultes disponibles** (aussi bien du personnel de santé que des PVVIH ou des parents) ont une **fonction essentielle de référence et de conseil**. Pour être sûr que chaque élève bénéficie de l'information et de l'éducation, il reste nécessaire que ces questions aient une place suffisamment importante dans le programme de chaque année, intégrée dans une discipline d'accueil. On évoque souvent les sciences de la vie et de la terre, mais en fait, toute discipline peut être considérée comme une discipline d'accueil, si les enseignants sont formés.

On peut s'étonner que les élèves du 1^{er} cycle du secondaire, et en particulier les filles, soient si peu sensibilisés aux risques qu'ils courent en ayant des relations intimes avec leurs enseignants. La banalisation de la situation par le monde éducatif, la volonté des autorités de minimiser les problèmes, tant pour éviter la honte à l'élève, surtout si c'est une fille, qu'à l'établissement ou à la circonscription d'éducation de base, doit faire réfléchir. L'existence même de l'expression « moyennes sexuellement transmissibles » doit susciter des réactions, c'est toute la qualité de la formation et de l'éducation qui est ainsi compromise. Il est temps que ce problème soit discuté et analysé avec les professeurs et avec les élèves, et non pas occulté dans les animations avec ces derniers, sous prétexte que ces relations sont interdites comme on nous l'a dit durant l'enquête. Il est nécessaire également que la loi 043/96/ADP sur les violences en milieu scolaire soit revue dans sa formulation et appliquée.

De même, il est nécessaire d'intégrer dans les discussions avec les élèves, à partir du CM1/CM2, la question des propositions d'hommes d'un certain âge, assorties de promesses de cadeaux. Les informations issues de l'enquête sont à ce sujet très révélatrices de la puissance de ces cadeaux sur les jeunes, de la naïveté de quelques-uns, et de la résignation de beaucoup face à ce qu'ils croient inéluctable. Ce travail d'éducation relève à la fois de la famille et de l'école.

Des résultats remarquables ont été obtenus en matière de dépistage au niveau des élèves, en particulier des filles. Faire comprendre aux jeunes que la connaissance de leur statut sérologique leur est utile et assurer leur suivi, en cas de séropositivité, fait partie de la politique à développer à l'intention des jeunes scolaires. Il importe de le poursuivre dans tous les établissements secondaires et d'accéder à la demande formulée par un nombre important d'entre eux : **rendre possible le test de dépistage sans autorisation parentale à partir de 16 ans**, au lieu des 18 ans actuellement. « On peut faire des rapports sexuels avant 18 ans et être infecté et infecter d'autres personnes », ont dit à maintes reprises, lors des groupes de discussion, des élèves de classe de 3^e que nombre de parents prennent encore pour des enfants, alors qu'ils sont sexuellement actifs. Bien entendu le conseil avant et après test est essentiel à tout âge.

5. Pour une amélioration de la prise en charge des personnes infectées et affectées

Les enseignants et les autorités scolaires rencontrés l'ont tous dit : si les enseignants savent qu'il y a une prise en charge en cas de séropositivité, ils feront beaucoup plus facilement le test de dépistage. **Le soutien socio-économique que les CMLS** des ministères de l'Éducation fournissent doit être **maintenu et donné en temps opportun pour les quatre trimestres** que comporte l'année et dans une confidentialité totale, sans laquelle les PVVIH ne se déclareront pas, compte tenu de la force de la stigmatisation et de la discrimination à leur égard.

Au-delà de ce soutien économique, c'est d'une prise en charge globale, médicale et psychosociale dont toutes les PVVIH ont besoin. Il est certain que des enseignants vivant avec le VIH en milieu rural auront beaucoup de mal à bénéficier de cette prise en charge. Il faut donc qu'ils puissent **obtenir une mutation dès qu'ils connaissent leur séropositivité et sans attendre que la maladie se soit déclenchée**. C'est là la difficulté majeure car demander cette mutation avec les

résultats du test, c'est avoir de grandes chances d'obtenir la mutation, mais avec de grands risques de stigmatisation, la demander sans les résultats du test c'est risquer de ne pas l'obtenir. C'est l'une des raisons pour lesquelles la lutte contre la stigmatisation nous paraît essentielle. Comment sortir de cette quadrature du cercle ? Il serait souhaitable qu'un groupe consultatif comprenant des représentants des ministères chargés de l'Éducation, des syndicats, des associations de PVVIH et des personnes-ressources soit constitué et fasse des propositions aux CMLS desdits ministères. La grande mobilité du personnel de l'éducation de base qui, par certains côtés, constitue une contrainte, peut dans le cas présent être vue comme une opportunité qui facilitera, au moins au sein d'une province ou d'une région, le transfert d'une PVVIH vers un centre urbain.

Nous voudrions **insister sur l'accompagnement psychosocial** aussi bien pour les PVVIH que pour leur entourage familial, et en particulier leurs enfants ainsi que pour les orphelins. Aujourd'hui, c'est surtout au sein des associations de PVVIH que cet accompagnement est assuré ainsi que dans quelques centres hospitaliers, grâce aux groupes de parole ou de soutien, grâce aux entretiens individuels avec des personnes formées. Les centres d'écoute qui sont en voie de création dans certains endroits pourraient également aider à cette prise en charge psychologique des élèves infectés ou affectés, à condition qu'ils puissent être écoutés par des personnes formées.

Soutenir les familles qui accueillent des OEV, financièrement d'abord, mais aussi moralement, à travers la communauté à laquelle ils appartiennent. Cette approche communautaire, beaucoup plus difficile à mettre en œuvre en milieu urbain, est encore réalisable en milieu rural sous certaines conditions, à l'image de ce qu'IPC a pu mettre en œuvre. Les OEV identifiés par la communauté sont pris en charge et une collaboration entre communauté/familles/école peut se construire. Il est alors plus aisé de prévenir la déscolarisation des enfants affectés par la maladie ou le décès d'un proche.

6. Pour une rénovation du système éducatif

Toutes les propositions précédemment faites doivent permettre de réduire les effets négatifs, mais il est nécessaire, comme l'ont exprimé maints auteurs, d'aller au-delà et d'utiliser certaines situations pour transformer le système éducatif et en faire un véritable outil de développement.

Dans cette dernière section, nous prendrons quelques exemples, et en premier lieu celui de l'absentéisme des enseignants, absentéisme qui a bien d'autres causes que le VIH ou le sida comme indiqué plus haut, mais dont les effets sur la qualité de l'éducation sont indubitables.

Le renforcement du pouvoir de contrôle de l'inspecteur, chef de la CEB, et celui du suivi de l'assiduité des enseignants par les parents d'élèves, les APE et les AME pourraient **limiter l'absentéisme non motivé de certains**. Une meilleure gestion du personnel pourrait contribuer à lutter contre cette contrainte majeure. Durant l'enquête, on nous a ainsi signalé l'absentéisme, l'année scolaire passée, deux jours sur cinq, chaque semaine, d'une enseignante qui habitait à plus de 30 km de son lieu d'affectation. L'impunité dont cette enseignante a bénéficié suscite certaines interrogations sur la volonté de lutter effectivement contre ce problème. En d'autres termes la communauté peut et doit avoir un droit de regard sur l'assiduité de l'enseignant, mais elle doit être soutenue dans ce droit de regard par les autorités scolaires.

L'absentéisme motivé par des raisons de santé appelle évidemment un autre traitement. Quelques cas d'aménagements d'horaires ont été cités au cours de l'enquête. Ils peuvent permettre une réorganisation du temps d'apprentissage, plus productive pour les élèves que des absences répétées et irrégulières. **Centrer la réflexion sur le temps d'apprentissage** plus que sur le temps de présence en classe est une piste à creuser. La souplesse que requièrent de tels aménagements est l'un des aspects positifs que le VIH et le sida peuvent susciter au sein du système éducatif burkinabé.

Comme on l'a déjà dit, pour lutter contre l'absentéisme d'une personne atteinte par le VIH/sida, il faudrait combattre la stigmatisation et faciliter la mutation vers les centres urbains des PVVIH qui pourront y bénéficier d'une prise en charge globale.

De même, la **participation des élèves à la construction de leur propre savoir en matière de santé de la reproduction, de VIH et de sida**, ainsi que la **contribution des services de santé et d'action sociale au travail de prévention dans les établissements** peuvent avoir une **influence novatrice sur les approches pédagogiques**.

Constituer dans l'enseignement de base, mais aussi dans le premier cycle de l'enseignement secondaire, des groupes par âge et par sexe, dans lesquels les élèves seront plus à l'aise qu'au sein d'une classe surchargée et hétérogène pour discuter des questions liées à la vie, peut changer le mode de fonctionnement éducatif. Depuis des années, les réformateurs disent et redisent que les enseignants ne sont pas les seuls pourvoyeurs de savoir à l'école. La prévention du VIH et du sida au sein des établissements peut donner l'opportunité de mettre en œuvre une telle réalité et de chercher à étendre, là où c'est possible, l'implication de toutes les compétences dans le travail éducatif.

Simultanément redonner aux enseignants leur rôle d'éducateurs, au lieu d'être, comme mentionné par des enseignants au cours de l'enquête, des « serviteurs du programme » est l'une des directions que peut prendre la fameuse revalorisation des enseignants. Le Burkina Faso a des atouts dans l'enseignement de base que certains pays de la sous-région peuvent lui envier : des enseignants jeunes, ayant bénéficié d'une année de formation et une structure de formation continue avec les GAP. Ces atouts, même s'ils souffrent de certaines insuffisances, doivent être exploités, non seulement dans la lutte contre le VIH et le sida, mais aussi pour la construction d'une éducation de qualité.

Cette **éducation de qualité doit à coup sûr être renforcée**. La bataille pour le développement de l'accès et l'atteinte de certains taux de scolarisation ne doit pas reléguer au deuxième plan celle de la qualité,

car elles sont intimement liées. À quoi sert-il d'envoyer des enfants à l'école s'ils ne réussissent pas à apprendre ? Innover pour lutter contre le VIH et le sida, innover pour développer une éducation de qualité, qui permettra aux enfants un apprentissage plus efficace et plus adapté aux conditions du milieu, tel doit être le souci des responsables du système éducatif à tous les niveaux. La formation initiale et continue des enseignants et leur soutien constituent des conditions essentielles au renforcement de cette qualité.

Durant leur formation initiale, il importe que les enseignants apprennent à centrer leur attention sur les enfants, beaucoup plus que sur les programmes, et qu'ils soient capables de détecter les signes de vulnérabilité des enfants, vulnérabilité liée au VIH et au sida ou à d'autres problèmes, en particulier celui de la pauvreté dans le milieu familial.

Lorsqu'ils sont en poste, il est nécessaire qu'ils bénéficient d'un plus grand soutien, d'abord par l'intermédiaire du directeur/proviseur, dont le rôle est essentiel, puis par le biais de mécanismes qui mettent plusieurs établissements en réseau, ou encore par le canal des conseillers pédagogiques/superviseurs.

Conclusion

Plutôt qu'une synthèse des différents éléments analysés au cours de l'étude, que le lecteur peut retrouver dans les résumés à la fin des *chapitres 3, 4, 5, 6 et 7*, cette conclusion sera un cri du cœur pour que :

- toutes les PVVIH ayant besoin d'ARV, et non pas seulement les 6 % qui en bénéficient actuellement, puissent les avoir. Ce n'est pas utopique, c'est un problème qui peut être résolu si la communauté internationale et la communauté burkinabé se mobilisent, s'engagent totalement et s'organisent. La coordination dans la fourniture des ARV est positive, mais elle ne doit pas bloquer les initiatives qui permettraient un approvisionnement beaucoup plus important ;
- la stigmatisation/discrimination soit attaquée de front et diminuée. Les PVVIH ont les mêmes droits et les mêmes responsabilités que les autres citoyens burkinabé, entre autres, le droit à être protégées contre toute forme de discrimination. Nous sommes persuadés que celle-ci aggrave les effets du VIH et du sida sur l'offre, la demande et la qualité éducatives car elle constitue un frein puissant pour un dépistage précoce et une gestion adéquate de la séropositivité à titre individuel et communautaire ainsi que professionnel ;
- les enseignants vivant avec le VIH aient une place dans le système éducatif, non pas comme impotents, ce qu'ils ne sont pas, sauf en fin de vie, mais comme des personnes-ressources dans la lutte contre le VIH/sida. Qu'ils ne soient pas marginalisés mais puissent participer à la prévention, qu'ils puissent témoigner et contribuer ainsi à abattre le mur du silence, et qu'ils puissent participer à la planification et à l'exécution de programmes et de services appropriés ;
- les OEV bénéficient d'une prise en charge globale (socio-économique, médicale, éducative et psychosociale) et que les communautés et familles qui les élèvent soient soutenues dans cette prise en charge, ce qui suppose une organisation locale pour une éducation et une formation adaptées à leur âge et à leur profil scolaire ;

- les jeunes, scolarisés, déscolarisés ou non scolarisés puissent disposer des informations et des compétences leur permettant de prendre les décisions judicieuses en matière de relations sexuelles, résister à des pressions qui les poussent à des rapports sexuels non désirés, et négocier des rapports protégés, ce qui sous-entend une éducation appropriée ;
- l'engagement et la mobilisation au niveau national, déjà importants au Burkina Faso, soient renforcés et durables. Que la force de l'implication des responsables à tous les niveaux et la force du monde associatif, singulièrement bien développé au Burkina, ne soient pas suspectées dans la lutte contre le sida par la population en général et celle du monde de l'éducation en particulier.

« La pandémie de sida est maintenant arrivée à un stade tellement avancé qu'il n'est plus temps de se désoler, de réfléchir, de discuter [...] il faut prendre des mesures concrètes à chaque heure de chaque jour. »
(Nelson Mandela)

Références

- Allain, L. 2004. *Évaluation d'une campagne de dépistage du Virus d'Immunodéficience Humaine (VIH) en milieu scolaire et universitaire au Burkina Faso*. Ouagadougou. Non publié.
- Allemano, E. 2003. *Le sida en Afrique subsaharienne : une menace pour la qualité de l'éducation. Cadre analytique et implications pour les politiques éducationnelles*. Paris : Association pour le développement de l'éducation en Afrique.
- Association Laafi la Viim. 2004. *Conseil dépistage volontaire du VIH/sida. Rapport annuel d'activités (janvier à décembre 2004)*. Ouagadougou. Non publié.
- BASP 96. 2001. *Analyse de la situation et de la réponse aux IST/VIH/SIDA dans le secteur de l'éducation*. Ouagadougou : SP/CNLS-IST.
- Bicaba, A. ; Kpatchavi, C.A. 2004. *Évaluation du projet d'appui aux plans d'action de lutte contre le VIH/sida du monde communautaire*. Ambassade du Royaume des Pays-Bas, SP/CNLS-IST. Ouagadougou.
- Boily, M.-H. ; Martin, F. ; Larivière, S. 2001. *Impact du VIH/sida sur les secteurs sociaux : le cas de la santé et de l'éducation*. Communication présentée à la Conférence satellite de la CISMA, tenue à Ouagadougou en décembre 2001.
- Campagne mondiale 2004 contre le sida. 2004. *Femmes, filles, VIH et sida : aperçu stratégique et note explicative*. Note stratégique. Campagne mondiale pour l'éducation 2005. *Inaction mortelle. Une étude transnationale des réponses éducationnelles au VIH/sida*. Novembre 2005. Consulté sur Internet, août 2006 sur : www.campaignforeducation.org/resources/Nov2005/FRENCHdeadlyinertia.pdf
- Centre Muraz. 2005. *Projet VIH et IST en milieu rural, urbain et sectoriel (VIRUS)*. SP/CNLS-IST, ministère de la Santé. Ouagadougou.

- FASAF/CERFODES/UNICEF. 2004. *Urgence positive pour l'accélération de l'éducation des filles : mise en place du paquet minimum éducatif dans le cadre de l'initiative 25 d'ici 2005*. Ouagadougou : UNICEF.
- Global HIV Prevention Working Group. 2004. *HIV Prevention in the era of expanded treatment access*. Consulté sur internet : www.gatefoundation.org.
- Grégoire, L.-J. ; Tiendrebeogo, J.A. ; Saba, M. ; Boily, M.-H. ; Martin, F. 2003. *VIH/SIDA et développement au Burkina Faso*. PNUD, SP/CNLS-IST, Université Laval, Québec, Canada, 251 p. Québec : Idea-International
- Guiella, G. 2004., *Santé sexuelle et de la reproduction des jeunes au Burkina Faso : un état des lieux*. Occasional Report, New York : The Alan Guttmacher Institute, 2004, N° 12.
- Institut national de la Statistique et de la Démographie. 2004. *Enquête démographique et de Santé 2003*. Ouagadougou : ministère de l'Économie et du Développement.
- International HIV/AIDS Alliance. 2004. *Living proof, Community Action on AIDS*. Brighton : International HIV/AIDS Alliance.
- Kelly, M. J. 2000. *Planifier l'éducation dans le contexte du VIH*. Paris : IPE-UNESCO, Paris.
- Ministère de l'Action sociale et de la Solidarité nationale. 2003a. *Analyse de la situation des orphelins et enfants vulnérables*. Ouagadougou. Non publié.
- Ministère de l'Action sociale et de la Solidarité nationale. 2003b. *Analyse de la situation des orphelins et enfants vulnérables en matière de besoins socio-économiques et d'éducation*. PNUD/DANIDA/IDEA International. Ouagadougou.
- Ministère de l'Action sociale et de la Solidarité nationale. 2004. *Cadre stratégique de prise en charge des orphelins et autres enfants vulnérables 2005-2014*. Ouagadougou. Non publié.

- Ministère de l'Enseignement de base et de l'Alphabétisation. *Plan décennal de développement de l'éducation de base 2001-2010*. Ouagadougou : MEBA.
- Ministère de l'Enseignement de base et de l'Alphabétisation. *Annuaire statistiques, 2000-2003*. Ouagadougou : MEBA.
- Ministère de l'Enseignement de base et de l'Alphabétisation. 2004 et 2005. *Plans d'action 2004 et 2005 de lutte contre le VIH/sida et les IST du CMLS/MEBA*. Ouagadougou : MEBA.
- Ministère de l'Enseignement de base et de l'Alphabétisation/PNUD. 2004. *Programme Pilote Intégré Éducation VIH/sida et NTIC*. Ouagadougou : MEBA.
- Ministère des Enseignements secondaire, supérieur et de la Recherche scientifique, *Rapports d'activités du CMLS/MESSRS* (2003 et 2004). Ouagadougou. MESSRS.
- Ministère des Enseignements secondaire, supérieur et de la Recherche scientifique, *Annuaire statistiques, 2000-2001, 2001-2002, 2002-2003*.
- Ministère de l'Enseignement de base et de l'Alphabétisation. 2001. *VIH/sida et secteur de l'Éducation*. Communication présentée à la Conférence satellite de la CISMA, tenue à Ouagadougou en décembre 2001.
- ONUSIDA. 2004. *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida*. Genève : ONUSIDA.
- Ouédraogo, C. 2002. *Le programme Axios en faveur des OEV en contexte de VIH/sida*. Ouagadougou. Non publié.
- Oxfam/Global Campaign for Education. 2004. *Learning to survive*. www.oxfam.org/eng/pdf/doc/GCE_educ_survive.pdf
- PAMAC. 2004. *Bilan de la campagne nationale de conseil dépistage en milieu scolaire et universitaire*. CNLS-IST.

- Pilon, M. 2003. *Population, éducation et développement dans les pays du Sud : synthèse des contributions pour la 36^e session de la Commission de la population et du développement de l'ONU*. Population, éducation et développement. New York.
- Pilon, M. ; Wayack, M. 2003. *La démocratisation de l'enseignement au Burkina Faso : que peut-on en dire aujourd'hui ?* Cahiers d'études africaines, XLIII(1-2), 169-170, 2003, p. 63-86.
- Plan Burkina. 2004. *Stratégies de mise en œuvre de la Leçon de vie au Sanmatenga*. Ouagadougou. Non publié.
- PNUD. 2001. *Rapport national sur le développement humain au Burkina Faso : lutte contre le VIH/sida*. Ouagadougou : PNUD.
- RAJS. 2003. *Rapport de synthèse des activités du RAJS*. Ouagadougou. Non publié.
- RAJS/BF. 2005. *Rapport général de l'atelier bilan annuel 2003/2004 du RAJS/BF*. Ouagadougou. Non publié.
- ROCARE/ERNWACA. 2004 (juin). *Rapport de l'atelier régional ROCARE/IPE. Réponses de la recherche face à l'impact du VIH/sida sur les systèmes éducatifs en Afrique de l'Ouest et du Centre*. Bamako : ROCARE.
- SNEA-B ; SNESS ; Internationale de l'Éducation. 2004. *Manuel de formation et de documentation de référence sur l'éducation à la santé et la prévention du VIH/sida et des IST à l'école*. Préparé pour l'IE et l'OMS par Health and Human Development Center, 2^e édition, janvier 2004.
- Somé, P.A. ; Van Renterghem, H.; Millogo, B. 2002. *La problématique des orphelins et enfants vulnérables, les réponses communautaires*. Conférence mensuelle CICDOC/PNUD. Ouagadougou : PNUD.
- SP/CNLS-IST. *Analyse de la situation de l'épidémie du VIH/sida et des MST*. Ministère de la Santé. Ouagadougou.

- SP/CNLS-IST. 2001. *Cadre stratégique de lutte contre le VIH/sida 2001-2005*. Ouagadougou.
- SP/CNLS-IST ; 2002 ; *Analyse de la situation du VIH/sida au Burkina Faso*. Programme APAC. Ouagadougou : SP/CNLS.
- SP/CNLS-IST. 2004. *Bilan général de la mise en œuvre du Plan national multisectoriel de lutte contre le VIH/sida et les IST de l'année 2004*. Ouagadougou : SP/CNLS.
- Taverne, B. ; 1996. *Stratégie de communication et stigmatisation des femmes, lévirat et sida au Burkina Faso*. Sciences Sociales et Santé, Vol 14, n°2, p. 87-106.
- Tavi Ouattara, A.Y. 2002. *Évaluation de l'opération d'aide à la scolarisation des orphelins et enfants vulnérables*. Ouagadougou. Non publié.
- UERD. 2004. *Évolution de l'enseignement secondaire au Burkina Faso de 1960 à 1999 : Analyse des bulletins de statistiques scolaires*. Ouagadougou : Université de Ouagadougou.
- UNAIDS ; UNICEF ; USAID. 2004. *Children on the Brink 2004. A Joint Report of New Orphan Estimates and a Framework for Action*. New York : UNAIDS ; UNICEF ; USAID.
- UNICEF. 2002. *Les générations orphelines d'Afrique*. New York : UNICEF.
- UNICEF ; 2004. *Ce que les autorités religieuses peuvent faire contre le VIH/sida. Action en faveur des enfants et des jeunes*. Conférence mondiale des religions pour la paix. ONUSIDA. New York : UNICEF.
- Villette, A. 2004. *L'épidémie du VIH/sida, un défi pour la réalisation de la scolarisation primaire universelle en Afrique subsaharienne*. Agence française de développement. Paris.
- Yaro, Y. 2001. *Sida et éducation au Burkina Faso, que savons-nous ?* UERD Université de Ouagadougou. Ouagadougou. Non publié.

- Yaro, Y. ; Dougnon, D. 2002. *L'impact du sida sur l'offre et la demande scolaires en Afrique subsaharienne*. Contribution à la 36^e session de la Commission de la population et du développement de l'ONU. Population, éducation et développement. New York.
- Yaro, Y., Sawadogo, A., Compaoré, M., (2003), *Étude de base sur le VIH/sida dans les écoles catholiques du Burkina*. Ouagadougou : Catholic Relief Service.
- Yaro, Y. 2004. *Lutte contre le VIH/sida, analyse qualitative des connaissances, attitudes et pratiques*. UNESCO, Bureau multipays de Bamako pour le Burkina Faso, le Mali et le Niger.

À cette liste, il convient d'ajouter la trentaine de communications présentées dans le cadre du « 2^e Forum national sur la prise en charge des PVVIH et OEV en contexte du VIH/sida », tenu à Ouagadougou les 25, 26 et 27 janvier 2005.

Annexe 1. Liste des personnes rencontrées³³

AH-SUE S.L. Geneviève, représentante FNUAP

BAKIONO Bagnomboé, coordonnateur national du RAJS/BF

BAKOUAN Didier (Dr), coordonnateur du CMLS du ministère de la Santé

BAKYONO Lazare, directeur de l'Éducation en matière de population

BAMBARA Larissa, chargé de communication au RAJS

BAMOGO Samuel, président de l'association Action communautaire pour le développement

BANDRE/OUEDRAOGO Gabrielle, coordonnatrice du CMLS du MESSRS

BARRY Saidou, directeur régional du MESSRS pour la région Centre-Nord

BASSINGA Odile, présidente de l'ASEV

BASTIEN Vincent, chargé de communication à l'association Vie Positive

BAZIE Alexis, psychologue à Vie Positive

BAZIE Prosper, coordination AAS

BEREHOUDOUYOU Évariste, coordonnateur jeunes au FDC/Burkina Faso

BERTHE Abdramane, chargé de Programme au Centre Muraz

BOLOGO Adama, chef de cabinet du MEBA, coordonnateur du CMLS du MEBA

BONI Cheick Oumar, coordination islamique des actions de lutte contre IST/VIH-sida

COMPAORE André, président du CNAPEB

COMPAORE Didier, cellule-relais DR/MESSRS de Kaya

33. Excepté les noms des directeurs des écoles primaires, proviseurs ou directeurs des lycées et collèges rencontrés.

COMPAORE F. Pamoussa, direction des études et de la planification,
MESSRS

DABILGOU Aimé, psychologue à Vie Positive

DABIRE Hermann : chargé d'IEC au CLEDUCA

DABIRE/KY Viviane, chargée du CPME Manager à Plan International

DAO Bayé, direction de la recherche et du développement
pédagogique, MEBA

DRABO Marius, chargé EMP à la direction régionale MESSRS
du Centre,

EGROT Marc, directeur de recherche à l'IRD

GARANE Siaka, chef CEB Bobo VI

GOABAGA Emmanuel, directeur régional de l'Enseignement de base
et de l'Alphabétisation du Centre-Nord

ILBOUDO Cécile, chargée de la communication au REGIPIV

ILBOUDO Norbert, coordonnateur-Adjoint du CMLS du MEBA

KABORE Amidou, coordonnateur à Vie Positive

KABORE Roger, chef service Enfance à la direction provinciale
de l'Action sociale (Kaya)

KABORE/TRAORE Lucie, présidente d'AVOB/M'Maarogo

KABRE Bi Martin, analyste financier, PNUD

KAFANDO Jean, secrétaire général du SNEA-B

KAMANO Pierre, spécialiste en éducation à la Banque mondiale

KERE Maria, directeur exécutif du FDC/Burkina Faso

KORBEOGO Justine, chargée de soins conseil traitement au REGIPIV

KOURETA Fla, secrétaire permanent, Commission nationale
pour l'Enseignement secondaire, supérieur privé

MILLOGO Brice (Dr), directeur exécutif à l'IPC

MILLOGO Claudine, direction de l'Action sociale de la région Centre

MILLOGO Solange, CEB Bobo 4

NIKIEMA Athanase, psychologue à Vie Positive
OUATTARA Maimouna, direction de l'Éducation en matière
de population
OUATTARA Séidou, CMLS du MESSRS
OUATTARA TAVI Yvonne, responsable suivi-évaluation au BASP 96
OUEDRAOGO A Safiatou, coordonnatrice Association Yeelen
OUEDRAOGO Arzouma, (Dr) médecin-chef du district sanitaire
de Kaya
OUEDRAOGO Daniel, coordonnateur national du PPIE-VIH/sida
OUEDRAOGO Elie, OCADES Kaya
OUEDRAOGO Mahamoudou, secrétaire général du MEBA
OUEDRAOGO Mahomet, coordonnateur FDC pour Kaya
et Ouahigouya
OUEDRAOGO Maurice, conseiller en éducation à Plan International
OUEDRAOGO Minata, chargée d'animation à Vie Positive
OUEDRAOGO Mounio, (Dr), Plan Burkina
OUEDRAOGO Moussa, président des Pairs-Éducateurs de Kaya
OUEDRAOGO Philémon, coordination AAS
OUEDRAOGO Raogo, pair-éducateur à Roumba
(province du Sanmatenga)
OUEDRAOGO Salamata, Plan Burkina
OUEDRAOGO Salefo, directeur provincial de l'Enseignement de base
et de l'Alphabétisation du Sanmatenga
OUEDRAOGO Sampaomdé, coordonnateur provincial RAJS
PILON Marc, directeur de recherche IRD/ UERD,
Université de Ouagadougou
SAKHO Mamadou (Dr), coordonnateur ONUSIDA
SALEMBERE Laure, ambassade du Royaume des Pays-Bas
SAWADOGO Benoît, chef CEB Kaya I, DPEBA p.i

SAWADOGO Casimir, OCADES Kaya

SAWADOGO Dieudonné, Point focal RAJS pour les provinces
du Centre-Nord

SAWADOGO Geoffroy, coordonnateur du Conseil Dépistage, ALAVI

SAWADOGO Mamoudou, secrétaire général du REGIPIV

SAWADOGO Timothée, gestionnaire de la Coordination provinciale
RAJS

SEDGO François Père, coordonnateur du Comité national catholique
de lutte contre le sida

SESSOUMA Daouda, directeur provincial de l'Action sociale
et de la Solidarité nationale de la province du Sanmatenga

SIA Francis, chargé de Programme Aide à l'Enfance Canada à Bobo

SNIJDERS Vincent, premier secrétaire, conseiller éducation,
ambassade du Royaume des Pays-Bas

SOME Jean-François (Dr), chargé du Conseil dépistage anonyme,
PAMAC

SOME Raphaël, responsable des statistiques scolaires à la DREBA/Bobo
et responsable de la cellule-relais de la DREBA

SORGHO Bachir, SATEB

SOUARA Missa, DREBA du Centre-Ouest

TAMINI Franck, section Éducation UNICEF

TAPSIBOU Sanka, chef CEB Pissila

THIOMBIANO Jean Bernard, directeur régional du MESSRS
pour la région Centre

TOE DIABATE Gnombou Natacha, chef CEB Bobo V

TOURE N'GONE (Dr), administrateur Santé, chargée du VIH/sida
à l'UNICEF

TRAORE Adama, chef de projet École satellite Centre d'éducation
de base non formelle

TRAORE Haoua, DPEBA du Houet

TRAORE Mahamoudou, responsable de la cellule-relais du DR/MESSRS
de la région des Hauts-Bassins

TRAORE Prosper, directeur provincial de l'Action sociale du Houet

TRAORE Soulemane, chef de service scolarité et statistiques à la DR/
MESSRS de Kaya

TRAORE Souleymane, directeur régional des ressources humaines,
chargé du Projet Axios à la DREBA des Hauts Bassins

TRAORE Wamarou (Dr), chef département secteur Santé, SP/CNLS-IST

YARA Salama, élève-inspecteur de l'Enseignement de base

YONLI Bernard, secrétaire général de la Commission nationale
pour l'UNESCO

ZAGRE Patricia, chargée d'éducation à la Commission nationale
pour l'UNESCO

ZERBO Dominique, chargé de programme à REV+

Annexe 2. Liste des établissements, lieux d'enquête

Enseignement de base dans la province du Houet

- École primaire publique Colma A (Bobo)
- École primaire publique Colma B (Bobo)
- École primaire publique Kua C (Bobo)
- École primaire publique de Logofourouso (Logofourouso)
- École primaire publique Sakaby A (Bobo)
- École primaire publique Sarfalao D (Bobo)
- École primaire publique Sarfalao E (Bobo)

Enseignement de base dans la province du Sanmatenga

- École primaire publique de Damané (Damané)
- École primaire évangélique de Kaya (Kaya)
- École primaire publique de Wemtenga A (Kaya)
- École primaire publique de Korsimoro A (Korsimoro)
- École primaire publique de Mané A (Mané)
- École primaire d'application de Pissila (Pissila)
- École primaire publique de Roumba (Pissila)
- École primaire publique de Sidogo (Barsalogo)
- Centre d'éducation de base non formelle de Barsalogo

Établissements d'enseignement secondaire dans la province du Houet

- Lycée privé technique Artmann (Bobo)
- Collège de l'Avenir (Bobo)
- CEG de Bama (Bama)
- Lycée privé Béthanie I (Bobo)
- Lycée municipal de Bobo (Bobo)
- Lycée Ouezzin Coulibaly (Bobo)
- Lycée provincial Mollo Sanou (Bobo)
- Collège de Tounouma (Bobo)

Établissements d'enseignement secondaire dans la province du Sanmatenga

- Lycée provincial de Kaya (Kaya)
- Lycée départemental de Korsimoro (Korsimoro)
- Lycée départemental de Barsalogo
- Collège privé Ousmane Sanfo (Kaya)

Annexe 3. Guide pour les entretiens

Guide A. Responsables ministères, CMLS, CNLS, Commission nationale pour l'UNESCO, Direction régionale Ouagadougou, Syndicats ...

À adapter en fonction des interlocuteurs.

1. Politique et stratégies

Quels sont les principaux thèmes de la politique en matière de VIH/sida ? Comment ces thèmes sont-ils pris en compte par les plans sectoriels (santé, éducation) ?

Quelles sont les stratégies mises en œuvre ? On parle souvent d'approche multisectorielle, concrètement qu'est-ce que cela recouvre ?

2. Pratiques

- Comment le système éducatif s'organise-t-il :
 - au niveau national,
 - au niveau local,
pour répondre aux problèmes liés au VIH/sida des enseignants et personnels de l'Éducation ? (absentéisme, retraites anticipées, décès)
 - Dispositions légales en cas de congé de longue maladie, remplacement des enseignants.
- Quelles sont les pratiques officielles et officieuses de réponse à l'épidémie ?
 - en matière de prise en charge des personnels séropositifs ? (accès aux traitements des maladies opportunistes, accès aux ARV, mutations, absences tolérées ?)
 - en matière de remplacement des personnels malades ou décédés ?

Différences selon les milieux (urbain/rural), selon les régions ?

- Qu'est-ce qui est prévu dans les budgets de l'Éducation pour la prise en charge des PVVIH (personnels, élèves) ? Qu'est-ce qui est prévu dans le budget du CMLS (comité ministériel de lutte contre le sida) ? De quels moyens disposent le ministère et les directions régionales pour lutter contre la pandémie/épidémie ?
 - en termes matériels/financiers (fonds de soutien, cellule de soins) ?
 - en termes humains (cellule d'aide et de soutien aux PVVIH) ?
 - en termes organisationnels ?
- De quels moyens disposent les établissements pour lutter contre la pandémie et limiter ses effets (matériels didactiques, modules, fonds de soutien, cellule de soins, cellule d'aide et de soutien aux malades du VIH/sida, aide aux élèves affectés : cantines allègement des frais de scolarité s'il y en a - contribution APE) ?
- Comment s'organise la lutte contre l'exploitation sexuelle des élèves par d'autres élèves, par des adultes dans les établissements, et/ou d'autres adultes ?
- Comment s'organise la collaboration entre les établissements scolaires et les centres de santé ?

3. Effets induits par la pandémie/épidémie

Quelles sont les répercussions de l'épidémie sur le système éducatif ? Distinguer pour les élèves, pour les enseignants, pour les personnels administratifs et d'encadrement. Recueillir informations qualitatives et quantitatives :

- Nombre d'enseignants malades, absents, décédés durant les cinq dernières années, quel système de suivi des absences ?
- Nombre de personnels remplacés en durant les cinq dernières années ?
- Nombre de personnels administratifs et d'encadrement malades, absents, décédés durant les cinq dernières années ?
- Taux de scolarisation ? Réduction du nombre d'élèves ?
- Rdoublements ? Abandons des OEV ? (garçons/filles)

- Conditions d'enseignement : Temps d'enseignement ? Climat scolaire ? Travail des directeurs ? Étude et achèvement des programmes ?
- Résultats en termes de promotion et d'examens ? En termes d'apprentissage ?
- Répercussions positives ? Réorganisations ?

En quoi l'école change-t-elle avec le VIH/sida et avec la présence d'OEV ? Modification des heures de cours, des programmes, des attitudes des enseignants, de l'implication des communautés, des relations avec les structures sanitaires ?

4. Prévention

Comment le système éducatif contribue-t-il à la prévention de l'extension de l'épidémie ?

Nombre de personnes ***formées sur le VIH/sida*** : élèves, enseignants, membres du personnel administratif et du personnel d'encadrement, membres des cellules-relais, membres des ONG et associations ?

Nombre de formations en 2002, 2003, 2004 ? Sur quoi portent les formations ? Comment les enseignants jugent-ils le contenu de ces formations, pour eux-mêmes et pour leur travail auprès des élèves ?

Financement des formations ? Forces et faiblesses de ces formations ?

Activités de ***prévention dans les établissements primaires et secondaires*** ?

Quelles activités ? Mise en place des clubs RAJS/Formation d'élèves-relais/Action d'IEC/Sensibilisation des APE, des AME. Qui est impliqué : élèves (sexe, âge, classe), enseignants, personnel administratif et d'encadrement, personnel de santé, PVVIH, APE, ONG ? Les filles sont-elles particulièrement ciblées ?

Périodicité des activités ? Activités intégrées ou extrascolaires ? Avantages et inconvénients ?

Avec quels résultats (sur les connaissances, les comportements, les attitudes à l'égard des PVVIH) ? Quels système et moyens pour évaluer les effets de ces activités ?

Attitudes des familles à l'égard de ces attitudes de prévention ?
Attitudes des élèves ?

Quels matériels didactiques sont-ils préparés pour ces activités ?
Quelles stratégies pour les utiliser ?

Disponibilité des préservatifs aux élèves ?

Comment et par qui sont financées ces activités de prévention ?

Quelles sont les contraintes dans la réalisation de ces activités ?

5. Mesures prises pour créer un environnement favorable aux OEV ?

Comment se fait la prise en charge familiale, communautaire ?
Qu'est-ce qui est fait pour aider les familles qui accueillent OEV ou les veuves qui doivent scolariser plusieurs enfants :

- Dans la scolarisation des OEV ? (gratuité scolarisation, appui en fournitures, bourses, suivi scolaire, cantine scolaire ?)
- Dans une prise en charge plus globale ?
- Qu'est-ce qui est fait pour les OEV déscolarisés ? Quels liens entre le système formel et des activités d'éducation non formelle pour ces enfants déscolarisés ?

6. Partenaires existants (ONG, partenaires au développement nationaux ou non)

Quels rôles jouent les différents partenaires engagés dans la lutte contre le VIH/sida ?

Volume financier de l'aide ?

Y a-t-il une *concertation entre les différents organismes* et institutions engagés dans la lutte contre le VIH/sida dans le secteur de l'éducation ? Si oui, comment fonctionne cette concertation ? Si non, pourquoi ? Qu'est-ce qui pourrait être amélioré ?

7. Quelles sont les perspectives ? Les nouvelles actions à entreprendre ?

Comment ces actions s'intègrent-elles dans l'EPT ? Dans les processus d'amélioration de la qualité de l'éducation ?

Guide B. Partenaires au développement

À adapter en fonction des interlocuteurs.

1. Politique et stratégies

Quels sont les principaux thèmes de la politique en matière de VIH/sida ? Comment ces thèmes sont-ils pris en compte par votre organisation ?

Quelles sont les stratégies effectivement mises en œuvre ? On parle souvent d'approche multisectorielle, concrètement qu'est-ce que cela recouvre ?

2. Pratiques

- Selon vos informations, comment le système éducatif fait-il ?
 - au niveau national,
 - au niveau local,
 - pour répondre aux problèmes liés au VIH/sida des enseignants et personnels de l'Éducation? (absentéisme, retraites anticipées, décès)
- Toujours selon vos informations, de quels moyens dispose le système éducatif pour limiter la pandémie et les effets de l'épidémie en termes matériels/financiers, humains, organisationnels ?
- Que pensez-vous des interventions en cours dans le secteur de l'éducation ? Comment appréciez-vous les actions en cours en matière de :
 - prévention ;
 - surveillance de l'épidémie
 - prise en charge des PVVIH, des OEV ?

3. Effets induits par pandémie

- Quelles sont, selon vous, au Burkina Faso, aujourd'hui, les répercussions de l'épidémie sur le système éducatif ?
Distinguer si possible pour les élèves, pour les enseignants, pour le système/la qualité de l'éducation.
- Les conditions d'enseignement (temps d'enseignement, climat scolaire, travail des directeurs) ont-elles été modifiées par la pandémie/épidémie ?

Peut-on identifier des répercussions positives : *En quoi l'école change-t-elle avec le VIH/sida et avec la présence d'OEV ?*

Modification des heures de cours, des programmes, des attitudes des enseignants, de l'implication des communautés, des relations avec les structures sanitaires ?

- Avez-vous connaissance de mesures prises pour lutter contre l'exploitation sexuelle des filles par d'autres élèves, des adultes dans les établissements scolaires, d'autres adultes ? Si oui, lesquelles ?

4. Partenaires existants (ONG, partenaires au développement)

Quels rôles jouent les différents partenaires engagés dans la lutte contre le VIH/sida ?

Quelle appréciation du partenariat ?

Quel type d'appui apportez-vous aux deux ministères de l'Éducation, aux établissements scolaires pour faire face à l'impact du VIH/sida sur le système éducatif ? Volume financier de l'aide à ces ministères dans la lutte contre le VIH/sida ?

Quel appui apportez-vous aux organisations de la société civile ? Volume financier de cet appui ?

Y a-t-il une *concertation entre les différents organismes* et institutions engagés dans la lutte contre le VIH/sida dans le secteur de l'éducation ? Si oui, comment fonctionne cette concertation ? Si non, pourquoi ? Qu'est-ce qui pourrait être amélioré ?

5. Prévention

Comment le système éducatif contribue-t-il à la prévention de l'extension de l'épidémie ?

Nombre de personnes *formées sur le VIH/sida* : élèves, enseignants, membres du personnel administratif et du personnel d'encadrement, membres des cellules-relais, membres des ONG et associations ?

Nombre de formations en 2002, 2003, 2004 ? Sur quoi portent les formations ? Comment les enseignants jugent-ils le contenu de ces formations, pour eux-mêmes et pour leur travail auprès des élèves ?

Financement des formations ? Forces et faiblesses de ces formations ?

Activités de *prévention dans les établissements primaires et secondaires* ? (si en soutiennent)

Attitudes des familles à l'égard de ces attitudes de prévention ? Attitudes des élèves ?

Quels matériels didactiques sont-ils préparés pour ces activités ? Quelles stratégies pour les utiliser ?

Disponibilité des préservatifs aux élèves ?

Comment et par qui sont financées ces activités de prévention ?

Quelles sont les contraintes dans la réalisation de ces activités ?

6. Mesures prises pour créer un environnement favorable aux OEV ? (si soutiennent de telles activités)

Comment se fait la prise en charge familiale, communautaire ? Qu'est-ce qui est fait pour aider les familles qui accueillent OEV ou les veuves qui doivent scolariser plusieurs enfants :

- Dans la scolarisation des OEV ? (gratuité scolarisation, appui en fournitures, bourses, suivi scolaire, cantine scolaire ?)
- Dans une prise en charge plus globale ?

Qu'est-ce qui est fait pour les OEV déscolarisés ? Quels liens entre le système formel et des activités d'éducation non formelle pour ces enfants déscolarisés ?

7. Quelles sont les perspectives ? Les nouvelles actions à entreprendre ?

Comment ces actions s'intègrent-elles dans l'EPT ? Dans les processus d'amélioration de la qualité de l'éducation ?

Guide C. ONG, associations de PVVIH, APE

À adapter en fonction des interlocuteurs. Utilisé pour 1^{re} et 2^e phases.

1. Politique et stratégies

Quels sont les principaux thèmes de la politique en matière de VIH/sida ? Comment ces thèmes sont-ils pris en compte par votre organisation ?

Quelles sont les stratégies mises en œuvre ?

On parle souvent d'approche multisectorielle, concrètement qu'est-ce que cela recouvre pour vous ?

2. Pratiques

- Selon vos informations, comment le système éducatif fait-il :
 - au niveau national,
 - au niveau local,
 pour répondre aux problèmes liés au VIH/sida des enseignants et personnels de l'Éducation ? (absentéisme, retraites anticipées, décès)
- Quelles sont les pratiques officielles et officieuses de réponse à l'épidémie ?
 - en matière de prise en charge des personnels séropositifs ? (accès au traitement des maladies opportunistes, accès aux ARV, mutations, absences tolérées ?)

- en matière de remplacement des personnels malades ou décédés ?
- De quels moyens disposent les établissements pour limiter les effets de l'épidémie ?
 - en termes matériels/financiers : matériels didactiques, modules, fonds de soutien, cellule de soins?
 - en termes humains : existence d'une cellule d'aide et de soutien aux malades du VIH/sida ?
 - en termes organisationnels : mesures prises pour lutter contre l'exploitation sexuelle des filles par d'autres élèves, des adultes dans l'établissement, d'autres adultes ; comment s'organise la collaboration entre les établissements scolaires et les structures de la santé ?
- Appuyez-vous des organisations de la société civile dans leurs activités spécifiques en matière de VIH/sida en milieu scolaire ?

3. Effets induits par la pandémie

Quelles sont les répercussions de l'épidémie sur le système éducatif ? Ces effets induits par la pandémie ont-ils affecté vos actions (distinguer pour les élèves, pour les enseignants, pour le système/la qualité de l'éducation selon la cible de l'organisme) ?

- Réduction du nombre d'élèves?
- Redoublements ? Abandons des OEV ? (garçons/filles)
- conditions d'enseignement : Temps d'enseignement ? Climat scolaire ? Travail des directeurs ?
- Résultats en termes de promotion et d'examens ? En termes d'apprentissage ?
- Répercussions positives ? Réorganisations.

En quoi l'école change-t-elle avec le VIH/sida et avec la présence d'OEV ? Modification des heures de cours, des programmes, des attitudes des enseignants, de l'implication des communautés, des relations avec les structures sanitaires ?

4. Prévention

Comment le système éducatif contribue-t-il à la prévention de l'extension de l'épidémie ?

- **Activités de formation** (si soutiennent de telles activités)
 Nombre de personnes *formées sur le VIH/sida* : élèves, enseignants, membres du personnel administratif et du personnel d'encadrement, membres des ONG et associations ?
 Nombre de formations en 2002, 2003, 2004 ? Sur quoi portent les formations ?
 Financement des formations ? Forces et faiblesses de ces formations ?
- **Activités de prévention dans les établissements primaires et secondaires** (si soutiennent de telles activités)
 Quelles activités ? Qui est impliqué : élèves (sexe, âge, classe), enseignants, personnels de l'éducation, personnel de santé, PVVIH, APE/AME, ONG ? Comment les filles sont-elles ciblées ? Périodicité des activités ? Activités intégrées ou extrascolaires ? Avantages et inconvénients ?
 Avec quels résultats (sur les connaissances, sur les comportements, sur les attitudes à l'égard des PVVIH) ? Quels système et moyens d'évaluer les effets de ces activités ?
 Attitudes des familles à l'égard de ces attitudes de prévention ?
 Attitudes des élèves ?
 Quels matériels didactiques sont-ils préparés pour ces activités ?
 Quelles stratégies pour les utiliser ?
 Disponibilité des préservatifs aux élèves ?
 Comment et par qui sont financées ces activités de prévention ?
 Quelles sont les contraintes dans la réalisation de ces activités ?

5. Mesures prises pour créer un environnement favorable aux OEV ?

Apportez-vous votre appui pour la prise en charge familiale, communautaire des OEV ?

Qu'est-ce qui est fait pour aider les familles qui accueillent OEV ou les veuves qui doivent scolariser plusieurs enfants :

- Dans la scolarisation des OEV ? (gratuité scolarisation, appui en fournitures, bourses, suivi scolaire, cantine scolaire ?)
- Dans une prise en charge plus globale ?

Qu'est-ce qui est fait pour les OEV déscolarisés ? Quels liens entre le système formel et des activités d'éducation non formelle pour ces enfants déscolarisés ?

6. Partenaires existants

Quels sont les rôles joués par les différents partenaires engagés dans la lutte contre le VIH/sida ? Dans quelles régions interviennent-ils ?

Quel rôle peuvent jouer les APE et AME dans la lutte contre le VIH/sida ?

Que pensez-vous des interventions en cours dans le secteur de l'éducation ? Comment appréciez-vous les actions en cours ? Quelle appréciation du partenariat ?

Quel type d'appui apportez-vous aux structures déconcentrées de l'Éducation et/ou aux établissements scolaires pour faire face à l'impact du VIH/sida sur le système éducatif ?

Y a-t-il une *concertation entre les différents organismes* et institutions engagés dans la lutte contre le VIH/sida dans le secteur de l'éducation ? Si oui, comment fonctionne cette concertation ? Si non, pourquoi ? Qu'est-ce qui pourrait être amélioré ?

7. Quelles sont les perspectives ? Les nouvelles actions à entreprendre ?

Comment ces actions s'intègrent-elles dans l'EPT ? Dans les processus d'amélioration de la qualité de l'éducation ?

Guide D. Autres personnes-ressources (chercheurs, leaders religieux/politiques)

À adapter en fonction des interlocuteurs.

1. Politique et stratégies

Quels sont les principaux thèmes de la politique en matière de VIH/sida ? Comment ces thèmes sont-ils pris en compte dans votre sphère d'influence ?

Quelles sont les stratégies mises en œuvre ? On parle souvent d'approche multisectorielle, concrètement qu'est-ce que cela recouvre pour vous ?

2. Pratiques

- Quel type d'appui apportez-vous pour faire face à l'impact du VIH/sida sur le système éducatif ? Dans votre secteur, vos interventions ont-elles abouti à des actions concrètes pour la lutte contre le VIH/sida ? Si oui, lesquelles ?
- Comment le système éducatif fait-il :
 - au niveau national,
 - au niveau local,
 pour répondre aux problèmes liés au VIH/sida des enseignants et personnels de l'Éducation ? (absentéisme, retraites anticipées, décès)
- Quelles sont les pratiques officielles et officieuses de réponse à l'épidémie ?
- Selon vos informations de quels moyens dispose le secteur Éducation pour limiter la pandémie et les effets de l'épidémie ?
 - en termes matériels/financiers ;
 - en termes humains ;
 - en termes organisationnels.

3. Effets induits par pandémie

Quelles sont les répercussions de l'épidémie sur le système éducatif (distinguer pour les élèves, pour les enseignants, pour le système/la qualité de l'éducation) ?

Peut-on identifier des répercussions positives ? L'éducation (scolaire et familiale) a-t-elle changé positivement avec le développement du VIH/sida dans le secteur de l'éducation ?

4. Prévention

Comment le système éducatif contribue-t-il à la prévention de l'extension de l'épidémie ?

Activités de *formation (enseignants, personnel administratif et d'encadrement)* : forces et faiblesses de ces formations ?

Activités de *prévention dans les établissements primaires et secondaires* ?

Quelles activités ?

Attitudes des familles à l'égard de ces attitudes de prévention ?

Attitudes des élèves ?

Quelles sont les contraintes dans la réalisation de ces activités ?

5. Mesures prises pour créer un environnement favorable aux OEV ?

Quelle appréciation faites-vous de la prise en charge familiale, communautaire des OEV ?

Qu'est-ce qui est fait pour aider les familles qui accueillent OEV ou les veuves qui doivent scolariser plusieurs enfants :

- Dans la scolarisation des OEV ? (gratuité scolarisation, appui en fournitures, bourses, suivi scolaire, cantine scolaire ?)
- Dans une prise en charge plus globale ?

Qu'est-ce qui est fait pour les OEV déscolarisés ? Quels liens entre le système formel et des activités d'éducation non formelle pour ces enfants déscolarisés ?

6. Partenaires existants

Quels rôles jouent les différents partenaires engagés dans la lutte contre le VIH/sida ?

Que pensez-vous des interventions en cours dans le secteur de l'éducation ? Comment appréciez-vous les actions en cours ?

Quelle appréciation du partenariat ?

Y a-t-il une *concertation entre les différents organismes* et institutions engagés dans la lutte contre le VIH/sida dans le secteur de l'éducation ? Si oui, comment fonctionne cette concertation ? Si non pourquoi ? Qu'est-ce qui pourrait être amélioré ?

7. Quelles sont les perspectives ? Les nouvelles actions à entreprendre ?

Comment ces actions s'intègrent-elles dans l'EPT ? Dans les processus d'amélioration de la qualité de l'éducation ? (Pour les chercheurs).

1.4	Comment voudrais-tu en apprendre davantage ? (choisis les deux réponses que tu préfères)	Brochures A Contes B Cours à l'école C Discussions avec enseignants D Émissions enfantines à la radio E Émissions enfantines à la télévision F Films, théâtre G Groupe d'amis/clubs H Autres (précisez) I
1.5	Existe-t-il un club où on parle du sida dans ton école ?	Oui = 1 Non = 2 Je ne sais pas = 9
1.51	Si oui, es-tu membre de ce club ?	Oui = 1 Non = 2
1.52	Quelles sont les activités de ce club ?	..... ..... .....
1.53	Est-ce que ce club est un bon moyen pour éviter le sida chez les jeunes ?	Oui = 1 Non = 2 Je ne sais pas = 9
1.6	Voudrais-tu avoir des cours à l'école sur le sida ?	Oui = 1 Non = 2
1.61	Voudrais-tu que les cours sur le sida soient donnés par	Un maître = 1 Une maîtresse = 2 Une infirmière = 3 Autre personne (précisez)..... = 4
1.7	Si on donne des cours sur le sida, est-ce que tu voudrais avoir des questions sur ce cours en composition ?	Oui = 1 Non = 2 Je ne sais pas = 9
1.8	Est-ce que tu discutes du sida avec des amis qui ne vont pas à l'école?	Oui = 1 Non = 2
1.9	Dans ta famille ?	Oui = 1 Non = 2
1.91	Si oui, avec quelles personnes de la famille ?	..... ..... .....

1.92	Qu'est-ce qu'ils disent ?	..... ..... .....
1.10	À l'école avec les enseignants ?	Oui = 1 Non = 2
1.11	As-tu déjà vu quelqu'un qui avait le sida ?	Oui = 1 Non = 2 Je ne sais pas = 9
1.12	Dans ta famille ?	Oui = 1 Non = 2 Je ne sais pas = 9
1.13	Parmi les élèves de ton école ?	Oui = 1 Non = 2 Je ne sais pas = 9
1.14	Dans le quartier ?	Oui = 1 Non = 2 Je ne sais pas = 9
1.15	À la télévision ?	Oui = 1 Non = 2 Je ne sais pas = 9
1.16	Accepterais-tu de manger avec quelqu'un qui a le sida ?	Oui = 1 Non = 2
1.161	Si oui, pourquoi ?	..... ..... .....
1.162	Si non, pourquoi ?	..... ..... .....
1.17	Accepterais-tu d'être à la même table (ou sur le même banc) qu'un élève qui a le sida ?	Oui = 1 Non = 2
1.171	Si oui, pourquoi ?	..... ..... .....
1.172	Si non, pourquoi ?	..... ..... .....

1.18	Quand un maître ou une maîtresse est longtemps absent (choisis les deux réponses qui correspondent à ce qui se passe)	On va dans la classe d'un autre maître	1
		On ne fait rien, on joue	2
		Le directeur nous donne des exercices à faire et dit de ne pas faire de bruit	3
		Le directeur dit d'aller à la maison	4
		Un(e) autre maître (maîtresse) vient	5
		Autres (précisez)	6
1.19	Si un maître ou une maîtresse de ton école avait le sida, qu'est-ce que tu penserais ? (choisis les deux réponses qui correspondent le mieux à ce que tu penses)	Je ne voudrais pas être dans sa classe	1
		J'espère qu'il/elle va bien se soigner	2
		Pourvu qu'il ou elle ne contamine aucun élève	3
		Pourvu que les élèves de sa classe soient gentils avec elle	4
		Il/elle a pourtant l'air d'être quelqu'un de sérieux	5
		Autres (précisez)	6
1.20	Dans ta classe, y-a-t-il des élèves dont le père ou la mère ou les deux sont décédés ?	Oui = 1 Non = 2 Je ne sais pas = 9	
1.21	Est-ce qu'ils ont les mêmes chances que toi de bien travailler à l'école ?	Oui = 1 Non = 2 Je ne sais pas = 9	
1.22	Comment les enseignants se comportent-ils avec les élèves dont les parents sont décédés ?	Comme avec les autres élèves de la classe	1
		Plus durement qu'avec les autres	2
		Plus gentiment qu'avec les autres	3
		Autre comportement (précisez).....	4
1.23	Qu'est-ce que l'école fait pour soutenir les élèves dont les parents sont décédés ?	..... ..... .....

1.24	Beaucoup d'élèves avec qui tu as commencé l'école en 1 ^{re} année ont arrêté d'aller à l'école. Choisis trois raisons qui expliquent pourquoi ils ont arrêté	Il/elle ne travaillait pas bien	1
		Elle s'est mariée	2
		Ses parents sont décédés	3
		Il ou elle devait aider les parents dans leur travail	4
		Il/elle était malade	5
		L'école ne l'intéressait pas	6
		Autres (précisez)	7
1.25	Ton papa est-il vivant ?	Oui = 1 Non = 2	
1.26	Ta maman est-elle vivante ?	Oui = 1 Non = 2	
1.27	Où vis-tu ?	Chez tes deux parents ensemble	1
		Chez ta maman seulement	2
		Chez ton papa seulement	3
		Chez un oncle ou une tante	4
		Chez une autre personne de la famille	5
		Chez d'autres personnes qui ne sont pas de la famille	6
	Autres (précisez)	7	
1.28	<p>Écris ici tes questions, tes réflexions sur le sida, sur l'école, sur les relations entre garçons et filles, entre enseignants et élèves, sur tout ce que tu veux.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		

Merci d'avoir répondu à toutes les questions.

Rédactions projectives pour les classes de 5^e

Sexe : Masculin = 1 Féminin = 2

Âge : /--/--/

Établissement scolaire : à

N°	Questions	Modalités et réponses	Aller à
1.1	Votre papa est-il vivant ?	Oui = 1 Non = 2	
1.2	Votre maman est-elle vivante ?	Oui = 1 Non = 2	
1.3	Vivez-vous	Chez vos deux parents ensemble 1 Chez votre maman seulement 2 Chez votre papa seulement 3 Chez un oncle ou une tante 4 Chez une autre personne de la famille 5 Chez d'autres personnes qui ne sont pas de la famille 6 Autres : 7	

Thème 1. Un ami vous dit qu'un de ses professeurs a probablement le sida. Imaginez ce que l'ami pense de cette situation, comment la classe se comporte et ce que font les autorités de l'établissement.

Ou Thème 2. Un(e) élève de votre classe, dit à un(e) de ses ami(e)s que son père est gravement malade et qu'il (elle) se demande si ce n'est pas le sida. Imaginez ce qu'il (elle) dit et comment son ami(e) réagit.

Ou Thème 3. Un élève de votre établissement manque souvent les cours. On chuchote qu'il a peut-être le sida. Imaginez les réactions des élèves de sa classe et ses réactions à lui.

Ou Thème 4. Le père d'un élève de votre classe vient de décéder, on dit que sa mère aussi est couchée. Il n'est plus très régulier en classe. Il dit à un de ses amis qu'il va peut-être arrêter de venir à l'école. Imaginez la situation que cet élève vit et les réactions de son ami.

Ou Thème 5. Un jour de pluie, une élève de votre classe accepte la proposition d'un monsieur de la déposer à l'école. Le soir, la fille est contente de voir que le monsieur l'attend encore avec sa belle voiture. Avant qu'elle ne monte dans la voiture, il lui dit : « J'ai un joli cadeau pour toi, mais je l'ai oublié à la maison. Viens avec moi et je te le donnerai. Ma femme est absente ». Dites comment la fille va réagir et quels conseils vous lui donneriez.

Ou Thème 6. Un(e) élève a 8/20 en maths au 1^{er} trimestre. Son enseignant(e) lui propose un soutien pour améliorer ses notes. Au 2^e trimestre vous apprenez que l'élève et l'enseignant(e) sortent ensemble. À la fin du 2^e trimestre l'élève a 18 en maths, sans avoir fait beaucoup d'efforts dans la matière. Que pensent les autres de la note obtenue par cet(te) élève ? Que pensez-vous des relations intimes que certains enseignants ont avec les élèves ?

Groupes de discussion pour les classes de 3^e (groupes non mixtes)

1. Gestion/attitudes quand enseignants ou élèves infectés

Que se passe-t-il au niveau des cours quand un enseignant est régulièrement malade ? (différencier classe d'examen et autres classes) ? Que font les responsables de l'établissement ?

2. Comment réagissent les élèves quand ils pensent qu'un enseignant est une PVVIH ? Et quand la maladie est déclarée ?

À quoi sont dues ces réactions ? Comment réagissent les parents quand ils sont au courant ? À l'égard d'un élève qui serait porteur du virus, quelles seraient les attitudes de la classe ?

Comment faire pour que les attitudes des uns et des autres soient plus positives ?

Quelle peut être la contribution de l'école dans les changements d'attitudes à l'égard des PVVIH ?

Scolarisation/déscolarisation des élèves affectés

Quand les parents sont malades en parlent-ils à leurs enfants de votre âge ? Comment leurs enfants réagissent-ils à cette annonce de la maladie ?

Quels effets la maladie des parents a-t-elle sur le moral et sur les performances scolaires ?

Connaissez-vous des élèves (garçons ou filles ?) qui ont dû arrêter leur scolarité quand leurs parents étaient malades ? Quelles sont les raisons de cet arrêt ? Qu'est-ce qui a été fait pour les soutenir ?

Connaissez-vous des élèves (garçons ou filles ?) qui ont dû arrêter leur scolarité quand l'un des parents (ou les deux) sont décédés ? Après avoir quitté l'école que sont devenus ces jeunes ?

3. Prévention

Quelles sont vos sources d'informations sur le VIH/sida ? Que pensez-vous des messages qui sont transmis par ces différentes sources d'information ? Quelles sont les particularités des milieux scolaires en matière de sensibilisation/mobilisation ?

Existe-t-il un club où l'on parle du sida dans l'établissement ? Quelles sont les activités organisées par ce club ? Que pensez-vous de ce club par rapport à la prévention du sida ?

Avez-vous assez d'informations sur ces questions ou non ? Pourquoi ? Pourquoi la possession de ces informations ne suffit-elle pas pour éviter les comportements à risque ?

Y a-t-il des activités de prévention que vous faites avec les jeunes déscolarisés ou non scolarisés ? L'espace scolaire est-il parfois utilisé pour des animations sur le VIH/sida qui s'adressent à tous les jeunes ?

Comment le dépistage est-il vécu dans votre environnement ? Vous êtes-vous déjà fait dépister ? Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi ? Que pensez-vous de l'autorisation des parents exigée pour le dépistage des moins de 18 ans ? Où peut-on faire le dépistage ? Comment

appréciez-vous les stratégies avancées de dépistage, comme celles de la campagne de dépistage en milieu scolaire en 2004 ?

Comment obtient-on les préservatifs ? Que pensez-vous des préservatifs ?

Relations enseignants-élèves

Avez-vous connu des cas où des professeurs ont cherché à avoir des relations sexuelles avec leurs élèves ? Que pensez-vous de telles situations ? Y-a-t-il des élèves qui cherchent à avoir des relations sexuelles avec les professeurs ?

Quel est votre point de vue sur ce que vous appelez les « moyennes sexuellement transmissibles » ? Dans de telles situations, quels sont les risques pour les professeurs, pour les élèves ?

Éducation préventive dans le cadre scolaire

Quel rôle l'Éducation en matière de population a-t-elle, selon vous, dans la prévention du VIH/sida ?

Discutez-vous des questions touchant le VIH/sida avec vos professeurs ? Lesquels ? Avec quelle fréquence ? Avez-vous eu des séances d'éducation sur le VIH/sida, sur les MST, sur la santé reproductive ? Comment avez-vous trouvé ces séances ?

Faut-il faire des questions touchant au VIH/sida des sujets de composition ou d'examen ?

Que faire pour la systématisation de la formation/éducation sur le VIH/sida dans les établissements scolaires ?

Questionnaire élèves de 1^{re}**N°**

Sexe : Masculin = 1 Féminin = 2 Entoure la bonne réponse

Âge : /-/-/

Classe :

Établissement : à

N°	Questions	Modalités et réponses
100	<p>Compléter les phrases suivantes sans réfléchir en écrivant ce qui vient tout de suite à votre esprit</p> <p>Le plus sûr moyen d'éviter le sida, c'est.....</p> <p>On associe sida à.....</p> <p>Les élèves dont les parents sont décédés du sida</p> <p>Pour éduquer les jeunes, il faut</p> <p>Si un de mes professeurs était malade du sida</p> <p>Ayant appris qu'un ami est séropositif, je.....</p> <p>Dans l'établissement, le sida</p> <p>La meilleure source d'information sur le sida, c'est</p> <p>La communication entre parents et enfants sur le sida</p> <p>Les professeurs qui ont des relations sexuelles avec les élèves.....</p>	
101	<p>Connaissez-vous des élèves qui ont dû arrêter leur scolarité quand leurs parents étaient malades ?</p>	<p>Oui = 1 Non = 2</p> <p>Je ne sais pas = 9</p> <p>Aller à 104</p>
102	<p>Si oui, qu'est-ce qui a été le plus déterminant dans l'arrêt de la scolarité ? (Choisissez parmi les motifs suivants les deux qui ont été les plus déterminants)</p>	<p>Manque d'argent pour continuer A</p> <p>Découragement général B</p> <p>Nécessité de rester à la maison pour s'occuper du ou des parents malades C</p> <p>Rendement scolaire faible D</p> <p>Gêne devant le regard et les remarques des autres E</p> <p>Autres (précisez): F</p>

103	Qu'est-ce qui a été fait pour soutenir ces élèves ?	..... .....
104	Connaissez-vous des élèves qui ont dû arrêter leur scolarité quand l'un des parents (ou les deux) est décédé ?	Oui = 1 Non = 2 Je ne sais pas = 9	
105	Les élèves filles étaient-elles plus nombreuses à arrêter leur scolarité dans ces cas (maladie ou décès d'un parent) ?	Oui = 1 Non = 2 Je ne sais pas = 9	
106	Qu'est-ce qui a été le plus déterminant dans l'arrêt des études pour les garçons ou les filles, dont l'un des parents (ou les deux) est décédé ? (Choisissez parmi les motifs suivants les deux qui ont été les plus déterminants)	Manque d'argent pour continuer les études A Découragement général B Refus de la famille qui les a accueillis C Nécessité d'avoir des activités génératrices de revenus D Rendement scolaire faible E Gêne devant le regard et les remarques des autres F Autres (précisez) G	
107	Après avoir quitté l'école que sont devenus ces jeunes ?	..... ..... .....
108	Parmi les manifestations de la stigmatisation/discrimination à l'égard des PVIH ou des personnes de leur entourage qui suivent, choisissez les deux qui vous semblent les plus fréquentes en milieu scolaire ?	Jugements sur sa conduite passée A Dépréciation de sa famille B Mise à l'écart C Commentaires dévalorisants en son absence D Regard sévère E Autres (précisez) : F	
109	Comment l'école peut-elle contribuer à réduire cette stigmatisation ?	..... ..... .....

110	Que se passe-t-il au niveau des cours quand un enseignant est malade longtemps? (Choisissez la situation la plus fréquente)	Un autre professeur de l'établissement se charge de ses heures de cours A On s'entraîne entre nous B On nous donne du travail à faire dans cette discipline C L'établissement prend un vacataire pour le remplacer D Rien n'est fait E Autre (précisez) F	
111	Est-ce que la peur du sida a réduit les pratiques que vous appelez « moyennes sexuellement transmissibles » ?	Oui = 1 Non = 2 Je ne sais pas = 9	
112	Comment le dépistage est-il vécu par la majorité de vos camarades de classe ? (Choisissez une seule réponse)	Désir de faire le test A Crainte B Refus C Hésitation D	
113	Vous êtes-vous déjà fait dépister?	Oui = 1 Non = 2	
114	Si oui, pourquoi ?		
115	Si non, pourquoi ?		
116	Est-ce que les messages de prévention habituels prennent en compte les composantes socioculturelles du pays ?	Pas du tout A Un peu B Moyennement C Suffisamment D	
117	Quels sont les messages habituels de prévention ?		

118	Qu'est-ce qu'on vous dit des préservatifs ?		
		
		
		
119	Qu'en pensez-vous vous-même ? (Choisissez deux réponses au maximum)	Nécessaires A Pas sûrs B À déconseiller C Utiles D Diminuent le plaisir E Autre (précisez) F	
120	Discutez-vous du VIH/sida avec vos camarades de classe ?	Jamais A Parfois B Souvent C Très souvent D	
121	Qu'en disent-ils ?		
		
		
		
122	Discutez-vous du VIH/sida avec vos professeurs ?	Jamais A Moins de 3 fois par an B De 4 à 6 fois par an C Plus de 6 fois par an D	
123	Avec qui préféreriez-vous discuter du VIH/sida et de toutes les questions de santé de la reproduction ?	Professeur de sciences de la vie et de la terre A Autre professeur (lequel) B Infirmière C Parents D Amis E Assistant(e) social(e) F Autre (précisez) G	

124	Que faire pour que la formation/éducation sur le VIH/sida soit vraiment organisée dans les établissements scolaires ?	
	
	
	
125	Votre père est-il vivant ?	Oui = 1 Non =2
126	Votre mère est-elle vivante ?	Oui = 1 Non =2
127	Où vivez-vous?	Chez vos deux parents ensemble A Chez votre mère seulement..... B Chez votre père seulement C Chez un oncle ou une tante D Chez une autre personne de la famille E Chez d'autres personnes qui ne sont pas de la famille F Autres (précisez) G
128	Faites tous les commentaires que vous souhaitez sur le thème de l'étude « L'impact du VIH/sida sur le système éducatif ».	
	
	
	

Merci d'avoir répondu à toutes ces questions.

Questionnaire enseignants (enseignements de base et secondaire)

Sexe M F

Age |__|__|

Enseignement de base = 1 Enseignement secondaire 1^{er} Cycle =2

Enseignement secondaire 2nd Cycle =3

Localité :.....

Religion :

Musulman 1 Catholique 2 Protestant 3 Religion traditionnelle 4

N°	Questions	Modalités et réponses	Aller à
1.	Avez-vous déjà eu dans votre établissement des collègues PVVIH ?	Oui = 1 Non = 2 Je ne sais pas = 9	
2	Comment l'avez-vous appris ?		
3	Sont-ils perçus ou traités différemment par les élèves/ directeurs/autres enseignants ?	Oui = 1 Non = 2 Je ne sais pas = 9	
4	Les relations entre collègues ont elles été modifiées lorsque la PVVIH a révélé son statut ou qu'elle est tombée malade ? Expliquez ce qui a été fait.	Oui = 1 Non = 2	
5	Qu'est-ce qui a pu être fait pour réduire la stigmatisation ?		

6	Les élèves changent-ils d'attitude à l'égard des enseignants qui ont le sida ?	Oui = 1 Non = 2 Je ne sais pas = 9	
7	Les syndicats des enseignants interviennent-ils dans le domaine du VIH/sida ? Si oui, comment ?	Oui = 1 Non = 2 Je ne sais pas = 9	
8	Que souhaitent les enseignants PVVIH ? Rester dans leur poste ? Être mutés ? Si oui, où ?		
9	Quelle est la réaction habituelle à leur demande ?		
10	Comment sont gérés les cas d'absences répétées ?		

11	Dans les trois dernières années, avez-vous connu des cas de décès dans votre CEB (Q. pour enseignants de base) ou dans votre établissement (Q. pour enseignants du secondaire)?	Oui = 1 Non = 2 Je ne sais pas = 9	
12	Les personnels du ministère qui seraient PVVIH sont-ils au courant de la possibilité de se faire connaître à un niveau ou à un autre pour pouvoir bénéficier de la prise en charge socio-économique que le CMLS donne depuis l'an dernier ?	Oui = 1 Non = 2 Je ne sais pas = 9	
13	Que pensez-vous de cette mesure ?		
14	La maladie des parents se répercute-t-elle sur leurs enfants ? Et sous quelle forme ?	Oui = 1 Non = 2 Je ne sais pas = 9	
15	Avez-vous remarqué que des enfants n'ont pas été scolarisés ou ont été déscolarisés en raison de la maladie de leurs parents ?	Oui = 1 Non = 2 Je ne sais pas = 9	
16	Dans ce cas, est-ce que cela a plus touché les filles que les garçons ?	Oui = 1 Non = 2 Je ne sais pas = 9	
17	Qu'est-ce qui a pu être fait pour soutenir les élèves?		
18	Certains enfants ont-ils repris après le décès du ou des parents malades ?	Oui = 1 Non = 2 Je ne sais pas = 9	

19	<p>Comment réagissent les élèves à la maladie de leur enseignant ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>			
20	<p>Comment réagissent les parents d'élèves (particulièrement dans l'enseignement privé) ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>			
21	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="173 550 669 826"> <p>Si vous avez déjà connu une PVVIH qui enseigne, y a-t-il des réaménagements en termes de temps d'enseignement ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>En termes d'organisation ?</p> <p>.....</p> </td> <td data-bbox="669 550 893 826"> <p>Oui = 1 Non = 2</p> <p>Je ne sais pas = 9</p> </td> <td data-bbox="893 550 949 826"></td> </tr> </table>	<p>Si vous avez déjà connu une PVVIH qui enseigne, y a-t-il des réaménagements en termes de temps d'enseignement ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>En termes d'organisation ?</p> <p>.....</p>	<p>Oui = 1 Non = 2</p> <p>Je ne sais pas = 9</p>	
<p>Si vous avez déjà connu une PVVIH qui enseigne, y a-t-il des réaménagements en termes de temps d'enseignement ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>En termes d'organisation ?</p> <p>.....</p>	<p>Oui = 1 Non = 2</p> <p>Je ne sais pas = 9</p>			
22	<p>Quelles répercussions ces absences répétées ont-elles sur l'achèvement des programmes ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Sur les performances scolaires des élèves ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Sur les résultats aux diverses évaluations ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>			
23	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="173 1273 669 1430"> <p>Avez-vous bénéficié d'une formation sur le VIH/sida ?</p> <p>.....</p> <p>Si oui, dans quel cadre ?</p> </td> <td data-bbox="669 1273 893 1430"> <p>Oui = 1 Non = 2</p> <p>Je ne sais pas = 9</p> </td> <td data-bbox="893 1273 949 1430"></td> </tr> </table>	<p>Avez-vous bénéficié d'une formation sur le VIH/sida ?</p> <p>.....</p> <p>Si oui, dans quel cadre ?</p>	<p>Oui = 1 Non = 2</p> <p>Je ne sais pas = 9</p>	
<p>Avez-vous bénéficié d'une formation sur le VIH/sida ?</p> <p>.....</p> <p>Si oui, dans quel cadre ?</p>	<p>Oui = 1 Non = 2</p> <p>Je ne sais pas = 9</p>			

24	Comment appréciez-vous le contenu de ces formations ? Pour vous-même. Pour votre travail auprès des élèves		
25	Dans votre établissement y a-t-il des activités de prévention sur le VIH/sida ? Si oui, lesquelles ? Si non, pourquoi ?	Oui = 1 Non = 2 Je ne sais pas = 9	
26	Dans vos cours parlez-vous du VIH/sida ?	Jamais 1 Occasionnellement 2 De manière systématique 3	
27	Est-ce que les élèves aiment que vous en parliez ?	Oui = 1 Non = 2 Je ne sais pas = 9	
28	Quels sont les moyens de prévention que vous expliquez aux élèves ? Que dites-vous des préservatifs ?		
29	Disposez-vous de matériels didactiques préparés pour des activités de prévention sur le VIH/sida avec vos élèves ?	Oui = 1 Non = 2 Je ne sais pas = 9	
30	Quels moyens avez-vous pour évaluer les effets de votre enseignement ?		

31	Quelles difficultés rencontrez-vous ?		
32	Seriez-vous favorable à un enseignement structuré sur ces questions ? Si oui, à quelles conditions ? Si non, pourquoi?	Oui = 1 Non = 2 Je ne sais pas = 9	
33	Comment les communautés s'impliquent-elles dans la prise en charge des OEV ?		
34	Les orphelins et enfants vulnérables de votre établissement bénéficient-ils d'un appui pour la scolarisation ? Si oui, de quel appui ?	Oui = 1 Non = 2 Je ne sais pas = 9	
35	Qui fournit cet appui ? (mairie, association, service action sociale, établissement, autres ... Précisez.)		
36	En quoi votre établissement a-t-il changé avec le VIH/sida et la présence d'enfants orphelins et vulnérables ?		
37	Quelles nouvelles actions entreprendre pour diminuer l'impact du VIH/sida sur le système éducatif ?		

GROUPES DE DISCUSSION ENSEIGNANTS (enseignement de base et enseignement secondaire)

1. Gestion locale

Avez-vous déjà eu dans votre établissement des collègues vivant avec le VIH ? Vous ont-ils dit leur statut sérologique ou l'avez-vous appris autrement ? Les relations entre collègues sont-elles modifiées lorsque la PVVIH est soupçonnée d'être séropositive, révèle son statut ou qu'elle tombe malade ? Qu'est-ce qui a pu être fait pour réduire la stigmatisation ? On parle souvent de la famille enseignante, est-ce que cela a un sens dans la situation des enseignants vivant avec le VIH ?

Que souhaitent les enseignants vivant avec le VIH ? Rester dans leur poste ? Être mutés et où ?

Quelle est la réaction habituelle à leur demande ? Comment sont gérés les cas d'absences répétées ? Comment s'effectue le remplacement ? Avez-vous connu des cas de décès ?

Les personnels du ministère qui seraient des PVVIH sont-ils au courant de la possibilité de se faire connaître à un niveau ou à un autre pour pouvoir bénéficier de la prise en charge socio-économique que le CMLS donne depuis l'an dernier ? Que pensez-vous de cette mesure ? Avez-vous eu des collègues qui sont venus vous en parler ?

2. Effets sur le système, sur l'enseignement/apprentissage

La maladie des parents se répercute-t-elle sur leurs enfants et sous quelle forme ?

Avez-vous remarqué que des enfants n'ont pas été scolarisés ou ont été déscolarisés en raison de la maladie de leurs parents ? Y-a-t-il des différences selon le sexe de l'élève ? Qu'est-ce qui a pu être fait ? Certains enfants ont-ils repris après le décès du ou des parents malades ?

Comment réagissent les élèves à la maladie de leur enseignant ?
 Comment réagissent les parents d'élèves (particulièrement dans l'enseignement privé) ?

Là où une PVVIH enseigne, y-a-t-il des réaménagements en termes de temps d'enseignement et/ou d'organisation ?

Quelles répercussions ces absences répétées ont-elles sur l'achèvement des programmes, sur les performances scolaires des élèves, sur les résultats aux diverses évaluations ?

Quelles tendances avez-vous remarquées au niveau de la fréquence des enterrements depuis trois à cinq ans ? Quel est l'impact des enterrements sur l'absentéisme du personnel de votre école ?

3. Prévention

Avez-vous bénéficié d'une formation sur le VIH/sida ? Dans quel cadre ? Quand ? Quels étaient les thèmes de ces formations ? Comment jugez-vous le contenu de ces formations, pour vous-mêmes et pour leur travail auprès des élèves ?

Forces et faiblesses de ces formations ?

Activités de prévention dans les établissements d'enseignement de base et secondaires ?

Participez-vous à des activités de prévention ? Mise en place des clubs RAJS/ABEF. Formation d'élèves-relais/Action d'IEC/ Sensibilisation des APE, des AME.

Qui est impliqué : élèves (sexe, âge, classe), enseignants, personnel administratif et d'encadrement, personnel de santé, PVVIH, APE, ONG ? Les filles sont-elles particulièrement ciblées ?

Périodicité des activités ? Activités intégrées ou extrascolaires ? Avantages et inconvénients ?

Dans vos cours, parlez-vous du VIH/sida ? De manière occasionnelle ? Systématique ? Est-ce que vous aimez en parler ? Est-ce que les élèves aiment que vous en parliez ? Quelles difficultés rencontrez-vous ? Quels

sont les moyens de prévention que vous expliquez aux élèves ? Que dites-vous des préservatifs ? Seriez-vous favorables à un enseignement structuré et systématique sur ces questions ?

Avec quels résultats ? (sur les connaissances, les comportements, les attitudes à l'égard des PVVIH). Quels système et moyens pour évaluer les effets de ces activités ou cours ?

Attitudes des familles à l'égard de ces attitudes de prévention ?
Attitudes des élèves ?

Disposez-vous de matériels didactiques préparés pour ces activités ?
Quelles stratégies pour les utiliser ?

Disponibilité des préservatifs aux élèves ?

Comment et par qui sont financées ces activités de prévention ?

Quelles sont les contraintes dans la réalisation de ces activités ?

4. Mesures prises pour créer un environnement favorable aux OEV ?

Comment les communautés s'impliquent-elles dans la prise en charge des OEV ?

Tous les OEV de votre établissement bénéficient-ils d'un appui pour leur scolarisation ? En fournitures scolaires ? Pour le paiement de leur scolarité (distinguer enseignement de base et secondaire) ? Qui les prend en charge ? (associations, services action sociale, mairies ?) S'il n'y pas de prise en charge, que se passe-t-il ?

Qu'est-ce qui est fait et par qui dans le domaine du suivi scolaire des OEV ?

Quelles difficultés rencontrent-ils particulièrement ? Les filles (OEV) arrêtent-elles d'aller en classe plus que les garçons ? Qu'est-ce qui est fait pour une prise en charge plus globale et par qui ?

Qu'est-ce qui est fait pour les OEV déscolarisés ? Que deviennent-ils ? Quels liens entre le système formel et des activités d'éducation non formelle pour ces enfants déscolarisés ?

5. Partenariat/collaboration intersectorielle

Quelles relations existe-t-il entre les structures sanitaires et les structures scolaires? Avec les services de l'action sociale ?

Comment s'établit la collaboration avec les associations travaillant dans le domaine de la lutte contre le VIH/sida ? Quelles relations entre les cellules-relais, et entre elles et les comités des différents niveaux ?

En résumé, en quoi l'école change-t-elle avec le VIH/sida et avec la présence d'OEV? Modification des heures de cours, des cours de rattrapage, des programmes, des attitudes des enseignants, de l'implication des communautés, des relations avec les structures sanitaires ?

6. Propositions d'amélioration. Quelles sont les perspectives ?

Les nouvelles actions à entreprendre ? Comment ces actions s'intègrent-elles dans le PDDEB ? Dans les processus d'amélioration de la qualité de l'éducation ?

Annexe 5. Épidémiologie du VIH et du sida dans le monde et en Afrique subsaharienne³⁴

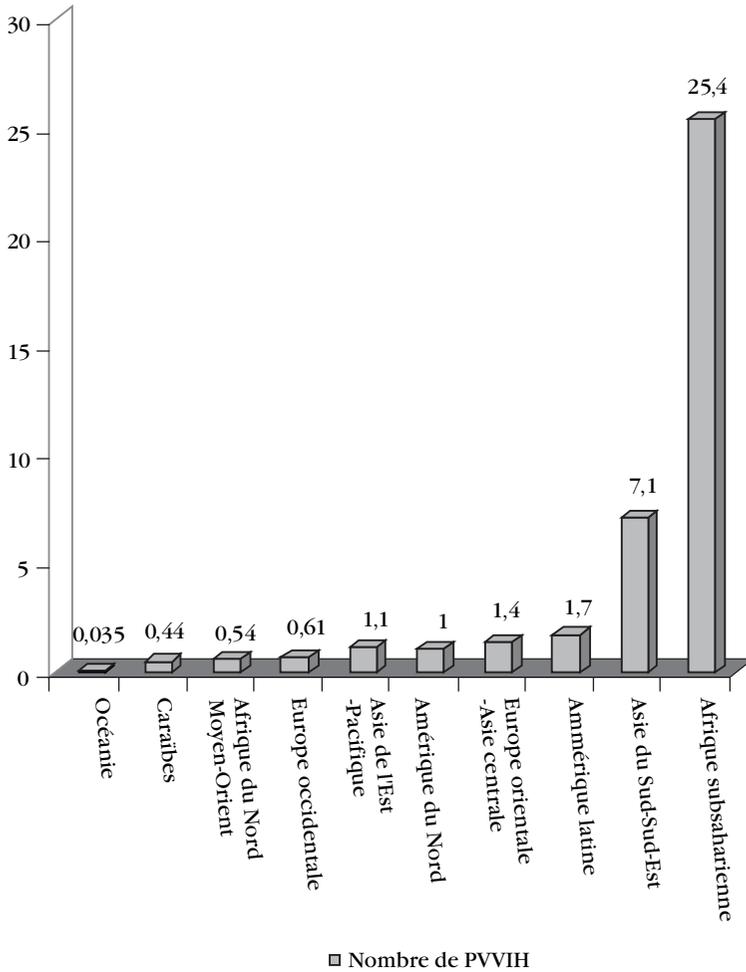
Épidémiologie du VIH et du sida dans le monde

L'épidémie du VIH et du sida constitue un véritable problème de développement qui n'épargne aucun pays du monde et affecte particulièrement l'Afrique subsaharienne. En effet, selon les statistiques de l'ONUSIDA (décembre 2004), 39,4 millions de personnes vivent avec le VIH dans le monde en 2003. Selon cette même source, les décès liés au sida sont estimés à 3,1 millions. Les statistiques montrent que la pandémie du sida frappe les femmes et les filles car, près de la moitié de toutes les personnes vivant avec le VIH dans le monde sont de sexe féminin.

Le *graphique 5A1* présente la situation du nombre de personnes vivant avec le VIH dans les régions du monde.

34. *Source* : Bilan général de la mise en œuvre du Plan national multisectoriel de lutte contre le VIH/sida et les IST de l'année 2004.

Graphique 5A1. Nombre de personnes vivant avec le VIH dans les régions du monde fin 2003 (en millions)



Source : Rapport ONUSIDA/OMS, 2004.

Épidémiologie du VIH et du sida en Afrique subsaharienne

L'Afrique subsaharienne reste la région la plus touchée, avec un nombre total de 25,4 millions de personnes vivant avec le VIH fin 2003 contre 24,4 millions en 2002. Près des deux tiers (64,5 %) des personnes vivant avec le VIH dans le monde se trouvent en Afrique subsaharienne, dont 75,6 % de femmes vivant avec le VIH. La prévalence du VIH chez les adultes est estimée à 7,4 % (rapport de décembre 2004).

L'Afrique australe semble être la région la plus gravement touchée car les taux de prévalence y sont en moyenne supérieurs à 25 %. Au Botswana, au Lesotho et au Swaziland, les taux de prévalence parmi les femmes enceintes dépassent les 30 %. Dans cette partie de l'Afrique, survient un tiers des décès liés au sida dans le monde.

Cependant, l'évolution de l'épidémie en Afrique subsaharienne tend à se stabiliser du point de vue des taux actuels, selon l'ONUSIDA, une telle situation s'explique par le fait que le nombre de personnes qui contractent une nouvelle infection au VIH est plus ou moins égale au nombre de personnes qui en meurent.

En Afrique occidentale le taux de prévalence pour les années 1997 et 2003 se présente comme suit :

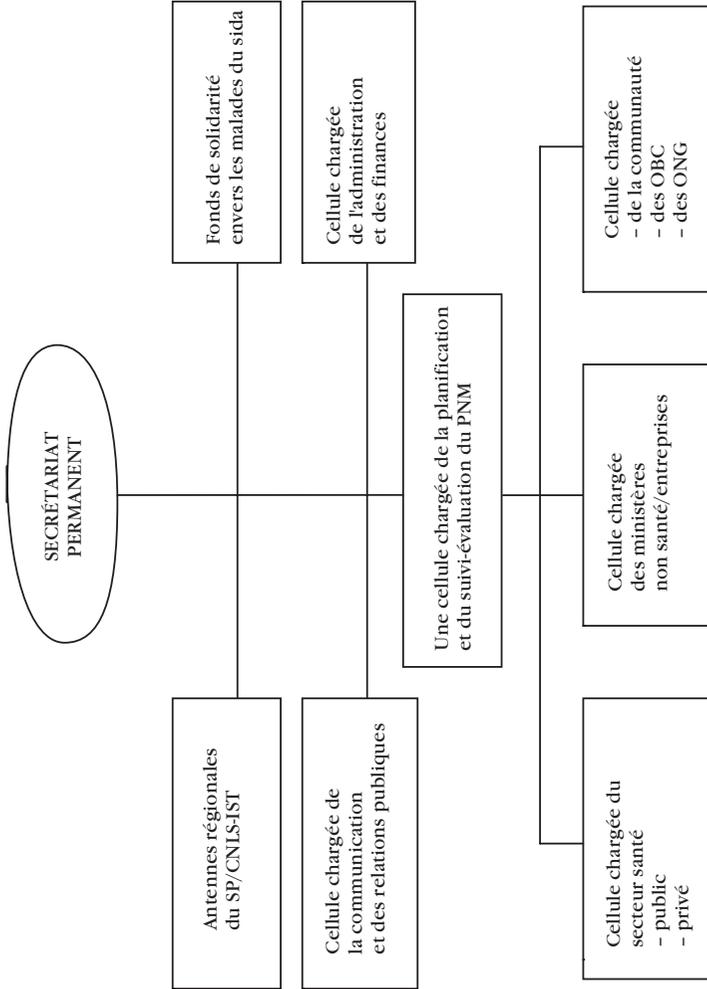
Évolution du taux de prévalence du VIH de quelques pays en Afrique de l'Ouest (population adulte de 15 à 49 ans)

Pays	1997	2003
Bénin	2,06%	1,9%
Burkina Faso	7,17%	4,2%
Côte d'Ivoire	10,06%	7%
Ghana	2,38%	3,1%
Guinée	2,09%	3,2%
Mali	1,67%	-
Niger	1,45%	1,2%
Nigeria	4,12%	5,4%
Sénégal	1,77%	0,8%
Togo	8,52%	4,1%

Source : Estimations ONUSIDA, 2004.

Annexe 6. Organigramme du Secrétariat permanent du CNLS-IST

(Extrait du *Cadre stratégique de lutte contre le sida 2001-2005*)



Annexe 7. Dépouillement de quelques phrases à compléter (classe de 1^{re})

Le plus sûr moyen d'éviter le sida :

		Réponses (%)
Abstinence	210	81,7
Fidélité	27	10,5
Rapports protégés	18	7,0
Test de dépistage	1	0,4
Crainte de Dieu	1	0,4
Total des réponses	257	

On associe sida :

		Réponses (%)
Maladie très grave, mort	68	30,9
MST, épidémie	65	29,5
Non-maîtrise de la sexualité	25	11,5
Maladie comme les autres	21	9,5
Fléau social/pauvreté/ignorance	19	8,6
Malédiction/punition divine	18	8,2
Jeunesse	4	1,8
Total des réponses	220	100

Non-maîtrise de la sexualité = vagabondage, infidélité, rapports sexuels non protégés.

La meilleure source d'information sur le sida :

		Réponses (%)
Associations, clubs, groupes d'amis	68	29,7
Sensibilisation	42	18,3
Centres de santé	29	12,7
Médias	28	12,2
Centres et tests de dépistage	22	9,6
Infosida	13	5,7
Production audiovisuelle ou écrite	11	4,8
Personnes-ressources (parents, PVVIH, personnes formées)	9	3,9
Autres (CNLS ...)	7	3,1
Total des réponses	229	100

Publications et documents de l'IIEPE

Plus de 1 200 ouvrages sur la planification de l'éducation ont été publiés par l'Institut international de planification de l'éducation. Un catalogue détaillé est disponible ; il présente les sujets suivants :

Planification de l'éducation

Généralités – contexte du développement

Administration et gestion de l'éducation

Décentralisation – participation – enseignement à distance –
carte scolaire – enseignants

Économie de l'éducation

Coûts et financement – emploi – coopération internationale

Qualité de l'éducation

Évaluation – innovations – inspection

Différents niveaux d'éducation formelle

De l'enseignement primaire au supérieur

Stratégies alternatives pour l'éducation

Éducation permanente – éducation non formelle – groupes défavorisés –
éducation des filles

Pour obtenir le catalogue, s'adresser à :
IIEPE, Unité de la communication et des publications
info@iiep.unesco.org

Les titres et les résumés des nouvelles publications peuvent être consultés
sur le site web de l'IIEPE, à l'adresse suivante :
www.unesco.org/

L'Institut international de planification de l'éducation

L'Institut international de planification de l'éducation (IIPE) est un centre international, créé par l'UNESCO en 1963, pour la formation et la recherche dans le domaine de la planification de l'éducation. Le financement de l'Institut est assuré par l'UNESCO et les contributions volontaires des États membres. Au cours des dernières années, l'Institut a reçu des contributions volontaires des États membres suivants : Allemagne, Danemark, Inde, Irlande, Islande, Norvège, Suède et Suisse.

L'Institut a pour but de contribuer au développement de l'éducation à travers le monde par l'accroissement aussi bien des connaissances que du nombre d'experts compétents en matière de planification de l'éducation. Pour atteindre ce but, l'Institut apporte sa collaboration aux organisations dans les États membres qui s'intéressent à cet aspect de la formation et de la recherche. Le Conseil d'administration de l'IIPE, qui donne son accord au programme et au budget de l'Institut, se compose d'un maximum de huit membres élus et de quatre membres désignés par l'Organisation des Nations Unies et par certains de ses institutions et instituts spécialisés.

Président :

Raymond E. Wanner (États-Unis)

Conseiller principal sur les questions intéressant l'UNESCO, Fondation des Nations Unies, Washington, DC, États-Unis.

Membres désignés :

Manuel M. Dayrit

Directeur, Département des Ressources humaines pour la santé, Bases factuelles et information à l'appui des politiques, Organisation mondiale de la santé, Genève, Suisse.

Ruth Kagia

Directeur pour l'éducation, Banque mondiale, Washington, DC, États-Unis.

Diéry Seck

Directeur, Institut africain de développement économique et de planification, Dakar, Sénégal.

Jomo Kwame Sundaram

Sous-Secrétaire général aux affaires économiques et sociales, Nations Unies, New York, États-Unis.

Membres élus :

Aziza Bennani (Maroc)

Ambassadeur, Déléguée permanente du Maroc auprès de l'UNESCO.

José Joaquín Brunner (Chili)

Directeur, Programme d'éducation, Fundación Chile, Santiago, Chili.

Birger Fredriksen (Norvège)

Ancien conseiller principal en éducation pour la région Afrique, Banque mondiale.

Talyiwaa Manuh (Ghana)

Directrice, Institut d'études africaines, Université du Ghana, Legon, Ghana.

Philippe Mehaut (France)

LEST-CNRS, Aix-en-Provence, France.

Teiichi Sato (Japon)

Conseiller du Ministre de l'Éducation, de la Culture, des Sciences, des Sports et de la Technologie, Japon.

Tuomas Takala (Finlande)

Professeur, Université de Tampere, Finlande.

Pour obtenir des renseignements sur l'Institut, s'adresser au :
Secrétariat du Directeur, Institut international de planification de l'éducation,
7-9, rue Eugène Delacroix, 75116 Paris, France.