



**Réseau Ouest et Centre Africain de Recherche en Education**  
**Educational Research Network for West And Central Africa**

---

**Revue des politiques et stratégies nationales de lutte contre le VIH/SIDA dans le secteur de  
l'éducation en Afrique de l'ouest et du centre**

**R O C A R E**

**avec le soutien de l'IPE**

**Brigitte MATCHINDA**

*Bamako, Juin 2004*

## RESUME

Aucun secteur n'est aujourd'hui à l'abri des effets dévastateurs de la pandémie du VIH/SIDA en Afrique. Seulement, les secteurs sociaux le sont davantage et parmi eux l'éducation, « qui par essence est le moule producteur des ressources humaines de qualité, se trouve ainsi frappée de plein fouet » Yaro et Dougnon (2003).

En effet, aux lendemains des indépendances, les pays Africains ont pris l'engagement ferme de faire de l'Education le moteur de leur développement. Aujourd'hui, à cause des effets du SIDA, l'éducation dans l'Afrique Subsaharienne connaît une crise sans précédent, visible globalement à travers : 1 / l'offre de l'éducation où les enseignants affectés ou infectés assument difficilement leurs responsabilités Banque Mondiale (2002a et 2002 b); 2 / la demande où le nombre d'enfants scolarisables et scolarisés décroît de manière vertigineuse Desai, Zelaya et Twala (2003) ; la qualité des services administratifs où, à cause des décès liés au VIH/SIDA au sein du personnel en charge de l'administration, de la planification et du financement de l'éducation, les capacités de coordination aussi bien au niveau des services centraux qu'au niveau des établissements scolaires sont nettement amoindries (UNESCO, 2002). Aussi, les engagements politiques pris en faveur de l'Education Pour Tous - EPT- (UNICEF, 2000 ; MINEDUC, 2002) sont-ils sérieusement compromis, faisant pratiquement de l'objectif d'atteinte du bien-être en Afrique une véritable utopie UNICEF (1999), Gachuhi, (1999).

Le Réseau Ouest et Centre Africain de Recherche en Education – ROCARE- a pour principale mission de développer dans la région une capacité de recherche en éducation qui produise des outils d'aide à la décision de très bonne facture facilement utilisables par les politiques et les praticiens. C'est ainsi que face à des documents de politiques nationales aux fortunes diversifiées en matière de mesure d'impact et de proposition de la réponse, elle a adopté "l'impact du VIH/SIDA sur l'éducation et la réponse du système éducatif " comme un de ses domaines prioritaires (ROCARE, 2002). Grâce à l'accord de collaboration que le ROCARE a négocié avec l'Institut International de Planification de l'Education -IPE- qui 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 la matière, les documents ont été collectés dans cinq pays membres à savoir le Burkina Faso, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, le Ghana et le Sénégal et sont rendus disponibles dans la banque des données du service d'échanges des informations sur l'impact du VIH/SIDA sur l'Education Clearinghouse. Ces documents constituent pour nous des véritables sources d'inspiration, car il n'est pas simplement question de faire "une revue de troupes" des cadres stratégiques des pays, mais, parce que le « SIDA est une maladie du sexe et par conséquent de la honte » (Matchinda, 2004), d'apprécier les éléments de leur législation spécifique sur la stigmatisation et la discrimination des personnes affectées ou infectées par le VIH/SIDA.

## TABLE DE MATIERES

Acronymes .....	4
<b>1. L’Afrique, le continent le plus affecté par le VIH/SIDA .....</b>	<b>6</b>
<b>2. L’éducation, secteur durement touché par le VIH/SIDA .....</b>	<b>7</b>
2.1 Impact du VIH/SIDA sur les politiques de planification de gestion et de financement	
2.2 Impact du VIH/SIDA sur les politiques de gestion des enseignements et des apprentissages	
2.3. Impact du VIH/SIDA sur les mécanismes de prévention, de traitement et de prise en charge des orphelins et personnes vulnérables	
<b>3. Les politiques et les stratégies africaines du VIH/SIDA et l’éducation .....</b>	<b>11</b>
<b>4. Bilan des politiques .....</b>	<b>15</b>
<b>5. Perspectives .....</b>	<b>18</b>
<b>6. Conclusion .....</b>	<b>19</b>
<b>Références bibliographiques .....</b>	<b>20</b>
<b>ANNEXE : Tableau des profils réponses des pays de la sous région ouest et centre de l’Afrique (à compléter de façon participative pendant l’atelier qui précède la conférence ministérielle).....</b>	<b>23</b>

AIDSCAP	Aids control and prevention project
AIMS	Agence Ivoirienne de Marketing Social
ARFH	Association of reproductive and family health
CBO	Community based organisation
CCC	Communication pour le changement
CESAM	Cellules scolaires antisida et MST
CEPED	Centre français pour la population et le développement
CIC	Centre d'information et de conseil
CISD	Coalition Inter-agence SIDA et Développement
CILUS	Comité interne de lutte contre le SIDA
CNLS	Comité national de lutte contre le VIH/SIDA
CPLS	Comité provincial de lutte contre le SIDA
CCLS	Comité communal de lutte contre le SIDA
CLLS	Comité local de lutte contre le VIH/SIDA
ECM	Education civique et morale
EPT	Education pour tous
EvF/EmP	Education à la vie familiale et l'éducation en matière de population
EVA	Education à la vie et à l'amour
FLHE	Family life and HIV/AIDS education
GEEP	Groupe pour l'étude et l'enseignement de la population
GES	Ghana education service
HEAP	HIV/AIDS Emergency Action Plan
IPE	Institut International de Planification de l'Education
MOE	Ministry of education
MS	Ministère de la santé (au Mali)
IMAARV	Initiative malienne pour l'accès aux anti-rétroviraux
LACA	Local government action committee on AIDS
NACA	National government action committee on AIDS
NERDC	Nigerian educational research and development council
NYAP	Nigeria Youth AIDS programme
PCA	Presidential council for AIDS
PF	Point focal
POPFILE	Population and family life education
PCD	Partnership for Child Development
PDEF	Plan décennal de l'éducation et de la formation
PRODESS	Programme de développement sanitaire et social
PRETAME	Prévention de la transmission mère enfant du VIH/SIDA
PROSAF	Projet intégré de santé familiale dans le Borgou
PNLS	Programme national de lutte contre le VIH/SIDA
PSP	Projet santé population
PVVS	Personnes vivant avec le VIH/SIDA
ROBS	Réseau des ONG béninoises de santé
ROCARE	Réseau Ouest et Centre Africain de Recherche en Education
RTPS	Réseau des ressources techniques pour la planification stratégique
SHEP	School Health Education programme

STV	Sciences de la vie et de la terre
SWAAN	Society for women and AIDS in Nigeria
TOT	Training of trainers
UNAIDS	The joint United Nations Programme on HIV/AIDS
USAID	United States agency for international development
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population

## **I. L'Afrique, le continent le plus affecté par le VIH/SIDA**

Le VIH/SIDA « compte parmi les cinq premières maladies mortelles dans le monde et est la première cause de mortalité en Afrique. Il accentue encore le fossé, déjà large, qui sépare les pays riches des pays pauvres en termes de taux d'infection au VIH/SIDA et de décès dus au SIDA » (Kelly, M.J, 2000 : 27 & 28). Dans le document de mesure des tendances de l'ONUSIDA (2003), il apparaît clairement que le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA est encore en hausse : le VIH/SIDA a tué plus de 3 millions de personnes dans le monde en 2003 et 5 millions de personnes ont contracté le VIH, portant ainsi à 46 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA dans le monde.

Le taux de prévalence qui va grandissant depuis plusieurs années en Afrique fait de cette région la plus touchée du monde. Il se situe entre 7.5 % et 8.5 % chez les adultes de 15-49 ans, contre 1.9 % -3.1 % dans les Caraïbes, désignées comme étant la deuxième région au taux de prévalence élevé dans le monde. En effet, 29.4 millions de personnes vivaient déjà en Afrique Subsaharienne avec le SIDA ( ONUSIDA ; Banque Mondiale, 2002) auxquelles il faut ajouter les 3.2 millions qui ont été infectées au cours des années antérieures. 2.3 millions de personnes environ sont mortes de VIH/SIDA dans la sous-région en 2003.

Contrairement aux femmes d'autres régions du monde, celles d'Afrique Subsaharienne ont au moins 1.2 fois plus de chances d'être infectées par le VIH/SIDA que les hommes . chez les jeunes de 15-24 ans les risques sont sensiblement dans le même ordre.

L'Afrique voit son taux de prévalence du VIH/SIDA varier considérablement à travers le continent. Dans les pays membres du ROCARE,

La prévalence du VIH/SIDA va de 0.5 au Sénégal à 11.8 % au Cameroun, en passant par 1.3 au Niger, 1.5 en Guinée, 1.6 en Gambie, 1.7 au Mali, 3.0 au Ghana, 3.6 % au Bénin, 5.8 au Nigeria, 6.0 au Togo, 6.5 % au Burkina Faso, 7.0 en Sierra Leone, 9.7 en Côte d'Ivoire (ROCARE, 2002 b). Ces statistiques peuvent sembler dérisoires au regard des taux de prévalences de plus de 40 % qu'on enregistre dans d'autres pays d'Afrique Subsaharienne tel que le Botswana, le Swaziland ou l'Afrique du Sud. Mais, on peut rapidement remarquer que dans les pays du ROCARE, « cette crise a lourdement affecté l'éducation tel que les chiffres élevés des décès dus au SIDA parmi les enseignants en Côte d'Ivoire » (ROCARE, 2002 b : 3).

Aussi, prenant au sérieux l'avertissement de l'ONUSIDA (2002) selon lequel la situation des pays face au VIH/SIDA connaîtra une aggravation avant de s'améliorer, dans l'analyse des politiques et des stratégies nationales du VIH/SIDA et de l'éducation qui va suivre, nous entendons aller au-delà des pays qui ont fait partie de la convention IPE-ROCARE pour « faire la revue de tous les documents (politiques et recherche) des pays membres du ROCARE sur le Clearinghouse et, toute autre documentation pertinente » (ROCARE, 2004 :1). Il s'agit de bénéficier de nombreux exemples de ripostes au SIDA réalisés dans d'autres pays d'Afrique en général et dans les pays au Sud du Sahara qui payent le plus lourd tribut au VIH/SIDA (UNAIDS, 2003) en particulier. Il y a « l'absolue nécessité de s'engager sur le long terme, imposée par les indicateurs qui prévoient tous qu'il faudra encore au moins une génération avant d'arriver à éradiquer le VIH/SIDA ; l'obligation de se préparer à l'imprévu, car l'épidémie du VIH/SIDA ne cesse d'évoluer et d'avoir des effets complexes, inattendus et inopinés. » (UNESCO, 2002 : 9).

## **II. L'éducation comme secteur le plus affecté par l'épidémie du VIH/SIDA**

Le SIDA « prolifère rapidement chez les jeunes, la moitié environ des sujets infectés ayant contracté le virus VIH avant l'âge de 25 ans ; (il) entraîne une augmentation du nombre d'orphelins » (Kelly, M.J, 2000 : 28). En réalité, le VIH/SIDA, en se propageant perturbe les systèmes éducatifs des pays aussi bien au niveau des effectifs des enseignants (OIT....) et des capacités à les former et à les gérer qu'au niveau des effectifs d'élèves et de leurs caractéristiques.(UNAIDS & UNICEF, 2000)

### **II 1. Impact du VIH/SIDA sur les politiques de planification, de gestion et de financement.**

Les pays affectés par le VIH/SIDA voient leur dotations budgétaires détournées des objectifs d'accroissement et d'amélioration des conditions d'enseignement /apprentissage pour être orientées de manière pressante vers la prise en charge des membres de la famille des enseignants décédés ou au remplacement onéreux des enseignants décédés ou malades (Grassly, kamal, Pegurri, Sikazwe, Malambo, Siamatowe, Don Bundy, 2003). D'après les estimations du PNUD (2001), Le Burkina Faso, avec sa séroprévalence affichée de 10 % dans le secteur de l'éducation est appelé à financer à hauteur de 1.44 milliards de francs CFA la formation en vue d'opérer des remplacements judicieux d'enseignants. Les enseignants simplement affectés prennent généralement les classes avec du retard et abandonnent les élèves longtemps avant la sortie des classes. L'absentéisme des enseignants et davantage celui des enseignantes pour assister aux multiples funérailles dus au SIDA, atteint respectivement 3.3 % et 6.6 % au Botswana (University of Botswana, 2002) et pose de sérieux problèmes de gestion et de planification aux Directeurs d'écoles. Les enseignants séropositifs souffrent de la discrimination et développent généralement le stress psychologique et la méfiance qui nuisent aussi bien au développement des systèmes de communication et d'information entre les différents acteurs du système éducatif qu'à la qualité de celui-ci.( ADEA, 2001 b). Aussi, un silence terrifiant entoure-t-il l'épidémie aussi bien au niveau individuel qu'institutionnel et académique. Des éducateurs, nombreux et des établissements de renommée valorisent la loi du silence sur le SIDA et ça, malgré les enseignements de : biologie, hygiène, éducation à la vie familiale, orientation et conseil, études sociales qu'ils dispensent, ils continuent d'agir « comme si le VIH/SIDA n'existait pas » (Kelly, 2000).

### **II. 2. Impact du VIH/SIDA sur les politiques de gestion des enseignements et des apprentissages.**

Le VIH/SIDA présente sur l'offre d'éducation des effets aussi bien quantitatifs que qualitatifs. L'empreinte de l'épidémie sur les systèmes éducatifs est dévastatrice, constate le quotidien Français Le Monde (2002). La World Bank.(2000), se basant sur les statistiques de l'USAID (1999) insiste sur le fait inquiétant que la grande proportion de séropositifs jeunes est constituée des enseignants qui, à cause de leur grande mobilité et de leur statut socio économique relativement élevé - surtout en Afrique de l'Ouest, contrairement à l'Afrique du Sud et en Afrique du centre où la saignée vers d'autres carrières jugées prestigieuses est remarquée -sont

exposés. Près de 1,7 millions d'élèves et d'étudiants en Afrique déclarent avoir perdu un ou une enseignante des suites du VIH/SIDA (World Bank, 2000).

Le système éducatif ivoirien est l'un des plus touchés par les conséquences quantitatives telles que l'absentéisme dans l'enseignement secondaire public. Pour un total de 44 enseignants décédés dont on a pu remonter à la cause du décès, 19 d'entre eux sont morts du VIH/SIDA, ce qui représente une fréquence relative de 43.18 %. Sur cette base, et sachant qu'un enseignant du secondaire a en moyenne 18 à 20 heures de cours par semaine et qu'une année scolaire compte 28 semaines effective de cours, le VIH/SIDA représenterait 252 à 280 cours de 2 heures par enseignant décédé, soit un total de 4788 à 5320 cours non dispensés dans l'année. De 1997 à l'an 2000, il y aurait aussi en Côte d'Ivoire au moins 71655 enfants âgés de 6 à 11ans qui ne seraient pas scolarisés pour cause du VIH/SIDA (Banque Mondiale, 2002 a).

En République Centrafricaine, on estime qu'au moins 200 enseignants meurent chaque année, dont 92 % à cause du VIH/SIDA (AFP, 11/05/ 2002) .

Dans ces conditions, l'école en Afrique se retrouve avec de plus en plus d'enseignants qui meurent ou qui sont trop malades pour enseigner. Un enseignant infecté qui développe la maladie, se trouve très souvent à l'extérieur de l'institution scolaire à la recherche de soins. Le sida entraîne un absentéisme très fréquent chez les enseignants malades qui ne sont généralement pas remplacés pour achever les programmes scolaires. Les écoles sont ainsi obligées de fonctionner avec un seul ou deux enseignants là où normalement il en faudrait souvent trois à quatre fois plus (UNAIDS, 2001). Dans son ouvrage « Planifier l'éducation dans le contexte du VIH/sida », Kelly note que l'influence du sida sur l'offre éducative se caractérise par :

- la perte d'enseignants qualifiés par suite de leur décès ;
- la baisse de la productivité des enseignants atteints par la maladie ;
- l'incapacité grandissante du système à équilibrer l'offre et la demande en raison de la perte – décès ou maladie - d'administrateurs de l'enseignement, d'inspecteurs ;
- la fermeture de classes ou d'écoles en raison de la perte d'enseignants.

Or les apprentissages ne sont réalisables que si l'élève bénéficie des enseignements mieux encore des orientations du maître. Avec le VIH/SIDA, l'Afrique subsaharienne a à faire face aux apprenants davantage vulnérables : 1/ orphelins de père ; 2/ orphelins de mère ; 3 / orphelins doubles, qui atteindront selon les estimations de l'ONUSIDA environ « 27 millions (...) en 2010, soit 13.7 % de la totalité d'enfants en âge d'être scolarisés dans le primaire » (Desai, K ; Zelaya, C & Twala, B, 2003 : 6).

La participation des élèves et des enseignants est régulièrement interrompue par des absences "décrochages raccrochages" qui déstabilisent le système. Les épisodes rapprochés entre les éléments du système maladie-mort-obsèques enferment les apprenants dans le cercle vicieux anxiété- traumatisme- déconcentration incompatibles avec les lois et les conditions d'apprentissage. La mortalité infantile qui selon les enquêtes démographiques et de santé (EDS) varierait de l'ordre de 3 à 15 % dans les pays tel que le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire (PNUD, 2001 ; PNUD 2003).

### **II.3 : Impact du VIH/SIDA sur les mécanismes de prévention, de traitement et de prise en charge des orphelins et personnes vulnérables.**

L'Afrique subsaharienne, à cause du VIH/SIDA, évolue dans une situation de vulnérabilité extrême ; des millions d'enfants sont devenus orphelins de mère, de père ou même des deux parents. Pour ce qui est des pays membres du ROCARE, le Cameroun souffre d'une absence de données fiables et actuelles sur la pandémie du VIH/SIDA. Cependant, on estime à 210 000 les orphelins du SIDA en 2001 et à 900 les enfants de la rue (Matchinda, 1999).

La Côte d'Ivoire apparaît comme le premier pays d'Afrique de l'Ouest durement touché par l'épidémie du VIH/SIDA : séroprévalence de 10 à 15 %, avec 600 000 orphelins du VIH/SIDA dont 80 000 infectés. Les enfants de la rue se chiffraient en 1997 à 175 000 avec près de 35 000 dans la cité capitale Abidjan. Chez les femmes en âge de procréer, le taux de séroprévalence est de 8.8 % en milieu urbain et de 3.8 % en milieu rural (PNUD, 2003).

Au Mali où plus de 71 % de la population vit en dessous du seuil de la pauvreté, le nombre d'enfants en situation difficile est estimé à 200 000 avec près de 4 000 enfants de la rue qui s'adonnent régulièrement au trafic de drogues, à la prostitution et à l'homosexualité. Le Mali compte près de 70 000 orphelins du SIDA.

Le Niger, 174<sup>ème</sup> sur 175 pays pauvres en 2003 dispose d'une population en majorité jeune et aux caractéristiques plutôt sombres : plus de 23000 enfants en difficultés dont environ 3930 enfants de la rue en 2002 et 21740 orphelins du SIDA ; 35 000 enfants infectés (ONUSIDA, 1998).

Le Burkina Faso qui est le deuxième pays de l'Afrique de l'Ouest à être affecté après la Côte d'Ivoire a recensé 2146 enfants de la rue en 2002 dont 2 % sont des filles qui vivent dans l'extrême pauvreté et se livrent quotidiennement à la prostitution et 270 000 orphelins de SIDA.

Le Nigeria est le pays membre du ROCARE qui présente en fréquence absolue le plus grand nombre d'orphelins : le million. Pays cosmopolite où l'on rencontre des brassages de plusieurs groupes ethniques, langagiers, culturels, religieux et politiques, le Nigeria a facilité une évolution très rapide chez certaines catégories de la population et dans certaines de ses grandes métropoles. « Parmi les travailleurs du sexe à Lagos, la séroprévalence est passée de 2 % en 1988-89 à 12 % en 1990-91. En 1995-96 près de 70 % des travailleurs de sexe étaient séropositifs » (USAID, 2002 : 1). Les raisons d'une telle évolution sont : la polygamie, les IST mal soignées, la pauvreté, la stigmatisation, le bas niveau d'éducation de la femme qui légitime le bas statut social dont elle bénéficie.

Le tableau scolaire des OEV est sombre. Beaucoup ne franchiront pas le seuil de l'école parce qu'il faut survivre (Kelly, 2000). Certains qui y étaient déjà et ne se sentant plus soutenus vont décrocher. D'autres, parce que stigmatisés et discriminés et rejetés par leurs pairs, vont opter pour l'isolement. On enregistre des taux d'abandons beaucoup plus élevés chez les orphelines que chez les orphelins, ce qui rend presque irréalisable les objectifs de l'EPT (Banque mondiale, 2000). « Les jeunes femmes et les filles sont particulièrement vulnérables et elles sont moins susceptibles que les garçons de connaître les moyens efficaces de prévention du VIH/SIDA. » (CISD, 2001 : 1). En effet, les étudiantes camerounaises sont souvent la cible de la violence sexuelle commise par des enseignants ou leurs pairs au masculin.

En somme la pandémie du sida appelle implicitement à une révision des actions et objectifs planifiés étant donné que la maladie semble fortement agir sur le secteur de l'Education.

### **III : Les politiques et les stratégies africaines de lutte contre le VIH/SIDA dans le secteur de l'éducation**

De manière globale, la politique nationale de chaque pays en matière du VIH/SIDA constitue un plan stratégique dans lequel différents ministères et organisations doivent formuler leurs plans

sectoriels, et leurs projets en vue de leur mise en œuvre. Cette politique se traduit par un ensemble de programmes, procédures et méthodes.

Pour être plus concret, « Le plan stratégique national de lutte contre le SIDA 2001-2005 (PSN 01-05) est le cadre défini par le Gouvernement malien et ses partenaires nationaux et internationaux, dans lequel doivent s'inscrire toutes les initiatives et actions en matière de lutte contre le SIDA au Mali ». (M S, 2001 :1).

Un cadre stratégique a pour cela un rôle à jouer, « un programme national de lutte contre le VIH/SIDA ne se limite pas aux actions entreprises par le gouvernement, mais intègre les stratégies et activités mises en œuvre par tous ceux qui sont actifs dans ce domaine, aussi bien les différents ministères et institutions du secteur public que les partenaires au développement tant multi qu bilatéraux, le secteur privé, les ONG et autres organisations à base communautaire, sans oublier les associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA (PNLS-Bénin, 2001 : 58)

A cause du VIH/SIDA, l'Afrique est appelée à relever un défi sans précédent. « Lors de la biennale de 1999, à Johannesburg en Afrique du Sud, le président Mbéki a lancé un vibrant appel à l'ADEA, lui demandant de s'attaquer aux défis éducatifs et sociaux posés par la pandémie du VIH/SIDA sur le continent africain. L'ADEA a répondu à cette exhortation (...) depuis le lancement de l'initiative, 33 pays ont répondu à l'appel et, à ce jour, dix d'entre eux ont soumis un rapport exhaustif sur les politiques et les programmes mis en œuvre. » (ADEA, 2003 :1)

En réalité, la situation de l'Afrique est épouvantable. A juste titre on dit qu' « aux grands maux de grands remèdes » !

Dans les pays membres du ROCARE, « se développe la conscience du besoin d'une approche multisectorielle où le secteur de l'éducation aurait un rôle à jouer dans le développement et le renforcement des capacités de prévention. » ( ROCARE, 2002 b: 3).

L'élaboration d'une politique exige une approche stratégique qui comprend essentiellement six étapes: 1 / une analyse de la situation ; 2 / une analyse de la riposte ; 3 / la formulation des grands principes d'orientation ; 4 / l'identification des domaines prioritaires et des objectifs stratégiques ; 5 / l'élaboration d'étapes pour atteindre les objectifs prioritaires ; 6 / la détermination du cadre institutionnel et des structures nécessaires à la mise en œuvre. Tous les pays membres du ROCARE ont à ce jour élaboré un cadre stratégique et de politique de lutte contre le VIH/SIDA.

Mais il faut aussi tout de suite révéler que « l'élaboration d'un cadre et de politique n'est que le point de départ d'un processus de gestion du VIH/SIDA à l'université. En dernière analyse, ce qu'il faut à l'université, c'est de l'action et non uniquement des plans. » ( Kelly, M.J, 2001: X).

En effet, l'objectif à terme de toute politique nationale envisagée comme fondation à l'action ou comme base à partir de laquelle la planification des activités est arrimée étant de contrecarrer l'épidémie du SIDA, il faut avant tout s'assurer que les interventions proposées soient réalistes et qu'elles peuvent connaître une application favorable immédiate. ( UNAIDS & UNESCO, 2001).

Dans le même sens, Nelson Mandela, clôturant la Conférence de Durban sur le VIH/SIDA en 2000 insistait sur l'urgence, non pas des politiques et de leurs procédures, mais sur les actions concrètes à réaliser. Il a interpellé les Sud Africains en ces termes: << History will judge us harshly if we fail to do so now, and right now'. We are all responsible; we are all going to be held accountable. When people are dying, and we know they are dying, or are going to die, does our failure to act decisively constitute passive genocide?>>

C'est ainsi que, précédant l'élaboration d'un cadre stratégique, le Bénin a entamé, intensifié et même élargi depuis 1987 ses activités de lutte contre le VIH/SIDA alors qu'il ne va s'engager

dans le processus de planification stratégique à travers le Programme National de Lutte contre le SIDA et les MST qu'en Janvier 2000. (PNLS- Benin, 2001). Avec la Côte d'Ivoire, les premières réponses pour contrecarrer l'avancée du VIH/SIDA sont arrivées en 1987 avec la création du programme national de lutte contre le SIDA -PNLS- qui est assisté dans les analyses cliniques par le Center for Diseases Control de Atlanta. L'approche comportementale est développée dans des Centres d'information et de prévention du SIDA –CIPS qui font la sensibilisation pour le changement des comportements à risques et de la promotion pour l'utilisation des préservatifs. Dans les établissements, les notions du VIH/SIDA sont introduites dans les enseignements de sciences de la vie et de la terre -STV- et d'éducation civique et morale -ECM- Le Plan National de lutte contre le VIH/SIDA (Ministère Délégué Chargé de la lutte contre le SIDA, 2001) insiste particulièrement sur l'engagement du gouvernement et des leaders des parties politiques pour renforcer la formation et les capacités de recherche au niveau local. A Abidjan la ville capitale a été créée en 1999 un comité de lutte contre le VIH/SIDA qui a initié un programme de sensibilisation des jeunes en milieu scolaire par les pairs. Pour cela, le Ministère de l'Education Nationale (2002) encourage, par un programme de subvention la création d'un Comité de lutte contre le VIH/SIDA dans chaque établissement. Une association de coordination des activités des ONG-COSI – est également mise en place. Les autres départements ministériels chargés de l'éducation - Jeunesse et Sports, Enseignement technique et formation professionnelle, Enseignement supérieur ont simplement des points focaux opérationnels leur plan sectoriel étant en cours d'élaboration.

Au Cameroun, la politique nationale de lutte contre la pandémie du VIH/SIDA est présentée dans le plan stratégique qui a été validé le Ministère de la Santé (2000). Le MINEDUC figure en bonne place dans le plan et est appelé à élaborer avec le MINJES ( et L des messages pour le changement des comportements, mener les activités de mobilisation des jeunes pour des clubs santé. et d'encadrement technique pour la finalisation du plan sectoriel pour la lutte contre le SIDA dans le secteur de l'Education de 2003-2007 vise à contribuer à la réponse nationale en matière d'éducation pour la prévention et la réduction de l'impact des IST/VIH/SIDA au sein du sous secteur.( MINEDUC, 2004).

Dans les documents de politiques actuels, le secteur éducation est traité en priorité parce que l'éducation des enfants et des jeunes gens devient vitale dans un monde frappé par le virus du SIDA ;( Banque Mondiale, 2000 a) une éducation de base de qualité fait partie des armes les plus efficaces et les plus rentables, raison pour laquelle l'UNICEF (2001) va aussi exhorter les responsables politiques de tous les pays à s'engager dans une " véritable guerre " contre l'épidémie du VIH/SIDA.

Le Fonds des Nations Unies pour la population - UNFPA – à travers ses programmes de coopération dans tous les pays de la région et considérant l'éducation et la formation des hommes et des femmes comme la clé de voûte de tout développement, « met en place une approche globale pour prendre en compte les problèmes des jeunes et des adolescents.(...)Le fonds aide notamment à poser la base de la société de demain en formant les nouvelles générations, garçons et filles, à travers l'éducation à la vie familiale et l'éducation en matière de population ( EvF/EmP) aussi bien dans les écoles qu'en dehors des structures scolaires. » ( Sala-Diakanda. D, 2003 : 14). Le programme de l'EvF/EmP est exécuté dans certains pays de l'Afrique de l'Ouest : Bénin, Burkina Faso, Mali, Mauritanie, Sénégal et aborde des questions de genre, des infections

sexuellement transmissibles dont le VIH/SIDA, de la santé sexuelle et reproductive, de la parenté responsable.

Un autre programme de coopération auquel on peut se référer est celui conjoint UNESCO/ONUSIDA de lutte contre le VIH/SIDA et la discrimination envers les enfants en situation difficile. Les enfants en situation difficile comprennent : les enfants vivants dans la rue, les enfants travailleurs, les enfants infectés par le VIH/SIDA, les enfants exploités, les enfants des parents démunis ou séparés. Il est clair dans le cadre de ce projet que « lutter contre l'épidémie du VIH/SIDA équivaut donc aujourd'hui à lutter contre la stigmatisation et la discrimination, et d'affirmer le droit à l'éducation et à la santé pour tous les enfants (UNESCO, 2003).

Au Cameroun, la politique nationale de lutte contre la pandémie du VIH/SIDA est présentée dans le plan stratégique qui a été validé par le Ministère de la Santé (2000). Le MINEDUC y figure en bonne place et est appelée à finaliser avec le MINESUP (2003) et le MINJES (2002) le plan sectoriel pour la lutte contre le VIH/SIDA dans le secteur de l'Education (2003-2007).

La politique de la côte d'Ivoire dans les réponses actuelles à la problématique des OEV propose : 1 / 17 centres d'écoute et 13 centres d'accueil à Abidjan ; 2 / une cinquantaine d'ONG spécialisées dans la protection de l'enfant, travaillant avec 30 éducateurs formés en VIH/SIDA ; 3 / le projet « jeunes en situation de risques » qui enrôle 2663 enfants de la rue.

Le Mali dans sa politique de prise en charge des patients a mis en place ce qu'elle appelle « initiative malienne pour l'accès aux antirétroviraux » - IMAARV – qui permet aux enfants de bénéficier de la gratuité du traitement ; après le Canada et la Tunisie, le Mali est le troisième pays au monde à préciser clairement les contours de l'enfant difficile dans son code de protection de l'enfant. C'est dans un tel environnement éthique et juridique conforme à la déclaration universelle des droits des enfants que le Mali exécute les programmes de : 1 / formation sur la convention des droits de l'enfant et d'administration de la justice pour mineurs ; 2 / insertion et réinsertion des enfants de la rue avec les centres d'écoute et d'accueil ; 3 / lutte contre le travail des enfants. Le Mali s'est ainsi attiré la sympathie des organismes internationaux tant et si bien qu'actuellement, une centaine d'ONG l'appuie dans la lutte contre le VIH/sida dans l'éducation.

L'engagement politique du Niger est traduit par son plan stratégique qui organise la lutte contre le VIH/SIDA à travers des activités de prévention et de soin-conseil. Une politique d'accès aux antirétroviraux est également présente, mais reste réservée aux privilégiés.

La politique de lutte contre le VIH/SIDA est tournée vers la prévention en famille et une prise en charge formelle de l'enfant par les services sociaux de base tels que ceux de l'éducation de la santé, de l'alimentation et de l'abri.

La réponse nationale du Nigeria contre le VIH/SIDA n'a été possible qu'à la faveur de la restauration de la démocratie. « Les données de la séroprévalence ont été présentées au Président Obasanjo, qui a immédiatement constitué la Presidential Commission on AIDS (PCA). La PCA, placée sous le contrôle direct du chef de l'Etat, comprend les ministres de tous les secteurs. » (USAID, 2002 :1). A la suite de la PCA, nous aurons la National Action Committee on AIDS – NACA- qui intègre au delà des représentants des ministères le secteur privé, les ONG, et les réseaux des personnes vivants avec le VIH/SIDA. Les State and Local Action Committees on AIDS – SACA et LACA sont formées en vue d'une approche multisectorielle du VIH/SIDA. En général, la politique nigérienne de lutte contre le VIH/SIDA comporte des programmes de 1/

Communication pour le Changement de comportement ; 2/ Aide et soins ; 3 / de prévention et d'éducation qui bénéficient tous d'un appui financier de l'USAID

Dans cette bataille, l'Afrique abandonnée à elle seule serait vouée à l'échec, tant et si bien que l'ONUSIDA relevait pour le déplorer le fait que le monde soit rester sans rien faire ou spectateur pendant que le VIH/SIDA était parti pour rayer certains pays africain de la carte du monde ( USAIDS, 2002).

Tous les pays d'Afrique ont élaboré des réponses locales pour sécuriser leur système éducatif et répondre tant bien que mal à la demande éducative. Les ministères de l'éducation sont réellement préoccupés par les ravages causés par l'épidémie. Les interventions pour lutter contre le VIH/sida dans l'éducation, et surtout celles qui ne concernent pas les programmes scolaires, deviennent de plus en plus souvent pluri-sectoriels. Au Mali,. La plupart des interventions ont un but éducatif et ciblent essentiellement les apprenants. Ces interventions donnent lieu aussi bien aux approches par programmes qu'à ceux hors programmes. Ainsi, au Mali, un plan sectoriel de lutte contre le sida a été mis en œuvre par le Ministère de l'éducation, en coopération avec les ministères de la santé et des finances. Des livres ont été produits pour les écoles du primaire et du secondaire et des enseignants de biologie formés pour l'enseignement.

Le Burkina a élaboré son plan sectoriel de lutte contre le sida en vue de réduire considérablement l'effet du sida au sein de l'institution scolaire, en faisant de l'école non seulement un lieu de dispensation du savoir, mais aussi un cadre de sensibilisation et d'éducation pour lutter contre la pandémie.

Au Togo, depuis 1998, le Programme National de Lutte contre le sida (PNLS) expérimente l'éducation VIH/sida dans des collèges d'enseignement général des cinq régions économiques du pays.

Au Cameroun, le Ministère de l'éducation a introduit dans les écoles de formation des modules de formation sur l'éducation à la vie familiale et sur le VIH/sida, ainsi qu'une épreuve sur le VIH/sida aux examens du certificat d'Etudes Primaires, du Brevet d'Etudes du premier cycle et de sortie des Ecoles Normales d'instituteurs. Le Catholic Health Service expérimente avec succès, depuis 1992, dans l'enseignement catholique, son programme d'Education à la Vie et à l'Amour.

Au Sénégal, la réponse éducative à la pandémie du sida a consisté depuis avril 2002, en l'élaboration d'un cadre consensuel de lutte contre le VIH/SIDA dans le système éducatif.

En somme, partout où le sida a des effets négatifs sur la demande scolaire, des ONG et des associations caritatives s'organisent pour suppléer la demande scolaire manquante ou affaiblie des familles. Bien que ces actions soient appréciées à travers le caractère humanitaire, elles ont cependant quelques limites

Ces limites sont d'abord manifestes au regard du nombre croissant d'orphelins et enfants vulnérables en âge d'aller à l'école et ayant besoin de cette prise en charge scolaire. L'autre limite est relative à la possible marginalisation de ces OEV que pourrait engendrer la demande scolaire institutionnelle et associative. Ils pourraient d'une manière ou d'une autre être vus comme les « élèves ou les scolarisés du sida »

#### **IV : Bilan des politiques**

L'évaluation des politiques et des stratégies doit porter sur la gestion et la mise en œuvre de la réponse nationale du VIH/SIDA. Il s'agit concrètement d'apprécier : 1/ la formulation de la politique 2 / l'organisation de la structure 3 / la planification de la programmation d'un côté, sur la qualité du passage du cadre stratégique à l'action concrète de l'autre. Des constats suivants sont faits suite à la revue des documents :

- Chaque pays dispose d'un plan stratégique dont le processus d'élaboration commence généralement avec l'identification d'un malade du VIH/SIDA . « Au Mali, après l'identification du premier cas de SIDA en 1985, à l'Hôpital Gabriel Touré, un plan à court terme de lutte contre le SIDA 1987-1988 a été mis en œuvre. » (M S, 2001 :9).
- Le cadre politique de lutte contre le VIH/SIDA s'est mis en place de manière progressive dans tous les pays. Il commence par des phase de tâtonnement, d'où des formules stéréotypées tel que "plan à moyen terme" "plan à court terme. D'un pays à l'autre, le cheminement traduit une similarité presque parfaite ;au Sénégal il se présente comme suit : 1/ programme de lutte contre le VIH/SIDA en 1986 ; 2/ Plan à court terme en 1987 ; 3/ trois plans à moyen terme de 1988 à 1998 ; 4/ Plan stratégique de 1999 à 2001 ; 5/ Plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA de 2002 à 2006. Au Cameroun, on assiste à : 1/ la création du CNLS et la mise en place du PNLs en 1986 ; 2/ au Plan à court terme en 1987 ; 3/ au plan à moyen terme I de 1988 à 1992 ; 4/ au plan à moyen terme II de 1993 à 1995 ; 5/ au plan cadre de lutte contre le SIDA de 1999 à 2000 ; 6/ au plan stratégique national de lutte contre le SIDA au Cameroun, de 2000 à 2005.
- Les réalités propres à chaque pays ne sont prises en compte que très tardivement dans le plan stratégique. un plan à court terme de lutte contre le SIDA 1987-1988 a été mis en œuvre, puis un premier plan à moyen terme, (PMT1) 1989-93, suivi d'un deuxième plan à moyen terme (PMT2) de 1994-98. Pour le plan de troisième génération qui se veut plus stratégique et plus centré sur les réalités du pays, le processus de son élaboration a commencé dès le mois de septembre 1998. » ( MS, 2001 : 9).
- Les premières réponses des pays au VIH/SIDA sont cliniques. Au Nigeria, alors qu'un plan résolument multisectoriel qui reconnaît au secteur de l'éducation une certaine prépondérance et une base essentielle à partir de laquelle les autres actions doivent être initiées n'a vu le jour que très récemment (Federal Government of Nigeria, 2002), le Ministère Fédéral de la santé du Nigeria avait déjà validé en 1997 un premier cadre politique sur le VIH/SIDA et les IST qui avait pour but de réduire l'impact du VIH/SIDA dans le pays. << Pourtant, c'était au moment où l'amplitude et l'impact de la maladie n'étaient pas entièrement connus. Pour cette raison, certaines composantes essentielles qui sont aujourd'hui connues et utilisées pour contrôler la propagation et l'impact de l'épidémie n'étaient pas encore maîtrisées. Le résultat est que le taux de prévalence du VIH continuait à grimper, le nombre de décès dus au SIDA augmentait et son impact sur le pays de plus en plus mal ( Dayo Odukoya and Dr. Chinyere Ohiri-Aniche, 2004).
- Il y a une absence d'études d'impact qui ne permet pas de mesurer les conséquences de la pandémie sur le fonctionnement du système éducatifs pour pouvoir définir clairement d'orientation des politiques et des diverses actions. A

partir de là on est en droit d'affirmer que tout ce qui se fait dans la plupart des pays Africains reste des approximations.

- Il existe pour chaque pays des documents d'orientation stratégique dans le cadre des structures de l'éducation et de la formation.
- Dans tous les pays, l'enseignement sur le SIDA existe mais n'a encore pas connu une intégration cohérente et complète. Il est institué partiellement au Sénégal et ne fait pas l'objet d'une évaluation systématique. L'enseignement sur le SIDA pose partout le problème de la qualification et de la formation des enseignants.
- Il existe dans très peu de pays une législation spécifique sur la discrimination et la stigmatisation des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA. Dans certains pays d'ailleurs, aucune action n'est réalisée en direction des enfants en situation difficile et des personnes vulnérables (Bénin). Très peu de pays prennent en compte l'approche genre dans la prise en charge des PVVS conformément à la charte namibienne des droits de droits VIH/SIDA.
- Dans tous les pays de la sous-région, il existe une structure de soutien à la réponse nationale qui implique les plus hautes personnalités de l'Etat pour renforcer le leadership politique et socioéconomique. Par exemple au Sénégal, la coordination nationale de lutte contre le VIH/SIDA qui était assurée au début –en 1986- par le ministère de la santé est assurée depuis 2001 par la Primature. Au Mali, le Haut Conseil National de lutte contre le VIH/SIDA est présidé par le président de la République.
- Tous les ministères en charge de l'éducation (Education nationale, jeunesse et sports, enseignement supérieur, enseignement technique, formation professionnelle ) se mobilisent pour mettre en œuvre une ou plusieurs interventions de lutte contre la pandémie dans le système éducatif à travers des programmes formels et/ou non formels. Seulement, en dehors du Sénégal qui a une expérience ancienne en matière d'éducation au VIH/SIDA, les autres expériences sont récentes ; elles sont pour la plupart dans leur phase pilote.
- Les résultats de l'EvF/EmP comme de tous les autres programmes de la coopération ne sont généralement pas toujours à la mesure des attentes car « l'expérience montre cependant que pour que soient obtenus des résultats encourageants, il est non seulement impératif de mettre en place des approches multisectorielles, mais aussi que les plus hauts dirigeants politiques ainsi que les leaders traditionnels, religieux et les communautés elles-mêmes donnent au VIH/SIDA la priorité qu'il mérite. » ( Sala-Diakanda. D, 2003 : 15)
- La mobilisation interne des fonds pour le financement des programmes de lutte contre le VIH/SIDA reste faible. Au Bénin, malgré l'effort national, la principale source de financement provient encore de l'appui international qui couvre 77.7 % du budget global de la santé. Pourtant, les donateurs n'ont pas très vite réagi pour modifier les mécanismes et les modalités de leurs financements. Aussi l'aide au développement restera-t-elle longtemps généralement leurs sources de financement.
- Dans la plupart des pays, les initiatives des différents acteurs ne sont pas rationalisées. Les programmes se développent de façon quasi parallèle et sont davantage plus portés à répondre aux objectifs, à la logique de fonctionnement des bailleurs de fonds et à leurs conditionalités de financement qu'à réduire

effectivement l'impact du VIH/SIDA. La biennale de l'ADEA qui s'est déroulée en 1999 à Johannesburg, « avait identifié et analysé des expériences prometteuses montrant l'Afrique qui réussit. (...). Cependant, malgré le nombre important d'expériences réussies, très peu d'entre elles sont parvenues à franchir le cadre et le contexte de leur naissance, à devenir des programmes à plus grande échelle et à faire l'objet d'une généralisation durable. » (ADEA, 2001 : 2)

- Il y a une absence généralisée d'études d'impact qui ne permet pas de mesurer les conséquences de la pandémie sur le fonctionnement des systèmes éducatifs de manière à pouvoir définir clairement les orientations de politiques et de diverses actions. A partir de là on est en droit d'affirmer que tout ce qui se fait dans la plupart des pays africains reste des approximations.

## V : LES PERSPECTIVES

Ce qu'il faut aujourd'hui aux pays d'Afrique en général ce sont des politiques et des stratégies efficaces. Les systèmes éducatifs africains sont durement touchés, aussi bien dans la demande que dans l'offre. Les seules perspectives louables sont celles qui consistent à protéger intégralement de manière à permettre une éducation de qualité pour tous. Les activités de développement ne peuvent plus suivre leur cours normal sans intégrer en priorité les éléments de la situation du secteur de l'éducation dans le contexte du VIH/SIDA (Badcock-Walters & Whiteside, 1999)

De manière concrète, Les pays doivent emprunter des démarches de :

1 / plaider basé sur des politiques et des stratégies genre pour provoquer et soutenir les changements de comportements ; 2 / prévention des risques liés à la sexualité ; 3 / Accès aux outils de prévention (préservatifs), au dépistage et au conseil, au traitement ; 4 / prise en charge globale des personnes atteintes par des mesures (ou mieux encore toute une législation ) de la lutte contre la discrimination et le renforcement de la solidarité autour d'elles.

« il faut aller plus loin, aller vers tous » (ADEA, 2001). Les expériences qui ont réussi doivent être transposées à grande échelle : « ce qui importe n'est pas tant de reproduire le contenu de l'innovation, que de reproduire et recréer les conditions qui lui ont permis de s'épanouir. » (ADEA, 2001b :3).

La transposition des expériences réussies dans les pays africains à forte prévalence tels que le Botswana (University of Botswana, 2002) et l'Afrique du Sud (Projet Choose Life) constitue le meilleur risque pour les autres pays d'Afrique en général et ceux d'Afrique de l'Ouest et du Centre en particulier. Les conditions minimales du succès d'une telle transplantation étant : 1 / la refonte consensuelle des projets et programmes sur le VIH/SIDA ; 2 / Le renforcement des capacités de tous les acteurs, à tous les niveaux pour les rendre capables d'intervenir efficacement ; 3 / un travail d'éducation continue de tout individu aux phases d'avant sa maladie (ou celle d'un tiers), d'avec sa maladie (ou celle d'un tiers), d'avec la mort d'un tiers.

## **VI. Conclusions et recommandations**

Les politiques et les stratégies politiques viables sont celles qui ouvrent un dialogue franc sur la sexualité, les relations et les valeurs. Facile à dire mais extrêmement difficile à réaliser, révolutionnaire à la limite pour des pays d'Afrique où le conservatisme moral et les pesanteurs culturelles de toutes sortes dictent encore leur loi face aux éducateurs sans formation adéquate. Pourtant, une expérience, pour réussir doit rencontrer : 1 / la conviction et la participation des utilisateurs et des bénéficiaires locaux ; 2 / un financement, une évaluation et un suivi adéquat ; 3 / Les systèmes appropriés de communication entre les leaders d'opinions et la communauté à la base. En dernière analyse, il est question, pour chaque pays, d'identifier la dynamique particulière de l'épidémie sur son territoire afin d'en tenir fermement compte dans les réorientations stratégiques à opérer. Aucune dynamique de l'épidémie n'est saisissable sans une véritable mesure d'impact. Ce qu'il faut avant tout aux pays, ce sont de véritables politiques de promotion de la recherche en éducation capables d'évaluer le présent pour mieux anticiper sur l'avenir.

## **Références bibliographiques**

**ADEA.** ( 2001a). Aller plus loin, aller vers tous. Pérenniser les politiques et pratiques efficaces pour l'éducation en Afrique. Arusha : ADEA.

**ADEA.** (2001 b). Vertus du dialogue sur les politiques. Lettre d'information de l'ADEA . volume 13. Numéro 4

**ADEA.** (2003). *Réunion ministérielle sous-régionale sur les réponses efficaces à la pandémie du VIH/SIDA dans le secteur de l'éducation : de l'analyse à l'action.* Document de travail. Libreville : ADEA.

**Badcock-Walters, P & Whiteside, A.**(1999). HIV/AIDS and Development in the education sector. Pretoria: DFID.

**Banque Mondiale .**( 2002 a). A window of hope. Washington: Banque Mondiale

**Banque Mondiale.** (2002 b). Modelling the impact of HIV/AIDS on Education-A training Manual. Washington: Banque Mondiale.

**Coalition Interagence SIDA et Développement.** (2001).VIH/SIDA et éducation. Ottawa :CISD.

**Desai, K ; Zelaya, C & Twala, B.** (2003). Projections de l'impact du SIDA sur le système éducatif du Burundi. Séminaire sous-régionale sur l'éducation au VIH/SIDA. Libreville : PCD

**Federal Government of Nigeria.**(2002). HIV/AIDS Emergency Action Plan. HEAP

**Gachuhi, D.** (1999). *The impact of HIV/AIDS on education systems in the eastern and southern Africa region and the response of education systems to HIV/AIDS: life skills programmes.* Nairobi : UNICEF

**(Grassly, N.C; kamal, D; Pegurri,E; Sikazwe, A; Malambo, I; Siamatowe, C; Bundy,D .)**(2003). "The economic impact of HIV/AIDS on the education sector in Zambia". *AIDS 2003*, 17: 1039-1044.

**Kelly, M.J.**(2000). *Planifier l'éducation dans le contexte du VIH/sida.*Paris : IPE

**Kelly, M.J.**(2001).Défier le mal qui nous défie. Comprendre et amplifier la riposte des universités africaines au VIH/SIDA.Washington, ADEA/Banque Mondiale.

**Le Monde.**(2002). Le sida tue l'Education en Afrique. Quotidien Français du 11 Juillet. Paris :Le Monde. 2002

**MATCHINDA, B.**(1999). "The impact of home background on a decision of children to run away: The case of street children of Yaounde municipality in Cameroon", *Child Abuse & Neglect: The International Journal* Vol 23, n°3

**Moh of Zambia.**(1999). *HIV/AIDS in Zambia, Background, projections, impacts, interventions.* Lusaka: Health Central Bureau

**M S. (2001).** Le plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA. Note au lecteur. Bamako : M S

**Ministère de la santé.**(2000). Plan stratégique de lutte contre le SIDA au Cameroun 2000-2005. Yaoundé :CNLS.

**MINEDUC.(2002).** *Plan d'Action National de l'Education Pour Tous.* Yaoundé : MINEDUC.

**MINEDUC.**(2004). Plan de lutte contre le SIDA 2003-2007. Secteur de l'Education. Sous-Secteur de l'Education Nationale. Yaoundé : MINEDUC.

**Ministère Délégué Chargé de la Lutte contre le SIDA.** (2001). Plan National de Lutte Contre le VIH/SIDA, 2002-2004 en Côte d'Ivoire. Abidjan : MDCLS.

**Ministère de l'Education Nationale .**(2002). Processus de planification stratégique pour une réponse nationale à l'épidémie du VIH/SIDA. Abidjan : MINEDUC

**ONUSIDA.**(2002). VIH/SIDA, ressources humaines et développement durable. Genève : ONUSIDA.

**PNUD.**(2001).*Rapport sur le développement humain, la lutte contre le VIH/sida.* Ouagadougou: PNUD

**PNUD.** (2003). Rapport sur le Développement Humain 2003. Les objectifs du millénaire pour le développement : un pacte entre les pays pour vaincre la pauvreté humaine. Abidjan : PNUD

**République du Benin.**(2001). Cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA/IST au Benin - 2000 –2005. Cotonou : PNLS.

**ROCARE.(2002 a).** *Session Stratégique.* Dakar : ROCARE

**ROCARE.**(2002 b).ERNWACA contribution to HIV/AIDS and education Clearinghouse and regional mobilization collaboration . Proposal submitted to IIEP. Bamako: ROCARE.

**ROCARE.**(2004). Contrat de recherche pour la rédaction de deux synthèses thématiques régionales ROCARE sur le VIH/SIDA et l'Education. Bamako : ROCARE.

**Sala-Diakanda, D** (2003). La population jeune en Afrique au sud du Sahara : défis et oppoetunités en matière de réduction de la pauvreté. Communication présentée à la Conférence sur "Les femmes et les enfants dans les stratégies de réduction de la pauvreté en Afrique Centrale et de l'Ouest". Libreville : UNDF Africa Division.

**UNAIDS & UNESCO.** (2001). Building the international partnership against HIV/AIDS in Africa. Senior experts conference on HIV/AIDS and education in ECOWAS countries towards a regional strategy. Elmina: UNESCO.

**UNICEF.**(1999). *La situation des enfants dans le monde.* NEW-York : UNICEF

**UNICEF.**(2000). *Définir une éducation de qualité*. Séries Documents de travail. New-York : UNICEF

**UNAIDS & UNICEF.**(2000).*Children orphaned by AIDS. Front-line responses from eastern and southern Africa*. Geneva: UNAIDS.

**UNAIDS & World Health Organization.**(2003).AIDS epidemic update. Geneva: UNAIDS.

**University of Botswana.**(2002). HIV/AIDS policy. Gaborone: university of Botswana.

**USAID.**(2002).HIV/AIDS in Nigeria. A USAID Brief. Abuja: USAID/Nigeria.

World Bank.(1992). *Tanzania: AIDS assessment and planning study*. World Bank

**World Bank.**(2000). *Intensifying action against HIV/AIDS in Africa: Responding to a development crisis*. Washington: World Bank.

**Yaro, Y & Dougnon, D.** ( 2003). « Education, population et développement dans les pays du Sud, ». *Rapport français pour la 36 ème Session de la Commission de la population et du développement des Nations Unies*. Paris :CEPED

**ANNEXE : Profils réponses des pays de la sous-région ouest et centre de l’Afrique (à compléter de façon participative pendant l’atelier qui précède la conférence ministérielle)**

PAYS	Contexte/	Plan	Plans	Stratégies	Structures
------	-----------	------	-------	------------	------------

