

Aline Villette

aline.villette@alinto.com

DESS Expertise et Coopération en Education et Formation
Université Paris V – René Descartes



**L'ÉPIDÉMIE DU VIH/SIDA, UN DÉFI POUR LA RÉALISATION
DE LA SCOLARISATION PRIMAIRE UNIVERSELLE
EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE**

Septembre 2004



AGENCE FRANÇAISE DE DÉVELOPPEMENT

Département développement Humain

AVANT - PROPOS

La présente étude "L'épidémie du VIH/Sida, un défi pour la réalisation de la scolarisation primaire universelle en Afrique subsaharienne" a été réalisée dans le cadre d'un stage de validation du DESS Expertise et Coopération Internationale en Education et Formation dispensé à l'Université Paris V-René Descartes. Le stage s'est déroulé à Paris au siège de l'Agence Française de Développement au sein du département Développement Humain, du 1^{er} avril 2004 au 30 septembre 2004.

L'Agence Française de Développement (AFD) est un établissement public qui a pour mission la gestion de l'aide publique au développement de la France. L'AFD finance des projets qui contribuent au développement économique et social des pays partenaires constituant la Zone de Solidarité Prioritaire (ZSP). Les secteurs sociaux principalement l'éducation et la santé sont des axes d'intervention de l'AFD.

Financements du groupe AFD par secteurs pour l'année 2003 (en millions d'euros) :

(crédits, dons, garanties, réallocation des remboursements de dette)

Aménagement du territoire, infrastructures et développement urbain	504	53 %
Secteurs productifs	293	31%
Développement Humain	111	12%
dont : Santé	56	6%
Education	55	6%
Divers	39	4%
Total :	947	

Les produits financiers mis à disposition des pays d'Afrique subsaharienne pour le développement des secteurs sociaux sont des subventions dans les PMA et des prêts dans les PRI. La France a mis en place un outil spécifique pour l'allègement de la dette bilatérale cumulée par ses partenaires de la ZSP ayant atteint le point d'achèvement de l'initiative Pays Pauvres Très Endettés (IPPTE) : les Contrats de Développement et de Désendettement (C2D). Ils doivent permettre la réaffectation des sommes dues au titre de la dette bilatérale au profit des politiques sectorielles des pays, notamment dans les secteurs sociaux (lutte contre la pauvreté, santé et éducation). La mise en œuvre des C2D est de la responsabilité de l'AFD et tend à accroître les fonds disponibles pour les secteurs sociaux.

La division Education et Formation Professionnelle du département Développement Humain contribue au développement des systèmes éducatifs des pays d'Afrique subsaharienne. L'axe d'intervention prioritaire du secteur est l'appui à la réalisation de l'objectif d'éducation primaire universelle. Dans le cadre de cet

engagement le département a souhaité qu'une étude sur les effets de l'épidémie du VIH sur l'éducation soit réalisée. Le présent document est le résultat de cette demande et comprend :

- une analyse de l'impact de l'épidémie du VIH/Sida sur le système éducatif ;
- des propositions d'interventions pour atténuer ces impacts et lutter contre le VIH/Sida dans le secteur de l'éducation ;
- un aperçu des initiatives internationales et nationales mises en œuvre pour répondre à cette problématique de développement de l'éducation dans un contexte d'épidémie de VIH/Sida.

L'étude a été élaborée à partir d'une recherche et d'une analyse documentaire et a été complétée par des contacts et des rencontres de personnes travaillant sur ce thème et/ou mettant en œuvre des programmes d'éducation tenant compte de l'épidémie du VIH/Sida en Afrique subsaharienne. Je tiens à remercier l'ensemble des personnes qui par leurs conseils, recommandations et partage d'expérience m'ont apporté leur soutien dans le cadre de la réalisation de cette étude.

L'étude a été présentée aux chargés de mission du département Développement Humain le 10 septembre 2004. Les suggestions, remarques et conseils émis lors de cet échange ont été pris en compte dans ce document. La présentation PowerPoint de l'étude a vocation à être diffusée dans les services du siège de l'AFD, dans les agences de l'AFD à l'étranger ainsi qu'aux partenaires de l'AFD.

La stratégie de la division Education en matière de lutte contre le Sida reste à définir. Ce document constitue une base de réflexion.

GLOSSAIRE

ACDI	Agence Canadienne de Développement International
AFD	Agence Française de Développement
ARV	Antirétroviral, médicament permettant de maintenir une charge virale indétectable et des défenses immunitaires suffisantes
C2D	Contrat de Développement et de Désendettement
DFID	Department for International Development, coopération anglaise
DSRP	Document Stratégique de réduction de la pauvreté
EPT	Education Primaire Pour Tous
IBE	Bureau International d'Education, institut de l'Unesco en charge de l'amélioration des contenus et processus d'élaboration des programmes.
IEC	Information – Education - Communication
IICBA	Institut International pour le renforcement des capacités en Afrique
IIEP	Institut International de Planification de l'Education, institut de l'Unesco en charge de l'aide aux pays pour concevoir, planifier et gérer leurs systèmes éducatifs.
IPPTE	Initiative Pays Pauvres Très Endettés
IUE	Institut de l'Unesco pour l'Education, en charge de la promotion de l'alphabétisation, l'éducation non formelle, l'éducation des adultes et l'apprentissage tout au long de la vie.
GTZ	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit, coopération allemande
MAP	Multisectorial Aids Project
PMA	Pays Moins Avancés
Prévalence au VIH	Pourcentage de personnes infectées par le VIH/Sida pour un pays.
PRI	Pays à Revenu Intermédiaire
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH/Sida
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise Le sida se déclare quand la personne séropositive développe une ou plusieurs maladies opportunistes
UIS	Institut de Statistique de l'Unesco
UNEVOC	Centre International pour l'enseignement et la formation techniques et professionnels
UNGASS	Assemblée Générale des Nations Unies, en 2001 le thème central de l'assemblée était le VIH/Sida
USAID	The United States Agency For International Development, coopération américaine
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine, infecte et détruit certaines cellules qui coordonnent l'immunité
ZSP	Zone de Solidarité Prioritaire

SOMMAIRE

RESUME	9
INTRODUCTION	11
PARTIE I L'INTERACTION ENTRE L'ÉPIDÉMIE DU VIH/SIDA ET L'ÉDUCATION PRIMAIRE	12
CHAPITRE I – 1 : LES JEUNES, AU CENTRE DE L'ÉPIDÉMIE DU VIH/SIDA EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE	13
<i>Section I-1-1 : L'Afrique subsaharienne, la région du Monde la plus touchée par l'épidémie du VIH/Sida</i>	13
<i>Section I-1-2 : Les jeunes de 15-24 ans, une population particulièrement vulnérable au VIH/Sida</i>	15
<i>Section I-1-3 : Les principaux éléments explicatifs de la forte vulnérabilité des jeunes de 15-24 ans au VIH/Sida.</i>	15
§ I-1-3-1 : Le manque de connaissances des jeunes sur le VIH/Sida	15
§ I-1-3-2 : Un environnement économique, social et culturel parfois défavorable à la protection des jeunes face au VIH	17
§ I-1-3-3 : Des comportements à risque	18
CHAPITRE I - 2 : LE ROLE DE L'ÉDUCATION PRIMAIRE FACE A L'ÉPIDÉMIE DU VIH/SIDA	19
<i>Section I-2-1 : La légitimité d'une action de prévention au VIH/Sida au niveau de l'éducation primaire</i>	19
<i>Section I-2-2 : Le lien entre le niveau général d'éducation et le taux de prévalence au VIH/Sida</i>	20
CHAPITRE I - 3 : L'IMPACT DU VIH/SIDA SUR L'ÉDUCATION PRIMAIRE	25
<i>Section I-3-1 : La fourniture du service d'éducation primaire est rendue plus difficile en contexte de VIH/Sida</i>	25
§ I-3-1-1 : L'augmentation des départs enseignant suite à l'épidémie du VIH/Sida	25
§ I-3-1-2 : Les difficultés de planification de l'éducation en contexte de VIH/Sida	27
§ I-3-1-3 : L'augmentation des coûts du service d'éducation primaire en contexte de VIH/Sida	28

Section I-3-2 : La réalisation de l'éducation primaire universelle est favorisée par un tassement de la démographie scolaire, mais menacée par la baisse de la demande scolaire	29
§ I-3-2-1 : L'effet du VIH/sida sur la moindre croissance de la population d'âge scolaire	29
§ I-3-2-2 : L'effet du VIH/Sida sur la demande scolaire	30
§ I-3-2-3 : La situation in fine de la demande d'éducation primaire dans les pays d'Afrique subsaharienne	32

PARTIE II QUELLE REPONSE PEUT APPORTER L'EDUCATION ?..... 34

CHAPITRE II - 1 : FAIRE DE L'ECOLE UN LIEU DE PREVENTION ET DE PROTECTION AU VIH/SIDA 36

Section II-1-1 : Les programmes de prévention au VIH/Sida à l'école	36
§ II-1-1-1 : L'introduction de programmes de prévention au VIH/Sida dans le cursus scolaire	36
§ II-1-1-2 : La promotion d'activités péri et parascolaires de prévention au VIH	38
§ II-1-1-3 : La mise à disposition de services de conseils, de prévention et de soins en faveur des jeunes	39
Section II-1-2 : Les limites à la mise en œuvre de programmes de prévention au VIH/Sida à l'école	40
Section II-1-3 : Les limites de l'environnement scolaire comme lieu idéal de prévention et de protection au VIH/Sida	42
§ II-1-3-1 : L'école, un lieu de discrimination envers les personnes vivant avec le VIH/sida	42
§ II-1-3-2 : L'école, un lieu à risque de contamination au VIH/sida, notamment pour les filles	43

CHAPITRE II – 2 : ATTENUER LES EFFETS DU VIH/SIDA SUR L'OFFRE SCOLAIRE..... 44

Section II-2-1 : Le renforcement des systèmes de gestion de l'information éducative en vue d'améliorer la planification de l'éducation en contexte de VIH/Sida	44
Section II-2-2 : Le renforcement de la prévention auprès des enseignants et l'amélioration de la prise en charge des enseignants malades	46

CHAPITRE II – 3 : SOUTENIR LA DEMANDE SCOLAIRE.....	47
Section II-3-1 : L’allègement des barrières économiques à la scolarisation	47
Section II-3-2 : La promotion de la scolarisation	48
Section II-3-2 : L’adaptation de l’offre scolaire aux responsabilités étendues des enfants	50
 PARTIE III LE CADRE D’ACTION DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA DANS LE SECTEUR DE L’EDUCATION	 52
 CHAPITRE III – 1 : L’ELABORATION DE LA RÉPONSE DE LA COMMUNAUTE INTERNATIONALE ET DES PAYS A LA LUTTE CONTRE LE SIDA EN EDUCATION	 55
Section III-1-1 : Les initiatives du système des nations Unies pour répondre à l’épidémie du VIH/Sida dans le secteur de l’éducation	55
§ III-1-1-1 : L’UNESCO	55
§ III-1-1-2 : L’UNICEF.....	57
§ III-1-1-3 : Autres initiatives importantes en matière de lutte contre le Sida dans le secteur de l’éducation.....	58
Section III-1-2 : Les réponses des pays africains à la lutte contre le Sida en éducation	60
Section III-1-3 :Le cadre synthétique des actions des partenaires internationaux à la réponse nationale de lutte contre le Sida en éducation des pays d’Afrique subsaharienne	63
§ III-1-3-1: Le cadre général d’action.....	63
§ III-1-3-2: L’implication de la France	65
 CHAPITRE III – 2 : LE FINANCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA EN EDUCATION	 67
Section III-2-1 : L’estimation des besoins financiers induits par le VIH/Sida et la mise en œuvre d’une réponse de lutte contre le sida en éducation	67
Section III-2-2 : Les outils financiers multibailleurs mis à la disposition de la lutte contre le Sida en Afrique, plus particulièrement dans le secteur de l’éducation	68
§ III-2-2-1 : L’initiative fast track, un outil de financement au service de l’objectif de scolarisation primaire universelle	68
§ III-2-2-2 : Le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme, un outil de financement au service de la lutte contre le Sida	70
§ III-2-2-3 : Les financements de la Banque Mondiale	73
 CONCLUSION	 76

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableau I-1 : Estimation du nombre de jeunes de 15-24 ans vivant avec le VIH/Sida dans le Monde et en Afrique subsaharienne	15
Graphique I - 1 : Pourcentage de jeunes qui ne savent pas comment se protéger de VIH/Sida	16
Graphique I - 2 : Prévention à l'école : pourcentage d'écoles bénéficiant d'enseignants formés qui dispensent un volet d'éducation aux compétences nécessaires à la vie.	17
Graphique I – 3 : Courbe de diffusion de l'infection par VIH pour les personnes à niveau d'éducation élevé et pour celles à faible niveau d'éducation	22
Tableau I - 2 : Pourcentage de jeunes interrogés qui savent qu'une personne ayant l'air en bonne santé peut être infectée par le VIH selon le genre et le niveau de scolarité.	23
Graphique I – 4: Pourcentage annuel moyen d'enseignants qui vont mourir du Sida entre 2000 et 2010	26
Encadré I – 1 : Impact du VIH/Sida sur les effectifs scolaires en Ouganda et en Tanzanie	33
Encadré II – 2 : Zambie : les écoles déclarées "zones sans condoms"	41

RESUME

- I- 1 L'épidémie du VIH/Sida est apparue il y a un peu plus de vingt ans et s'étend aujourd'hui à tous les continents. L'Afrique subsaharienne est la région du Monde la plus touchée par l'épidémie qui connaît toujours une propagation importante. Les jeunes africains de 15-24 ans sont très touchés par l'épidémie, ils constituent un tiers des personnes vivant avec le VIH/Sida (PVVIH) en Afrique subsaharienne. Le manque de connaissance et l'environnement économique, social et culturel qui conduisent à des comportements à risque, expliquent la vulnérabilité élevée des jeunes.
- I- 2 Face à l'extrême vulnérabilité des jeunes, 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'éducation primaire est le meilleur vecteur d'information sur le VIH/Sida : il touche une part importante de la population à un âge où la grande majorité est encore préservée de la maladie. L'éducation augmente les connaissances et/ou les capacités à s'informer sur le VIH/Sida des individus. L'incidence sur le taux de prévalence dépend aussi de l'environnement économique, social et culturel.
- I- 3 L'épidémie du VIH/Sida exacerbe les difficultés rencontrées par le système éducatif. L'épidémie affecte les enseignants et les personnels administratifs de l'éducation : les taux de mortalité, de départ et d'absentéisme augmentent ; ce qui rend plus difficile la fourniture du service de l'éducation et en augmente le coût au détriment de la qualité de l'éducation. L'épidémie du VIH/Sida entraîne une révision de la politique de recrutement, de remplacement et de formation des personnels.
- L'épidémie augmente les contraintes des familles face à la scolarisation de leurs enfants du fait de la baisse des capacités économiques et de la désorganisation sociale des familles. La diminution du revenu des familles affectées, la baisse du budget disponible pour la scolarisation des enfants, la participation accrue des enfants aux tâches du foyer, la démotivation des familles face à l'école en raison de la détérioration qualitative du service et de la non-adéquation du service proposé avec les responsabilités des enfants affectés, conduisent à un affaiblissement de la demande d'éducation.
- II- 1 La lutte contre le Sida dans le secteur de l'éducation peut s'organiser autour de trois axes essentiels : faire de l'école un lieu de prévention et de protection au VIH/Sida, atténuer les effets du VIH/Sida sur l'offre scolaire et soutenir la demande scolaire.
- L'introduction des programmes de prévention au VIH/Sida à l'école doit accroître le niveau de connaissances des jeunes sur le VIH/Sida. De nombreuses activités péri et parascolaires existent pour accompagner les modules de prévention inclus dans le curriculum et donner des compétences, conseils et services en vue de l'adoption de comportements plus sûrs. La mise en œuvre effective des programmes de prévention est difficile à cause du manque de moyens et nécessite une attention particulière du fait des résistances importantes de la communauté et des enseignants. L'école n'a pas toujours un rôle de modèle : elle est le lieu de discrimination envers les PVVIH et elle est un lieu à risque de contamination au VIH.

- II- 2 Afin d'atténuer les effets du VIH/Sida sur l'éducation primaire, des mesures d'impact des effets du VIH sur l'éducation sont nécessaires afin de réviser la politique de planification et de gestion de l'éducation (recrutement-formation d'enseignants...). L'amélioration des systèmes de gestion de l'information éducative est préconisée. La propagation de l'épidémie du VIH chez les enseignants doit être contenue par la mise en œuvre de campagnes de prévention au VIH et d'information sur les traitements ARV, l'amélioration de l'accès à des centres de services de prévention en faveur des enseignants et l'instauration de mesures réduisant les occasions de contamination par le VIH induit par l'environnement professionnel.
- II- 3 L'appui à la demande scolaire des familles affectées comprend l'allègement des frais de scolarité et des frais d'écolage via une aide financière directe ou un appui aux revenus (micro-crédit), l'allègement de la charge de travail des enfants par la mise en place de service relais dans la communauté (service de garde des cadets), l'offre de services essentiels (cantines), la lutte contre la discrimination en sensibilisant le personnel scolaire, l'amélioration qualitative de l'éducation et l'adaptation de l'offre aux responsabilités des enfants. La déscolarisation des filles est plus marquée, des actions spécifiques sont à entreprendre pour promouvoir leur scolarisation d'autant plus que c'est essentiel pour lutter contre le Sida.
- III- 1 Bien que tardive, la réponse internationale de lutte contre le sida dans le secteur de l'éducation existe. Une institution internationale, l'Onusida, a été créée pour organiser la réponse globale de la communauté internationale. L'Unicef et l'Unesco, en charge des domaines de l'enfance et de l'éducation, y participent et organisent la réponse du secteur de l'éducation à la lutte contre le Sida au niveau mondial. Ce plaidoyer a été suivi par les pays qui ont mis en place un cadre de réponse à la lutte contre le Sida en éducation. Plus l'épidémie du VIH/Sida est importante et plus la réponse à la lutte contre le Sida dans le secteur de l'éducation apparaît construite et approfondie. Les partenaires internationaux ont mis en place un cadre d'action pour soutenir la réponse nationale. Les actions entreprises restent insuffisantes pour atteindre les objectifs mondiaux fixés par l'UNGASS pour 2005.
- III- 2 Le coût financier du VIH/Sida sur la réalisation de l'éducation primaire universelle et pour la mise en œuvre d'une action complète de lutte contre le Sida dans le secteur de l'éducation est reconnu comme conséquent. Il n'y a pas d'outils financiers spécifiques pour lutter contre le Sida dans le secteur de l'éducation. L'initiative Fast Track, l'outil de financement multibailleur pour le financement de l'éducation pour tous, a une directive d'évaluation portant sur la composante VIH/Sida des stratégies nationales d'éducation pour tous. Le Fonds Mondial de lutte contre le Sida apporte un appui financier à des actions locales de lutte contre le Sida qui peut être utilisé en éducation. Les financements de la Banque Mondiale soutiennent pour une part l'élaboration et la mise en œuvre des plans sectoriels de lutte contre le sida. Cependant, les financements internationaux sont sous utilisés pour la lutte contre le VIH/Sida dans le domaine de l'éducation.

INTRODUCTION

La réalisation des objectifs d'Education Pour Tous (EPT) guide les grandes orientations du secteur de l'éducation dans les pays d'Afrique subsaharienne. Il s'agit notamment de permettre à tous les enfants d'âge scolaire d'accéder à un enseignement de base de qualité. Malgré les efforts consentis, l'objectif d'éducation primaire universelle en 2015 risque de rester encore hors d'atteinte pour de nombreux pays.

Un défi supplémentaire à la réalisation de l'éducation primaire universelle se pose avec l'épidémie du VIH/Sida qui affecte particulièrement l'Afrique subsaharienne. 70% des personnes séropositives dans le Monde vivent en Afrique subsaharienne alors que la région ne représente que 10% de la population mondiale. En l'absence de vaccin contre le VIH/Sida, la prévention est le seul moyen de lutter contre les nouvelles infections. Parce qu'elle touche près de 7 enfants sur 10 en Afrique Subsaharienne, l'éducation primaire a un rôle essentiel à jouer dans la limitation de la propagation de l'épidémie. Mais l'épidémie affaiblit les systèmes éducatifs et risque de remettre en question les efforts pour la scolarisation universelle.

Il existe une influence réciproque de l'épidémie du VIH/Sida sur l'éducation, et inversement de l'éducation sur l'épidémie du VIH/Sida. Cela rend plus urgente la réalisation de l'éducation primaire universelle et nécessaire la mission de transmission des connaissances sur le VIH/Sida de l'éducation, et ce dans un contexte d'exacerbation des difficultés rencontrées par le système éducatif pour délivrer un service d'éducation primaire de qualité pour tous auquel il faut faire face.

L'enjeu d'une action efficace de lutte contre le Sida dans le secteur de l'éducation est considérable. Il s'agit de permettre à tous les enfants d'accéder à un enseignement de base de qualité et de limiter la propagation du VIH/Sida. On évaluera la réponse des pays et de la communauté internationale à cet enjeu.

L'étude présente le rôle de l'éducation dans la prévention au VIH/Sida et l'impact du VIH/Sida sur l'éducation, et rend compte des interventions multilatérales et nationales pour atténuer les effets du VIH/Sida sur l'éducation et limiter la propagation de l'épidémie. Une analyse critique du cadre d'action des pays et de la communauté internationale montrera les avantages et les insuffisances des actions entreprises.

PARTIE I

L'INTERACTION ENTRE L'ÉPIDÉMIE DU VIH/SIDA ET L'ÉDUCATION PRIMAIRE

CHAPITRE I – 1 :

LES JEUNES, AU CENTRE DE L'ÉPIDÉMIE DU VIH/SIDA EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Les premiers cas d'infection au VIH/Sida ont été découverts il y a une vingtaine d'années aux États-Unis. La découverte de cas d'infection en Afrique a eu lieu entre 1984 et 1986 selon les pays. Aujourd'hui, l'épidémie s'est étendue à l'ensemble des continents et le sida est devenu la quatrième cause de mortalité dans le monde. La propagation de la maladie n'a pas pu être freinée.

Section I-1-1 : L'Afrique subsaharienne, la région du Monde la plus touchée par l'épidémie du VIH/Sida

Données mondiales sur l'épidémie Plus de 60 millions de personnes ont été contaminées par le VIH/Sida à ce jour et 25 millions de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) sont déjà mortes. Fin 2003, on estimait à 40 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH/Sida, à 5 millions le nombre de nouveaux cas d'infection dans l'année et à 3 millions le nombre de décès dus au VIH/sida en 2003.

REGION	Adultes et enfants vivant avec le VIH	Nouveau cas d'infection à VIH chez les adultes et les enfants en 2003	Prévalence chez les adultes (%)	Décès dus au Sida chez l'enfant et l'adulte en 2003
MONDE	37,8 millions [34,6-42,3 millions]	4,8 millions [4,2 – 6,3 millions]	1,1 % [0,9 – 1,3%]	2,9 millions [2,6 – 3,3]
Afrique Subsaharienne	25 millions [23,1 – 27,9]	3 – 3,4 millions	7,5% – 8,5%	2,2 – 2,4 millions
<i>Soit en % du total :</i>	66,1%	66,6%		82,7%

Source : "Rapport mondial sur l'épidémie de Sida, juillet 2004" ONUSIDA - OMS

Données sur l'épidémie en Afrique subsaharienne L'Afrique subsaharienne est la région du Monde la plus touchée par le VIH/Sida qui est la première cause de mortalité de la région.

25 millions de personnes infectées par le VIH/Sida vivent en Afrique subsaharienne, soit près de 70% des personnes contaminées dans le Monde alors que l'Afrique subsaharienne ne représente que 10% de la population mondiale.

Taux de prévalence au VIH Le taux de prévalence au VIH dans la population adulte¹ est en moyenne de 7,5% sur l'ensemble des pays d'Afrique subsaharienne. Cela recouvre des situations nationales très diverses. Globalement, les pays d'Afrique australe sont plus touchés que les autres pays d'Afrique subsaharienne. Le taux moyen

¹Le taux de prévalence au VIH représente la proportion d'adultes (15-49 ans) infectés par le VIH dans la population. Si le taux de prévalence VIH d'un pays est de 10% cela signifie que 1 adulte sur 10 est infecté par le VIH.

de prévalence au VIH dans la zone GOA² est de 3,2% alors que le taux moyen de prévalence au VIH dans la zone GOB³ est de 8,5%. Les taux de prévalence peuvent varier de 0,8% au Sénégal, à 4,2% au Burkina Faso, à 6,9% au Cameroun, à 12,2% au Mozambique jusqu'à 16,5% en Zambie et 37,3% au Botswana⁴.

La plupart des pays connaissent un taux de prévalence relativement stable, mais il est en hausse à Madagascar et au Swaziland et en baisse en Ouganda. Cette stabilisation des taux correspond à une situation où le nombre d'adultes croît dans les mêmes proportions que le nombre de PVVIH. De plus elle cache un plus grand nombre de décès dû au VIH/Sida. Même lorsque la prévalence chute comme en Ouganda, le nombre de nouvelles infections peut rester élevé.

Caractéristiques générales de l'épidémie

De nombreux pays africains connaissent des épidémies généralisées c'est à dire qui s'étendent à l'ensemble de la population et ne se cantonnent pas uniquement aux groupes à risque. Cependant, dans la plupart des pays les taux d'infection sont plus élevés en zone urbaine par rapport aux zones rurales. Les femmes sont également plus touchées puisqu'elles représentent 60% des personnes vivant avec le VIH/Sida en Afrique subsaharienne.

Pour aller plus loin...

↳ L'Onusida publie régulièrement des données sur l'épidémie du VIH/Sida. Notamment, elle publie tous les deux ans, à l'occasion des conférences internationales sur le VIH/Sida, un rapport sur l'épidémie mondiale du Sida. La dernière publication de juillet 2004, peut être téléchargée sur le site de l'Onusida.
<http://www.unaids.org/fr/>

↳ Annexe I – 1 : Données sur l'épidémie du VIH/Sida par grandes régions du Monde.
Page 81

↳ Annexe I – 2 : Données pays sur l'épidémie du VIH/Sida en Afrique subsaharienne.
Page 82

↳ Annexe I – 3 : Construction de l'indicateur "taux de prévalence de l'infection au VIH/Sida".
Page 86

² Zone GOA, département géographique de l'AFD : Bénin, Burkina Faso, Cap Vert, Cote d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée Bissau, Libéria, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, Sénégal, Sierra Leone, Togo

³ Zone GOB, département géographique de l'AFD : Afrique du Sud, Angola, Burundi, Cameroun, Centrafrique, Congo Brazzaville, Congo Kinshasa, Djibouti, Erythrée, Ethiopie, Gabon, Guinée équatoriale, Kenya, Madagascar, Mozambique, Namibie, Ouganda, Rwanda, Sao Tomé, Soudan, Tanzanie, Tchad, Yémen, Zambie, Zimbabwe

⁴ Estimation Onusida de Juillet 2004

Section I-1-2 : Les jeunes de 15-24 ans, une population particulièrement vulnérable au VIH/Sida

Données sur l'épidémie du VIH chez les jeunes en Afrique 8,6 millions de jeunes vivent avec le VIH/Sida en Afrique subsaharienne. Ils représentent un tiers des personnes vivant avec le VIH/Sida en Afrique subsaharienne et constituent donc une classe d'âge sur représentée au niveau de l'infection au VIH/Sida. Les jeunes sont particulièrement vulnérables. En effet, la moitié des nouvelles infections dans le monde touchent les jeunes âgés de 15 à 24 ans.

Tableau I-1 : Estimation du nombre de jeunes de 15-24 ans vivant avec le VIH/Sida dans le Monde et en Afrique subsaharienne

	Total	%	Homme	%	Femme	%
Monde	11 800 000		4 500 000	39%	7 300 000	62%
Afrique Subsaharienne	8 600 000	73%	2 838 000	33%	5 762 000	67%

Source : Unicef, Onusida, OMS 2002

Les jeunes femmes sont particulièrement vulnérables, elles représentent deux tiers des jeunes séropositifs de 15-24 ans. Le taux de prévalence au VIH des adolescentes est systématiquement supérieur à celui des hommes du même âge dans la quasi-totalité des pays d'Afrique, il est près de trois fois celui des hommes.

Pour aller plus loin...

↳ Annexe I – 4 : Estimation du nombre de jeunes de 15-24 ans vivant avec le VIH/Sida par grandes régions du Monde Page 87
↳ Annexe I – 5 : Estimation du pourcentage de jeunes de 15-24 ans parmi les PVVIH Page 87
↳ Annexe I – 6 : Différence Homme – Femme des taux de prévalence au VIH chez les 15-24 ans Page 88

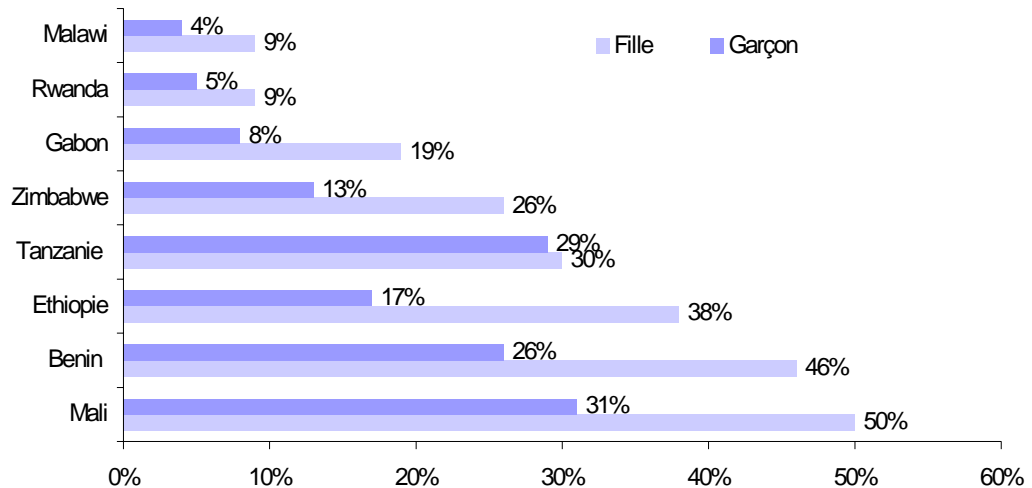
Section I-1-3 : Les principaux éléments explicatifs de la forte vulnérabilité des jeunes de 15-24 ans au VIH/Sida.

§ I-1-3-1 : Le manque de connaissances des jeunes sur le VIH/Sida

Les jeunes ne possèdent pas les connaissances essentielles sur la transmission du VIH/Sida ni les

moyens pour s'en prévenir. Ce manque de connaissances sur le VIH est plus accentué chez les filles. L'écart entre le niveau de connaissances des garçons et des filles peut atteindre jusqu'à 10 points. Des différences entre les jeunes des zones rurales et des zones urbaines existent également.

Graphique I - 1 : Pourcentage de jeunes qui ne savent pas comment se protéger de VIH/Sida

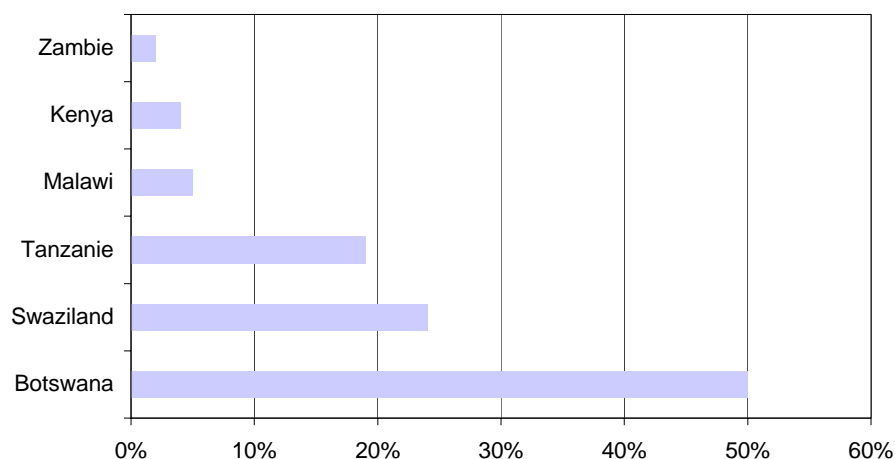


Source : EDS 1998-2002

Les programmes d'informations, de communication et de services de prévention au VIH/Sida ciblés sur les jeunes sont encore peu nombreux. Les services de santé pour les problèmes liés à la sexualité sont difficilement accessibles aux jeunes du fait de leur coût et du jugement des autres.

Le rôle des écoles comme vecteur de transmission des connaissances sur le VIH/Sida n'est pas assez développé.

Graphique I - 2 : Prévention à l'école : pourcentage d'écoles bénéficiant d'enseignants formés qui dispensent un volet d'éducation aux compétences nécessaires à la vie.



Source : UNAIDS 2003

§ I-1-3-2 : Un environnement économique, social et culturel souvent défavorable à la protection des jeunes face au VIH

La société à laquelle les jeunes appartiennent peut les rendre plus au moins vulnérables à l'épidémie du VIH/Sida si certaines habitudes culturelles et sociales favorisant la propagation du VIH s'imposent à eux.

Certaines croyances et pratiques sociales font peser un risque très élevé de contamination par le VIH/Sida sur certaines cibles, notamment les filles.

Par exemple, le VIH/Sida incite les hommes plus âgés à entretenir des relations avec de jeunes filles pour se préserver du Sida, en raison d'une croyance courante en Afrique selon laquelle coucher avec une fille vierge guérit du Sida. L'école, le chemin de l'école ou le cadre familial sont des lieux à risque face à ces pratiques.

Parallèlement, il est courant que les jeunes filles pour raison pécuniaire entretiennent deux relations partenariales, une avec un de leurs pairs et l'autre avec un homme plus âgé afin que celui-ci pourvoie à ses besoins quotidiens (frais de scolarité, livres, sorties...)

De même, les inégalités entre les sexes ont souvent des conséquences sur la communication dans le cadre des relations sexuelles. Dans nombreux pays, les femmes (et notamment les jeunes filles) ont une autonomie si faible qu'il n'est pas envisageable pour elles de refuser le rapport sexuel et de négocier l'utilisation du préservatif.

Cependant, la société peut protéger les jeunes du VIH par l'adoption d'initiatives favorisant la protection de ceux-ci face au VIH et en remettant en question son système de valeurs au regard de l'épidémie du VIH (excision, conditions de réalisation de la circoncision, polygamie...). Assurer le droit de tous les enfants de suivre un enseignement fondamental de base et introduire des programmes de santé reproductive dans le curriculum comptent parmi les actions à entreprendre pour que les enfants grandissent en sachant se prémunir du virus du VIH.

Les facteurs sociaux et économiques, qui ont un poids non négligeable dans l'adoption de comportements sans risque, doivent être examinés afin de jouer également sur ces variables pour améliorer les programmes de prévention au VIH/Sida.

§ I-1-3-3 : Des comportements à risque

Par conséquent, les enquêtes de comportement montrent que les relations sexuelles des jeunes se déroulent dans un contexte à risque d'infection par le VIH soit par manque de connaissances soit par incapacité d'imposer un des différents modes de protection.

Notamment, l'utilisation du préservatif n'est pas généralisée. Or, les relations avec des partenaires sexuels occasionnels sont courantes parmi les jeunes, ce qui amplifie d'autant le risque encouru par cette classe d'âge.

Par exemple en Tanzanie, 83% des jeunes hommes déclarent avoir eu une partenaire occasionnelle au cours des douze derniers mois. Bien que la partenaire soit occasionnelle et qu'on puisse donc considérer le statut sérologique des deux partenaires comme une inconnue, seuls 30% de ces jeunes hommes déclarent utiliser un préservatif lors du rapport sexuel. Ainsi 53% des jeunes de 15-24 ans en Tanzanie prennent des risques de contamination au VIH/Sida.

Pour aller plus loin...

↳ Les enquêtes démographiques et sociales (EDS) fournissent des données nationales sur le niveau de connaissances des jeunes et leur comportement face au VIH/Sida. Des études plus ponctuelles et plus ciblées peuvent également exister. L'information sur le niveau de connaissance et l'état des comportements relatifs au VIH/Sida est nécessaire pour mieux cibler les actions de prévention.

↳ Annexe I – 7 : Niveau de connaissance sur le VIH/Sida des adolescentes africaines
Page 89

↳ Annexe I - 8 : Comportements sexuels des jeunes de 15-24 ans (utilisation du préservatif et relations occasionnelles)
Page 90

CHAPITRE I - 2 :

L'ENJEU DE L'EDUCATION PRIMAIRE FACE A L'EPIDEMIE DU VIH/SIDA

Une des caractéristiques de l'épidémie qui doit interpeller le secteur de l'éducation est l'extrême vulnérabilité des jeunes de 15-24 ans. L'éducation primaire ne doit-elle pas donner à ces jeunes les connaissances et compétences nécessaires pour se protéger du VIH et faire évoluer les systèmes de valeur de la société, afin qu'à l'âge des premières expériences sexuelles les jeunes ne prennent aucun risque de contamination par le VIH ?

Section I-2-1 : La nécessité d'une action de prévention au VIH/Sida au niveau de l'éducation primaire

Le faible niveau de connaissance des jeunes sur les modes de transmission et de prévention du VIH/Sida et l'importance des influences socioculturelles justifient la mise en œuvre de programmes de prévention au VIH spécifiques pour les jeunes et tendant à faire évoluer leur système de valeurs et leur comportement.

Un vecteur d'information important L'accroissement des effectifs scolarisés dans le cadre des programmes de scolarisation primaire universelle fait de l'école le principal moyen de prévention auprès des jeunes en Afrique⁵.

La majorité des enfants bénéficient au minimum de quelques années de scolarisation primaire. L'école primaire en Afrique subsaharienne touche 65 millions d'enfants alors que les effectifs dans le secondaire sont de loin très inférieurs. Le taux net de scolarisation en moyenne en Afrique subsaharienne est de 65% dans le primaire et de 25% dans le secondaire. Il est donc crucial d'avoir une action dès le primaire si l'on souhaite toucher le plus d'enfants possible.

A un âge stratégique De plus l'âge de la scolarisation primaire (6-13 ans compte tenu des redoublements fréquents) constitue une période stratégique puisque la majorité des enfants sont encore non actifs sexuellement. En effet, l'âge moyen du premier rapport sexuel peut être estimé à 15 ans. Par conséquent, la majorité des élèves du primaire sont encore préservés du sida et sans habitudes acquises en matière de relations sexuelles.

Une action dans l'école primaire est donc stratégique pour atteindre cette population et maintenir le statut sérologique négatif des jeunes au cours de l'adolescence, âge auquel ils découvrent et font l'apprentissage de situations qui les exposent au risque du VIH/Sida.

Plus sûr que les mass L'école n'est pas le seul moyen de diffuser de l'information aux jeunes. En effet, les mass média diffusent également de l'information relative au VIH/Sida. Cependant ce mode de transmission de

⁵ les jeunes de 0-14 ans représentent en moyenne 45% de la population totale d'un pays

média

l'information est encore peu développée dans de nombreux pays et la proportion de jeunes recevant des informations sur le VIH/Sida par ce biais est limitée.

De plus, les mass média ont souvent un rôle ambivalent sur la prévention au VIH. Elles peuvent en effet développer des programmes de prévention au VIH avec diffusion de connaissances, partage d'expériences et écoute des jeunes mais elles diffusent aussi des émissions favorisant des comportements contraires à la prévention au VIH/Sida.

Pour aller plus loin...

↳ Annexe I – 9 : Données sur l'importance de la population jeune en Afrique Subsaharienne
Page 91

↳ Annexe I – 10 : Données sur les comportements sexuels des adolescents en Afrique Subsaharienne (âge des premiers rapports sexuels)
Page 92

↳ Annexe I – 11 : Exposition aux Mass Média et probabilité de recevoir des informations de prévention au VIH/Sida
Page 94

Section I-2-2 : Le lien entre le niveau général d'éducation et le taux de prévalence au VIH/Sida

A l'instar des analyses sur la relation entre le niveau d'éducation des femmes et la baisse de la mortalité infantile, il serait intéressant d'étudier s'il existe une corrélation entre un niveau élevé d'éducation et un faible taux de prévalence au VIH/Sida. Or aucune étude n'a pu établir une certitude sur cette relation, dans un sens ou dans un autre.

En effet, le lien entre éducation et prévalence au VIH est complexe. L'éducation intervient de façon ambivalente sur le risque d'infection au VIH des individus et des facteurs autres que le niveau de connaissances ont une influence sur la prévalence au VIH.

Niveau général d'éducation et risque d'infection au VIH

L'éducation a deux effets contraires sur le risque des individus face au VIH/Sida :

1. Un niveau d'éducation élevé accroît la capacité des individus à comprendre les messages de prévention sanitaire et à agir de manière à éviter les risques.

Exemple : en Zambie, le taux de prévalence du VIH chez les jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans est passé de 27 % en 1993 à 15 % en 1998 et ce de façon plus marquée parmi celles qui ont un niveau d'instruction secondaire ou supérieure⁶.

2. Un niveau élevé d'éducation permet aussi d'accéder à un statut économique et social plus élevé auquel on associe une certaine aisance financière, ce qui a des effets contradictoires :

- d'un côté cela permet d'éviter les situations de pauvreté qui peuvent conduire à des comportements à haut risque de contamination au VIH ;

Exemple : en situation précaire on peut accepter de prendre un risque face au VIH pour des raisons financières : activités de prostitution, relations intergénérationnelles (de type sugar daddy). Face à un choix relatif à la survie de court terme, on risque de ne pas tenir compte des conséquences à long terme de ce choix tel que le risque d'infection au VIH.

- mais par ailleurs, le fait d'avoir une vie sociale, culturelle et festive plus développée confronte les individus à des situations où les risques face au VIH/Sida sont plus nombreux.

Exemple : un statut social élevé donne l'opportunité d'entretenir des relations partenariales multiples.

Théorie de l'interrelation entre le niveau d'éducation et la prévalence au VIH

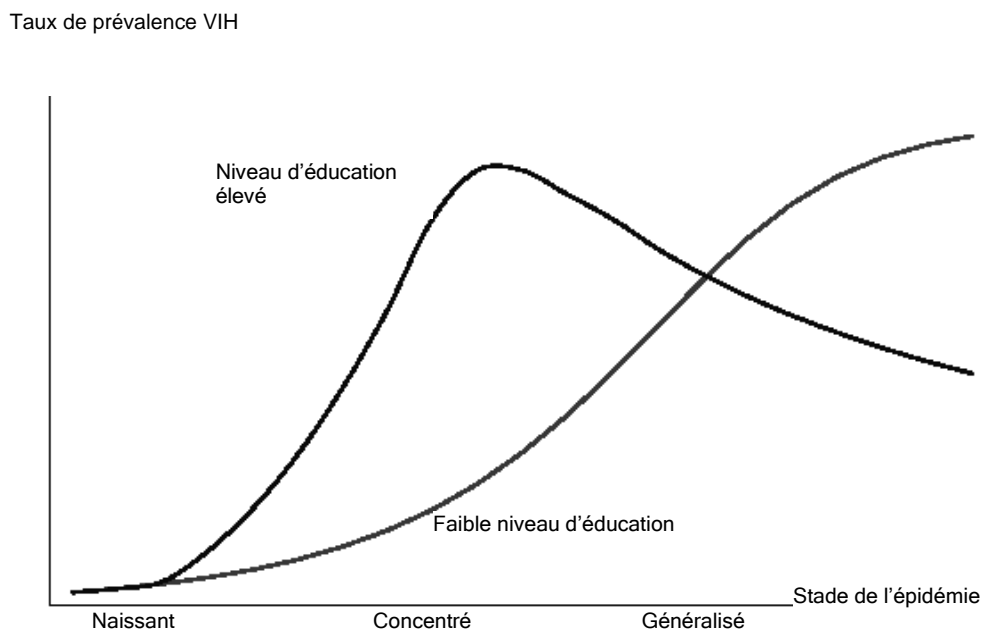
Selon l'analyse la plus partagée sur le lien entre le niveau d'éducation et la prévalence au VIH/Sida, au début de l'épidémie, les informations sur la maladie étant manquantes, le niveau d'éducation n'a pas pu jouer un rôle de protection face au VIH. Les personnes d'un niveau d'éducation élevé étaient alors les plus vulnérables à la maladie du fait de leur plus grande aisance financière et sociale.

Suite à la propagation de l'épidémie, des informations ont été diffusées et les moyens de prévention vulgarisés, les personnes d'un niveau d'éducation élevé sont alors les premières à adopter des comportements à moindre risque vis à vis de l'infection au VIH alors que la population d'un niveau d'éducation et d'un niveau de vie plus faible ont du mal à intégrer ces nouvelles données appelant au changement de comportement de la vie intime.

On peut schématiser comme suit l'évolution de l'infection au VIH à travers la population d'un niveau élevé d'éducation et de faible niveau d'éducation :

⁶ Loewenson et Whiteside 2001, pp. 8, 9 et 14.

Graphique I – 3 : Courbe de diffusion de l'infection par VIH pour les personnes à niveau d'éducation élevé et pour celles à faible niveau d'éducation



Source : Vandemoortele, Unicef 2001

Cependant, des études actuelles montrent que des personnes d'un niveau d'éducation élevé sont fortement touchées par le VIH/Sida et ce dans des proportions plus importantes que le reste de la population.

Une étude⁷ au Kwazulu-Natal, une province d'Afrique du Sud fortement touchée par l'épidémie (taux de prévalence au VIH 35%) a montré que le taux de mortalité dû au VIH/Sida des enseignants était trois fois plus élevé que le reste de la population.

Cela montre l'importance de l'environnement économique, social et culturel dans le cadre de l'adoption de comportements sûrs vis à vis du risque au VIH/sida.

Il est établi que l'éducation augmente les connaissances sur le VIH/Sida. Au Cameroun par exemple, plus la durée de vie scolaire est longue et plus la connaissance sur la maladie est importante.

⁷ "Educator Mortality In Service in Kwazulu-Natal", Peter Badcock-Walters, Christopher Desmond, Daniel Wilson & Wendy Heard – Mobile Task Team on the impact of HIV/Aids on Education, HEARD, University of Natal – Mars 2003

Tableau I - 2 : Pourcentage de jeunes interrogés qui savent qu'une personne ayant l'air en bonne santé peut être infectée par le VIH selon le genre et le niveau de scolarité.

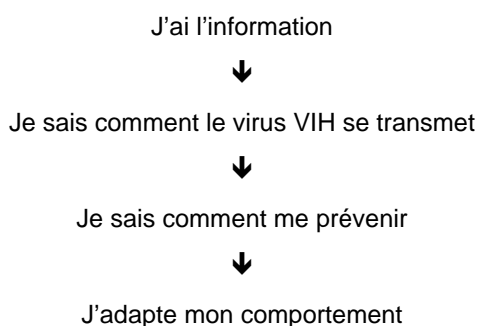
		Jamais à l'école	Plus à l'école	Toujours à l'école
Garçons	Savent	9%	48%	68%
	Ne savent pas	91%	52%	32%
Filles	Savent	17%	55%	74%
	Ne savent pas	83%	45%	26%

Source : DHS 1998

Un processus décisionnel Mais avoir un bon niveau de connaissance sur le VIH/Sida est une condition nécessaire mais pas suffisante à l'adoption de comportements sûrs.

aux multiples facteurs La sphère d'influence économique, sociale et culturelle apparaît primordiale dans l'adoption de comportements sûrs.

L'adoption de comportements appréhendant l'existence du VIH ne se pose pas seulement en terme de connaissances individuelles du type :



Les limites à une telle manière de penser et d'agir sont les suivantes :

- bien que l'épidémie du VIH/Sida appelle à changer des comportements de la vie intime et personnelle, la relation avec un partenaire amoureux et/ou sexuel est difficilement perçue sous l'angle du risque de la maladie que cette relation peut engendrer ;
- l'environnement économique, social et culturel de l'individu peut conduire à perpétuer ou à avoir des comportements à risque d'infection au VIH, par manque de connaissances ou par attachement à certaines coutumes, ou encore par obligation financière ou par pression sociale.

Par conséquent, le rôle de l'école primaire en matière de lutte contre le Sida est crucial. Il s'agit de :

- transmettre les connaissances et compétences de base pour prévenir les jeunes du risque de VIH/Sida ;
- faire évoluer le système de valeurs des jeunes et, plus largement, de la société pour qu'il s'adapte au nouveau contexte de VIH/Sida ;
- protéger les jeunes des pratiques sociales néfastes de leur environnement.

Pour aller plus loin...

↳ Annexe I – 12 : Le lien entre le niveau d'éducation et le taux de prévalence au VIH/Sida actuel des pays

Page 95

↳ Annexe I – 13 : Le niveau d'éducation des filles et la maîtrise de leur vie reproductive

Page 96

CHAPITRE I - 3 :

L'IMPACT DU VIH/SIDA SUR L'EDUCATION PRIMAIRE

L'épidémie du VIH/Sida atteint les enseignants et les familles et rend plus difficile la réalisation de l'éducation primaire universelle car elle exacerbe les difficultés rencontrées par les systèmes éducatifs africains.

Section I-3-1 : La fourniture du service d'éducation primaire est rendue plus difficile en contexte de VIH/Sida

La mise en œuvre du service d'éducation primaire repose pour une grande part sur la disponibilité des enseignants et des personnels administratifs. Or, dans un contexte d'épidémie du VIH/Sida, la déperdition des personnels met sous forte contrainte les capacités de recrutement et de formation. Le coût du service éducatif augmente au détriment de son amélioration qualitative.

§ I-3-1-1 : L'augmentation des départs enseignants suite à l'épidémie du VIH/Sida

Mortalité enseignante en hausse

L'épidémie du VIH/Sida augmente la mortalité adulte de façon plus ou moins importante selon le taux de prévalence au VIH dans le pays. L'impact du VIH/Sida sur l'offre d'éducation dépend du taux d'infection chez les enseignants.

Des études concluant à des résultats contradictoires ont été menées pour savoir si les enseignants représentent une classe à risque ou non face au VIH/Sida.

1 Le statut "privilegié" des enseignants est supposé les rendre à risque face au VIH/Sida.

Exemple : les enseignants bénéficient d'un salaire élevé relativement au reste de la population, ce qui leur offre de plus grandes possibilités d'avoir des relations sexuelles occasionnelles.

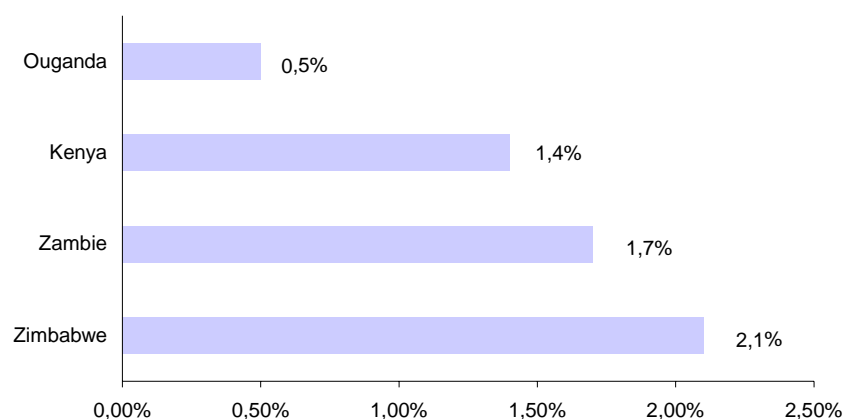
2 La politique d'affectation des enseignants les rend également à risque face au VIH/Sida.

Exemple : Un éloignement familial résulte souvent de l'affectation géographique des enseignants, ce qui facilite l'entretien de relations partenariales multiples. D'autre part, dans les zones rurales reculées il est parfois encore difficile de trouver des préservatifs.

3 Mais on peut supposer que le niveau d'étude général des enseignants les protège du VIH/sida.

Sur cette hypothèse, le taux de prévalence chez les jeunes enseignants devrait être bas, ce que ne vérifie pas certaines études (Annexe I - 15 : Etude au KwazuluNatal)

Graphique I – 4: Pourcentage annuel moyen d’enseignants qui vont mourir du Sida entre 2000 et 2010



Source : Banque Mondiale 2000

Absentéisme enseignant en hausse L’infection par la maladie d’un membre de la famille d’un enseignant pèse sur son assiduité. En tant que salariés, les enseignants sont appelés à soutenir des parents malades et/ou à recueillir des orphelins, ce qui pèse sur leur emploi du temps. Par exemple, l’enseignant peut être requis pour apporter des soins à la personne de sa famille touchée par le VIH, en particulier les femmes enseignantes.

L’enseignant atteint par le VIH/Sida est progressivement affaibli selon le stade d’avancement de la maladie, surtout s’il n’a pas accès aux traitements antirétroviraux⁸. Les absences se multiplient jusqu’à ce qu’il devienne impossible pour l’enseignant malade de continuer à effectuer son service. La démotivation pour son travail peut toucher également l’enseignant malade.

On estime que chaque décès dû au SIDA est précédé par l’équivalent de 18 mois d’incapacité, pendant lesquels la participation de l’enseignant aux activités scolaires devient progressivement plus difficile ou est très limitée⁹.

Encadrement des élèves en baisse Les élèves sont alors privés partiellement ou de façon permanente de leur maître. Dans la majorité des cas le remplacement temporaire du poste d’un enseignant partant est rarement envisagé. Ce sont les enseignants présents qui doivent parfois assurer les classes de collègues absents, en supplément de leur charge de travail ordinaire.

Le poste reste généralement vacant jusqu’à la rentrée suivante et est repris alors par un enseignant sortant de la dernière promotion des écoles de formation. Les élèves de la classe de l’enseignant malade et des autres classes sont ainsi désavantagés vis à vis de l’accès à un enseignement primaire de qualité. En effet, le niveau d’encadrement des élèves est réduit, l’enseignement des programmes

⁸ En Afrique subsaharienne on compte 28,5 millions de personnes vivant avec le VIH/sida dont 6 millions auraient besoin d’un traitement ARV. Or seulement 440 000 personnes en bénéficient. OMS Mai 2004

⁹ Michael Kelly, 2000. Planning for Education in the Context of HIV/AIDS.

incomplet, et les performances des élèves moindres.

Transfert des enseignants vers le secteur privé en hausse L'épidémie du VIH/Sida réalise une coupe démographique importante dans les ressources humaines du pays (Annexe I-17). Le secteur privé fait de plus en plus appel aux personnels du secteur public notamment les personnels qualifiés de l'éducation pour combler ce déficit. Ce transfert du secteur public au secteur privé, qui a toujours existé, est accentué suite au manque accru en personnel du secteur privé induit par l'épidémie du VIH/Sida.

Pour aller plus loin...

↳ Pour avoir des estimations de l'impact du VIH/Sida sur l'offre quantitative et qualitative d'éducation primaire :

- on peut calculer le nombre d'élèves qui se trouvent chaque année privés d'enseignants sur la base des estimations de décès d'enseignant, et au regard du ratio enseignant/élèves
- on peut également avoir une estimation des conséquences des décès d'enseignants par le nombre de classes et/ou d'écoles fermées suite à la disparition des enseignants

↳ Annexe I – 14 : Schéma explicatif de l'impact du VIH/Sida sur l'offre d'éducation primaire
Page 98

↳ Annexe I – 15 : Etude de l'impact du VIH/Sida sur les enseignants du Kwazulu-Natal en Afrique du Sud
Page 99

↳ Annexe I - 16 : Décès et absentéisme dus au VIH/Sida des enseignants dans quatre pays d'Afrique centrale
Page 100

↳ Annexe I – 17 : Déficit en personnels du secteur privé suite à l'épidémie du VIH/Sida
Page 100

§ I-3-1-2 : Les difficultés de planification de l'éducation en contexte de VIH/Sida

L'augmentation des départs d'enseignants contraint de recruter plus d'enseignants d'une année sur l'autre et de renforcer le nombre de remplaçants temporaires pour maintenir durant l'année les cours.

Des difficultés de planification entravent la fourniture d'un service d'éducation primaire en quantité et en qualité satisfaisante ; elles sont liées à :

- 1 l'absence d'information sur le statut sérologique des enseignants

Le Ministère de l'Education est souvent incapable de prévoir les départs des enseignants et d'organiser leur remplacement rapide. Le silence et la stigmatisation liés au sida empêchent la collecte d'information fiable sur le taux d'infection des enseignants ; la gestion des effectifs est donc difficile. Les systèmes de

gestion de l'information éducative et les systèmes de paiement des fonctionnaires sont rarement utilisés efficacement pour obtenir des données sur les absences d'enseignants et planifier le niveau nécessaire des recrutements.

2 aux capacités insuffisantes de recrutement des instituts de formation des enseignants

Les écoles de formation n'ont généralement pas les capacités de former suffisamment d'enseignants pour faire face aux départs, retraites et remplacements. Le recrutement et la formation initiale des maîtres doivent être repensés pour pallier au manque d'enseignants. Certains pays ont prévu de faire appel aux enseignants retraités pour remplacer les enseignants malades. La réduction de la durée de la formation initiale, déjà assez courte (d'un an) dans de nombreux pays africains peut affecter la qualité de l'enseignement, aggravée par la proportion d'enseignants sans formation initiale.

3 à la pression des enseignants pour une affectation urbaine

Les demandes de mutation des enseignants malades visent une affectation près des centres de santé où ils pourront recevoir des soins (i.e en zone urbaine), ce qui amplifie le déséquilibre urbain/rural dans l'offre d'éducation primaire.

4 à l'absence de polyvalence des enseignants (dans le secondaire)

Pour combler les manques d'enseignants dans certaines disciplines, à partir du secondaire, la formation des enseignants devrait devenir plus pluridisciplinaire pour assurer une certaine polyvalence.

§ I-3-1-3 : L'augmentation des coûts du service d'éducation primaire en contexte de VIH/Sida

L'épidémie du VIH constitue un coût supplémentaire important des programmes d'éducation primaire pour tous (EPT). Le coût relatif de la formation des enseignants augmente puisque les personnes formées resteront en moyenne moins longtemps en poste et que les enseignants malades et donc improductifs seront plus nombreux : pourvoir à leur salaire tout en assurant leur remplacement représente un coût élevé pour le système alors même que les pays d'Afrique subsaharienne connaissent déjà des difficultés à financer l'EPT.

Contrainte sur le budget de l'éducation En effet, l'épidémie du VIH/Sida dans les pays à forte prévalence limite la croissance du PNB¹⁰. Considérant que la plupart des options pour augmenter l'accès et la qualité engageront des dépenses supplémentaires, le coût additionnel du VIH/Sida réduira la marge d'action du secteur de l'éducation pour réaliser les plans de scolarisation primaire universelle.

Le relais de la communauté est souvent devenu nécessaire suite à la défaillance de l'Etat dans le financement de l'éducation primaire (prise en charge communautaire des rémunérations des

¹⁰ Dans les années 90, le sida aurait réduit de 0,8 % la croissance annuelle par habitant en Afrique

enseignants, des fournitures scolaires, des constructions scolaires). Or celle-ci voit sa capacité à participer au projet de développement se réduire en raison de l'impact du VIH/Sida sur les ménages en terme de revenu et de membres productifs.

Pour aller plus loin...

↳ Pour avoir des estimations de l'impact du VIH/Sida sur le coût du service d'éducation primaire :

- on peut calculer les dépenses en formation pour le remplacement des enseignants malades ou décédés du Sida sur la base de l'estimation du taux de prévalence chez les enseignants et du coût moyen de formation d'un enseignant

Section I-3-2 : La réalisation de l'éducation primaire universelle est favorisée par un tassement de la démographie scolaire, mais menacée par un affaiblissement de la demande scolaire

§ I-3-2-1 : L'effet du VIH/sida sur la moindre croissance de la population d'âge scolaire

Baisse de la population générale

Globalement, le Sida se traduit à long terme par une baisse significative de la croissance de la population par rapport au niveau qui aurait été atteint en l'absence du Sida. Les projections de la population mondiale pour 2050 ont été récemment revues à la baisse : de 9,3 milliards à 8,9 milliards de personnes¹¹. Cette baisse est expliquée d'une part par l'augmentation du nombre de décès projetés en raison de l'augmentation prévue des niveaux de séroprévalence, et d'autre part, par la réduction du nombre de naissances escomptées, suite à la baisse des niveaux de fécondité projetés pour l'avenir.

Les pays en développement fortement touchés par le VIH/Sida sont particulièrement concernés par cette moindre croissance de la population générale. Par exemple, au Zimbabwe, en Zambie, au Malawi ou en Afrique du Sud, on estime que la population en 2010 sera réduite d'un quart par rapport à des conditions d'évolution démographique sans VIH/Sida¹².

L'incidence de l'épidémie de VIH/Sida sur l'évolution démographique générale dans ces pays induit une réduction de la croissance du nombre d'enfants en âge d'aller à l'école.

Cette moindre croissance affecte la plupart des pays d'Afrique subsaharienne ; pour quelques pays (Botswana, Ghana, Kenya, Rwanda, Afrique du Sud, Zimbabwe), on prévoit une baisse absolue de la population scolarisable.

Globalement on conclut à une baisse du nombre d'enfants d'âges scolaire par rapport à la situation qui

¹¹ "World Population Prospect", publication des Nations Unies révisée en 2002

¹² Kelly 2000

aurait existé sans l'épidémie du VIH/Sida.

Des estimations ont été faites pour certains pays. D'ici 2010, le nombre d'enfants en âge primaire aura diminué par rapport aux chiffres prévus dans un contexte sans sida de :

- 13% au Kenya
- 23% dans le Swaziland
- 12% en Ouganda
- 20% en Zambie
- 24% au Zimbabwe

Pour aller plus loin...

↳ Des données démographiques sont données par le US Census Bureau, des comparaisons avec des situations avec et sans sida sont également fournies : <http://www.census.gov>

↳ Annexe I – 18 : Schéma de l'impact démographique du VIH/Sida sur la population d'âge scolaire
Page 101

↳ Pour avoir une illustration de l'impact du VIH/Sida sur la population d'âge scolaire :
- on peut étudier la pyramide des âges des pays dans le long terme et comparer la situation projetée sans sida et avec sida

↳ Annexe I – 19 : Pyramides des âges au Botswana en 2020
Page 102

§ I-3-2-2 : L'effet du VIH/Sida sur la demande scolaire

La participation des enfants à l'enseignement primaire se réduit suite à la baisse des capacités économiques des familles affectées par le VIH/Sida et à la désorganisation sociale des familles.

Baisse des capacités économiques des familles La maladie au sein d'une famille affecte son revenu. En effet, la maladie engendre des dépenses supplémentaires (de santé¹³, d'obsèques) et une perte de revenu en cas de décès de la personne ou d'incapacité à travailler. La famille peut ne plus être en mesure de payer les frais de scolarité et les frais d'écolage (uniformes, livres...).

De plus, les enfants d'âge scolaire sont généralement sollicités pour prendre en charge le malade, travailler pour compenser la perte de revenu ou prendre la responsabilité de chef de famille. Cette surcharge d'activités extra-scolaires est souvent incompatible avec le maintien d'une scolarisation effective et réussie. La scolarité des enfants dont un des parents est malade est souvent perturbée : les abandons et/ou l'absentéisme sont fréquents.

¹³ Les coûts médicaux directs du sida en Afrique (hors médicaments antirétroviraux) sont d'au moins 30 dollars par an et par habitant dans des pays où les dépenses globales de santé n'excèdent pas 10 dollars par an

*Désorganisa-
tion sociale
des familles* La situation particulière des orphelins est souvent mise en avant. Le nombre d'orphelins croît fortement avec l'épidémie du VIH/Sida¹⁴. Or, l'accueil dans un autre foyer accentue le problème d'accès à l'école pour cause monétaire ou d'activités annexes. Le taux de scolarisation dans le primaire des orphelins est systématiquement inférieur au taux de scolarisation des non orphelins dans tous les pays d'Afrique subsaharienne.

De plus en plus de ménages deviennent familles d'accueil avec un nombre d'enfants accueillis par famille en hausse. Or, il n'est pas toujours soutenable pour la famille d'accueil d'assumer la prise en charge d'orphelins. A moins que la famille d'accueil reçoive une aide extérieure, le revenu par tête du ménage a tendance à diminuer. Ainsi, la scolarisation des enfants n'est pas toujours assurée. Souvent, les enfants orphelins doivent soutenir la famille qui les a accueillis en s'occupant de tâches ménagères ou de petits travaux.

Par conséquent, l'abandon scolaire d'un grand nombre d'enfants dont les familles sont touchées par l'épidémie du VIH/Sida fait qu'une proportion moins importante d'enfants scolarisés complètera un cycle dans son entier. Ainsi, ils n'atteignent pas le niveau d'étude requis pour accéder à une alphabétisation irréversible, ce qui est un handicap pour leur propre avenir et le développement économique et social d'un pays.

*Approche
genre* Les filles sont plus touchées par la baisse de la demande d'éducation. Elles sont les premières à quitter l'école si le foyer est touché par la maladie afin de servir de soutien de famille. La pauvreté est en effet un des facteurs qui a une incidence négative sur l'accès et la participation des filles à l'école. Or, l'épidémie du VIH/Sida accroît la pauvreté des ménages.

L'indice de parité entre les sexes dans le taux brut d'admission en première année de primaire a d'ailleurs baissé pour certains pays d'Afrique australe ayant un fort taux de prévalence au VIH/Sida.

*Baisse de la
motivation
pour l'école* D'autre part, la motivation face à l'école peut également se réduire. L'épidémie faisant des ravages, l'espérance de vie diminue et les parents ne sont plus sûrs que l'investissement dans l'école soit pertinent. De même, l'intérêt de l'école pour beaucoup d'enfant va diminuer face à la faible capacité de l'école de les aider à surmonter leur problème (soutien de famille, recherche de revenus...).

Pour les filles, ceci est encore plus marqué. Certains parents craignant que la vie de leur fille soit trop courte avancent l'âge du mariage pour que leur fille puisse avoir le plus d'enfants possibles et perpétuer la famille. D'autre part, les filles, considérées comme plus faibles que les garçons, sont jugées comme beaucoup plus affectées par l'infection d'un de leur proche et pour cela sont dispensées d'école.

L'offre scolaire étant défailante notamment suite à l'épidémie et au manque d'enseignants, la

¹⁴ Le nombre d'orphelins dus au sida dans le monde est estimé à 13 millions aujourd'hui dont 90% se trouve en Afrique

dégradation de la qualité de l'éducation amoindrit la demande d'éducation.

Pour aller plus loin...

↳ Annexe I – 20 : Schéma de l'impact du VIH/Sida sur la demande d'éducation primaire Page 103
↳ L'Unicef publie des données sur les orphelins, le dernier rapport publié "Les générations orphelines d'Afrique" est téléchargeable sur le site : http://www.unicef.org/french/publications/index_16271.html
↳ Annexe I – 21 : Les orphelins du Sida Page 104
↳ Pour avoir une illustration de l'impact du VIH/Sida sur la demande d'éducation primaire : - on peut étudier la différence de scolarisation entre les enfants orphelins et non orphelins - on peut étudier l'évolution des inscriptions à l'école primaire - on peut étudier les facteurs explicatifs de la non participation des enfants à l'école primaire
↳ Annexe I - 22 : Différence de scolarisation entre les enfants orphelins et non orphelins Page 106
↳ Annexe I – 23 : Baisse des taux d'admission en première année de primaire pour certains pays d'Afrique subsaharienne Page 107
↳ Annexe I – 24 : Indice de parité entre les sexes dans le taux brut d'admission (1990-2000) Page 107

§ I-3-2-3 : La situation in fine de la demande d'éducation primaire dans les pays d'Afrique subsaharienne

La tendance des effectifs scolaires est plutôt à la hausse en Afrique suite à des décennies de forte croissance démographique et aux engagements d'éducation pour tous. Dans un contexte de VIH/Sida, l'évolution des effectifs scolaires dans les pays d'Afrique subsaharienne connaît une moindre hausse en comparaison à ce qu'elle aurait été sans l'épidémie du VIH/Sida sans cependant provoquer une baisse des effectifs (dans la majorité des pays). Cela tend à donner une importance forte aux effets du VIH/Sida sur l'offre scolaire. Néanmoins, les difficultés de scolarisation des enfants des familles atteintes par le VIH/Sida sont réelles.

Le lien entre le taux de scolarisation, les effectifs scolaires et la population en âge scolaire est complexe. L'étude des impacts du VIH/Sida sur la demande scolaire indique que les effectifs scolaires et la population en âge scolaire vont enregistrer une moindre hausse que celle envisagée sans l'épidémie du VIH/Sida. La baisse des effectifs scolaires due au VIH/Sida ne sera pas égale à la perte

enregistrée dans la population d'âge scolaire suite au VIH/Sida, elle sera plus importante puisqu'on s'attend à ce que moins d'enfants puissent suivre une scolarité. Par suite, le taux de scolarisation devrait baisser en l'absence d'effort pour améliorer la scolarisation. Or, de nombreux pays ont pris des mesures pour contrecarrer les effets négatifs du VIH/Sida sur la demande scolaire (soutien aux orphelins...) et par ailleurs les pays ont mis en œuvre des actions particulières pour accroître l'accès à l'enseignement primaire (suppression des frais de scolarité).

Encadré I – 1 : Impact du VIH/Sida sur les effectifs scolaires en Ouganda et en Tanzanie

La baisse des effectifs scolaires en 2010 par rapport à une situation sans sida est estimée :

- en Ouganda de 9 à 17%
- en Tanzanie de 15 à 25%

La baisse est moins élevée en Ouganda relativement à la Tanzanie car les taux de fécondité en Ouganda sont plus élevés et les taux de prévalence au VIH semblent baisser.

Source : Etude de l'Université de Liverpool, Bill Gould & Ulrike Uber 2003

Pour aller plus loin...

↳ Etude pays sur l'impact du VIH/Sida sur les effectifs scolaires.

↳ Annexe I – 25 : Le lien entre l'épidémie du VIH/Sida et la baisse des taux de scolarisation

Page 108

PARTIE II

**QUELLE REponse PEUT APPORTER
L'EDUCATION ?**

L'impact de l'épidémie du VIH sur le système éducatif doit être géré sur la base de deux grands axes d'intervention :

- permettre au système éducatif de poursuivre et d'atteindre ses buts essentiels
- utiliser les potentialités du secteur éducatif pour diminuer le nombre de nouvelles infections au VIH via la transmission des connaissances sur le VIH et l'évolution du système de valeurs de la société pour qu'il s'adapte à un contexte d'épidémie du VIH

Les interventions envisagées pour lutter contre le Sida en éducation sont rarement spécifiques à la crise du VIH/Sida mais viennent revisiter les solutions déjà envisagées pour appuyer la demande scolaire et améliorer l'offre d'éducation.

Des préoccupations plus spécifiques au contexte du VIH/Sida existent cependant. Il s'agit de porter une attention particulière :

- à la prévention et à la protection des jeunes, des enseignants et des personnels administratifs de l'éducation
- aux difficultés de scolarisation des enfants affectés par le VIH/Sida
- à la non discrimination des personnes infectées et/ou affectées, notamment les enseignants et les élèves

Trois grands objectifs peuvent servir de cadre à la réponse du secteur de l'éducation à l'épidémie du VIH/Sida :

- 1 – Faire de l'école un lieu de prévention et de protection au VIH/Sida
- 2 – Atténuer les effets du VIH/Sida sur l'offre scolaire
- 3 – Soutenir la demande scolaire

et ce dans une stratégie générale d'amélioration quantitative et qualitative de l'éducation primaire, suivant les objectifs mondiaux d'éducation pour tous.

CHAPITRE II - 1 :

FAIRE DE L'ÉCOLE UN LIEU DE PREVENTION ET DE PROTECTION AU VIH/SIDA

Section II-1-1 : Les programmes de prévention au VIH/Sida à l'école

§ II-1-1-1 : L'introduction de programmes de prévention au VIH/Sida dans le cursus scolaire

- Objectifs** Un programme sur le VIH/Sida et les MST doit accroître les connaissances sur la santé génésique et sexuelle et doter des compétences et motivations pour agir de manière à se protéger du VIH et des MST. Il doit aller au-delà de l'information biomédicale afin d'apporter les compétences nécessaires pour traduire les connaissances dans la pratique. L'infection VIH a lieu dans des situations ou des scénarios à risque spécifique. Dans ces situations les jeunes ont besoin d'avoir des connaissances et des compétences pour donner des réponses appropriées (comment dire non, comment proposer d'autres alternatives, comment évaluer les risques).
- Dans quel cadre ?** Les programmes d'éducation pour la prévention du VIH/Sida doivent s'intégrer dans un programme plus général de santé reproductive. Les programmes de prévention Sida sont plus efficaces quand ils interpellent des élèves qui possèdent des connaissances fondamentales sur le développement physique et émotionnel qui a lieu à l'adolescence ainsi que des connaissances de base en santé reproductive (cycle menstruel, conception, contraception, rapport sexuel). L'éducation sur le VIH est enseignée de manière optimale lorsqu'elle est incorporée aux programmes d'éducation sexuelle, sanitaire ou familiale. Si ces programmes sont inexistant il faut fournir les informations fondamentales sur la sexualité.
- Quand ?** Les programmes d'éducation pour la prévention du VIH/Sida doivent avoir lieu avant que la plus grande majorité des jeunes deviennent sexuellement actifs. De plus, si l'on veut toucher la plus grande majorité des jeunes il faut que les programmes soient mis en place dans une année scolaire où les taux de scolarisation sont encore assez élevés. Au moment où la plupart des élèves quittent l'école, ils devraient tous avoir suivi le programme minimum d'éducation relative au VIH/Sida et aux MST. Des programmes de prévention au VIH sont également nécessaires dans le cadre de l'éducation non formelle afin d'atteindre des personnes dont la scolarité a été perturbée ou inexistante.
- Modalité** Dans le cadre de la transmission des connaissances de base sur le VIH/SIDA dans les systèmes éducatifs, deux approches sont utilisées :
- l'approche programme qui conduit à ajouter une matière sur cette thématique ou à l'introduire dans des matières existantes
 - et l'approche hors programme qui conduit à organiser au centre des écoles des activités de sensibilisation et de prévention au VIH/Sida, répondant à une logique d'éducation par les pairs (club scolaire...).

L'approche hors programme se traduit par une grande variété d'activités et vient renforcer l'enseignement formel. Elle se base souvent sur l'éducation par les pairs. Ces deux types d'approches sont développés pratiquement dans tous les pays africains.

Avec qui ?

Plusieurs acteurs participent à l'offre d'éducation sur le VIH/SIDA dans les écoles : le Ministère de l'Education, des groupes religieux, des syndicats, des ONG, des associations de PVVIH ou des organisations communautaires.

Dans tous les cas, les programmes à élaborer doivent prendre en compte les normes culturelles et sociales prédominantes du pays. L'éducation sexuelle aborde des thèmes qui sont encore tabous pour la société. C'est pourquoi, il ne faut pas hésiter à impliquer les familles, les institutions religieuses, et les organisations sociales dans la planification des actions de prévention.

Sous quelle forme ?

Un programme de prévention au VIH doit se construire autour de grands objectifs pédagogiques (qu'est ce que l'on souhaite que l'élève acquière ?) ayant pour but de faire connaître ou d'apprendre à agir. On considère qu'il y a 11 objectifs de prévention du VIH (exigence minimum). L'importance donnée à chaque contenu peut se moduler en fonction de l'âge des élèves et de leur connaissance d'origine.

Contenu 1 : connaissance de base sur le VIH/Sida/MST

1. différencier le VIH, le Sida et les MST
2. identifier les voies par lesquelles le VIH peut être transmis
3. identifier les voies par lesquelles le VIH ne peut être transmis
4. classer dans l'ordre d'efficacité les méthodes de prévention du VIH et du Sida
5. identifier des sources d'aide dans la communauté

25% du temps

Contenu 2 : comportement responsable

I - retarder les relations sexuelles

6. débattre sur des raisons de retarder les relations sexuelles
7. réagir avec fermeté aux pressions pour avoir des rapports sexuels

II- le sexe avec protection

8. débattre des raisons et des méthodes pour protéger ses rapports sexuels
9. répondre avec fermeté aux pressions pour avoir des rapports sexuels sans protection

50% du temps

Contenu 3 : aider et prendre soin des personnes séropositives et des malades du sida

10. identifier des façons pour manifester sa compassion et sa solidarité à l'égard des personnes séropositives ou ayant le Sida
11. s'occuper des personnes malades du Sida dans la famille ou la communauté

25% du temps

Comment ?

Les méthodes pédagogiques utilisées doivent être variées et peuvent prendre la forme de :

- séance d'information (avec des illustrations) et questionnement des jeunes
- méthodes participatives : test de connaissances avec corrections, jeu de connaissances, évaluation de comportements, mise en situation, écriture de scénario, projet d'affirmation de soi en dehors de la classe

L'utilisation de matériel didactique améliore la qualité de la formation et favorise la diffusion des contenus d'informations dans l'entourage de l'élève.

La mise en place de programme de prévention du Sida doit généralement prévoir une formation spécifique pour les enseignants. En effet, la formation des enseignants est une composante capitale de l'innovation dans les programmes scolaires, en particulier dans le cas de l'éducation relative au Sida, où les questions abordées sont extrêmement sensibles.

§ II-1-1-2 : La promotion d'activités péri et parascolaires de prévention au VIH

En complément des programmes de prévention inclus dans les programmes scolaires, des programmes de prévention au VIH/Sida hors programme peuvent être mis en place.

1 L'éducation par les pairs

Les pairs sont souvent l'interlocuteur de référence pour les conversations relatives à la sexualité. De même, le comportement des pairs a une influence importante qui exerce une certaine forme de pression sociale. Ceci explique la multiplication des initiatives d'éducation par les pairs dans le cadre des programmes de prévention au VIH/Sida.

2 L'éducation divertissement

Les mass media sont utilisées pour transmettre les connaissances et les expériences relatives à la prévention au VIH/Sida. Elle peut prendre la forme de magazine jeunesse, de feuilleton jeunesse, d'événements sportifs ou musicaux...

Par exemple, le gouvernement peut soutenir la création de groupes de théâtre et les aider à tourner dans les écoles.

3 L'éducation via les technologies de l'information

Il peut être envisagé de mettre en place une hot line qui dispense gratuitement et en tout anonymat des conseils aux jeunes sur le VIH/sida. De même la mise en ligne de site web sur le VIH/Sida destiné aux jeunes peut être envisagée en parallèle d'une promotion de ce site.

4 L'éducation pour les enfants défavorisés

Il existe un nombre non négligeable d'enfants non scolarisés en Afrique Subsaharienne¹⁵ qui ne sont donc pas touchés par les programmes de prévention au VIH des programmes scolaires. La vulnérabilité de ces enfants face au VIH/Sida est augmentée du fait de l'absence de cadre scolaire. Des programmes d'éducation non formels, incluant un volet prévention au VIH, doivent être mis en place pour ces jeunes.

§ II-1-1-3 : La mise à disposition de services de conseils, de prévention et de soins en faveur des jeunes

Pour faire écho aux programmes de prévention, des services doivent être mis à disposition des jeunes et/ou être rendus accueillants pour un public jeune, tels :

- des services d'informations, de conseils, de planning familial et de dépistage
- des lieux de mise à disposition de préservatifs (marketing social)
- des associations d'écoute, d'entraide...
- des centres de soins donnant des informations sur les traitements des MST, les traitements ARV...

Les programmes de prévention VIH vont de pair avec l'organisation d'une réponse sanitaire au VIH/Sida ciblant les jeunes.

Pour aller plus loin...

- ↳ La banque de données curriculaires mondiale pour l'éducation préventive au VIH/Sida
[http : //www.ibe.unesco.org/hivaids](http://www.ibe.unesco.org/hivaids)
- ↳ La Banque Mondiale a édité en 2003 un guide des programmes de prévention du VIH/Sida qui recense de nombreux projets de prévention au VIH en faveur des jeunes. Document téléchargeable sur le site : <http://www.schoolsandhealth.org/Sourcebook/sourcebook%20intro.htm>
- ↳ L'USAID diffuse en ligne des exemples de bonnes pratiques de prévention au VIH.
http://www.usaid.gov/our_work/global_health/aids/News/success.html
- ↳ Les magazines *Straight talk* et *Right talk* ont appuyé les programmes de prévention au VIH dans les cursus scolaires en Ouganda. Les magazines sont diffusés sur le site Internet de l'association : <http://www.straight-talk.or.ug/sthm/index.html>

¹⁵ 44 millions en 2000 (*Suivi EPT 2003*)

Section II-1-2 : Les limites à la mise en œuvre de programmes de prévention au VIH/Sida à l'école

Comment les programmes de prévention au VIH sont enseignés en classe ? On dispose de peu de connaissances sur la mise en œuvre effective des programmes de prévention au VIH/Sida dans les classes.

de prévention

au VIH sont enseignés en classe ? Cependant les rares études existantes sur ce thème¹⁶ montrent que le silence entoure souvent les questions relatives à la sexualité et donc au VIH/Sida pour de multiples raisons :

- le manque de moyens
- et la résistance des communautés et des enseignants

Le manque de moyens Les obstacles pratiques à l'enseignement effectif de la prévention au VIH/Sida sont :

- le manque de formation des enseignants qui ne pensent pas avoir les connaissances et compétences nécessaires à l'enseignement d'un module de prévention au VIH
- le manque de matériel didactique
- le manque de temps, les programmes scolaires étant jugés déjà suffisamment surchargés
- la taille des classes

Les résistances des communautés La communauté est parfois opposée à l'introduction de programmes de prévention au VIH/Sida dans les écoles.

des

communautés En effet, les jeunes en raison de leur jeune âge sont souvent considérés comme non concernés par le Sida. Ils sont souvent jugés à tort comme non actifs sexuellement et les adultes ont du mal à les imaginer comme tels. Par ailleurs, reconnaître la nécessité de ces programmes et mettre à disposition dans les écoles les modes de prévention nécessaires, comme le préservatif, signifient alors que les jeunes ont des relations sexuelles avant et hors mariage, ce qui peut être contraire aux principes sociaux et moraux de la communauté.

De même, la nécessité de l'introduction de tel programme peut ne pas être ressentie par la communauté si elle ne se sent pas concernée par l'épidémie du VIH/Sida. Les communautés ne ressentent pas le risque que peut présenter le VIH/Sida si elles ne sont pas confrontées à des cas de malades. Ceci est particulièrement vrai dans les pays de faible taux d'infection. L'implication des associations de personnes vivant avec le VIH, notamment avec le témoignage de personnes affectées, a ici toute son importance : rendre réelle la maladie du VIH et montrer que tout le monde est concerné.

De plus, les programmes de santé génésique et sexuelle sont souvent accusés de conduire les jeunes à

¹⁶ ActionAid, The sound of silence : difficulties in communicating on HIV/Aids in schools, experience from India and Kenya, 2003

la débauche sexuelle. Un des résultats qui contredit cette résistance majeure à l'introduction de module d'éducation de santé reproductive est que les programmes d'éducation des jeunes dans le domaine de la prévention du Sida conduisent à un report du début de l'activité sexuelle et à l'adoption de pratiques sans danger¹⁷.

Cependant les difficultés soulevées par la prévention du VIH/Sida à l'école restent nombreuses comme l'atteste l'exemple de la Zambie ci dessous.

Encadré II – 2 : Zambie : les écoles déclarées “zones sans condoms”

Une mesure du gouvernement zambien début 2004 a interdit la distribution des préservatifs dans les écoles parce que cela encouragerait la promiscuité sexuelle.

Le Ministre de l'éducation, Andrew Mulenga : “toute organisation distribuant des condoms à des écoles tombera sous le coup de la loi dans toute sa rigueur”

Le Ministre de la Santé, Brian Chituwo : “les élèves de l'école primaire sont trop jeunes pour recevoir des condoms. A cet âge nous devrions conseiller une abstinence totale.”

Les réactions ont été vives :

Activistes anti-sida : “les condoms offraient simplement la protection aux enfants qui ont choisi d'avoir des relations sexuelles”

Une enseignante : “la disponibilité des préservatifs n'influençait pas la décision des enfants d'avoir des relations sexuelles ou non.”

Un parent : “Je n'ai jamais demandé à mes enfants s'ils étaient actifs sexuellement...J'espère qu'ils ne le sont pas...Mais je savais qu'ils auraient des rapports sexuels protégés s'ils l'étaient, ce qui en fin de compte est une meilleure alternative.”

Une élève : “Nous n'avons pas les moyens d'acheter des préservatifs. Les retirer signifie des relations sexuelles non protégées, parce que ce qui est sûr c'est que personne ne cessera d'avoir des rapports sexuels.”

Une autre élève : “Autrefois des filles de 10-13 ans étaient mariées. Cela signifie qu'elles avaient des relations sexuelles à cet âge. De nos jours, les filles de cet âge ont des rapports sexuels mais sont encore à l'école, c'est la seule différence.”

Les résistances des enseignants

Les enseignants éprouvent aussi des difficultés à parler de sexualité face à une classe. Ces difficultés s'expliquent par le tabou d'aborder des questions de sexualité et par la crainte des réactions des parents d'élèves.

La gêne de parler de questions de sexualité avec les élèves est amplifiée dans le cadre de la mixité des classes où l'enseignant (notamment les femmes) trouve particulièrement difficile de parler de sexualité aux élèves de sexes opposés.

¹⁷ “L'impact sur les comportements sexuels des programmes de prévention à travers le Monde”, Douglas Kirby

Les enseignants peuvent également craindre la réaction de la communauté, notamment s'ils pensent qu'elle est hostile aux programmes de prévention au VIH/Sida.

Par conséquent, soit les enseignants omettent de dispenser la partie du programme relatif à la prévention au VIH prétextant un manque de temps, de moyen matériel et/ou de formation, soit ils sont sélectifs dans ce qu'ils enseignent sur le VIH/Sida. Dans la plupart des cas quand le programme de prévention au VIH est dispensé, il l'est plus souvent dans sa composante scientifique et biologique et non en lien avec la sphère des comportements et relations sexuelles.

La transmission d'un message sélectif n'abordant pas le VIH/Sida sous l'angle des relations sexuelles et omettant de parler du préservatif est souvent renforcée par le poids des organisations religieuses qui ont souvent une influence importante dans la communauté mais qui diffuse un message plus favorable à l'abstinence qu'à l'utilisation des préservatifs.

La gêne et les tabous qui entourent l'enseignement de la prévention au VIH/Sida augmentent le caractère immoral de la maladie, ce qui est contraire à une meilleure acceptation des personnes vivant avec le VIH.

Pour améliorer la mise en œuvre des programmes de prévention il semble important d'associer les communautés et les associations religieuses au travail de l'école sur la prévention au VIH via par exemple une réunion de parents d'élèves pour présenter les programmes de prévention au VIH.

Section II-1-3 : Les limites de l'environnement scolaire comme lieu idéal de prévention et de protection au VIH/Sida

L'école n'est pas toujours une institution modèle vis à vis du respect des personnes : l'école peut être un lieu de discrimination envers les personnes affectées par le VIH/Sida et également un lieu à risque face au VIH/Sida, ce qui va à l'encontre du message de prévention qu'elle doit transmettre et du rôle de modèle qu'elle doit jouer.

§ II-1-3-1 : L'école, un lieu de discrimination envers les personnes vivant avec le VIH/sida

Les enseignants et les élèves affectés et /ou infectés par le VIH/Sida sont souvent mis à l'écart de l'école. L'enfant dont la famille est touchée par le VIH/Sida peut se sentir repoussé de l'école par des phénomènes de rejet et de discrimination ou il peut lui-même s'en écarter suite au traumatisme vécu. Les enfants infectés et/ou affectés sont souvent la cible de la discrimination des autres élèves et des enseignants, ce qui les pousse à fuir l'école. A cette discrimination envers ceux affectés par le VIH/Sida peut s'ajouter celle liée à la pauvreté qui est souvent le lot des enfants vivant dans des foyers fragilisés économiquement et socialement par la maladie. Pourtant, l'école est souvent un facteur de "normalisation" pour l'enfant confronté aux nombreux problèmes nés de la présence du VIH/sida au sein

de sa famille.

De même, les enseignants infectés sont peu appréciés dans l'enceinte de l'école soit pour des raisons de sécurité et de peur d'un comportement à risque vis à vis des élèves soit en raison du traumatisme pour les élèves de voir l'enseignant s'affaiblir et une certaine pitié pour le malade. Les enseignants malades sont souvent renvoyés, et cette pratique est accentuée si l'administration des recrutements est décentralisée.

Une sensibilisation de la communauté sur les voies de transmission du VIH peut limiter des phénomènes de retrait des enfants de l'école par des parents inquiets face à la maladie d'enseignants ou d'élèves. Des études réalisées en Afrique subsaharienne montrent que l'attitude face aux PVVIH est encore souvent négative. (Annexe II-1)

§ II-1-3-2 : L'école, un lieu à risque de contamination au VIH/sida, notamment pour les filles

Il peut exister un risque non négligeable d'infection au VIH/Sida à l'école lors d'abus sexuel entre pairs ou d'enseignants sur des élèves. Le harcèlement sexuel sous forme de chantage sur les notes apparaît assez courant en Afrique Subsaharienne même s'il est difficile de mener une recherche quantitative sur ce sujet. Le Ministère de Côte d'Ivoire révélait en 2003 que 37% des jeunes filles abandonnaient l'école à la suite de grossesses non désirées dont la moitié étaient imputée à des enseignants.

Au Botswana, dans une étude¹⁸ sur 560 élèves fille du secondaire, 67% déclarent subir des attouchements non désirés, 20% déclarent subir la pression de leur enseignant pour avoir des relations sexuelles et la moitié dit avoir accepté.

Des sanctions fortes doivent être prévues par la loi et prises lorsqu'un enseignant fait preuve d'une conduite inacceptable vis à vis des élèves (ce qui est rarement le cas). Une sensibilisation des enseignants au harcèlement sexuel, au risque d'infection au VIH et à ce qu'ils encourent en cas de mauvaises conduites est à envisager dans le cadre de la formation initiale et/ou continue. De même, la promotion d'institutrice femme, de classes non mixte et la limitation des redoublements pour éviter les forts écarts d'âge sont peut être des approche à réfléchir. Au niveau des élèves, il peut être envisagé de prévenir les abus sexuels en débattant du problème à l'école. L'environnement scolaire des élèves doit être protégé de toutes pratiques mettant à risque les élèves. Par exemple, les sugar daddy ne doivent pas être autorisés aux abords des écoles. Les associations de parents d'élèves et les syndicats d'enseignants peuvent être des partenaires importants dans cette lutte.

Pour aller plus loin...

👉 Annexe II – 1 : Attitudes envers les personnes vivant avec le VIH/Sida
Page 112

¹⁸Stefania Rossetti "Les enfants à l'école : un endroit sûr?"

CHAPITRE II – 2 :

ATTENUER LES EFFETS DU VIH/SIDA SUR L'OFFRE SCOLAIRE

Section II-2-1 : Le renforcement des systèmes de gestion de l'information éducative en vue d'améliorer la planification de l'éducation en contexte de VIH/Sida

Connaître l'impact du VIH/Sida sur le système Un préalable nécessaire à toute action visant à limiter l'impact du VIH/Sida sur le système éducatif est de pouvoir mesurer cet impact afin de mieux y faire face. Or, aujourd'hui, les données d'impact du VIH sur le secteur de l'éducation sont d'un nombre limité et sont rarement récoltées de manière systématique. L'impact du VIH/Sida sur l'éducation est souvent reconnu mais plus rarement chiffré et pris en compte dans la gestion du secteur de l'éducation. Pourtant, cela permettrait d'améliorer l'élaboration et le pilotage des stratégies et politiques de lutte contre le sida mises en place au niveau du secteur de l'éducation.

Développer des systèmes de gestion de l'information éducative tenant compte et mesurant l'impact du VIH/Sida sur l'éducation au niveau local, régional et national permet :

- de connaître le nombre d'enseignants affectés, planifier leur remplacement et prévoir une prise en charge
- de connaître le nombre d'enfants affectés pour assurer une prise en charge et notamment le maintien de la scolarité

Deux façons de mesurer l'impact du VIH sur les enseignants existent :

- évaluer le nombre de décès en service des enseignants et des administratifs
- estimer le taux de prévalence parmi les enseignants à partir des estimations nationales ou des études plus ciblées

Deux outils essentiels peuvent servir de base à ces calculs :

- le système de gestion des personnels enseignants qui sert à calculer les salaires et les retraites
- le système de gestion de l'information éducative (EMIS) qui collecte des données annuelles sur l'école

Renforcer le système de gestion de l'information éducative et l'enrichir de données servant à mesurer l'impact du VIH sur les enseignants, les personnels administratifs et les élèves est essentiel. Cependant, celui-ci ne prend pas en compte le nombre d'enseignants décédés du sida après avoir quitté leur poste. Or, beaucoup d'enseignants confrontés à la maladie demandent l'avancement de leur retraite ou quittent leur fonction.

Système de gestion de l'information éducative

Les systèmes de gestion éducative ont pour fonction principale de récolter les données basiques sur la scolarisation mensuellement au niveau des écoles et de les retransmettre aux entités supérieures afin de fournir des statistiques pour les services de la planification de l'éducation. Dans le contexte du VIH/Sida, il est nécessaire d'introduire dans le système de gestion de l'information des données sur le VIH et ses impacts. Il s'agit d'obtenir des données sur les apprenants et l'ensemble des personnels de l'école quant à l'absentéisme, les absences permanentes, le pourcentage de jeunes filles enceintes, la baisse des recettes de scolarité, l'augmentation du nombre d'orphelins...

Les indicateurs pouvant être collectés peuvent être regroupés en trois catégories :

1 – Les éducateurs par sexe, âge et qualification (par le principal)

- i) absence temporaire : nombre de jours d'absence et raison (maladie, familiale, travail...)
- ii) absence permanente et les raisons (le décès, la mutation, une promotion, un autre emploi, inconnu)
- iii) enseignant remplaçant : nombre de jours

2 – Les apprenants par sexe, âge et année d'étude (par le principal)

- i) absence temporaire : nombre de jours d'absence et raisons (maladies, familiale, manque nutritionnel, frais de scolarité impayés, problèmes de transport, inconnu)
- ii) absence permanente : les raisons peuvent être le décès, le déménagement, l'arrêt de la scolarisation, être enceinte, un emploi...
- iii) orphelins : nombre d'enfants qui ont perdu un parent ou les deux.
- iv) Frais de scolarité : montant des impayés

3 – Les personnels administratifs (par le directeur du district)

- i) absence d'inspecteurs : par sexe et âge a) absence temporaire : nombre de jours et raisons, b) absence permanente : lister les raisons
- ii) membres de l'équipe dirigeante des écoles : a) nombre de jours de réunions manqués et les raisons, b) absence permanente et raisons ; avec des indications sur l'âge et le sexe

Améliorer la planification

Les systèmes de gestion de l'information doivent servir à évaluer les besoins de recrutement supplémentaires induits par le VIH/Sida. Il s'agit par la suite :

- d'évaluer le niveau des recrutements dans les instituts de formation des enseignants
- d'améliorer le système de remplacement des enseignants afin que la maladie d'un d'entre eux n'implique pas la non fourniture du service

Pour aller plus loin...

👉 Annexe II – 2 : Exemple de formulaires de collecte d'information éducative et d'opérateurs

Page 113

Section II-2-2 : Le renforcement de la prévention auprès des enseignants et l'amélioration de la prise en charge des enseignants malades

Afin de limiter les infections au VIH/Sida parmi les enseignants et ainsi réduire l'impact de la maladie sur l'offre d'éducation, différentes actions sont envisageables :

- mettre en place des programmes de prévention à destination des enseignants dans les instituts de formation. Pour accroître leur efficacité une étude des comportements sexuels des enseignants selon les différentes catégories de personnel est souhaitable pour mieux cibler les messages de prévention
- rendre accessible les moyens de préventions au VIH
- réviser les pratiques qui rendent les enseignants plus à risque face au VIH/Sida

Exemple : la politique d'affectation des enseignants (faciliter le rapprochement des conjoints, favoriser un recrutement au niveau local des enseignants...)

- rendre accessible les services de test et de conseils

Par exemple, le bureau régional de l'Unesco au Zimbabwe a introduit un programme de conseil et de test volontaire dans les Instituts de Formation des enseignants

- informer les enseignants de l'existence des traitements ARV voire leur en faciliter l'accès

Les maladies opportunistes et le décès apparaissent environ 8 ans après l'infection si le traitement ARV n'est pas accessible. Les traitements ARV permettent de retarder la déclaration du Sida et d'améliorer la vie des malades.

- améliorer la protection sociale des enseignants

Une politique en matière de VIH/Sida sur le lieu de travail doit être adoptée.

CHAPITRE II – 3 :

SOUTENIR LA DEMANDE SCOLAIRE

Pour atténuer les conséquences du sida sur la demande d'éducation, des mesures doivent être prises pour assurer le droit à l'éducation des enfants. Les barrières économiques à la scolarisation des enfants existantes dans un contexte de pauvreté accentué par le VIH/sida, et les responsabilités de plus en plus larges allouées aux enfants au sein des familles doivent être allégées. Enfin l'école doit offrir une réponse satisfaisante aux besoins des enfants.

Section II-3-1 : L'allègement des barrières économiques à la scolarisation

Suppression des frais de scolarité Certains gouvernements ont instauré la gratuité de l'école primaire pour tous les enfants, d'autres ont mis en place une aide spécifique à la scolarisation des enfants orphelins. Actuellement, seuls l'Ouganda, la Malawi et le Kenya ont instauré l'éducation primaire universelle, les autres pays, même s'ils s'y sont engagés, sont confrontés à une contrainte de coûts. Certaines ONG prennent en charge entièrement ou partiellement les frais de scolarité des enfants orphelins et vulnérables du sida.

Ces mesures tendent à faire augmenter le taux d'inscription scolaire et contribuent plus spécifiquement à réduire les écarts de scolarisation entre les enfants affectés par le VIH/Sida et les autres. Cependant, la suppression des frais de scolarité n'est pas toujours suffisante pour rendre l'école d'un coût abordable pour de nombreuses familles. De plus, sans subventions de compensation aux écoles, des frais officieux de scolarisation peuvent apparaître.

Aides directes aux frais de scolarité Ainsi, d'autres initiatives visent à prendre en charge les autres coûts liés à la scolarité, comme l'achat de l'uniforme, des fournitures et matériel scolaire :

- l'aide financière d'ONG
- la création de fonds communautaires par la mise en place d'activités génératrices de revenu ou à un appel à la générosité des familles plus aisées
- la mise en place de bourses et/ou de prêts par l'Etat ou des ONG
- le remplacement des frais de scolarisation par la participation des familles à certains travaux comme la construction et/ou l'entretien des écoles
- la subvention par l'Etat des coûts indirects en fournissant gratuitement les uniformes ou les livres

Les bénéficiaires sont souvent d'un nombre limité et l'appui offert est coûteux et souvent ponctuel.

Le ciblage sur les enfants affectés par le VIH/Sida peut accroître la discrimination. La mise en place d'une telle mesure demande au préalable d'avoir identifié les enfants vulnérables des familles les plus dans le besoin. Généralement c'est la communauté qui doit se charger du recensement et de la mobilisation des familles cibles avec plus ou moins de succès.

Appui aux activités génératrices de revenus Afin que les familles puissent financer la scolarité de leurs enfants, certaines organisations appuient la mise en place d'activités qui permettent d'accroître le revenu des familles, qui peuvent ainsi faire face de manière autonome et pérenne aux dépenses d'éducation. La mise en place de fonds de micro-crédit en faveur des tuteurs et enfants chef de famille, associée à une formation sur la gestion des activités génératrices de revenus soutient les revenus des familles affectées par le VIH.

Les personnes âgées étant l'un des groupes d'accueil principal des orphelins alors même que leur niveau de vie est faible, le développement d'un appui social en faveur des personnes âgées peut être positif pour la satisfaction des besoins des orphelins. De même, certaines associations luttent afin que le micro crédit soit accessible aux personnes âgées.

Section II-3-2 : La promotion de la scolarisation

Des raisons autres que financières limitent également la scolarisation des enfants affectés par le VIH/Sida :

- la discrimination
- la non satisfaction des besoins essentiels
- la désorganisation de la famille
- la démotivation face à l'école

Les mesures envisageables sont des mesures classiques de promotion de la scolarisation avec pour cible plus spécifique les orphelins et enfants vulnérables. Les filles sont également une cible prioritaire car elles sont les plus touchées par la déscolarisation alors même que le maintien à l'école des filles est un facteur positif de changement des comportements à risque d'infection au VIH (amélioration du niveau de connaissance, meilleure autonomie...)

Lutte contre la discrimination Les personnes affectées par le VIH/Sida sont confrontées aux phénomènes de stigmatisation et de discrimination. Les actions de lutte contre ces sentiments, qui induisent souvent un rejet des enfants et enseignants affectés de l'école, peuvent être :

- de sensibiliser les communautés à l'épidémie du VIH/Sida, à la compassion et à la prise en charge des PVVIH
- de sensibiliser les enseignants aux problèmes auxquels font face les élèves affectés par la maladie et de les former à une prise en charge psychologique des enfants et de leurs collègues malades
- d'apporter un accompagnement scolaire aux enfants affectés par des pairs ou par des adultes

Pouvoir aux besoins des enfants Etant donné que l'épidémie du VIH/Sida va accentuer la pauvreté des ménages, les besoins essentiels des enfants vont être plus difficilement pourvus. Les institutions peuvent assurer un relais, ce qui offre une motivation supplémentaire à la scolarisation.

Par exemple, les écoles peuvent fournir un repas le midi, ce qui améliore les conditions de nutrition des enfants et par contrecoup leur bien être et performances scolaires.

Certaines initiatives de l'Etat ou d'ONG apportent une aide directe aux écoles, en fonction du nombre d'enfants vulnérables accueillis, afin de leur permettre de maintenir un environnement scolaire correct (appui à la création ou à la réparation de classe, à la fourniture de matériels, de repas...).

Pour les enfants infectés par le VIH/Sida, les soins et traitements nécessaires doivent être rendus disponibles et accessibles.

*Soutenir la
structure
familiale*

En ce qui concerne les orphelins, un préalable aux mesures d'amélioration de l'accès à la scolarisation est de trouver un accueil satisfaisant.

Face à l'accroissement du nombre d'orphelins et à l'essoufflement des modes traditionnels de prise en charge, d'autres formes d'accueil doivent être développées tout en sachant que la solution privilégiée à l'accueil des orphelins est familiale et/ou communautaire au travers soit de la famille naturelle soit d'une famille d'accueil, permettant à l'enfant de faire face à ses besoins élémentaires en termes de logement, d'alimentation et de socialisation. L'institutionnalisation dans des structures sociales peut être envisagée mais plus comme une solution temporaire d'attente et d'identification d'une formule de placement adapté. Il doit donc exister une institution spécialisée, chargée de l'organisation, de la formation, du soutien, de la coordination et de l'évaluation du dispositif de placement et de prise en charge.

De façon générale, les enfants font une meilleure scolarisation si le milieu familial y est propice. Des efforts pour pérenniser la structure familiale doivent être entrepris : assurer la disponibilité des traitements aux PVVIH et entreprendre une prévention au VIH efficace dans la population générale contribuent à limiter le nombre de décès et donc à contenir le nombre d'orphelins. La fourniture de soins de santé aux personnes âgées chef de famille permet de prolonger la vie de celles ci et d'éviter à des enfants de faire face de nouveau à la perte de proches.

La sensibilisation des tuteurs des familles d'accueil ou du parent survivant aux problèmes psychologiques que peuvent rencontrer les enfants face à la maladie peut aider l'enfant à mieux affronter ces difficultés. Les parents malades sont incités à préparer les enfants à leur décès par exemple en préparant des historiques familiaux.

*Approche
genre*

L'épidémie du VIH a un impact plus important sur la baisse de la demande scolaire des filles. Pourtant, la promotion de l'autonomisation des femmes, qui passe notamment par la scolarisation de celle-ci, est un facteur essentiel de la lutte contre le Sida. Toutes les initiatives de promotion de la scolarisation des filles sont à soutenir et notamment celles qui les déchargent des responsabilités familiales ou qui s'y adaptent, la lutte contre le harcèlement sexuel à l'école, le rapprochement des écoles des foyers...

De façon générale, l'implication des parents d'élèves et des responsables des communautés dans l'identification des enfants non scolarisés, des enfants vulnérables et des familles en difficulté afin de

trouver une solution adaptée à chaque situation a souvent un impact positif sur la scolarisation dans la communauté.

Section II-3-2 : L'adaptation de l'offre scolaire aux responsabilités étendues des enfants

Avec l'apparition du VIH/sida, un plus grand nombre d'enfant ont des responsabilités au sein de leur famille, ce qui compromet leur participation à l'enseignement primaire.

Les enfants doivent apporter leur contribution aux ressources de la famille, avoir une participation plus active à la vie du foyer et parfois en prendre la charge. Les enfants sont donc souvent dans l'incapacité de participer à l'école formelle et l'école ne leur apporte pas toujours les savoirs dont ils ont besoin pour faire face à leurs nouvelles responsabilités.

Trois types de mesures peuvent être envisagés :

1. celles qui allègent la charge de travail de ces enfants

L'ouverture de crèches, de jardins d'enfants communautaires ou de garderies populaires libèrent les aînés de certaines responsabilités familiales et leur permettent de se rendre à l'école. De même, des groupes d'adultes peuvent se créer afin d'aider les enfants dans leurs tâches ménagères.

2. celles qui visent à adapter l'école en terme d'horaires, de méthodes d'enseignement et de contenu aux besoins et responsabilités des enfants

Certaines initiatives ont instauré des horaires et un calendrier scolaire convenant aux enfants qui travaillent ou qui ont des responsabilités de famille comme par exemple : l'école du soir, des trimestres plus courts en fonction des différentes saisons agricoles, des journées plus courtes...

3. celles qui préparent les enfants à s'insérer dans la vie active

Les enfants qui se trouvent dans l'obligation de travailler n'ont souvent pas les qualifications ni les moyens financiers et matériels pour débiter une petite activité. La nature des activités auxquelles participent les enfants est souvent de nature familiale. Or à la mort des parents, ajouté le problème de transfert de propriété, ils se retrouvent désœuvrés surtout ceux sans famille d'accueil qui doivent se prendre en charge eux mêmes. Le transfert des connaissances familiales n'a pas toujours pu avoir lieu. L'inclusion de formations en gestion agricole, en gestion de bétail, en gestion domestique, et en gestion de petites entreprises peut accroître les bénéfices de l'éducation primaire pour ces enfants et rendre l'école plus attrayante.

Pour aller plus loin...

🔗 Annexe II – 3 : La convention internationale des droits de l'enfant
Page 120

↳ Annexe I – 21 : Les orphelins du Sida

Page 104

↳ Annexe II - 4 : Exemple du programme d'appui des orphelins et enfants vulnérables du Sida en Ouganda financé par le Fonds Mondial

Page 121

↳ Annexe II - 5 : Exemple d'écoles qui s'adaptent aux besoins des enfants

Page 126

PARTIE III

LE CADRE D'ACTION

DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

DANS LE SECTEUR DE L'EDUCATION

*Brève
présentation
du système
des Nations
Unies*

L'instance au niveau international qui coordonne les efforts pour le développement économique et social des pays est l'organisation des Nations Unies. Nombreuses organisations internationales ont été instaurées depuis la création de l'organisation afin de mieux répondre à cette mission sur des champs spécifiques. Ces dernières années la propagation de l'épidémie du VIH/Sida a donné à la mission de développement de l'ONU un contexte particulier qu'elle a pris en compte.

*Les objectifs
du Millénaire*

Les Nations Unies ont un fort pouvoir de plaidoyer qui a été mis à profit pour renforcer l'appui au développement économique et social des pays du Sud et à la lutte contre le Sida. Sous l'égide des Nations Unies, les dirigeants des pays du Monde entier se sont réunis en septembre 2000 au sommet du Millénaire et ont adopté huit objectifs du millénaire pour le développement. Ils représentent un cadre de référence des grands buts à atteindre. Ils doivent orienter l'action de l'ensemble des partenaires de développement. Deux concernent plus particulièrement l'éducation et la lutte contre le Sida.

<i>Objectifs</i>	<i>Cible pour 2015</i>	<i>Indicateurs (concernant plus particulièrement l'éducation de base et le VIH/Sida)</i>
Assurer l'éducation primaire pour tous	Donner à tous les enfants, garçons et filles, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires	<ul style="list-style-type: none"> - Offrir à tous les enfants la possibilité d'accéder et de compléter un enseignement primaire gratuit et de qualité - Mettre en œuvre avant 2005 une stratégie pour créer un environnement soucieux du bien-être des orphelins et des enfants contaminés ou affectés par le VIH/Sida.
Combattre le VIH/Sida, le paludisme et d'autres maladies	Stopper la propagation du VIH/Sida et commencer à inverser la tendance actuelle	<ul style="list-style-type: none"> - Réduire le taux d'infection au VIH chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans de 25% dans les pays les plus affectés à l'horizon 2005 et de 25% au niveau mondial à l'horizon 2010 - Adopter une stratégie de prévention pour que d'ici 2005 (et 2010), au moins 90 % (respectivement 95%) des jeunes aient accès à l'information, à l'éducation et aux services dont ils ont besoin pour se prémunir contre les risques d'infection par le VIH

L'adoption des objectifs du développement du millénaire reprend et renforce les engagements internationaux pris séparément dans les différents champs d'action. Ainsi les objectifs du millénaire se font l'écho de l'objectif de scolarisation primaire universelle adopté à Jomtien en 1990 et renouvelé lors du Forum de Dakar en avril 2000. Ils sont aussi un appel à l'adoption d'une réponse internationale soutenue en faveur de la lutte contre le sida qui sera formulée en juin 2001 dans la déclaration

d'engagement sur le VIH/Sida lors de la session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies (UNGASS) sur le VIH/Sida.

La création de l'Onusida Les Nations Unies considèrent l'épidémie du VIH comme une urgence internationale et font de la lutte contre le VIH/Sida une de leurs priorités. L'Onusida, "le programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida", a été spécialement créée en 1996 pour coordonner la lutte contre le sida des différentes organisations des Nations Unies. Aujourd'hui il regroupe neuf organisations des Nations Unies :

- le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)
- le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD)
- le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA)
- l'Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture (UNESCO)
- l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)
- la Banque Mondiale
- l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC)
- l'Organisation Internationale du Travail (OIT)
- le Programme Alimentaire Mondial (PAM)

Chaque organisation a élaboré une réponse à l'épidémie du VIH/Sida sur ses domaines de compétence en terme d'appui financier, de conseils et de soutien technique aux pays.

L'engagement des pays nationaux Sous l'impulsion du fort plaidoyer du système des Nations Unies, les pays africains ont mis en place un cadre de réponse relatif à la lutte contre le Sida, qui est une condition nécessaire à l'implication des partenaires techniques et financiers, notamment les bailleurs multilatéraux et bilatéraux, à la réponse nationale de lutte contre le Sida. Il est intéressant d'étudier quelle place le secteur de l'éducation occupe dans ce dispositif.

Les outils financiers pour la réalisation de ces engagements Pour dépasser le stade de l'engagement politique, les bailleurs internationaux se sont dotés d'outils financiers pour la réalisation des objectifs de développement du millénaire. Au niveau de l'éducation, l'initiative Fast Track¹⁹ sous l'égide de la Banque Mondiale et pour la lutte contre le Sida, le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, le paludisme et la tuberculose sont les deux outils de financement majeurs représentant la réponse internationale multibailleur d'un point de vue opérationnel à l'atteinte de ces deux objectifs du millénaire. Ceux ci peuvent être utilisés pour lutter contre le Sida dans le secteur de l'éducation.

De plus, certains financements extérieurs de bailleurs internationaux, de bailleurs bilatéraux, de fondations privées et d'organisation de solidarité internationale participent également à la réponse du secteur de l'éducation à la lutte contre le Sida.

¹⁹ Procédure accélérée d'atteinte de l'Education Pour Tous (Education For All – Fast Track Initiative)

CHAPITRE III – 1 :

L'ELABORATION DE LA RÉPONSE DE LA COMMUNAUTE INTERNATIONALE ET DES PAYS A LA LUTTE CONTRE LE SIDA EN EDUCATION

L'interaction entre l'épidémie du VIH/Sida et le développement des systèmes éducatifs a été reconnue et des objectifs spécifiques à cette problématique ont été pris lors de l'UNGASS. Les organisations internationales, plus particulièrement celles impliquées dans le domaine de l'éducation, de l'enfance ont développé un plaidoyer fort pour que soit entreprises des actions de lutte contre le Sida dans le secteur de l'éducation.

Section III-1-1 : Les initiatives du système des nations Unies pour répondre à l'épidémie du VIH/Sida dans le secteur de l'éducation

Une réponse dans le secteur de l'éducation tardive Au début de l'épidémie la réponse au VIH/Sida a majoritairement été construite sous l'angle du secteur de la santé. Dès 1987, l'OMS lançait un programme mondial de lutte contre le Sida. Aujourd'hui, la complexité de l'environnement favorisant la propagation du VIH/Sida a clairement montré que le VIH/Sida n'est pas un problème uniquement de santé publique mais touche également aux caractéristiques économiques, sociales et culturelles de la société. La lutte contre le Sida est donc pensée de manière plus globale et en cela elle doit englober l'ensemble des secteurs dans les stratégies de lutte contre le Sida. C'est à partir de 2000 seulement que se sont développées de nombreuses initiatives de lutte contre le Sida dans le secteur de l'éducation.

Les organisations internationales spécialisées sur les problèmes d'éducation dans les pays en développement ont mis en place une réflexion et des actions en lien avec l'épidémie du VIH/Sida. Il s'agit ici de faire le point des activités menées en éducation en faveur de la lutte contre le Sida à l'école et du renforcement des systèmes éducatifs pour faire face au VIH/Sida. L'impact des efforts entrepris pour mettre en œuvre les objectifs d'éducation pour tous et pour améliorer les systèmes de santé en faveur de la lutte contre le Sida est reconnu comme contribuant à la lutte contre le Sida mais n'est pas traité ici. Seules les activités spécifiques à la lutte contre le sida dans le secteur éducation soutenues par les organisations internationales sont étudiées.

§ III-1-1-1 : L'UNESCO

L'Unesco est l'organisation des Nations Unies en charge de la promotion de l'éducation dans le Monde. L'Unesco fait partie de l'ONUSIDA et est chargée de la formation des équipes sur tout ce qui est relatif à l'éducation et le VIH/Sida. L'équipe inter-agence de l'ONUSIDA sur l'éducation et le VIH a développé un cadre stratégique qui définit une approche commune du champ de l'éducation pour les partenaires de

l'ONUSIDA, les bailleurs bilatéraux et les ONG.

L'Unesco est également l'initiatrice des objectifs d'éducation pour tous (EPT) pris à Jomtien en 1990 et renouvelés à Dakar en avril 2000. Le Forum de Dakar a déclaré l'épidémie du VIH/Sida "obstacle à la réalisation de l'EPT" ce qui en fait un domaine d'action privilégié. Le cadre d'action adopté lors du forum et qui définit les grands objectifs mondiaux d'éducation, a insisté sur la nécessité de mettre en œuvre d'urgence des activités et des programmes pour lutter contre la pandémie du VIH/sida. Les activités à développer, mises en avant lors du forum, sont les suivantes :

- créer un environnement sûr et hospitalier dans l'établissement scolaire
- introduire des programmes de prévention au VIH axés sur l'acquisition de compétences
- introduire des modules de prévention au VIH/Sida dans la formation des enseignants
- prendre en charge les enseignants et les orphelins affectés par le VIH

Instituts spécialisés de l'Unesco L'Unesco dispose d'Instituts qui développent sur leur domaine de spécialité des activités en lien avec le VIH/Sida.

Formation des enseignants sur le VIH	Planification et gestion de l'éducation en contexte de VIH/Sida	Contenus et supports des programmes de prévention au VIH	Recherche et partage d'information sur le VIH et l'éducation
IICBA	IIEP	IBE IICBA	IIPE IBE IICBA

IICBA : Institut International pour le renforcement des capacités en Afrique

IIEP : Institut International de Planification de l'Education

IBE : Bureau International d'Education

IIEP L'institut international de planification de l'éducation mène des activités en lien avec le VIH/Sida dans trois domaines :

- formation des planificateurs et gestionnaires de l'éducation sur les problématiques liées à l'épidémie du VIH
- recherche sur l'impact du VIH sur l'éducation et les politiques de lutte contre le Sida en éducation
- partage d'information

BIE Le bureau international de l'éducation travaille sur l'élaboration des contenus et des méthodes d'enseignement notamment en matière de prévention au VIH/Sida. Il a créé une banque de données mettant en ligne des programmes d'éducation préventive au VIH/Sida et les matériels associés.

- IICBA* L'Institut International pour le renforcement des capacités en Afrique (IICBA) a pour objectif général de renforcer les structures pédagogiques en Afrique et mène les activités suivantes sur le VIH/Sida²⁰ :
- étude de l'impact du VIH/Sida et des stratégies en éducation mises en place, notamment en Ethiopie
 - participation à la formation des enseignants sur les modules de prévention aux MST/VIH/Sida via son réseau internet de formation
 - création d'un manuel d'éducation préventive en amharique (langue locale éthiopienne) pour les enseignants éthiopiens et plus largement de support de prévention

Tous les champs d'intervention relatifs à la problématique du VIH/Sida et de l'éducation ne font pas l'objet d'activités spécifiques au sein des Instituts de l'Unesco.

UIE L'Institut de l'Unesco pour l'Education qui vise à promouvoir l'alphabétisation, l'éducation non formelle et l'éducation continue commence seulement à réfléchir sur la prévention au VIH dans le cadre de l'éducation non formelle.

UIS L'institut de statistique de l'UNESCO, en charge de fournir des statistiques fiables et récentes sur l'éducation dans le Monde n'a pas entrepris de travaux sur les mesures des impacts du VIH sur l'éducation.

UNEVOC Le Centre International pour l'enseignement et la formation technique et professionnelle cherche à améliorer le lien entre formation et monde du travail. Il ne développe pas de programmes sur l'adaptation du secteur de l'éducation aux nouveaux besoins en ressources humaines des pays touchés par l'épidémie du VIH/Sida.

Bureau Unesco à l'étranger L'Unesco dispose également de bureaux dans nombreux pays africains afin d'être plus proche des besoins et spécificités de chaque pays et ainsi de mieux mettre en œuvre son mandat général. Ces dernières années, certains bureaux se sont dotés d'un département spécifique à la lutte contre le Sida.

§ III-1-1-2 : L'UNICEF

L'Unicef est l'organisation des Nations Unies chargée de la protection de l'Enfance. Le siège est appuyé par les comités nationaux de l'Unicef implantés dans les pays occidentaux. Ils sont chargés de faire connaître localement les activités de l'Unicef et de récolter des dons dont une partie est redistribuée au siège et l'autre est conservée par les comités nationaux pour la mise en place de leurs propres projets.

L'Unicef contribue aux actions de l'ONUSIDA. Elle a dirigé l'élaboration du cadre pour la protection, les soins et le soutien aux orphelins et enfants vulnérables vivant dans un Monde avec le VIH/Sida. Celui-ci

²⁰ Budget 2002-2003 : 214 000 US\$ reçu de l'USAID pour le développement de la bibliothèque informatique sur le VIH et les activités VIH/Sida en Ethiopie.

offre un aperçu des problèmes posés et des actions envisageables en vue d'une meilleure prise en charge des orphelins.

Les actions de l'Unicef en faveur de la lutte contre le sida sont les suivantes :

1. Prévenir les nouvelles infections chez les jeunes en favorisant :
 - l'introduction de cours sur le VIH/Sida dans les programmes scolaires nationaux (action de plaidoyer)
 - la baisse ou la suppression des frais de scolarité
 - des actions en faveur des enfants non scolarisés, en partenariat avec des associations
 - la création de groupes de pairs éducateurs, et de centre de conseils pour les jeunes
 - l'établissement de centres de consultation et de dépistage confidentiel

2. Eviter la transmission du VIH de la mère à l'enfant

3. Élargir la protection et l'aide aux orphelins, enfants et familles vulnérables vivant avec le VIH/SIDA :
 - en partenariat avec des associations, appuyer les familles touchées par le VIH (consultation psychologique, aide accordée pour le paiement des frais de scolarité)
 - s'assurer que les familles élargies ont assez de ressources pour prendre en charge les orphelins
 - aider les enfants chef de famille

Ce sont les bureaux nationaux de l'Unicef qui sont chargés de mettre en place des projets répondant à ces objectifs. Ils sont soutenus financièrement par les comités nationaux et le siège international de l'UNICEF qui peuvent faire appel à des cofinancements de partenaires financiers bilatéraux et internationaux.

§ III-1-1-3 : Autres initiatives importantes en matière de lutte contre le Sida dans le secteur de l'éducation

FRESH

L'initiative inter organisations **FRESH** (Concentrer les ressources sur l'amélioration de la santé à l'école) a été lancée par l'UNESCO, l'UNICEF, l'OMS et la Banque mondiale au cours du Forum mondial sur l'éducation à Dakar en avril 2000. Il s'agit d'assister les gouvernements et les agences internationales dans la mise en place de stratégies de promotion de la santé et de l'alimentation à l'école. Le VIH/Sida a une place importante dans cette initiative.

Inter-Agency Task Team Le groupe de travail inter agence d'ONUSIDA "Education et VIH/sida" (Inter-Agency Task Team) a constitué un groupe de travail opérationnel spécifique ayant pour but de soutenir les pays afin d'"accélérer la réponse du secteur de l'éducation au VIH/sida dans le contexte de l'EPT".

Pour aller plus loin...

↪ Annexe III – 1 : Chronologie de la réponse internationale à la lutte contre le Sida Page 130
↪ Annexe III – 2 : Les cinq objectifs d'Education pour Tous Page 131
↪ Annexe III – 3 : Stratégie de moyen terme (2002/2007) de l'UNESCO en Afrique Subsaharienne concernant l'éducation au VIH/Sida Page 131
↪ Annexe III – 4 : Type d'action de l'UNESCO en faveur de la lutte contre le Sida dans le secteur de l'éducation (sur la base des activités des agences et des représentations régionales en 2002/2003) Page 132
↪ Il est nécessaire de se rapprocher des bureaux de l'Unesco nationaux, régionaux et cluster pour connaître les actions entreprises par l'Unesco dans le pays où l'on souhaite travailler.
↪ Annexe III – 5 : Coordonnées des bureaux de l'Unesco en Afrique Subsaharienne et des Instituts de l'Unesco Page 133
↪ Annexe III – 6 : Activités VIH/Sida du Cluster ²¹ de l'Unesco au Zimbabwe (Botswana, Malawi, Mozambique, Zambie, Zimbabwe) Page 135
↪ Le cadre stratégique ONUSIDA qui définit une approche commune du champ de l'éducation et du VIH/Sida est téléchargeable : http://www.unesco.org/education/just_published_en/pdf/hiv_approach_french.pdf
↪ Le cadre pour la protection, les soins et le soutien aux orphelins et enfants vulnérables est téléchargeable à l'adresse suivante : http://www.unicef.org/Framework_French.pdf
↪ Pour avoir des informations sur : -l'initiative FRESH : http://www.unesco.org/education/efa/fr/know_sharing/flagship_initiatives/fresh.shtml -l'inter agence ONUSIDA sur l'éducation et le VIH : http://www.ibe.unesco.org/hiv aids/doc/IATT.pdf

²¹ Les clusters sont des bureaux de l'UNESCO qui s'occupent seulement d'un secteur (ici pour le Zimbabwe l'éducation) sur plusieurs pays. Ils se distinguent des bureaux régionaux qui regroupent aussi plusieurs pays mais qui ont vocation à intervenir sur l'ensemble des secteurs de l'Unesco (comme le BREDA à Dakar).

Section III-1-2 : Les réponses des pays africains à la lutte contre le Sida en éducation

D'une manière générale, les pays œuvrent pour la réalisation des objectifs de développement économique et social pris lors des sommets mondiaux avec l'appui des institutions internationales. Certains concernent plus particulièrement l'éducation et la lutte contre le VIH/Sida. Ils ont été formulés, pour les plus importants, lors des sommets suivants :

- Forum sur l'Education Pour Tous en avril 2000 à Dakar
- Sommet des Chefs d'État et de gouvernement de l'Organisation de l'unité africaine (OUA) à Abuja en 2001
- Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies sur le VIH/sida (UNGASS) de juin 2001

Les pays sont dotés de différents documents cadrant la stratégie nationale de développement, en référence à ces objectifs, notamment :

- le cadre stratégique de réduction de la pauvreté

C'est le document central de la politique de développement d'un pays et l'élaboration de celui-ci est un pré-requis demandé par la Banque Mondiale dans le cadre de ses actions de coopération, notamment l'initiation PPTÉ²² de réduction de la dette des pays pauvres très endettés. Le CSLP est le principal document de négociation avec l'ensemble des partenaires techniques et financiers.

- et pour le secteur de l'éducation, le document de politique sectorielle d'éducation

Il cadre les objectifs à moyen terme du secteur selon les différents niveaux d'enseignement et donne pour indication les moyens nécessaires pour y parvenir.

Sous l'impulsion de la communauté internationale, quasiment tous les pays africains ont adopté une politique de lutte contre le Sida qui est soutenue par les organismes internationaux, les partenaires bilatéraux et les organisations non gouvernementales. Celle-ci est développée dans les Plans Nationaux de Lutte contre le Sida (PNLS) et éventuellement dans les Plans sectoriels de lutte contre le Sida. Les organisations internationales ont également incité les pays à incorporer la lutte contre le Sida aux documents de stratégie de développement des pays (DRSP).

Une institution nationale est généralement créée pour coordonner, élaborer et mettre en œuvre la politique nationale de lutte contre le Sida. Pour mesurer le degré d'importance donné au secteur de l'éducation dans la lutte contre le Sida au niveau national, il faut étudier la participation des Ministères de l'éducation aux organes de concertation. De même, il est important de voir si le Ministère de

²² PPTÉ : Pays Pauvres Très Endettés

l'éducation a mis en place une unité spéciale sur le VIH avec les personnels ressources associés.

Le rapport d'évaluation de l'UNGASS analyse les actions entreprises au niveau du pays pour faire face à l'épidémie notamment en éducation. Tous les pays engagés à réaliser les engagements de l'UNGASS doivent élaborer régulièrement le rapport de suivi de réalisation des objectifs de l'UNGASS.

Comment est traité le secteur de l'éducation dans la réponse nationale de lutte contre le Sida ? L'analyse des documents généraux de développement (DSRP), de politique nationale de lutte contre le Sida dans sa composante éducation et de la politique sectorielle d'éducation dans sa composante lutte contre le VIH montre quels engagements prennent les pays pour lutter contre le Sida dans le secteur de l'éducation.

Ce travail a été effectué sur quatre pays : la Tanzanie, le Mali, le Cameroun et Madagascar. Le tableau ci-dessous donne un cadre synthétique des engagements pris. Les annexes détaillent les études de cas pays.

Analyse de la réponse nationale à la lutte contre le Sida dans le secteur éducation

Pays <i>% Prévalence Sida</i>	Politique générale de développement (DSRP)	Politique Nationale de lutte contre le Sida	Politique sectorielle éducation
Madagascar 1,1%	Le VIH/Sida constitue une priorité majeure du programme national de développement		La politique de lutte contre le sida devait être élaborée en 2004
Mali 1,9%	Composante VIH/Sida et Développement du DSRP : Le VIH/Sida est considéré comme un domaine d'intervention prioritaire à financer sur les ressources additionnelles de l'IPPTE	Prévoit l'élaboration d'une réponse sectorielle en éducation	Rôle de l'éducation dans la lutte contre les maladies à haute prévalence (paludisme et VIH/Sida) - Module de prévention au VIH dans les écoles - Support de prévention - Discussion ouverte sur la problématique - Formation des enseignants pour enseigner ce module
Cameroun 6,9%	Le VIH/Sida est considéré comme un facteur aggravant la pauvreté et le développement économique et social du pays	Introduction de l'éducation sexuelle à l'école Formation de pairs éducateurs Elaboration de matériels de prévention	Plan sectoriel de lutte contre le Sida : - Module de prévention dans les écoles - Analyse de l'impact du VIH sur le système éducatif - Mesures pour faciliter l'accès à la scolarisation des orphelins
Tanzanie 8,8%	Le VIH/Sida est un thème transversal du DSRP qui insiste sur le lien entre pauvreté et propagation du VIH/Sida	Cadre multisectoriel de lutte contre le Sida : - Prévention au VIH/Sida dans les écoles - Formation des enseignants sur le VIH - Appui aux associations de parents d'élèves - Appui aux projets jeunes engagés dans la lutte contre le Sida - Réalisation d'une étude sur l'ampleur du problème des orphelins - Développer des interventions - Appui aux associations de prise en charge des orphelins - Prise en compte du VIH dans la planification des recrutements - Formation à la gestion de l'éducation en contexte VIH/Sida des responsables éducatifs - Renforcement des systèmes de gestion de l'information éducative sur les données relatives au VIH/Sida	

Plus l'épidémie du VIH/Sida est importante et plus la réponse à la lutte contre le Sida dans le secteur de l'éducation apparaît plus construite et plus approfondie : de la prévention au VIH/Sida à l'école, à la prise en compte des orphelins et à l'atténuation des effets du VIH.

Pour aller plus loin...

↳ Annexe III - 7 : Engagements internationaux de développement de l'éducation et de lutte contre le sida.

Page 136

↳ Les rapports pays de suivi des engagements de l'UNGASS sont consultables sur le site de l'ONUSIDA, sous la rubrique publication : <http://www.unaids.org/EN/resources/publications.asp>

↳ Annexe III – 8 : Etude de cas – Tanzanie

Page 137

↳ Annexe III – 9 : Etude de cas – Mali

Page 143

↳ Annexe III – 10 : Etude de cas – Cameroun

Page 148

↳ Annexe III – 11 : Etude de cas – Madagascar

Page 152

↳ Annexe III - 12 : Etude de cas – Bénin

Page 156

↳ Annexe III – 13 : Structure organisationnelle du programme national de lutte contre le sida au Cameroun

Page 157

Section III-1-3 : Le cadre synthétique des actions des partenaires internationaux à la réponse nationale de lutte contre le Sida en éducation des pays d'Afrique subsaharienne

§ III-1-3-1: Le cadre général d'action

La réponse internationale s'organise autour de deux axes principaux d'intervention :

1. Améliorer les réponses apportées par l'éducation primaire à la prévention au VIH/Sida
2. Atténuer les effets de l'épidémie du VIH/Sida sur le système éducatif

Les actions

Les moyens mis en œuvre pour réaliser ces deux grands objectifs sont :

- la création d'institutions de coordination

Par exemple, le groupe thématique Onusida coordonne les actions de lutte contre le Sida des agences des Nations Unies

- le plaidoyer auprès des Ministères de l'éducation pour que la lutte contre le Sida devienne une priorité

Par exemple, l'Onusida a lancé la Coalition Mondiale sur les femmes et le Sida, qui a développé un volet d'activité relatif à la scolarisation des filles (appui à la scolarisation, lutte contre la violence sexuelle à l'école, approche sexospécifique de la prévention...)

- la recherche sur l'impact du Sida sur l'éducation
- l'élaboration de Guidelines

Elaboration du cadre de protection des orphelins par l'UNICEF, de l'approche commune de l'éducation et du Sida par l'Unesco...

- l'évaluation coût efficacité des interventions
- l'évaluation des actions entreprises

Exemple : suivi des engagements de l'UNGASS

- l'appui opérationnel

Nombreuses ONG ont développé une expertise de mise en œuvre de programme de prévention auprès des élèves et des enseignants

- l'appui financier au programme ou au projet

L'appui technique et financier

L'appui technique et financier peut être apporté à différents niveaux de l'action nationale de lutte contre le Sida en éducation, comme :

1. l'élaboration de la politique sectorielle de lutte contre le Sida

L'appui technique offert pour la formulation de la stratégie nationale de lutte contre le Sida comporte souvent l'aide à l'insertion d'un volet VIH/SIDA dans l'éducation. Par exemple, l'Onusida apporte une aide aux gouvernements pour l'élaboration et la mise en œuvre des plans de lutte contre le Sida, le partage d'expérience, le suivi de la situation épidémiologique et l'évaluation des progrès réalisés.

La création d'équipe de réflexion au niveau international ou régional sur la problématique VIH/Sida et Education et le partage d'information sur ce thème sont également un appui aux pays pour élaborer leurs propres actions dans ce domaine.

2. la stratégie VIH de la politique sectorielle d'éducation

Dans le cadre de l'appui budgétaire aux pays pour la réalisation des objectifs d'Education Pour Tous (EPT), les bailleurs multilatéraux et bilatéraux financent indirectement les composantes VIH des pays des stratégies sectorielles de l'éducation. Cependant, l'importance donnée à la composante VIH des politiques EPT peut être plus ou moins marquée selon les partenaires financiers. Certains partenaires peuvent systématiquement étudier celle-ci en vue de l'octroi de financement et essayer de combler les insuffisances en aidant le pays à élaborer une politique d'éducation solide sur cette problématique.

3. le renforcement des associations locales

Certains appuis financiers sont utilisés pour le renforcement des associations locales. Par exemple, environ 50% des fonds du Multisectorial Aids Project (MAP) de la Banque Mondiale sont réalloués à des associations locales de lutte contre le Sida. Les ONG du Nord sont souvent actives pour constituer des réseaux associatifs au Sud en vue d'améliorer les réponses apportées par ces dernières. C'est le cas du Réseau 2000 appuyé par AIDES en Afrique de l'Ouest. De même les actions des ONG tendent de plus en plus vers un partenariat entre ONG Nord Sud plutôt qu'à une présence de l'ONG du Nord dans les pays, ce qui facilite la création d'un milieu associatif actif et compétent.

4. la mise en œuvre de projets opérationnels

Certaines Institutions Internationales et certaines ONG ont développé un réel savoir-faire dans l'identification, la mise en œuvre et l'évaluation de projets opérationnels de lutte contre le Sida dans le secteur de l'éducation.

Les bailleurs de fonds multilatéraux et bilatéraux ainsi que les fondations privées (Fondation Gates, Clinton...) peuvent venir en appui financier à ces projets. Par exemple, l'UNICEF qui a développé une compétence sur les projets de prise en charge des orphelins, met en œuvre un projet en Afrique du Sud, au Cameroun et au Congo Brazzaville sur ce thème et qui est cofinancé par le Ministère des Affaires Etrangères français.

§ III-1-3 -2: L'implication de la France

L'Aide Publique au Développement de la France participe à la réalisation des Objectifs de développement du Millénaire notamment en ce qui concerne :

- la lutte contre le Sida
- et la réalisation de l'éducation primaire universelle

L'axe d'intervention prioritaire de la division éducation de l'Agence Française de Développement (AFD) est la réalisation de l'éducation primaire universelle. Actuellement, 14 projets de l'AFD contribuent à l'amélioration de l'enseignement primaire en Afrique subsaharienne pour un montant de 100,61 millions d'euros.

Les réalisations en matière de lutte contre le Sida en éducation se font sous la forme :

- de cofinancement d'opérateurs sur des interventions en lien avec l'éducation et le VIH
- de participation aux fonds multibailleurs (Fast Track - Fonds Mondial) pour de l'appui budgétaire aux pays dans le cadre de la réalisation des objectifs d'éducation pour tous et de la lutte contre le Sida

Mais le lien entre la réalisation de l'objectif de scolarisation primaire universelle et la lutte contre le Sida n'est pas suffisamment pris en compte, alors même que les pays d'intervention de l'AFD ont des taux de

prévalence au VIH/Sida de faible à moyen avec un risque de propagation de l'épidémie important.

Il n'existe pas de Fonds de Solidarité Prioritaire spécifique à la lutte contre le Sida en éducation. Dans les aides programmes, la composante VIH n'est pas suffisamment prise en compte et un seul projet AFD comprend une composante structurée VIH.

La coopération française en matière de lutte contre le Sida en éducation est limitée. D'autres coopérations comme la DFID, l'ACDI, l'USAID ou la GTZ ont développé depuis déjà plusieurs années des interventions prioritaires de lutte contre le Sida en éducation.

Pour aller plus loin...

↳ Annexe III - 14 : Site Internet de partage d'information sur le VIH/Sida et l'éducation en Afrique subsaharienne

Page 158

↳ Annexe III - 15 : Opérateurs de projets de lutte contre le Sida en éducation

Page 159

↳ Pour s'informer sur les actions de lutte contre le Sida mises en place par des associations locales en Afrique de l'Ouest, consulter le livret : "Réponses associatives à la lutte contre le Sida en Afrique", réalisé par Réseau 2000 avec le soutien de AIDES, téléchargeable sur le site : <http://www.reseauafrique2000.org/>

↳ ICASO est le conseil international des associations de lutte contre le Sida : <http://www.icaso.org>

↳ Annexe III – 16 : Les initiatives des associations locales de lutte contre le sida

Page 160

↳ Annexe III – 17 : Contributions de la Fondation Bill Gates pour la lutte contre le Sida par grandes activités financées

Page 162

↳ Annexe III - 18 : Répartition des projets AFD d'appui à la scolarisation primaire universelle selon la prévalence VIH des pays d'intervention

Page 163

↳ Annexe III – 19 : Composante VIH/Sida du projet "Appui à l'éducation de base à Bamako" en cofinancement Unicef - AFD

Page 164

↳ Annexe III – 20 : Exemple des actions de lutte contre le Sida dans le secteur de l'éducation de la DFID au Mozambique

Page 166

CHAPITRE III – 2 :

LE FINANCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA EN EDUCATION

Section III-2-1 : L'estimation des besoins financiers induits par le VIH/Sida et la mise en œuvre d'une réponse de lutte contre le sida en éducation

Les coûts liés à l'impact de l'épidémie du VIH/Sida sur le système éducatif et à une réponse du secteur à la lutte contre le Sida sont induits par la mise en œuvre des activités suivantes :

- la formation additionnelle d'enseignants pour remplacer ceux malades et/ou morts du Sida
- le remplacement partiel et permanent des enseignants
- le versement des pensions de décès pour les enseignants morts en fonction
- la prise en charge sociale et médicale des enseignants
- la prise en charge des orphelins et enfants vulnérables
- l'augmentation des mesures de soutien à la demande scolaire
- la sensibilisation des enseignants au problème du Sida et la mise en place de structures de conseils et de diffusion de moyens de prévention
- la formation au VIH/Sida des enseignants afin qu'ils enseignent cette matière
- l'introduction dans les programmes scolaires d'une sensibilisation et d'une prévention au VIH/Sida
- l'adaptation des curriculums du primaire
- l'élaboration, la production et la distribution de matériel pour les modules de prévention au VIH
- l'augmentation des services de conseils
- l'accroissement des capacités de gestion pour répondre au VIH/Sida

Aucune estimation financière prenant en compte l'ensemble de ces coûts n'a été réalisée. Par contre, des estimations plus partielles ont eu lieu.

Par exemple, une estimation de la Banque Mondiale a évalué le coût additionnel induit par le VIH/Sida dans la réalisation de l'EPT pour 33 pays d'Afrique Subsaharienne sur la base :

- du coût à engager pour compenser l'accroissement de l'absentéisme des enseignants
- des subventions pour rendre possible la scolarisation primaire des orphelins

et a conclu à une estimation du coût du VIH/Sida dans la réalisation de l'EPT de :

433 à 557 millions de dollars par an (entre 2000 et 2015)

soit 28% des dépenses totales nécessaires pour assurer la scolarisation primaire universelle d'ici 2015.

Ce coût est un coût agrégé pour des pays qui connaissent des taux de prévalence VIH/Sida différents et

dont l'impact sur les systèmes éducatifs est donc différent. (Annexe III-23 : Coût annuel induit par le Sida pour la réalisation de l'EPT en 2015 pour certains pays)

L'Unesco a complété l'estimation de la Banque Mondiale en insérant :

- le coût de l'introduction de programmes de prévention au VIH dans le curriculum scolaire et d'activités péri et parascolaires
- des subventions pour soutenir la scolarisation de l'ensemble des enfants vulnérables (plus uniquement aux orphelins mais également à tous les enfants dont la famille est affectée par le VIH/Sida)

Le coût induit par le VIH/Sida dans la réalisation de l'EPT est réévalué à :

975 millions de \$ par an

On peut également avoir une estimation du coût de l'épidémie du VIH/Sida en étudiant le coût des activités mises en place par certains pays pour lutter contre le Sida dans le secteur de l'éducation.

Par exemple, la Tanzanie a obtenu un financement de 5,4 millions de \$ par le Fonds Mondial de lutte contre le Sida pour une intervention auprès des écoles primaires en vue de cibler 3 millions de jeunes élèves qui comprend : la formation de formateurs, la formation de pairs éducateurs et la diffusion de matériels éducatifs.

Pour aller plus loin...

↳ Annexe III – 21 : Mode de calcul du coût additionnel du VIH/Sida sur les besoins financiers de 33 pays d'Afrique subsaharienne pour la réalisation de l'EPT

Page 167

↳ Annexe III – 22 : Coûts additionnels relatifs à la formation des enseignants dans un contexte de VIH/Sida

Page 169

↳ Annexe III – 23 : Coût annuel induit par le Sida pour la réalisation de l'EPT en 2015 pour certains pays

Page 169

Section III-2-2 : Les outils financiers multibailleurs mis à la disposition de la lutte contre le Sida en Afrique, plus particulièrement dans le secteur de l'éducation

§ III-2-2-1 : L'initiative fast track, un outil de financement au service de l'objectif de scolarisation primaire universelle

Présentation L'Objectif d'Education Pour Tous (EPT) reçoit un fort soutien de la communauté internationale qui s'est engagée à fournir les fonds nécessaires à tous les pays affichant clairement la volonté de réaliser cet

objectif, via l'initiative Education Pour Tous – Procédure Accélérée (Education For All – Fast Track Initiative). L'origine de l'initiative Fast Track pour atteindre l'objectif d'éducation pour tous remonte à l'engagement du Président de la Banque Mondiale lors du Forum Mondial sur l'EPT de Dakar en avril 2000, selon lequel "nul pays présentant un plan crédible d'atteinte des objectifs d'éducation pour tous ne verra ses efforts contrariés par manque de ressource".

L'initiative Fast Track est un partenariat entre les principaux bailleurs de fonds multilatéraux et bilatéraux qui a pour but de mieux mobiliser, coordonner et cibler l'aide publique au développement en faveur des objectifs d'éducation pour tous. Les deux grands objectifs visés sont la scolarisation primaire universelle d'ici 2015 et l'égalité garçon fille d'ici 2005. L'initiative offre un engagement à long terme de la communauté internationale pour combler le déficit de financement correspondant à l'objectif de scolarisation primaire.

L'initiative Fast Track est l'outil de financement extérieur principal des stratégies nationales des pays en développement en faveur de l'Education pour tous. Il est donc intéressant d'étudier comment l'épidémie du VIH/Sida est prise en compte dans le cadre de référence proposé pour juger de la crédibilité d'une requête d'EPT accélérée d'un pays et comment ce dernier tire partie de cette opportunité financière pour atténuer l'impact du VIH sur son système éducatif et pour se servir de l'éducation comme moyen efficace de prévention du VIH/Sida.

*Prise en
compte du
VIH/Sida*

L'évaluation des requêtes Fast Track se fait selon deux moyens :

- le cadre indicatif : il propose une série de paramètres portant sur la mobilisation des ressources, les coûts unitaires, la régulation des flux qui sont autant d'indicateurs sur les politiques éducatives. Celui ci ne prend pas en considération le VIH/Sida ;
- les 6 directives d'évaluation : l'une d'entre elles appelle à étudier les stratégies spécifiques pour aborder les problèmes de grande priorité tels la prévention au VIH et la prise en compte des besoins des enfants vulnérables.

De plus, la conférence des donateurs de mars 2003 a rappelé la nécessaire prise en compte de certaines dimensions essentielles telles que le VIH/Sida dans les requêtes. Ainsi, au sein des requêtes nationales, l'épidémie du VIH/Sida constitue un thème transversal de façon plus ou moins conséquente selon l'importance que le pays donne à ce problème. Lors de la prochaine rencontre des partenaires de l'initiative Fast Track (11-12 Novembre 2004) un rapport relatif à la problématique du VIH/Sida doit être publié, il abordera les points suivants :

- état des lieux de l'impact du VIH/Sida sur l'éducation dans les pays partenaires
- évaluation des stratégies de lutte contre le Sida dans les programmes d'éducation pour tous des pays

partenaires

- état des lieux des institutions nationales de lutte contre le Sida engagées dans une réponse en éducation
- recommandations sur les stratégies devant être mises en place par les partenaires et le rôle que peut avoir l'initiative Fast Track

L'utilisation de l'initiative Fast Track pour la lutte contre le sida

L'étude des requêtes Fast Track des pays d'Afrique subsaharienne montre qu'une stratégie de lutte contre le Sida est mise en avant mais les actions pour mettre en œuvre cette stratégie restent peu développées. Les pays africains apparaissent à un stade de prise de conscience de l'importance du secteur de l'éducation dans la lutte contre le Sida sans avoir les capacités pour entreprendre une action dans ce domaine. Les réponses coté offre d'éducation primaire sont encore peu développées. Les premières actions envisagées sont la prévention en faveur des jeunes. De plus, les montants associés à cette problématique dans les requêtes fast track restent en deçà de 10% du financement total.

Pour aller plus loin...

↪ Annexe III – 24 : Liste des pays éligibles et élus à l'initiative Fast Track
Page 170

↪ Annexe III – 25 : Cadre de référence d'évaluation de la requête à l'initiative Fast Track
Page 171

↪ Annexe III – 26 : Analyse de la composante VIH/Sida des requêtes Fast Track des pays africains ayant déposé une demande
Page 172

§ III-2-2-2 : Le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme, un outil de financement au service de la lutte contre le Sida

Création du Fonds

Le Fonds Mondial a été créé en 2001 pour financer des actions locales de lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose. Le Fonds est un instrument financier : il collecte des ressources auprès des gouvernements des pays occidentaux, des fondations et du secteur privé et les alloue aux pays en ayant fait la demande, après évaluation de leur proposition sur la base de critères d'admissibilité.

Présentation des demandes de financements

Les demandes de financement des pays sont présentées par le Country Coordination Mechanisms (ou CCM) qui est l'organisme de coordination nationale qui regroupe les partenaires privés et publics de la lutte contre le Sida du pays en charge de faire le lien avec le Fonds Global.

Les propositions sont examinées par le Fonds lors de sessions permanentes d'octroi de fonds. Jusqu'à présent, il y a eu 4 rounds (avril 2002, janvier et octobre 2003 et juin 2004). Le Comité technique d'évaluation des propositions, constitué d'experts indépendants en santé et en développement, évalue le bien-fondé des interventions proposées :

- en s'assurant que les programmes financés s'appuient sur les connaissances les plus récentes de "meilleures pratiques"
- en estimant le gap financier du pays
- en vérifiant si l'ampleur des programmes proposés est réalisable.

De fait, les pays à revenu faible et où la prévalence de ces maladies est importante (ou en forte progression) sont prioritaires.

Responsable et capacité de mise en oeuvre Tous les documents de projets désignent un bénéficiaire principal (public ou privé) qui est le responsable de la mise en œuvre du projet et le CCM est également chargé de suivre les projets financés par le Fonds dans son pays.

Le Fonds Mondial agit seulement en tant que financeur. Si le projet nécessite de l'assistance technique et du renforcement de capacités, ce sont des partenaires internationaux au développement qui s'en chargent. Les agences des Nations Unies, notamment l'Onusida et l'OMS, et des organisations bilatérales appuient souvent les instances de coordination nationale pour élaborer des propositions, renforcer les capacités à gérer les subventions et mettre en œuvre les programmes approuvés.

Conditions de financements Les fonds octroyés sont des dons, alloués sur une durée de 5 ans et les décaissements ont lieu selon les résultats obtenus. L'évaluation de réalisation au bout de deux ans est déterminante pour l'obtention des fonds pour les trois années restantes.

Montants des fonds alloués L'objectif du fonds est de réunir 7 à 10 milliards de dollars par an, grâce aux contributions des pays riches, notamment des Etats Unis, à hauteur de 200 millions de dollars par an, de la France à hauteur de 150 millions d'euros sur 3 ans mais aussi des grandes entreprises et fondations privées.

Les engagements réalisés sur les deux premières années d'existence du fonds sont bien en deçà des besoins estimés : 3 milliards de dollars US ont été engagés dans le cadre de 307 accords dans 128 pays. Les paiements réalisés atteignent 423 millions de \$ et concernent essentiellement des accords du 1^{er} et 2^{ème} round.

Répartition des fonds alloués L'Afrique subsaharienne reçoit une partie importante des fonds et les actions financées concernent en majorité la lutte contre le VIH/Sida.

Le Fonds assure une lutte associée des trois maladies : Sida, tuberculose, paludisme, du fait de l'interrelation existante entre elles. En effet, le paludisme rend plus vulnérable les individus à l'infection du VIH et les personnes infectées par le VIH sont fortement sujettes à contracter la tuberculose ou le paludisme.

Actions Le Fonds mondial adopte une approche globale du SIDA, de la tuberculose et du paludisme, en

financées

finançant à la fois la prévention et le traitement.

Le fonds permet aux pays de renforcer l'infrastructure de santé publique au niveau local et d'accroître les mesures pour prévenir et lutter contre le VIH, le paludisme et la tuberculose. En matière de lutte contre le VIH, l'attention est portée aux traitements antirétroviraux et à la prévention. Toutes les subventions pour lutter contre le VIH comprennent des activités de prévention, notamment en direction des jeunes.

Certains pays ont dans leur requête de demande de financement auprès du Fonds Global développé un volet de lutte contre le Sida en lien avec les systèmes éducatifs. Cependant l'utilisation du fonds dans le secteur de l'éducation reste très minoritaire.

Pour aller plus loin...

↳ Annexe III – 27 : Répartition du Fonds Mondial contre le Sida, la tuberculose et le paludisme Page 175
↳ Annexe III - 28 : Mécanisme du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme Page 177
↳ Annexe III - 29 : Contributions au Fonds Mondial au 01/08/2004 Page 178
↳ Annexe III – 30 : Répartition du Fonds Mondial par grandes régions destinataires Page 179
↳ Annexe III – 31 : Liste des projets financés par le Fonds Mondial en Afrique subsaharienne pour la composante lutte contre le VIH/Sida au 01/08/2004 Page 180
↳ Annexe III – 32 : Analyse du volet éducation des projets financés par le Fonds Mondial pour certains pays d'Afrique subsaharienne Page 184
↳ Annexe III - 33 : Cadre logique et informations budgétaires du projet de lutte contre le Sida au Bénin financé par le Fonds Mondial Page 187
↳ Annexe III - 34 : Détails de la composante prise en charge des orphelins du projet de lutte contre le Sida de Madagascar financé par le Fonds Mondial Page 189
↳ Annexe II - 4 : Le programme appuyé par le Fonds Mondial d'appui des orphelins et enfants vulnérables du Sida en Ouganda Page 121

§ III-2-2-3 : Les financements de la Banque Mondiale

La Banque mondiale

La Banque Mondiale a été créée pour appuyer le développement économique et social des pays. Les secteurs sociaux ont acquis une place de plus en plus importante parmi les activités de la Banque Mondiale, en particulier l'éducation et la lutte contre le Sida.

Le VIH/Sida est un thème transversal récurrent des projets financés par la banque dans tous les secteurs, notamment dans les projets éducation. La Banque Mondiale dispose par ailleurs d'un outil spécifique à la lutte contre le sida, le MAP (Multisectorial HIV/AIDS Project) qui soutient pour une part importante les initiatives locales de lutte contre le sida et aide les gouvernements à mettre en place une réponse au VIH/Sida.

Le MAP (Multisectorial HIV/AIDS Project), financement de la Banque Mondiale dédié à la lutte contre le Sida

Présentation du MAP

Le MAP offre un appui à l'élaboration et à la mise en œuvre des plans sectoriels de lutte contre le sida, notamment en éducation.

La Banque Mondiale aide les pays à formaliser et à mettre en œuvre une stratégie de lutte contre le sida dans le secteur de l'éducation et favorise le développement d'initiatives d'associations locales de lutte contre le Sida qui peuvent concerner le secteur de l'éducation.

L'objectif global du fonds est d'accroître la prévention au VIH, l'accès aux soins et aux traitements notamment pour les personnes vulnérables (jeunes, femmes en âge de procréer...). Le fonds s'appuie sur le document stratégique national de lutte contre le Sida et apporte un appui spécifique aux communautés, ONG et au secteur privé à hauteur d'environ 50% des fonds. Une attention particulière est donnée aux projets sous-régionaux, auxquels sont consacrés 100 millions de \$, partant du principe que la lutte contre le Sida n'est pas l'affaire d'un seul pays mais qu'il existe des interrelations notamment via les migrations.

L'évaluation du MAP1 a révélé certaines insuffisances²³. En matière de prévention, des réponses déficientes sont apportées à l'intégration d'une sensibilisation au VIH/Sida dans les programmes de santé reproductive des programmes scolaires, à la prise en charge des orphelins et des enfants affectés (notamment soutien de famille), à l'intégration de la problématique du VIH dans le secteur de l'éducation tant au niveau des curriculums que de la planification. Ces thèmes, relatifs à la prise en compte par le système éducatif de l'épidémie de VIH, constituent une attention particulière du MAP2.

²³ The US\$500 Million Multi-Country HIV/AIDS Program (MAP) for Africa Progress Review Mission

- Eligibilité au Fonds* Pour être éligible au MAP le pays doit répondre aux quatre critères suivants :
- faire la preuve de l'adoption d'une approche stratégique au VIH/Sida, ce qui revient généralement à étudier le plan national de lutte contre le Sida et notamment les modes d'élaboration ;
 - avoir une structure de coordination de la lutte contre le Sida à un niveau de responsabilité politique élevé (existence et composition de comité national de lutte contre le sida) ;
 - avoir l'accord du gouvernement pour utiliser les dispositions et procédures appropriées (expérience d'exécution de programme et de transfert financier à la société civile) ;
 - avoir l'accord du gouvernement de s'appuyer et de financer des agences multiples de mise en œuvre.

Conditions du fonds Les fonds sont mis à disposition sous forme de prêt à 0% remboursables avec un différé. Ils sont versés sous forme de tranches correspondant à la durée du projet qui est généralement de 4 ans. La responsabilité du projet revient au comité national de lutte contre le sida.

Détail des projets MAP L'étude des documents de projets MAP approuvés montre que les projets offrent en général un appui technique et financier aux initiatives locales (d'ONG ou/et des communautés), un appui à la mise en œuvre des plans sectoriels généralement par un renforcement des capacités et un appui à la coordination générale de la lutte contre le sida généralement en faveur des comités nationaux de lutte contre le sida.

Le financement des programmes de développement de l'éducation des pays, un soutien financier au volet VIH

Certains projets financés par la Banque Mondiale dans le secteur de l'éducation contiennent des volets VIH/Sida. La politique de la Banque Mondiale est de soutenir les programmes sectoriels d'éducation élaborés et mis en œuvre par les pays avec le soutien technique et financier des bailleurs de fonds. Ceux-ci contiennent généralement une approche du VIH/Sida. Ainsi la Banque Mondiale lorsqu'elle soutient les plans nationaux de développement de l'éducation finance également pour une part le volet VIH de la stratégie éducation. La qualité et l'ampleur de celui-ci dépendent de l'attention que le pays a bien voulu lui donner dans sa stratégie d'éducation globale.

De même, les projets financés par la Banque Mondiale dans le secteur de la santé prennent en compte l'épidémie du VIH/Sida. D'autre part, la Banque Mondiale incorpore un volet de prévention au VIH/Sida dans l'ensemble de ses projets quand il y a lieu. Ainsi, par exemple, sur les projets d'infrastructures routières des mesures de protection contre la propagation du VIH, résultant de la présence de travailleurs occasionnels dans les villages proches des zones de chantier sont prises.

Pour aller plus loin...

↳ Pour connaître les projets de la Banque Mondiale sur le VIH/Sida :

http://www1.worldbank.org/hiv_aids/projects.asp

↳ Annexe III – 35 : Montant du Fonds MAP et état des engagements MAP1 et MAP2 par pays à la date du 28 septembre 2003 (en millions USD)

Page 191

↳ Annexe III – 36 : Présentation des composantes des projets MAP au Cameroun, à Madagascar, au Mozambique, au Bénin, et en Tanzanie

Page 192

↳ Annexe III – 37 : Détail de la composante VIH/Sida des projets éducation financée par la Banque Mondiale au Tchad, au Nigéria, au Mozambique, et au Burkina Faso

Page 195

CONCLUSION

L'épidémie du VIH/sida a une incidence forte sur les systèmes éducatifs. Côté offre, elle érode les ressources humaines éducatives et rend plus difficile la généralisation du service d'éducation. Côté demande, l'épidémie du VIH/sida déstabilise les familles affectées et modifie la demande d'éducation. Il est nécessaire de prendre en compte et d'atténuer les effets du VIH/Sida sur l'éducation pour permettre au système éducatif d'atteindre la scolarisation universelle.

D'autre part, l'éducation a un rôle primordial à jouer dans la lutte contre le Sida. Elle améliore le niveau général d'instruction et aide les individus à se protéger du VIH/Sida. L'éducation est un vecteur de transmission important de connaissances nécessaire à une prévention efficace du VIH/Sida. Enfin, l'éducation est un facteur essentiel d'évolution du système de valeurs des sociétés et de changement de l'environnement socio-économique et culturel, composantes indispensables pour affronter l'épidémie.

La prise en compte de l'épidémie du VIH/Sida par les systèmes éducatifs est une opportunité d'amélioration de l'éducation primaire puisque les interventions préconisées pour atténuer l'impact du VIH/Sida sur l'éducation et pour transmettre les connaissances et compétences pour prévenir les jeunes du VIH/Sida contribuent à optimiser la qualité du système éducatif dans son ensemble. Les interventions nationales et l'appui de la communauté internationale sur cette problématique doivent être renforcés. Une stratégie nationale effective de lutte contre le Sida dans le secteur éducatif doit être instaurée et la communauté internationale doit apporter l'appui nécessaire à son élaboration et à sa mise en œuvre.

Dans le cadre d'un appui technique et financier à la politique sectorielle d'éducation d'un pays partenaire, notamment les politiques d'éducation pour tous, il est recommandé de :

- promouvoir lors des revues sectorielles la composante VIH/Sida ;
- participer aux initiatives de partage d'information sur ce thème et aux organes de coordination des actions entreprises ;
- encourager un audit de la stratégie sectorielle d'éducation pour tous à la lumière de la problématique de VIH/Sida pour veiller que les incidences de l'épidémie sur le système ont été prises en compte et que l'éducation est amenée à jouer un rôle de prévention du VIH/Sida ;
- inciter au renforcement de la statistique scolaire en terme de mesures d'impact du VIH et d'évaluation de la stratégie de lutte contre le Sida dans le secteur de l'éducation. Les indicateurs existants au niveau mondial pour mesurer les efforts des pays sont ceux mis en place par l'UNGASS soit : *le pourcentage des écoles dans lesquelles des enseignants ont été formés à une éducation au*

VIH/Sida et qui l'ont dispensée en cours, le pourcentage de jeunes (15-24 ans) qui ont des connaissances exactes des manières de prévenir la transmission sexuelle du VIH et rejettent les principales idées fausses, le pourcentage de jeunes qui déclarent utiliser un préservatif lors de rapports sexuels avec des partenaires occasionnels et le ratio de scolarisation des orphelins par rapport aux non orphelins. Ils sont limités puisque de nombreux impacts et interventions préconisées ne sont pas évalués et ils sont souvent non renseignés dans les rapports nationaux de suivi de l'engagement de l'UNGASS.

Une piste de réflexion intéressante porte sur les actions à mettre en œuvre pour rendre plus efficace les politiques sectorielles d'éducation dans la prévention contre le SIDA afin que le système éducatif puisse protéger, former et fournir les ressources humaines nécessaires au développement économique et social des sociétés confrontées à l'épidémie du VIH/Sida.

ANNEXES PARTIE I

TABLE DES ANNEXES – PARTIE I

Annexe I – 1 : Données sur l'épidémie du VIH/Sida par grandes régions du Monde	81
Annexe I – 2 : Données pays sur l'épidémie du VIH/Sida en Afrique subsaharienne (Source : ONUSIDA, juillet 2004)	82
Annexe I – 3 : Construction de l'indicateur "taux de prévalence de l'infection au VIH/Sida"	86
Annexe I – 4 : Estimation du nombre de jeunes de 15-24 ans vivant avec le VIH/Sida par grandes régions du Monde	87
Annexe I – 5 : Estimation du pourcentage de jeunes de 15-24 ans vivant avec le VIH/Sida dans la population des PVVIH par grandes régions du Monde	87
Annexe I – 6 : Différence Homme – Femme de prévalence au VIH chez les jeunes	88
Annexe I - 7 : Niveau de connaissance sur le VIH/Sida des adolescentes africaines	89
Annexe I - 8 : Comportements sexuels des jeunes de 15-24 ans (utilisation du préservatif et relations occasionnelles)	90
Annexe I - 9 : Données sur l'importance de la population jeune en Afrique subsaharienne	91
Annexe I - 10 : Données sur les comportements sexuels des adolescents en Afrique Subsaharienne	92
Annexe I - 11 : Exposition au Mass Média et probabilité de recevoir des informations de prévention au VIH/Sida	94
Annexe I – 12 : Le lien entre le niveau d'éducation et le taux de prévalence au VIH/Sida des pays	95
Annexe I- 13 : Le niveau d'éducation des filles et la maîtrise de leur vie reproductive	96
Annexe I - 14 : Schéma explicatif de l'impact du VIH/Sida sur l'offre d'éducation primaire	98
Annexe I - 15 : Etude de l'impact du VIH/Sida sur les enseignants du Kwazulu-Natal en Afrique du Sud	99

Annexe I - 16 : Décès et absentéisme dus au VIH/Sida des enseignants dans 4 pays d'Afrique centrale	100
Annexe I - 17 : Déficit de personnels du secteur privé suite à l'épidémie du VIH/Sida	100
Annexe I - 18 : Schéma de l'impact démographique du VIH/Sida sur la population d'âge scolaire	101
Annexe I - 19 : Pyramides des âges au Botswana en 2020	102
Annexe I - 20 : Schéma de l'impact du VIH/Sida sur la demande d'éducation primaire	103
Annexe I - 21 : Les orphelins du sida	104
Annexe I - 22 : Différence de scolarisation entre les enfants orphelins et non orphelins	106
Annexe I - 23 : Baisse des taux d'admission en première année de primaire pour certains pays d'Afrique subsaharienne	107
Annexe I - 24 : Indice de parité entre les sexes dans le taux brut d'admission (1990-2000)	107
Annexe I - 25 : Le lien entre l'épidémie du VIH/Sida et la baisse des taux de scolarisation	108

Annexe I – 1 : Données sur l'épidémie du VIH/Sida par grandes régions du Monde

REGION	Adultes et enfants vivant avec le VIH	Nouveau cas d'infection à VIH chez les adultes et les enfants	Prévalence chez les adultes (%)	Décès dus au Sida chez l'enfant et l'adulte	
Afrique Subsaharienne	25 millions [23,1 – 27,9]	3 – 3,4 millions	7,5 – 8,5	2,2 – 2,4 millions	
Afrique du Nord et Moyen Orient	480 000 [200 000– 1 400 000]	43 000 – 67 000	0,2 – 0,4	35 000 – 50 000	
Asie du Sud et du Sud Est	6,5 millions [4,1 – 9,6]	610 000 – 1,1 millions	0,4 – 0,8	330 000 – 590 000	
Asie de l'Est et Pacifique	900 000 [450 000 – 1,5]	150 000 – 270 000	0,1	32 000 – 58 000	
Amérique Latine	1,6 millions [1,2 – 2,1]	120 000 – 180 000	0,5 – 0,7	49 000 – 70 000	
Caraïbes	430 000 [270 000 – 760 000]	45 000 – 80 000	1,9 – 3,1	30 000 – 50 000	
Europe orientale et Asie centrale	1,3 millions [860 000– 1,9]	180 000 – 280 000	0,5 – 0,9	23 000 – 37 000	
Europe occidentale	580 000 [460 000 – 730 000]	30 000 – 40 000	0,3	2 600 – 3 400	
Amérique du Nord	1 million [520 000 – 1,6]	36 000 – 54 000	0,5 – 0,7	12 000 – 18 000	
Océanie	32 000 [21 000 – 46 000]	700 – 1 000	0,1	<100	
MONDE	TOTAL	37,8 millions [34,6-42,3 millions]	4,8 millions [4,2 – 6,3 millions]	1,1 % [0,9 – 1,3%]	2,9 millions [2,6 – 3,3]
	ADULTE	35,7 millions	4,1 millions		2,4 millions
	FEMME	17 millions			
	ENFANT < 15 ANS	2,1 millions	630 000		490 000

Source : "Rapport mondial sur l'épidémie de Sida, juillet 2004" ONUSIDA - OMS

Annexe I – 2 : Données pays sur l'épidémie du VIH/Sida en Afrique subsaharienne (Source : ONUSIDA, juillet 2004)

Pays	1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH					
	Adultes et enfants, fin 2003		Adultes et enfants, fin 2001		Adultes (15-49), fin 2003	
	Estimation	[estimation inférieure – estimation supérieure]	Estimation	[estimation inférieure – estimation supérieure]	Estimation	[estimation inférieure – estimation supérieure]
Total mondial	37 800 000	[34 600 000 - 42 300 000]	34 900 000	[32 000 000 - 39 000 000]	35 700 000	[32 700 000 - 39 800 000]
Afrique subsaharienne	25 000 000	[23 100 000 - 27 900 000]	23 800 000	[22 000 000 - 26 600 000]	23 100 000	[21 400 000 - 25 700 000]
Afrique du Sud *	5 300 000	[4 500 000 - 6 200 000]	5 000 000	[4 200 000 - 5 900 000]	5 100 000	[4 300 000 - 5 900 000]
Angola	240 000	[97 000 - 600 000]	220 000	[86 000 - 550 000]	220 000	[88 000 - 540 000]
Bénin	68 000	[38 000 - 120 000]	65 000	[36 000 - 110 000]	62 000	[35 000 - 110 000]
Botswana *	350 000	[330 000 - 380 000]	350 000	[330 000 - 380 000]	330 000	[310 000 - 340 000]
Burkina Faso *	300 000	[190 000 - 470 000]	280 000	[180 000 - 440 000]	270 000	[170 000 - 420 000]
Burundi	250 000	[170 000 - 370 000]	240 000	[160 000 - 360 000]	220 000	[150 000 - 320 000]
Cameroun *	560 000	[390 000 - 810 000]	530 000	[370 000 - 770 000]	520 000	[360 000 - 740 000]
Comores	...	...	...	...	...	...
Congo	90 000	[39 000 - 200 000]	90 000	[39 000 - 200 000]	80 000	[34 000 - 180 000]
Côte d'Ivoire	570 000	[390 000 - 820 000]	510 000	[350 000 - 740 000]	530 000	[370 000 - 750 000]
Djibouti	9 100	[2 300 - 24 000]	8 100	[2 400 - 23 000]	8 400	[2 100 - 21 000]
Erythrée	60 000	[21 000 - 170 000]	61 000	[22 000 - 160 000]	55 000	[19 000 - 150 000]
Ethiopie	1 500 000	[950 000 - 2 300 000]	1 300 000	[820 000 - 2 000 000]	1 400 000	[890 000 - 2 100 000]
Gabon	48 000	[24 000 - 91 000]	39 000	[19 000 - 78 000]	45 000	[23 000 - 86 000]
Gambie	6 800	[1 800 - 24 000]	6 700	[1 800 - 24 000]	6 300	[1 700 - 23 000]
Ghana *	350 000	[210 000 - 560 000]	330 000	[200 000 - 540 000]	320 000	[200 000 - 520 000]
Guinée *	140 000	[51 000 - 360 000]	110 000	[40 000 - 310 000]	130 000	[48 000 - 330 000]
Guinée-Bissau	...	...	...	...	...	...
Guinée équatoriale	...	...	...	...	...	...
Kenya	1 200 000	[820 000 - 1 700 000]	1 300 000	[890 000 - 1 800 000]	1 100 000	[760 000 - 1 600 000]
Lesotho *	320 000	[290 000 - 360 000]	320 000	[290 000 - 360 000]	300 000	[270 000 - 330 000]
Libéria	100 000	[47 000 - 220 000]	86 000	[37 000 - 190 000]	96 000	[44 000 - 200 000]
Madagascar	140 000	[68 000 - 250 000]	100 000	[50 000 - 180 000]	130 000	[66 000 - 220 000]
Malawi *	900 000	[700 000 - 1 100 000]	850 000	[660 000 - 1 100 000]	810 000	[650 000 - 1 000 000]
Mali	140 000	[44 000 - 420 000]	130 000	[40 000 - 390 000]	120 000	[40 000 - 380 000]
Maurice	...	...	...	...	...	...
Mauritanie	9 500	[4 500 - 17 000]	6 300	[3 000 - 11 000]	8 900	[4 400 - 15 000]
Mozambique	1 300 000	[980 000 - 1 700 000]	1 200 000	[930 000 - 1 600 000]	1 200 000	[910 000 - 1 500 000]
Namibie	210 000	[180 000 - 250 000]	200 000	[170 000 - 230 000]	200 000	[170 000 - 230 000]
Niger	70 000	[36 000 - 130 000]	56 000	[28 000 - 110 000]	64 000	[34 000 - 120 000]
Nigéria	3 600 000	[2 400 000 - 5 400 000]	3 400 000	[2 200 000 - 5 000 000]	3 300 000	[2 200 000 - 4 900 000]
Ouganda *	530 000	[350 000 - 880 000]	620 000	[420 000 - 980 000]	450 000	[300 000 - 730 000]
République centrafricaine	260 000	[160 000 - 410 000]	250 000	[150 000 - 400 000]	240 000	[150 000 - 380 000]
Rép. démocratique du Congo**	1 100 000	[450 000 - 2 600 000]	1 100 000	[430 000 - 2 500 000]	1 000 000	[410 000 - 2 400 000]
Rép.-Unie de Tanzanie *	1 600 000	[1 200 000 - 2 300 000]	1 600 000	[1 100 000 - 2 200 000]	1 500 000	[1 100 000 - 2 000 000]
Rwanda *	250 000	[170 000 - 380 000]	240 000	[160 000 - 360 000]	230 000	[150 000 - 350 000]
Sénégal *	44 000	[22 000 - 89 000]	40 000	[20 000 - 81 000]	41 000	[21 000 - 83 000]
Sierra Leone	...	...	...	...	...	...
Somalie	...	...	...	...	...	...
Swaziland **	220 000	[210 000 - 230 000]	210 000	[190 000 - 220 000]	200 000	[190 000 - 210 000]
Tchad	200 000	[130 000 - 300 000]	190 000	[120 000 - 290 000]	180 000	[120 000 - 270 000]
Togo	110 000	[67 000 - 170 000]	100 000	[65 000 - 160 000]	96 000	[61 000 - 150 000]
Zambie	920 000	[730 000 - 1 100 000]	890 000	[710 000 - 1 100 000]	830 000	[680 000 - 1 000 000]
Zimbabwe	1 800 000	[1 500 000 - 2 000 000]	1 700 000	[1 500 000 - 2 000 000]	1 600 000	[1 400 000 - 1 900 000]

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH (suite)

Pays	Adultes (15-49), fin 2001		Taux chez l'adulte (15-49), fin 2003 (%)		Taux chez l'adulte (15-49), fin 2001 (%)		Femmes (15-49), fin 2003	
	Estimation	[estimation inférieure – estimation supérieure]	Estimation	[estimation inf. – estimation sup.]	Estimation	[estimation inf. – estimation sup.]	Estimation	[estimation inférieure – estimation supérieure]
Total mondial	32 900 000	[30 200 000 - 36 700 000]	1,1	[1,0 - 1,2]	1,0	[0,9 - 1,1]	17 000 000	[15 800 000 - 18 800 000]
Afrique subsaharienne	22 000 000	[20 400 000 - 24 500 000]	7,5	[6,9 - 8,3]	7,6	[7,0 - 8,5]	13 100 000	[12 200 000 - 14 600 000]
Afrique du Sud *	4 800 000	[4 100 000 - 5 600 000]	21,5	[18,5 - 24,9]	20,9	[17,8 - 24,3]	2 900 000	[2 500 000 - 3 300 000]
Angola	200 000	[78 000 - 490 000]	3,9	[1,6 - 9,4]	3,7	[1,5 - 9,1]	130 000	[50 000 - 300 000]
Bénin	59 000	[34 000 - 100 000]	1,9	[1,1 - 3,3]	1,9	[1,1 - 3,4]	35 000	[20 000 - 62 000]
Botswana *	330 000	[320 000 - 340 000]	37,3	[35,5 - 39,1]	38,0	[36,3 - 39,7]	190 000	[180 000 - 190 000]
Burkina Faso *	250 000	[160 000 - 390 000]	4,2	[2,7 - 6,5]	4,2	[2,7 - 6,5]	150 000	[98 000 - 240 000]
Burundi	220 000	[150 000 - 310 000]	6,0	[4,1 - 8,8]	6,2	[4,3 - 9,0]	130 000	[85 000 - 180 000]
Cameroun *	500 000	[350 000 - 700 000]	6,9	[4,8 - 9,8]	7,0	[4,9 - 9,9]	290 000	[200 000 - 420 000]
Comores	...	...	...	...	...	...	...	...
Congo	80 000	[35 000 - 170 000]	4,9	[2,1 - 11,0]	5,3	[2,3 - 11,5]	45 000	[19 000 - 100 000]
Côte d'Ivoire	480 000	[330 000 - 680 000]	7,0	[4,9 - 10,0]	6,7	[4,7 - 9,6]	300 000	[210 000 - 420 000]
Djibouti	7 500	[2 200 - 21 000]	2,9	[0,7 - 7,5]	2,8	[0,8 - 7,9]	4 700	[1 200 - 12 000]
Erythrée	55 000	[20 000 - 150 000]	2,7	[0,9 - 7,3]	2,8	[1,0 - 7,6]	31 000	[11 000 - 85 000]
Ethiopie	1 200 000	[760 000 - 1 900 000]	4,4	[2,8 - 6,7]	4,1	[2,6 - 6,3]	770 000	[500 000 - 1 200 000]
Gabon	37 000	[18 000 - 73 000]	8,1	[4,1 - 15,3]	6,9	[3,3 - 13,7]	26 000	[13 000 - 48 000]
Gambie	6 300	[1 700 - 22 000]	1,2	[0,3 - 4,2]	1,2	[0,3 - 4,3]	3 600	[970 - 13 000]
Ghana *	310 000	[190 000 - 500 000]	3,1	[1,9 - 5,0]	3,1	[1,9 - 5,1]	180 000	[110 000 - 300 000]
Guinée *	100 000	[37 000 - 280 000]	3,2	[1,2 - 8,2]	2,8	[1,0 - 7,5]	72 000	[27 000 - 190 000]
Guinée-Bissau	...	...	...	...	...	...	...	...
Guinée équatoriale	...	...	...	...	...	...	...	...
Kenya	1 200 000	[830 000 - 1 600 000]	6,7	[4,7 - 9,6]	8,0	[5,8 - 11,1]	720 000	[500 000 - 1 000 000]
Lesotho *	300 000	[270 000 - 330 000]	28,9	[26,3 - 31,7]	29,6	[27,0 - 32,3]	170 000	[150 000 - 190 000]
Libéria	80 000	[35 000 - 180 000]	5,9	[2,7 - 12,4]	5,1	[2,2 - 11,3]	54 000	[25 000 - 110 000]
Madagascar	98 000	[48 000 - 160 000]	1,7	[0,8 - 2,7]	1,3	[0,6 - 2,1]	76 000	[37 000 - 120 000]
Malawi *	770 000	[610 000 - 960 000]	14,2	[11,3 - 17,7]	14,3	[11,4 - 17,9]	460 000	[370 000 - 570 000]
Mali	120 000	[37 000 - 350 000]	1,9	[0,6 - 5,9]	1,9	[0,6 - 5,8]	71 000	[23 000 - 210 000]
Maurice	...	...	...	...	...	...	...	...
Mauritanie	5 900	[2 900 - 9 700]	0,6	[0,3 - 1,1]	0,5	[0,2 - 0,7]	5 100	[2 500 - 8 300]
Mozambique	1 100 000	[870 000 - 1 500 000]	12,2	[9,4 - 15,7]	12,1	[9,4 - 15,6]	670 000	[520 000 - 860 000]
Namibie	190 000	[160 000 - 220 000]	21,3	[18,2 - 24,7]	21,3	[18,2 - 24,7]	110 000	[94 000 - 130 000]
Niger	51 000	[26 000 - 98 000]	1,2	[0,7 - 2,3]	1,1	[0,5 - 2,0]	36 000	[19 000 - 68 000]
Nigéria	3 100 000	[2 100 000 - 4 600 000]	5,4	[3,6 - 8,0]	5,5	[3,7 - 8,1]	1 900 000	[1 200 000 - 2 700 000]
Ouganda *	520 000	[370 000 - 810 000]	4,1	[2,8 - 6,6]	5,1	[3,5 - 7,9]	270 000	[170 000 - 410 000]
République centrafricaine	230 000	[140 000 - 360 000]	13,5	[8,3 - 21,2]	13,5	[8,3 - 21,2]	130 000	[83 000 - 210 000]
Rép. démocratique du Congo**	950 000	[390 000 - 2 200 000]	4,2	[1,7 - 9,9]	4,2	[1,7 - 10,0]	570 000	[230 000 - 1 300 000]
Rép.-Unie de Tanzanie *	1 400 000	[1 100 000 - 2 000 000]	8,8	[6,4 - 11,9]	9,0	[6,6 - 12,2]	840 000	[610 000 - 1 100 000]
Rwanda *	220 000	[140 000 - 320 000]	5,1	[3,4 - 7,6]	5,1	[3,4 - 7,6]	130 000	[86 000 - 200 000]
Sénégal *	38 000	[19 000 - 76 000]	0,8	[0,4 - 1,7]	0,8	[0,4 - 1,6]	23 000	[12 000 - 47 000]
Sierra Leone	...	...	...	...	...	...	...	...
Somalie	...	...	...	...	...	...	...	...
Swaziland **	190 000	[180 000 - 200 000]	38,8	[37,2 - 40,4]	38,2	[36,5 - 39,8]	110 000	[110 000 - 120 000]
Tchad	170 000	[110 000 - 260 000]	4,8	[3,1 - 7,2]	4,9	[3,2 - 7,4]	100 000	[66 000 - 150 000]
Togo	94 000	[61 000 - 140 000]	4,1	[2,7 - 6,4]	4,3	[2,8 - 6,6]	54 000	[35 000 - 84 000]
Zambie	800 000	[660 000 - 970 000]	16,5	[13,5 - 20,0]	16,7	[13,6 - 20,2]	470 000	[380 000 - 570 000]
Zimbabwe	1 600 000	[1 400 000 - 1 800 000]	24,6	[21,7 - 27,8]	24,9	[22,0 - 28,1]	930 000	[820 000 - 1 000 000]

1. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH (suite)

Pays	Femmes (15-49), fin 2001		Enfants (0-14), fin 2003		Enfants (0-14), fin 2001	
	Estimation	[estimation inférieure – estimation supérieure]	Estimation	[estimation inférieure – estimation supérieure]	Estimation	[estimation inférieure – estimation supérieure]
Total mondial	15 700 000	[14 600 000 - 17 400 000]	2 100 000	[1 900 000 - 2 500 000]	2 000 000	[1 800 000 - 2 300 000]
Afrique subsaharienne	12 500 000	[11 600 000 - 13 900 000]	1 900 000	[1 700 000 - 2 200 000]	1 800 000	[1 600 000 - 2 100 000]
Afrique du Sud *	2 700 000	[2 300 000 - 3 200 000]	230 000	[150 000 - 340 000]	190 000	[130 000 - 280 000]
Angola	110 000	[44 000 - 280 000]	23 000	[8 600 - 61 000]	20 000	[7 500 - 54 000]
Bénin	34 000	[19 000 - 59 000]	5 700	[2 900 - 11 000]	5 100	[2 600 - 10 000]
Botswana *	190 000	[180 000 - 190 000]	25 000	[17 000 - 36 000]	22 000	[15 000 - 33 000]
Burkina Faso *	140 000	[91 000 - 220 000]	31 000	[18 000 - 56 000]	31 000	[18 000 - 56 000]
Burundi	120 000	[84 000 - 180 000]	27 000	[16 000 - 45 000]	26 000	[15 000 - 44 000]
Cameroun *	280 000	[200 000 - 400 000]	43 000	[26 000 - 72 000]	39 000	[23 000 - 64 000]
Comores	...	...	...	...	...	...
Congo	45 000	[20 000 - 99 000]	10 000	[4 200 - 26 000]	11 000	[4 400 - 26 000]
Côte d'Ivoire	270 000	[190 000 - 380 000]	40 000	[24 000 - 67 000]	38 000	[23 000 - 64 000]
Djibouti	4 200	[1 200 - 12 000]	680	[210 - 2 400]	570	[200 - 2 300]
Erythrée	31 000	[11 000 - 84 000]	5 600	[1 900 - 17 000]	5 400	[1 800 - 16 000]
Ethiopie	670 000	[430 000 - 1 000 000]	120 000	[69 000 - 220 000]	110 000	[60 000 - 190 000]
Gabon	21 000	[10 000 - 41 000]	2 500	[1 200 - 5 300]	2 000	[900 - 4 400]
Gambie	3 500	[1 000 - 12 000]	500	[100 - 1 900]	<500	[<1 600]
Ghana *	170 000	[110 000 - 280 000]	24 000	[9 600 - 36 000]	22 000	[12 000 - 41 000]
Guinée *	59 000	[21 000 - 160 000]	9 200	[3 300 - 26 000]	7 300	[2 500 - 22 000]
Guinée-Bissau	...	...	...	...	...	...
Guinée équatoriale	...	...	...	...	...	...
Kenya	750 000	[540 000 - 1 000 000]	100 000	[61 000 - 170 000]	100 000	[63 000 - 170 000]
Lesotho *	170 000	[150 000 - 180 000]	22 000	[15 000 - 32 000]	20 000	[13 000 - 29 000]
Libéria	45 000	[20 000 - 99 000]	8 000	[3 400 - 19 000]	6 400	[2 600 - 16 000]
Madagascar	55 000	[27 000 - 91 000]	8 600	[2 500 - 30 000]	6 000	[1 600 - 22 000]
Malawi *	440 000	[350 000 - 540 000]	83 000	[54 000 - 130 000]	77 000	[50 000 - 120 000]
Mali	65 000	[21 000 - 200 000]	13 000	[3 900 - 42 000]	12 000	[3 500 - 38 000]
Maurice	...	...	...	...	...	...
Mauritanie	3 300	[1 600 - 5 500]	...	...	...	...
Mozambique	640 000	[490 000 - 820 000]	99 000	[63 000 - 160 000]	87 000	[55 000 - 140 000]
Namibie	100 000	[90 000 - 120 000]	15 000	[10 000 - 22 000]	12 000	[8 200 - 18 000]
Niger	29 000	[15 000 - 56 000]	5 900	[2 800 - 12 000]	4 500	[2 100 - 9 700]
Nigéria	1 800 000	[1 200 000 - 2 600 000]	290 000	[170 000 - 500 000]	260 000	[150 000 - 450 000]
Ouganda *	310 000	[210 000 - 460 000]	84 000	[46 000 - 150 000]	97 000	[54 000 - 160 000]
République centrafricaine	130 000	[80 000 - 200 000]	21 000	[11 000 - 38 000]	19 000	[10 000 - 35 000]
Rép. démocratique du Congo **	540 000	[220 000 - 1 300 000]	110 000	[42 000 - 280 000]	100 000	[40 000 - 270 000]
Rép.-Unie de Tanzanie *	820 000	[600 000 - 1 100 000]	140 000	[85 000 - 230 000]	130 000	[83 000 - 220 000]
Rwanda *	120 000	[81 000 - 180 000]	22 000	[12 000 - 37 000]	20 000	[12 000 - 35 000]
Sénégal *	21 000	[10 000 - 43 000]	3 100	[1 400 - 6 800]	2 700	[1 200 - 5 900]
Sierra Leone	...	...	...	...	...	...
Somalie	...	...	...	...	...	...
Swaziland **	110 000	[100 000 - 110 000]	16 000	[11 000 - 23 000]	14 000	[9 400 - 20 000]
Tchad	97 000	[64 000 - 150 000]	18 000	[10 000 - 32 000]	16 000	[9 400 - 29 000]
Togo	53 000	[34 000 - 82 000]	9 300	[5 200 - 17 000]	8 700	[4 900 - 15 000]
Zambie	450 000	[370 000 - 550 000]	85 000	[56 000 - 130 000]	84 000	[55 000 - 130 000]
Zimbabwe	900 000	[790 000 - 1 000 000]	120 000	[84 000 - 180 000]	120 000	[83 000 - 180 000]

Pays	2. Décès dus au SIDA				3. Orphelins du SIDA			
	Nombre de décès chez les adultes et les enfants, fin 2003		Nombre de décès chez les adultes et les enfants, fin 2001		Orphelins (0-17) en vie, 2003		Orphelins (0-17) en vie, 2001	
	Estimation	[estimation inférieure – estimation supérieure]	Estimation	[estimation inférieure – estimation supérieure]	Estimation	[estimation inférieure – estimation supérieure]	Estimation	[estimation inférieure – estimation supérieure]
Total mondial	2 900 000	[2 600 000 - 3 300 000]	2 500 000	[2 300 000 - 2 800 000]	15 000 000	[13 000 000 - 18 000 000]	11 500 000	[10 000 000 - 14 000 000]
Afrique subsaharienne	2 200 000	[2 000 000 - 2 500 000]	1 900 000	[1 700 000 - 2 200 000]	12 100 000	[11 000 000 - 13 400 000]	9 600 000	[8 800 000 - 10 700 000]
Afrique du Sud *	370 000	[270 000 - 520 000]	270 000	[190 000 - 390 000]	1 100 000	[710 000 - 1 500 000]	660 000	[440 000 - 940 000]
Angola	21 000	[9 600 - 45 000]	18 000	[8 500 - 40 000]	110 000	[74 000 - 160 000]	87 000	[58 000 - 120 000]
Bénin	5 800	[3 400 - 10 000]	4 900	[2 800 - 8 600]	34 000	[23 000 - 48 000]	25 000	[17 000 - 36 000]
Botswana *	33 000	[25 000 - 43 000]	28 000	[21 000 - 37 000]	120 000	[84 000 - 180 000]	95 000	[63 000 - 140 000]
Burkina Faso *	29 000	[18 000 - 47 000]	30 000	[19 000 - 48 000]	260 000	[180 000 - 370 000]	240 000	[160 000 - 340 000]
Burundi	25 000	[16 000 - 39 000]	25 000	[16 000 - 38 000]	200 000	[130 000 - 280 000]	170 000	[120 000 - 250 000]
Cameroun *	49 000	[32 000 - 74 000]	41 000	[26 000 - 63 000]	240 000	[160 000 - 340 000]	170 000	[110 000 - 240 000]
Comores	...	...	...	...	...	...	...	...
Congo	9 700	[4 900 - 20 000]	10 000	[5 100 - 20 000]	97 000	[65 000 - 140 000]	87 000	[59 000 - 120 000]
Côte d'Ivoire	47 000	[30 000 - 72 000]	43 000	[28 000 - 66 000]	310 000	[200 000 - 440 000]	270 000	[180 000 - 390 000]
Djibouti	690	[320 - 1 900]	550	[300 - 1 800]	5 000	[3 400 - 7 200]	4 100	[2 700 - 5 800]
Erythrée	6 300	[2 900 - 14 000]	5 800	[2 700 - 13 000]	39 000	[26 000 - 55 000]	28 000	[19 000 - 41 000]
Ethiopie	120 000	[74 000 - 190 000]	100 000	[58 000 - 180 000]	720 000	[480 000 - 1 000 000]	560 000	[370 000 - 790 000]
Gabon	3 000	[1 500 - 5 700]	2 200	[1 100 - 4 500]	14 000	[9 300 - 20 000]	10 000	[6 900 - 15 000]
Gambie	600	[200 - 1 500]	<500	[<1 200]	2 000	[1 500 - 3 200]	1 500	[990 - 2 100]
Ghana *	30 000	[18 000 - 49 000]	26 000	[16 000 - 42 000]	170 000	[120 000 - 250 000]	140 000	[91 000 - 190 000]
Guinée *	9 000	[4 000 - 20 000]	6 900	[3 000 - 16 000]	35 000	[23 000 - 50 000]	25 000	[17 000 - 35 000]
Guinée-Bissau	...	...	...	...	...	...	...	...
Guinée équatoriale	...	...	...	...	...	...	...	...
Kenya	150 000	[89 000 - 200 000]	140 000	[87 000 - 190 000]	650 000	[430 000 - 930 000]	500 000	[340 000 - 720 000]
Lesotho *	29 000	[22 000 - 39 000]	24 000	[18 000 - 33 000]	100 000	[68 000 - 150 000]	68 000	[46 000 - 97 000]
Libéria	7 200	[3 500 - 15 000]	5 900	[2 800 - 12 000]	36 000	[24 000 - 52 000]	28 000	[19 000 - 40 000]
Madagascar	7 500	[3 200 - 16 000]	4 900	[2 100 - 11 000]	30 000	[20 000 - 42 000]	18 000	[12 000 - 25 000]
Malawi *	84 000	[58 000 - 120 000]	75 000	[52 000 - 110 000]	500 000	[330 000 - 710 000]	390 000	[260 000 - 560 000]
Mali	12 000	[5 100 - 29 000]	11 000	[4 500 - 26 000]	75 000	[50 000 - 110 000]	59 000	[40 000 - 85 000]
Maurice	...	...	...	...	...	...	...	...
Mauritanie	<500	[<1 000]	<500	[<1 000]	2 000	[1 100 - 2 300]	1 000	[700 - 1 400]
Mozambique	110 000	[74 000 - 160 000]	89 000	[60 000 - 130 000]	470 000	[310 000 - 670 000]	330 000	[220 000 - 470 000]
Namibie	16 000	[11 000 - 22 000]	11 000	[7 900 - 16 000]	57 000	[38 000 - 81 000]	33 000	[22 000 - 48 000]
Niger	4 800	[2 300 - 9 800]	3 600	[1 700 - 7 600]	24 000	[16 000 - 35 000]	16 000	[11 000 - 23 000]
Nigéria	310 000	[200 000 - 490 000]	260 000	[160 000 - 410 000]	1 800 000	[1 200 000 - 2 600 000]	1 300 000	[890 000 - 1 900 000]
Ouganda *	78 000	[54 000 - 120 000]	94 000	[66 000 - 140 000]	940 000	[630 000 - 1 400 000]	910 000	[610 000 - 1 300 000]
République centrafricaine	23 000	[13 000 - 40 000]	20 000	[12 000 - 35 000]	110 000	[77 000 - 160 000]	90 000	[60 000 - 130 000]
Rép. démocratique du Congo**	100 000	[50 000 - 220 000]	100 000	[48 000 - 210 000]	770 000	[520 000 - 1 100 000]	680 000	[450 000 - 970 000]
Rép.-Unie de Tanzanie *	160 000	[110 000 - 230 000]	150 000	[98 000 - 220 000]	980 000	[660 000 - 1 400 000]	790 000	[530 000 - 1 100 000]
Rwanda *	22 000	[14 000 - 36 000]	21 000	[14 000 - 34 000]	160 000	[110 000 - 240 000]	160 000	[110 000 - 230 000]
Sénégal *	3 500	[1 900 - 6 500]	2 800	[1 500 - 5 300]	17 000	[12 000 - 25 000]	12 000	[8 200 - 18 000]
Sierra Leone	...	...	...	...	...	...	...	...
Somalie	...	...	...	...	...	...	...	...
Swaziland **	17 000	[13 000 - 23 000]	13 000	[9 900 - 18 000]	65 000	[43 000 - 93 000]	44 000	[30 000 - 63 000]
Tchad	18 000	[11 000 - 28 000]	16 000	[9 900 - 25 000]	96 000	[64 000 - 140 000]	73 000	[49 000 - 100 000]
Togo	10 000	[6 400 - 16 000]	8 900	[5 600 - 14 000]	54 000	[36 000 - 77 000]	37 000	[25 000 - 53 000]
Zambie	89 000	[63 000 - 130 000]	88 000	[62 000 - 120 000]	630 000	[420 000 - 910 000]	570 000	[380 000 - 810 000]
Zimbabwe	170 000	[130 000 - 230 000]	160 000	[120 000 - 220 000]	980 000	[660 000 - 1 400 000]	830 000	[560 000 - 1 200 000]

Annexe I – 3 : Construction de l'indicateur "taux de prévalence de l'infection au VIH/Sida"

La mesure de l'épidémie s'appuie essentiellement sur deux sources de données : les cas officiellement notifiés par les Etats à l'OMS et les résultats de sondages sérologiques.

Dans ce dernier cas, aucun test à l'échelle de l'ensemble de la population n'est effectué, il s'agit d'extrapolation. La population de référence prise en compte est généralement celle des femmes enceintes fréquentant les consultations prénatales. Elle est considérée comme représentative car la probabilité de grossesse est équitablement répartie dans la population féminine et une extrapolation est réalisée pour tenir compte des femmes qui ne se rendent pas à des consultations prénatales.

Les cas notifiés ne sont que de simples indicateurs de tendance. Ils ne représentent selon l'OMS que 10 à 20% des cas. On relève une très grande disparité d'enregistrement selon les pays et à l'intérieur des pays, les zones urbaines, où se concentrent les équipements sanitaires, étant plus à même de fournir cette information par rapport aux zones rurales.

L'évolution du taux de prévalence est témoin de la vitesse de propagation de l'épidémie. L'étude de la distribution de la prévalence selon les groupes d'âge, le sexe, les catégories socioprofessionnelles, la zone géographique... est intéressante et permet de mieux cibler les actions.

Certains indicateurs démographiques, qui se dégradent avec l'épidémie du VIH/Sida, peuvent fournir une appréciation de l'ampleur de l'épidémie. Il s'agit de la mortalité infantile, de la mortalité adulte (15/49ans) et surtout de l'adulte jeune (15/24 ans) et de l'espérance de vie.

Cependant, il reste encore aujourd'hui difficile d'évaluer l'épidémie, et d'autant plus de faire des projections dans le temps mais des traits caractéristiques de la situation peuvent être dressés.

Annexe I – 4 : Estimation du nombre de jeunes de 15-24 ans vivant avec le VIH/Sida par grandes régions du Monde

	Total	%	Homme	%	Femme	%
Monde	11 800 000		4 500 000	39%	7 300 000	62%
Asie du Sud	1 100 000	9%	418 000	38%	682 000	62%
Asie de l'Est et du Pacifique	740 000	6%	377 400	51%	362 600	49%
Moyen Orient et Afrique du Nord	160 000	1%	944	59%	656	41%
ECO/CEI et Etats Baltés	430 000	4%	279 500	65%	150 500	35%
Pays industrialisés	240 000	2%	160 800	67%	79 200	33%
Amérique latine et Caraïbes	560 000	5%	386 400	69%	173 600	31%
Afrique Subsaharienne	8 600 000	73%	2 838 000	33%	5 762 000	67%

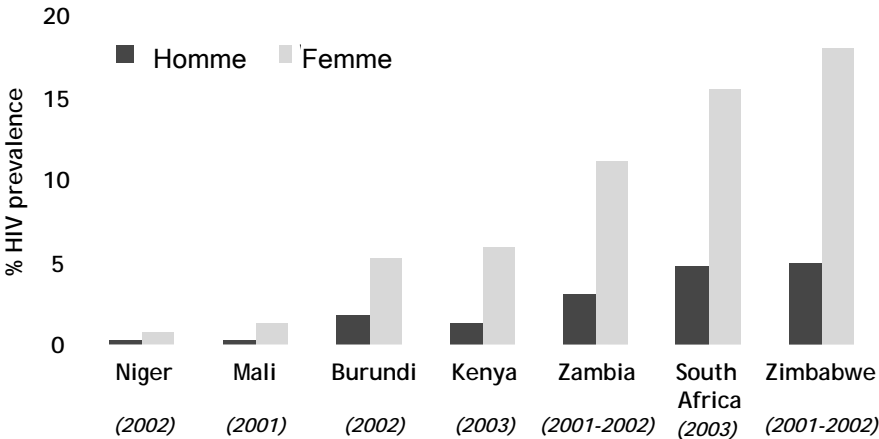
Source : UNICEF, ONUSIDA, OMS 2002

Annexe I – 5 : Estimation du pourcentage de jeunes de 15-24 ans vivant avec le VIH/Sida dans la population des PVVIH par grandes régions du Monde

	Total PVVIH	Total PVVIH de 15-24 ans	En % du total
Monde	37 800 000	11 800 000	31,2 %
Asie	7 400 000	1 840 000	24,8 %
Moyen Orient et Afrique du Nord	480 000	160 000	33,3%
Amérique latine et Caraïbes	2 000 000	560 000	28 %
Afrique Subsaharienne	25 000 000	8 600 000	34,4 %

Annexe I – 6 : Différence Homme – Femme de prévalence au VIH chez les jeunes de 15-24 ans

Graphique A1: Taux de prévalence des jeunes de 15 à 24 ans dans différents pays d'Afrique subsaharienne

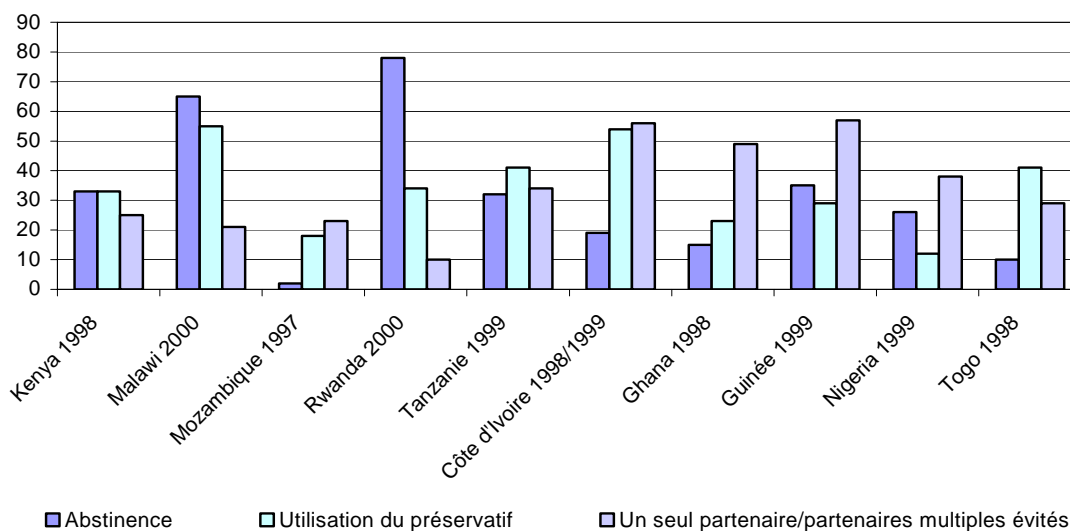


Source : UNAIDS, rapport sur l'épidémie du Sida 2004

Annexe I - 7 : Niveau de connaissance sur le VIH/Sida des adolescentes africaines

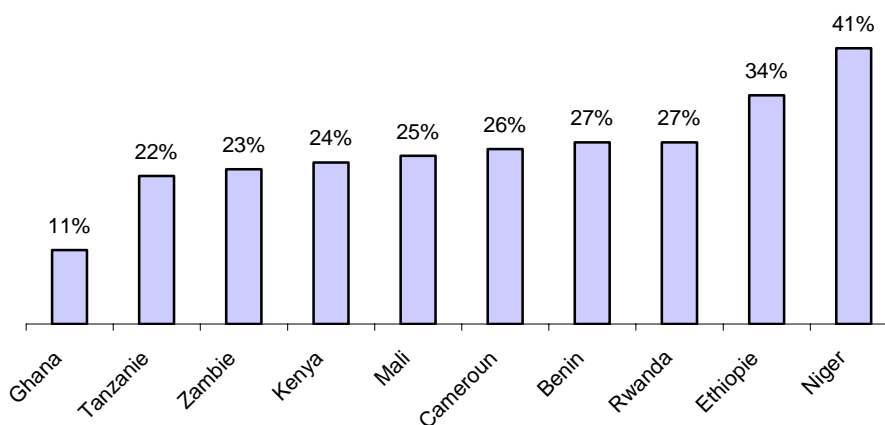
Graphique A2 : Sensibilisation au VIH/Sida des adolescentes en Afrique

*Jeunes femmes au courant du VIH/sida et des moyens de prévention efficaces
(Pourcentage de femmes âgées de 15 à 19 ans)*



Source : ORC Macro, Enquêtes démographiques et de santé.

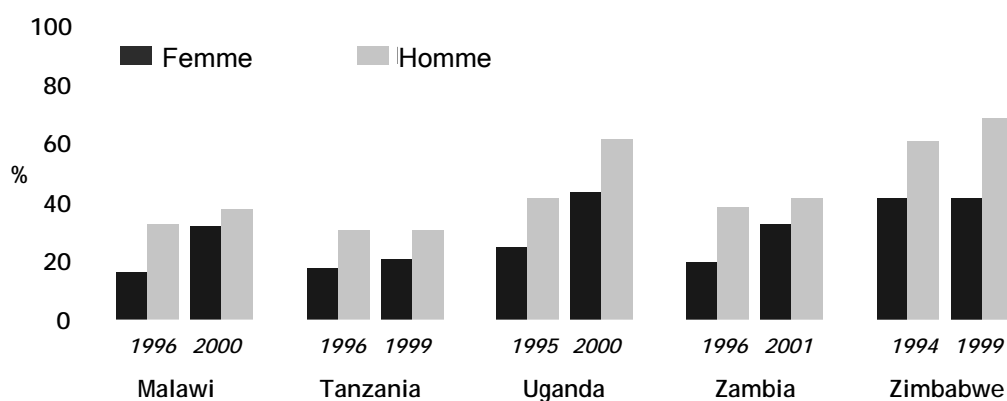
Graphique A3 : Pourcentage de filles qui ne savent pas qu'une personne vivant avec le VIH peut sembler en bonne santé



Source : DHS 1998-2002

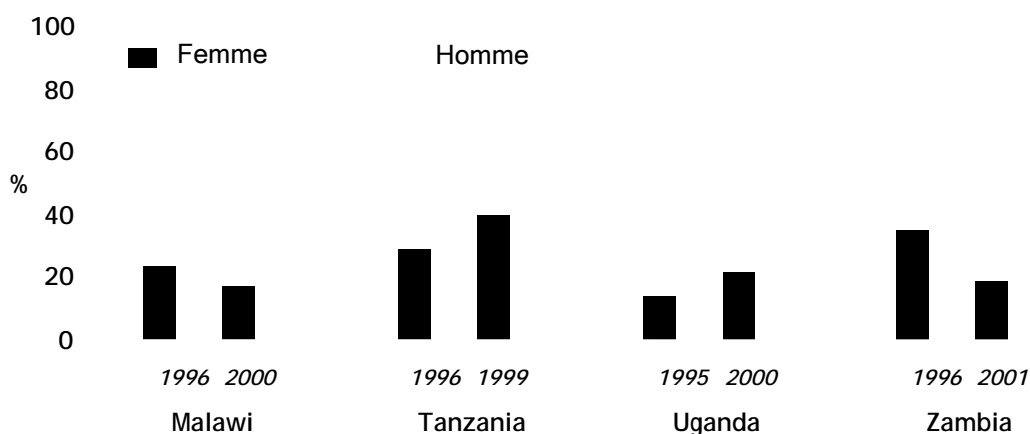
Annexe I - 8 : Comportements sexuels des jeunes de 15-24 ans (utilisation du préservatif et relations occasionnelles)

Graphique A4 : Pourcentage de jeunes de 15-24 ans déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels avec un partenaire occasionnel parmi ceux qui ont eu de telles relations au cours des douze derniers mois



Source : UNAIDS, rapport sur l'épidémie du Sida 2004

Graphique A5 : Pourcentage de jeunes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des douze derniers mois



Source : UNAIDS, rapport sur l'épidémie du Sida 2004

Annexe I - 9 : Données sur l'importance de la population jeune en Afrique subsaharienne

Les jeunes représentent une part importante de la population. En effet, les pays africains sont en général caractérisés par une population extrêmement jeune qui représente environ 50% de la population totale

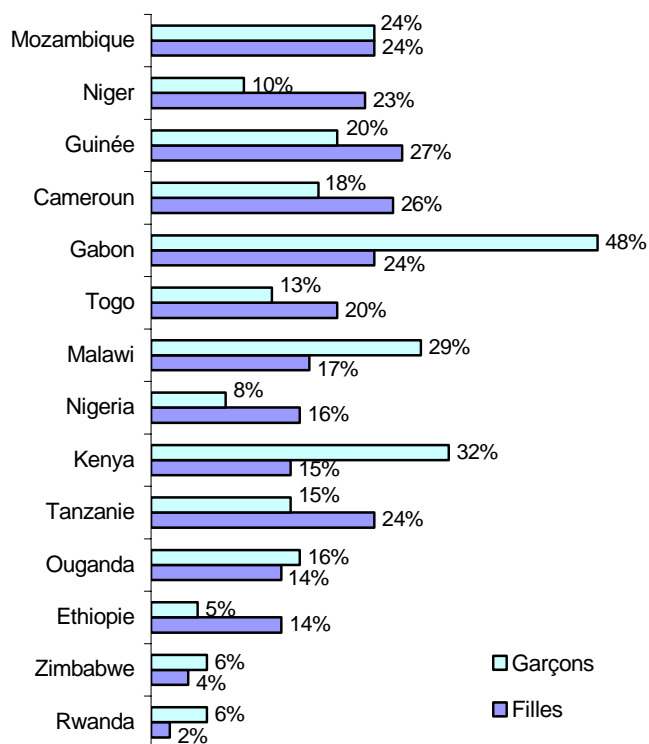
Tableau A1 : Population jeune dans les pays d'Afrique

	Population totale	Population 0-14 ans	en % population totale	Population 15-24 ans	En % population totale
Afrique Subsaharienne	717 412 656	311 646 674	43,44	148 700 403	20,73
Bénin	7 250 033	3 390 514	46,77	1 461 271	20,16
Botswana	1 561 973	612 734	39,23	376 095	24,08
Burkina Faso	13 574 820	6 249 452	46,04	2 716 992	20,01
Cameroun	16 063 678	6 750 990	42,03	3 413 908	21,25
Kenya	32 021 856	13 005 627	40,61	7 780 894	24,30
Madagascar	17 501 871	7 857 600	44,90	3 374 256	19,28
Mali	11 956 788	5 636 956	47,14	2 371 431	19,83
Ouganda	26 404 543	13 349 957	50,56	5 369 569	20,34
Sénégal	10 852 147	4 693 309	43,25	2 267 596	20,90
Tanzanie	36 588 225	16 158 062	44,16	7 818 429	21,37
Togo	5 556 812	2 437 065	43,86	1 208 941	21,76
Zambie	10 462 436	4 820 899	46,08	2 392 794	22,87
Zimbabwe	12 671 860	4 992 723	39,40	3 082 278	24,32

Source : US Census Bureau 2004

Annexe I - 10 : Données sur les comportements sexuels des adolescents en Afrique Subsaharienne

Graphique A6 : Pourcentage de jeunes de 15 à 19 ans qui ont des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans

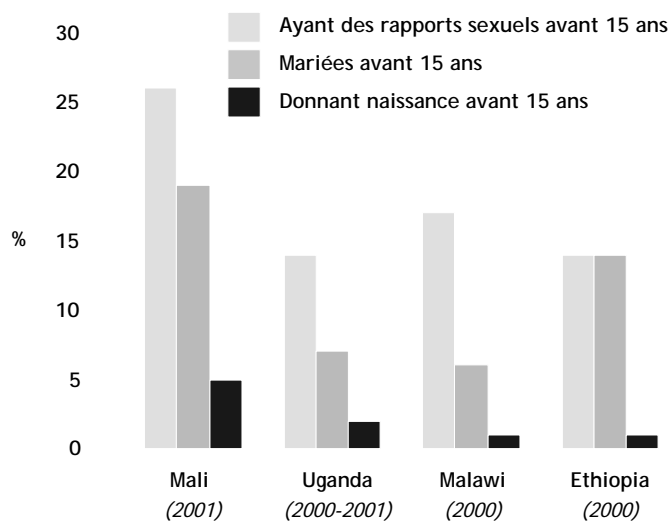


Source : *Enquête sur la population et la santé, 1998-2001*
Enquête sur le comportement en matière de santé des enfants d'âge primaire

La proportion de jeunes déclarant avoir eu des rapports sexuels avant 15 ans n'est pas négligeable, dans beaucoup de pays elle oscille autour d'un quart.

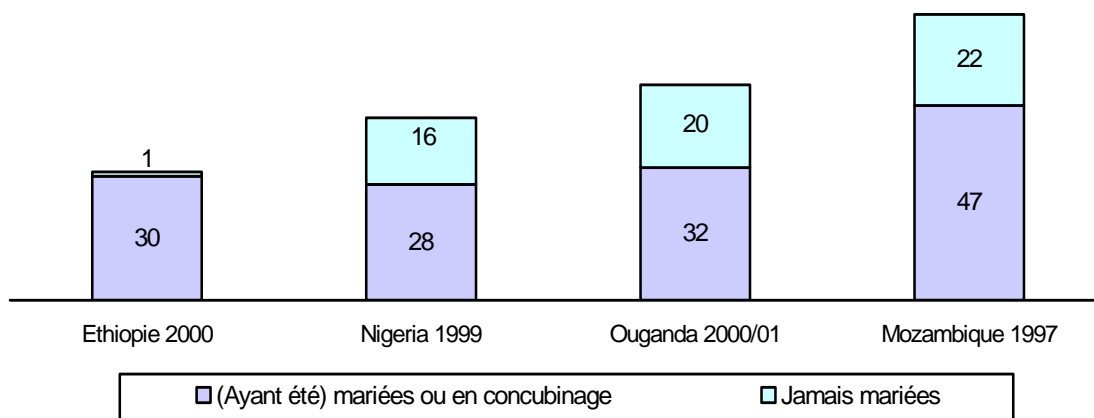
↪ suite

Graphique A7 : Statut de la santé reproductive et sexuelle des adolescentes de 15-19 ans



Source : UNAIDS, rapport sur l'épidémie du Sida 2004

Graphique A8 : Pourcentage d'adolescentes de 15-19 ans qui ont des rapports sexuels selon le statut marital



Source : ORC Macro, Enquêtes démographiques et de santé.

Dans les quatre pays d'Afrique renseignés, on voit qu'il est assez courant pour de jeunes adolescentes de 15-19 ans d'être actives sexuellement.

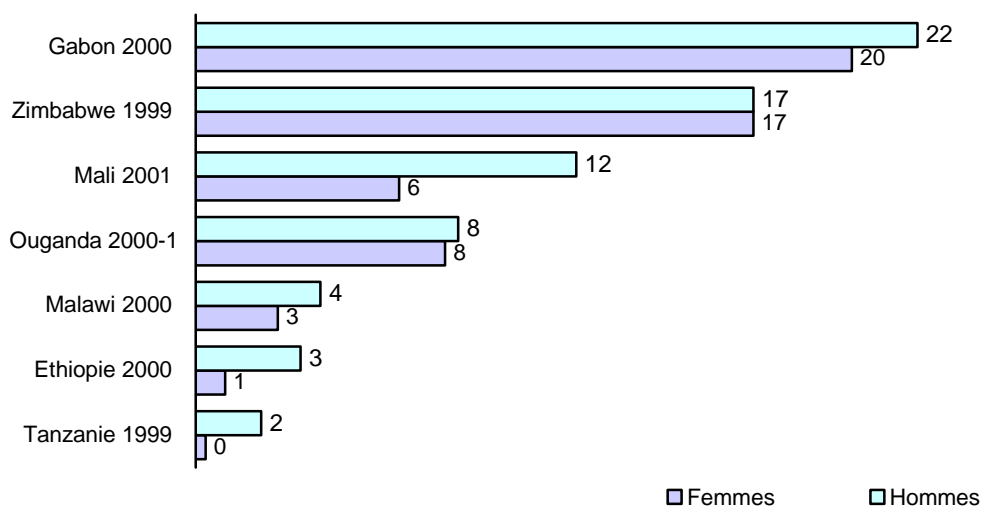
Annexe I - 11 : Exposition au Mass Média et probabilité de recevoir des informations de prévention au VIH/Sida

Pour les pays de l'enquête ci dessous la proportion de jeunes touchés par des programmes de prévention au VIH/Sida via les mass média est au maximum de 22% pour les jeunes hommes au Gabon.

L'école est donc un mode de diffusion de connaissances essentiel dans des pays où l'accès au mass média, et à d'autres sources d'informations est limité.

Graphique A9 : Exposition au Mass Média et probabilité de recevoir des informations de prévention au VIH/Sida

Jeunes de 15 à 19 ans qui reçoivent régulièrement des nouvelles imprimées, radio ou télé diffusées



Source : ORC Macro, Enquêtes démographiques et de santé.

Annexe I – 12 : Le lien entre le niveau d'éducation et le taux de prévalence au VIH/Sida des pays

Dans les pays où le **taux de prévalence est faible**, les personnes d'un niveau d'éducation élevé sont moins infectées par le VIH/Sida.

En effet, pour les pays où le taux d'infection est faible on peut supposer que les infections au début de l'épidémie, quand l'information manquait, étaient peu nombreuses, et qu'aujourd'hui les infections sont le fait des personnes les moins bien informées sur le VIH/Sida soient celles d'un niveau d'éducation faible. La majorité des personnes atteintes par le Sida dans ces pays sont ou seront les personnes les plus défavorisées du point de vue de l'éducation et donc par suite les plus pauvres.

Dans les pays connaissant un **fort taux de prévalence** au VIH/Sida aujourd'hui, les personnes d'un niveau d'éducation élevé connaissaient des taux d'infection au VIH plus élevé au début de l'épidémie, puis le niveau d'infection entre les personnes d'un faible niveau d'éducation et d'un niveau d'éducation élevé s'équilibre pour se renverser en défaveur des personnes de faible niveau d'éducation. Aujourd'hui le lien observé entre niveau d'éducation et prévalence au VIH dépend du point de renversement de la courbe d'infection des personnes d'un niveau d'éducation élevé qui dépend de leur niveau de connaissance sur la maladie et leur capacité à adopter les comportements adéquats.

En effet, pour les pays à fort taux de prévalence, l'apparition de l'épidémie a été précoce dans un contexte de faible diffusion de l'information sur la maladie et a touché les personnes de niveau d'éducation élevé, rendues vulnérables par leur aisance financière et sociale. Par la suite le profil social s'est inversé, les personnes d'un niveau d'éducation élevé ont changé leur comportement au fur et à mesure de la diffusion d'information sur la maladie alors que les personnes d'un niveau d'éducation plus faible ont des difficultés à avoir l'information et à l'intégrer. Ainsi les nouvelles infections ont lieu de façon plus importante parmi les personnes de faible niveau d'éducation mais de nombreuses personnes infectées appartiennent toujours aux classes sociales élevées et d'un niveau d'éducation élevée.

Par suite, l'épidémie risque de se concentrer sur les populations les plus pauvres de la société, étant donné que le niveau d'éducation est très lié à l'appartenance sociale.

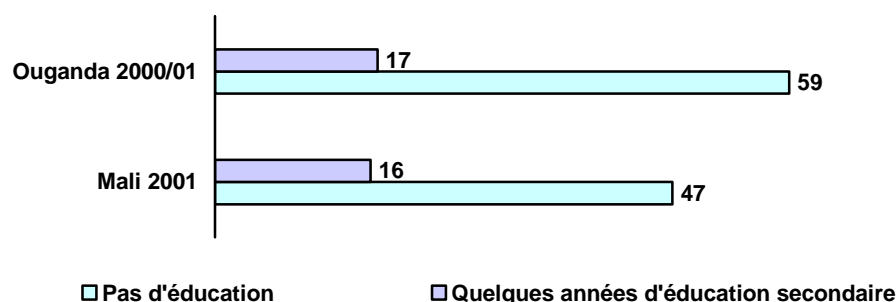
Annexe I- 13 : Le niveau d'éducation des filles et la maîtrise de leur vie reproductive

Les données existantes sur le niveau d'éducation et les taux de prévalence au VIH étant peu nombreuses, on peut essayer d'analyser les effets de l'éducation par d'autres biais comme la fréquence des grossesses (qui supposent des relations non protégées) selon le niveau d'éducation. Or plus le niveau d'éducation des filles est élevé plus elles sont à même de maîtriser leur contraception et par élargissement plus elles doivent être capables de gérer leur relation intime avec l'autre sexe notamment pour l'utilisation du préservatif. Ce qui va dans le sens d'une moindre vulnérabilité au VIH/Sida pour les personnes d'un niveau d'éducation plus élevé.

La fréquence des grossesses est plus élevée pour les adolescentes d'un niveau faible d'éducation.

Graphique A10 : Grossesses parmi les adolescentes selon le niveau d'éducation

Femmes de 15 à 19 ans mères ou enceintes de leur premier enfant

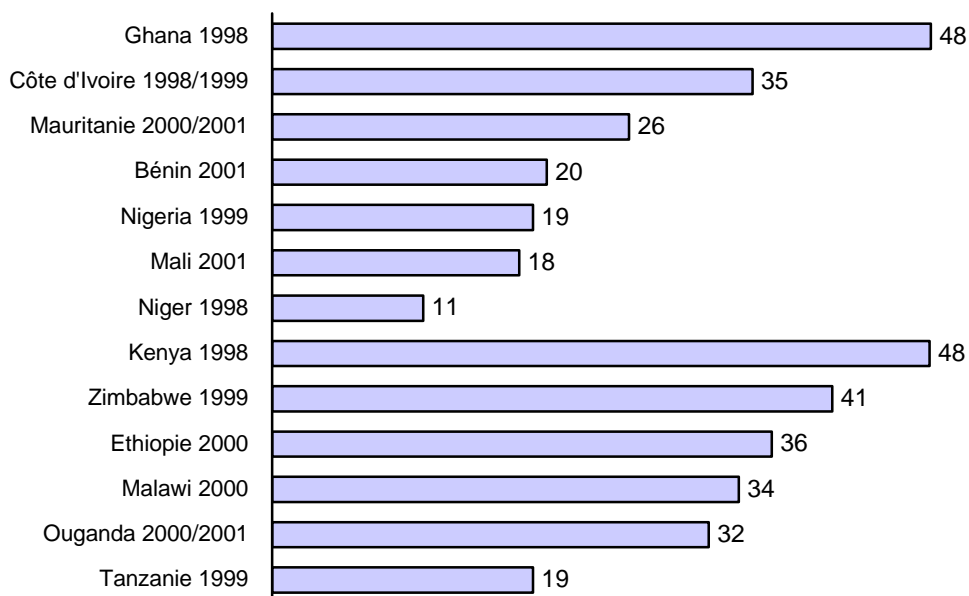


Source : ORC Macro, Enquêtes démographiques et de santé

De plus, nombreuses sont les jeunes femmes africaines déclarant ne pas avoir planifié leur grossesse, ce qui laisse supposer qu'elles ont une faible capacité à maîtriser leur contraception.

Graphique A11 : Naissances non planifiées parmi les adolescentes d'Afrique

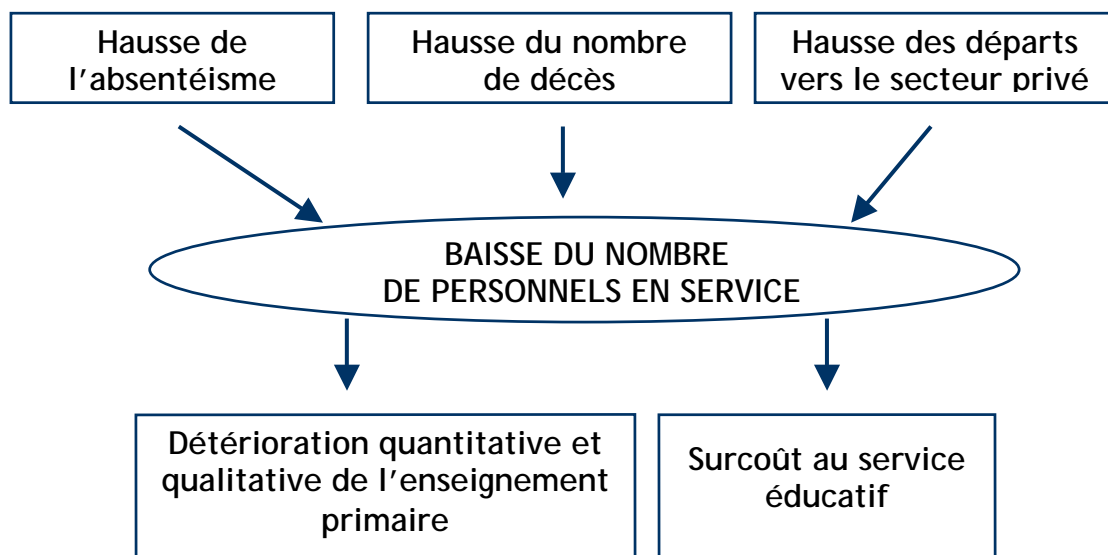
Naissances parmi les femmes âgées de 15 à 19 ans ayant déclaré que les grossesses étaient non planifiées (en%)



Source : ORC Macro, *Enquêtes démographiques et de santé*

On peut penser que plus le niveau d'éducation des filles est élevé plus elles sont à même de maîtriser leur contraception et par élargissement plus elles doivent être capables de gérer leur relation intime avec l'autre sexe notamment pour l'utilisation du préservatif.

Annexe I - 14 : Schéma explicatif de l'impact du VIH/Sida sur l'offre d'éducation primaire



Annexe I - 15 : Etude de l'impact du VIH/Sida sur les enseignants du Kwazulu-Natal en Afrique du Sud

Taux de prévalence au VIH au Kwazulu Natal : 35%

Taux de prévalence au VIH en Afrique du Sud : 21,5%

Présentation du système d'éducation du Kwazulu Natal :

76 000 éducateurs pour 2.6 millions d'apprenants répartis dans 6 000 écoles.

90% du budget annuel d'éducation de la province sert à payer les enseignants.

L'étude a montré qu'en 1999 le niveau de départ des enseignants était de 7%. Soit pour 100 enseignants en poste, 7 quittaient la profession. Si on considère les raisons qui motivent ces départs, 1% des enseignants quitte la profession suite à des problèmes de santé pouvant être attribués au VIH/Sida et 6% partent pour des raisons "classiques" notamment pour occuper un poste du secteur privé.

L'étude cherchait à partir de ces données à estimer le niveau futur des départs enseignants. Celui ci est évalué à la hausse pour deux raisons :

- le niveau de départs des enseignants pour raison de santé va augmenter. La mortalité des enseignants due au Sida est actuellement évaluée à 3 fois plus importante que le reste de la population. Sur cette base et sur les estimations de prévalence à venir dans la population générale les taux de mortalité des enseignants sont estimés à :

1999	2000	2010
0,64%	0,85%	5%

- le niveau des départs enseignants augmente à cause de la pression qu'exerce le secteur privé. Suite au déficit de ressources humaines dans le secteur privé, ce secteur fait de plus en plus appel aux personnels qualifiés du secteur public, notamment les enseignants.

Parallèlement, le taux de croissance des admissions en première année est plus faible. Jusqu'en 98, il était d'environ 3% par an, sur la période 1998 à 2002 il était de 1.9% seulement, ce qui fait qu'en 2002 les admissions étaient inférieures de 16% à ce qu'elles auraient du être si la croissance annuelle des admissions avait continué à un taux de 3% comme les années précédentes.

Cependant, le taux de départ des enseignants est supérieur au taux de déclin de la demande scolaire induite par le VIH/Sida et mesuré par les taux d'admission.

Ce qui implique une nécessaire augmentation des recrutements et de la formation pour faire face au manque de personnels. Avant 2010, 60 000 nouveaux enseignants devront être recrutés et formés. Soit de 5 000 à 6 000 nouveaux enseignants chaque année.

A titre de comparaison, en Zambie, en 1998 le pays a perdu 1300 enseignants à cause du Sida. Une étude de la Banque Mondiale en 2000 a projeté qu'en 2010/2020, le sida aura tué entre 15 000 et 27 000 enseignants.

Source : Etude de l'université de Natal, Mars 2003

"Educator Mortality In Service in Kwazulu-Natal", Peter Badcock-Walters, Christopher Desmond, Daniel Wilson & Wendy Heard – Mobile Task Team on the impact of HIV/Aids on Education, HEARD, University of Natal – Mars 2003

Annexe I - 16 : Décès et absentéisme dus au VIH/Sida des enseignants dans 4 pays d'Afrique centrale

Pays	Absentéisme (en année maître perdue)		% attrition (décès des enseignants)		Séroprévalence	
	2002	2015	2002	2015	2002	2015
Burundi	162	378	20,4	14,8	7,8	6,3
Cameroun	524	2176	19,6	36,4	12,7	19,7
Congo	77	147	14,9	8	5,7	5,6
Gabon	21	26	7,8	1,5	8	8

Source : Projection réalisée par le biais du modèle EdSIDA, mai 2003
Estimations Onusida

Annexe I - 17 : Déficit de personnels du secteur privé suite à l'épidémie du VIH/Sida

Sur la base des estimations de l'ONUSIDA sur le nombre de personnes vivant avec le VIH/Sida, le Bureau International du Travail a réalisé des projections sur le nombre de personnes engagées dans une activité productive qui décèderont du Sida en l'absence d'un accès élargi aux traitements.

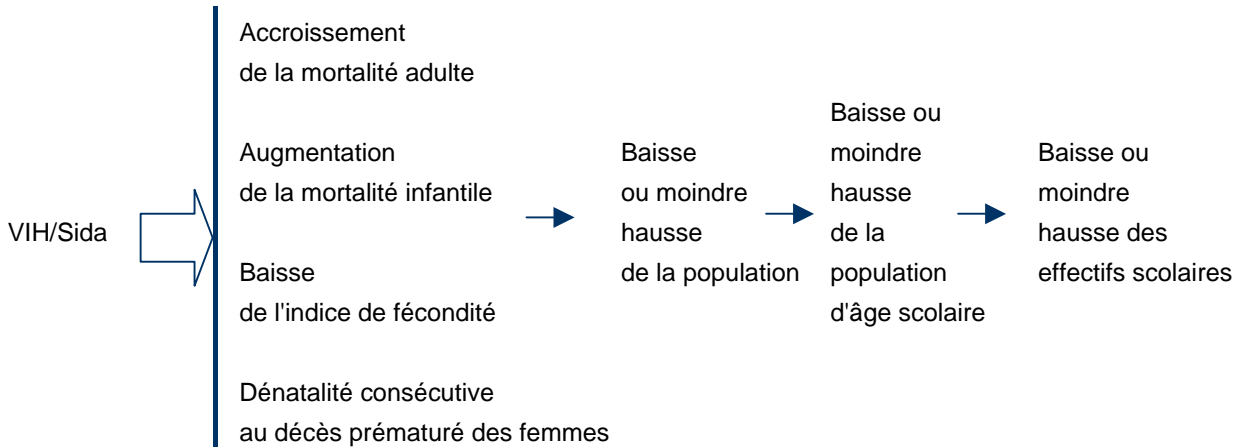
Soit : en 2005, 28 millions
en 2010, 48 millions
en 2015, 74 millions

De plus, le Bureau International du Travail estime qu'en 2005, 2 millions de personnes (et en 2010, 4 millions de personnes) seront dans l'incapacité de travailler pour des raisons de santé liées au VIH/Sida.

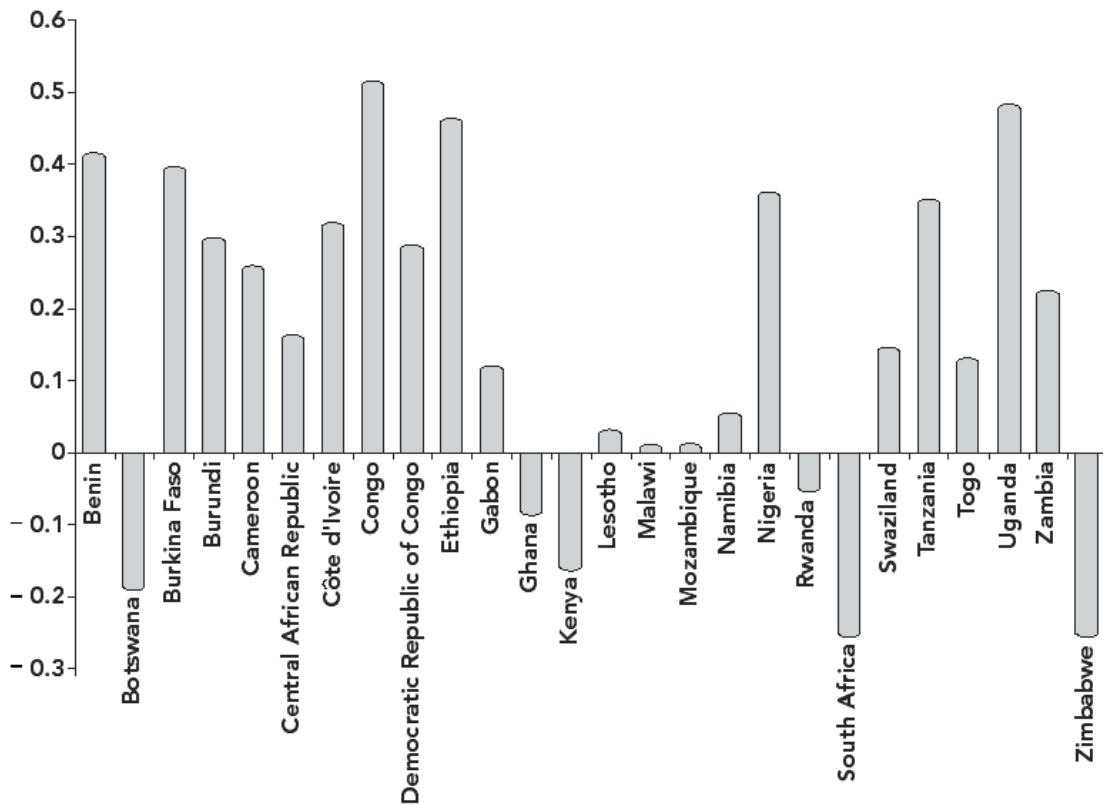
Par conséquent, les pays feront face à une baisse du capital humain en terme quantitatif et qualitatif suite à la maladie et à la mort d'actifs.

Annexe I - 18 : Schéma de l'impact démographique du VIH/Sida sur la population d'âge scolaire

L'épidémie du VIH/Sida provoque une coupe démographique. De nombreuses personnes d'âge adulte vont décéder du sida, ce qui implique une baisse du nombre de personne susceptible d'avoir des enfants et une durée de vie moins longue pour en avoir. Par conséquent, l'épidémie du VIH/Sida va diminuer le nombre d'enfant d'âge scolaire. Cependant cela ne signifie pas que l'évolution globale du nombre d'enfants d'âge scolaire est à la baisse, les pays africains étant dans une phase de croissance démographique. De façon générale, l'impact démographique du VIH/sida peut être schématisé comme suit :



Graphique A12 : Variation dans la population d'âge scolaire (5-14 ans) entre 2000-2015



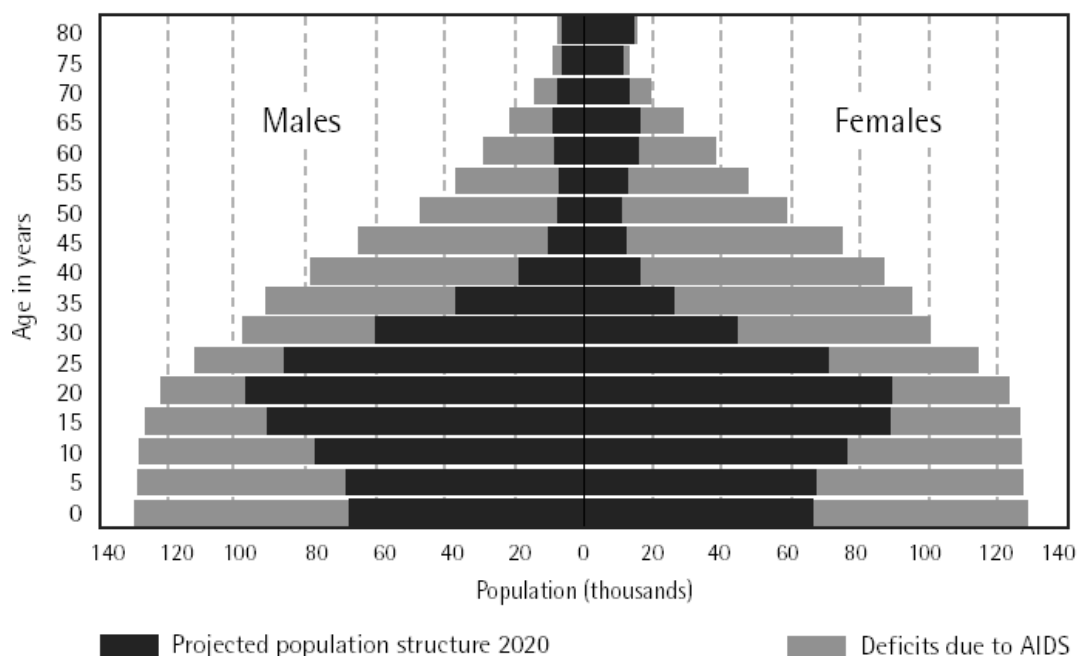
Source : US Census Bureau

Annexe I - 19 : Pyramides des âges au Botswana en 2020

L'étude comparative des pyramides des âges pour un pays donné en situation de VIH/Sida et sans VIH/Sida, par exemple ici le Botswana, montre bien où les coupes démographiques par classe d'âge induites par l'épidémie du VIH/Sida se réalisent.

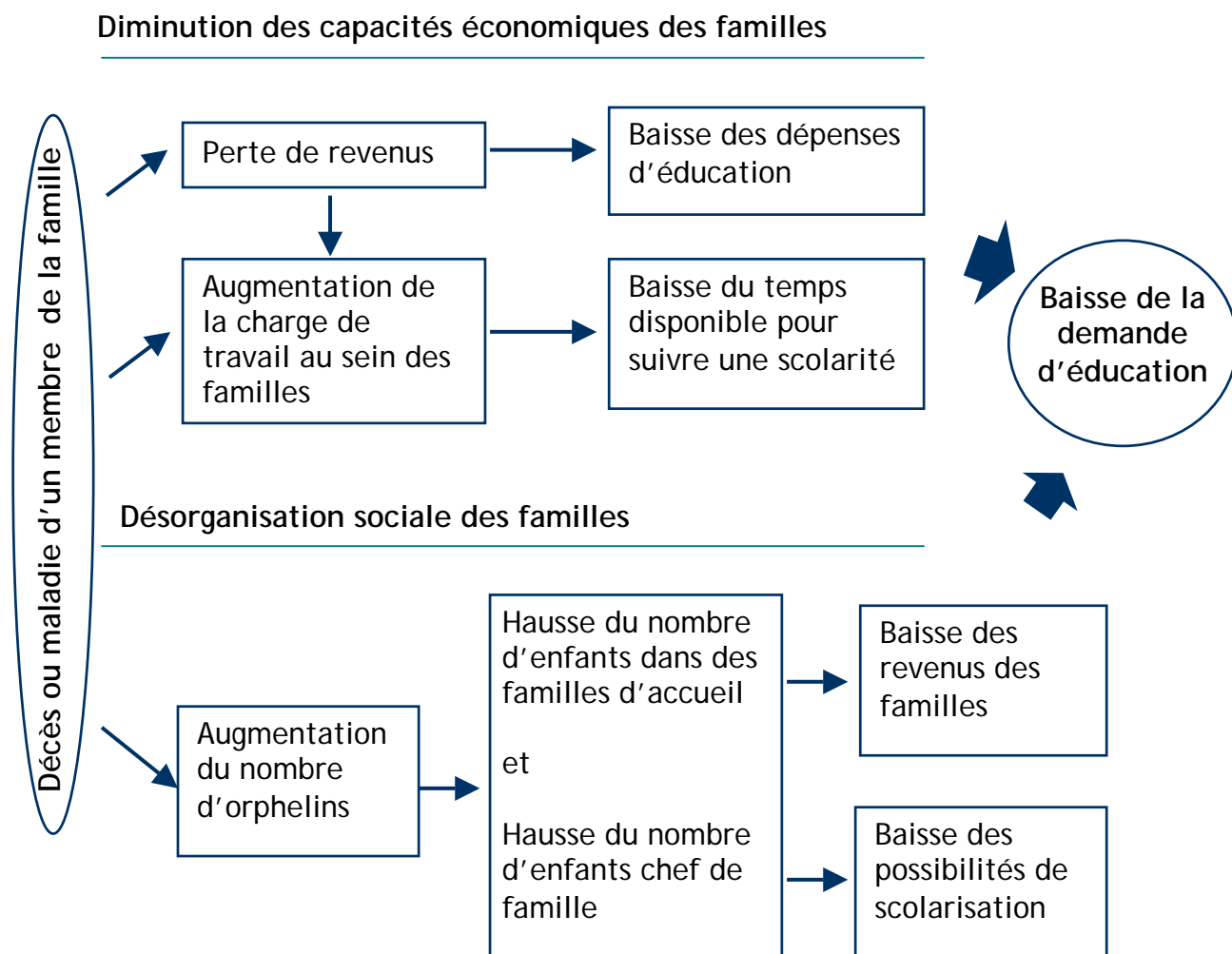
Si on prend la classe d'âge des 0 à 15 ans, en 2020 elle est estimée à 406 000 jeunes au lieu de 515 000 sans l'épidémie du VIH soit une baisse de 20 %.

Graphique A13 : Projection de la structure de la population au Botswana en 2020 mise en parallèle avec la situation qui aurait prévalu sans l'épidémie du VIH/Sida



Source : US Census Bureau, Population profile, 2000

Annexe I - 20 : Schéma de l'impact du VIH/Sida sur la demande d'éducation primaire



Annexe I - 21 : Les orphelins du sida

▪ Définition des orphelins du Sida et données mondiales de l'ONUSIDA, de l'UNICEF et de l'OMS

Les orphelins du Sida sont des enfants qui ont perdu leur mère du Sida avant d'avoir 15 ans. Certains de ces enfants ont déjà ou vont perdre dans le futur leur père du Sida. Sur cette base, l'estimation du nombre d'orphelins pour la fin 2001 était de 13 millions. Ce chiffre, cumulant le nombre d'enfants orphelins, inclut des orphelins qui sont morts depuis et d'autres qui ont plus de 15 ans maintenant.

	2001	2003	2010
Orphelins	34 000 000	-	42 000 000
Dont orphelins dus au Sida	11 000 000	13 000 000	20 000 000

Exemple de l'ampleur du phénomène des orphelins dans certains pays

D'ici 2010, on prévoit que plus d'un tiers des enfants de moins de 15 ans au Botswana et au Zimbabwe et un quart des enfants en République centrafricaine, au Mozambique, en Namibie, en Afrique du Sud et au Swaziland auront perdu un ou deux parents.

▪ Nombre d'orphelins du sida actuellement en vie ayant perdu un de leur parent ou les deux

Pays	2001	Pays	2001
Afrique du Sud	660 000	Malawi	470 000
Angola	100 000	Mali	70 000
Bénin	34 000	Mozambique	420 000
Botswana	69 000	Namibie	47 000
Burkina Faso	270 000	Nigéria	1 000 000
Burundi	240 000	Ouganda	880 000
Cameroun	210 000	République centrafricaine	110 000
Congo	78 000	RDC	930 000
Côte d'Ivoire	420 000	Rwanda	260 000
Érythrée	24 000	Sénégal	15 000
Éthiopie	990 000	Sierra Leone	42 000
Gambie	5 300	Soudan	62 000
Ghana	200 000	Swaziland	35 000
Guinée-Bissau	4 300	Tanzanie	810 000
Kenya	890 000	Tchad	72 000
Lesotho	73 000	Togo	63 000
Madagascar	6 300	Zambie	570 000
Malaisie	14 000	Zimbabwe	780 000

Source : ONUSIDA

▪ **Système de prise en charge des orphelins**

Le système d'aide sociale reste limité en Afrique subsaharienne. L'accueil dans la famille élargie reste le mode de prise en charge le plus étendu en Afrique subsaharienne puisqu'il représente 90% des cas de prise en charge.

Cependant, cette pratique traditionnelle a évolué avec l'augmentation croissante du nombre d'orphelins vers un accueil forcé plutôt que volontaire et avec une implication des familles côté maternel et des grands-parents face à la moindre disponibilité des oncles et tantes, soit parce qu'ils sont eux même atteints du VIH soit parce qu'ils ne peuvent pas supporter cette charge.

Un nombre non négligeable d'orphelins est forcé de se prendre seul en charge et de trouver un travail notamment les aînés. Par suite, le nombre d'enfants des rues est lui aussi en augmentation. Cette dernière évolution reflète une démission ou une incapacité de la société à relever le fardeau du nombre croissant d'orphelins d'où la nécessité de trouver des modes alternatifs à l'accueil des orphelins.

De plus, l'enfant orphelin d'un parent n'est pas toujours pris en charge par le parent restant. La mort d'un des parents, généralement la mère, peut être à l'origine d'une dissolution de la cellule familiale.

Qui accueille les orphelins ?

Les grands-parents : les tuteurs de premier ordre

Un nombre de plus en plus important de personnes âgées assume la responsabilité de prendre en charge des orphelins et des enfants vulnérables, notamment la grand-mère maternelle. Souvent la génération du milieu est complètement absente, laissant les classes d'âge, généralement considérées comme à charge pour la classe active, se prendre en charge.

Le niveau de vie des personnes âgées est généralement faible. Au Kenya il est en moyenne de 32\$ alors que le revenu minimum est estimé à 91\$. Il existe très rarement des pensions pour les personnes âgées, alors que les enfants qui prennent habituellement soin de leurs aînés sont de moins en moins là pour le faire.

Les capacités à gagner un revenu sont compromises par leur santé physique et la discrimination des employeurs vis à vis de l'âge et du sexe. De plus, les personnes âgées ont rarement accès au crédit qui leur permettrait de débiter une activité génératrice de revenus.

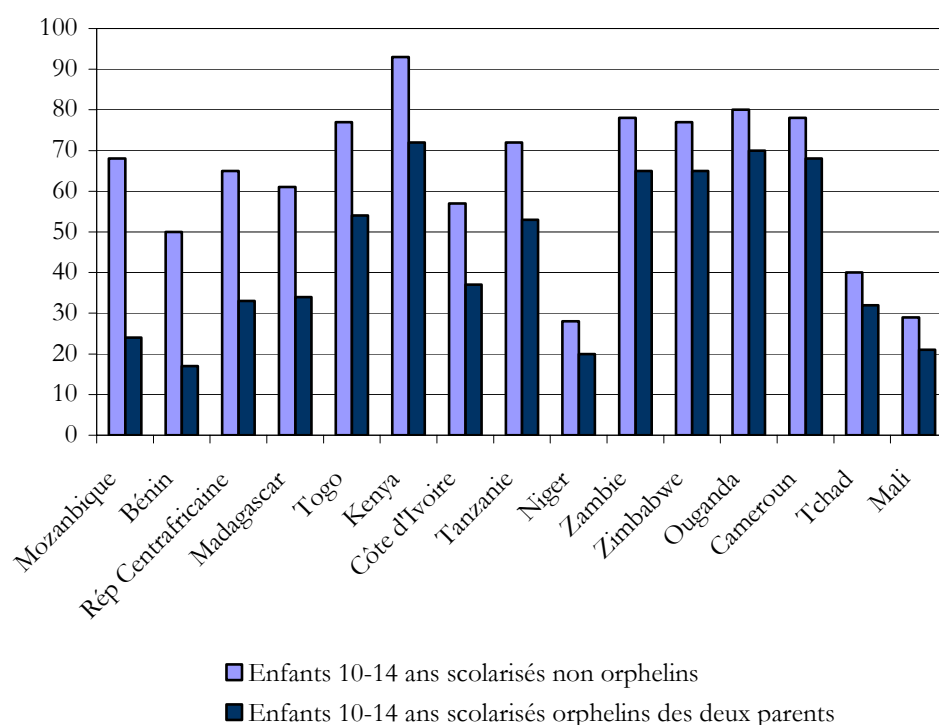
Les grands-parents peuvent fournir un environnement socialisant et d'affection mais ils font face à de grandes difficultés pour subvenir aux besoins des enfants et n'offrent pas une solution de long terme puisqu'ils sont eux même amenés à mourir.

Nord de l'Ouganda District d'Arua, Soroti et Lira <i>Etude de 1997 sur 2119 orphelins</i>	43 % 22% 19% 16% 3%	parent survivant grands-parents orphelins plus âgés oncles/tantes autres membres de la famille
Zambie <i>Enquête nationale en 1996</i>	55 % 38% 11% 6%	famille élargie grands-parents orphelins plus âgés hors de la famille
Ouganda District de <i>Luweero 1996 sur 732 orphelins</i>	50 % 32% 16 % 6%	parent survivant grands-parents famille élargie hors de la famille
Tanzanie, milieu rural <i>Mawezi region hospital – 297 orphelins</i>	43% 27 % 15 % 10% 5%	grands-parents parent survivant famille élargie orphelins plus âgés communauté

Source : Deininger et al 2002

Annexe I – 22 : Différence de scolarisation entre les enfants orphelins et non orphelins

Graphique A 14 : Taux de scolarisation primaire des enfants non orphelins et des enfants orphelins



Source : EDS, UNICEF 1994-1999

Tableau A2 : Taux de fréquentation scolaire des enfants orphelins ayant perdu leurs deux parents de 10-14 ans en pourcentage du taux de fréquentation scolaire des autres enfants

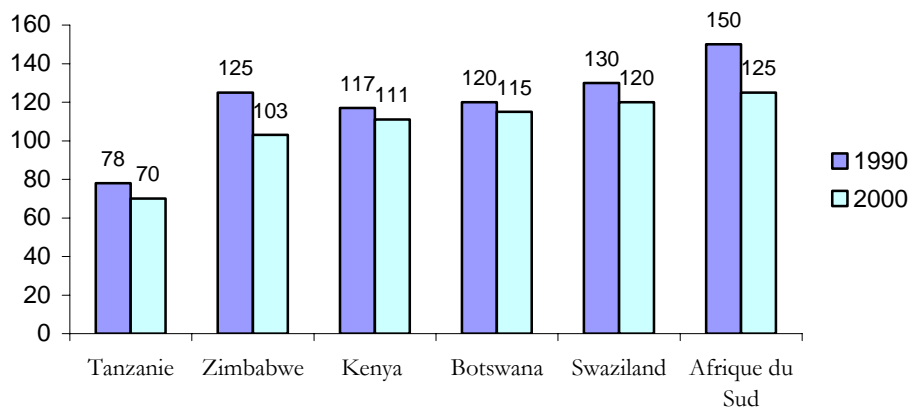
Pays	2000	2001	Pays	2000	2001
Angola	0,9		Malawi	0,93	
Botswana	0,99		Mali		0,72
Burundi	0,7		Namibie	0,92	
Cambodge	0,71		Ouganda	0,95	
Cameroun	0,94		République centrafricaine	0,91	
Comores	0,59		RDC	0,72	0,72
Côte d'Ivoire	0,83		Rwanda	0,8	
Éthiopie	0,6		Sénégal	0,74	
Gabon	0,98	0,98	Sierra Leone	0,71	
Gambie	0,85		Somalie	0,65	
Guinée équatoriale	0,95		Soudan	0,96	
Guinée-Bissau	1,03		Swaziland	0,91	
Kenya	0,94		Tchad	0,96	
Lesotho	0,87		Togo	0,96	
Madagascar	0,65		Zambie	0,87	

Source : Unicef, Unaid, OMS

Annexe I – 23 : Baisse des taux d'admission en première année de primaire pour certains pays d'Afrique subsaharienne

La baisse des inscriptions à l'école peut être un des effets de l'épidémie sur la demande scolaire. Or le taux d'admission en première année a baissé dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne entre 1990 et 2000 sans que l'on puisse déterminer exactement l'influence du VIH/Sida parmi les autres facteurs explicatifs possibles de cette baisse.

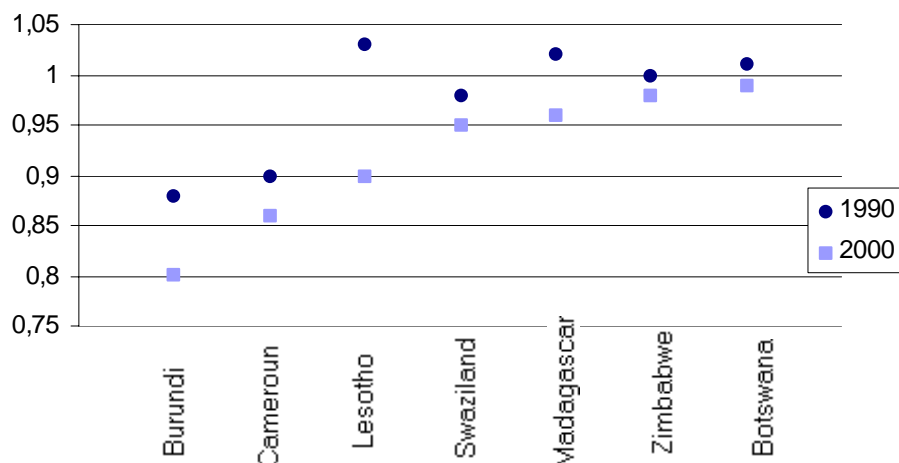
Graphique A15 : Pays pour lequel le taux brut d'admission en première année de primaire a baissé entre 1990 et 2000



Source : Rapport de Suivi de l'EPT – Unesco 2003

Annexe I - 24 : : Indice de parité entre les sexes dans le taux brut d'admission (1990-2000)

L'écart de parité entre les sexes dans l'admission en première année de primaire s'est accru pour certains pays



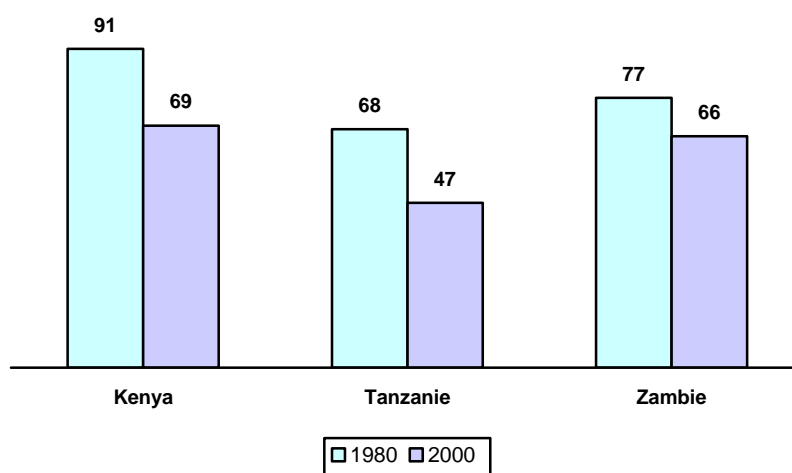
Source : Rapport de Suivi de l'EPT – Unesco 2003

¹ Si l'indice de parité est égal à 1, cela signifie qu'autant de filles que de garçons sont admis en première année de primaire. Si l'indice est inférieur à 1, cela signifie que moins de filles sont admises. Par exemple, un indice de parité à 0,7 signifie que pour 10 garçons admis en primaire, 7 filles sont admises.

Annexe I - 25 : Le lien entre l'épidémie du VIH/Sida et la baisse des taux de scolarisation

Quand on regarde l'évolution des taux de scolarisation dans les pays fortement touchés par l'épidémie, une baisse du taux de scolarisation peut être observée dans certains pays.

Graphique A16 : Déclin des taux d'inscription primaire, taux net de scolarisation ¹



Source : Banque mondiale, *Indicateurs du développement dans le monde 2003*

Il est nécessaire d'évaluer pour chaque pays de quelle manière le VIH/Sida peut provoquer un renversement de la tendance à la hausse des effectifs scolaires, quand et dans quelle proportion.

↪ Suite

¹ Pourcentage des enfants en âge d'aller à l'école primaire qui sont scolarisés

On peut faire les observations suivantes en terme de population d'âge scolaire, d'effectifs scolarisés et de taux de scolarisation sur les pays suivants :

	Population en âge scolaire ² (primaire)		Δ+/-	Effectifs scolarisés	Δ+/-	Taux net de scolarisation	Δ+/-
Madagascar (0,2%)	1999	3 325 784	+ 37 918	2 208 321	+ 99 179	66,4%	+ 2,2 pts
	2001	3 363 702		2 307 500		68,6%	
Burkina Faso (4,2%)	1999	2 484 431	+ 90 772	852 160	+ 49 161	34,3%	+ 0,7 pts
	2001	2 575 203		901 321		35%	
Tanzanie (7,1%)	1999	9 049 278	-1181609	4 189 816	+ 90 196	46,3%	+ 8,1 pts
	2001	7 867 669		4 280 012		54,4%	
Mozambique (11,9%)	1999	4 243 038	- 364 399	2 108 790	+ 206 757	49,7	+ 10 pts
	2001	3 878 638		2 315 547		59,7	
Kenya (12,3%)	1999	8 344 899	- 190 455	5 415 840	+ 284 116	64,9	+ 5 pts
	2001	8 154 443		5 699 956		69,9	
Zambie (16,8%)	1999	2 335 896	+ 72 504	1 555 707	+ 33 837	66,6%	-0.6 pts
	2001	2 408 400		1 589 544		66%	
Afrique du Sud (19,6%)	1999	8 625 240	- 307 026	7 935 221	- 490 419	92%	-2.5pts
	2001	8 318 214		7 444 802		89,5%	
Zimbabwe (24,8%)	1999	3 067 734	- 92 319	2 460 323	+ 346	80,2%	+ 2,5 pts
	2001	2 975 415		2 460 669		82,7%	
Swaziland (31,2%)	1999	277 036	+ 5 854	213 041	+ 3 936	76,9%	- 0,2 pts
	2001	282 890		216 977		76,7%	
Botswana (37,5%)	1999	407 684	- 7 160	322 478	+ 2 195	79,1%	+ 1,8 pts
	2001	400 844		324 283		80,9%	

Pour six pays, la Tanzanie, le Mozambique, le Kenya, l'Afrique du Sud, le Zimbabwe et le Botswana, la population en âge scolaire a baissé entre 1999 et 2001. Ces six pays ont des taux de prévalence important allant de 7,1% pour la Tanzanie à 37,5% pour le Botswana.

Cependant d'autres pays ayant des taux de prévalence aussi fort, comme le Swaziland, n'ont pas connu une baisse de leur population en âge scolaire.

Sur ces six pays, seul l'Afrique du Sud a vu les effectifs scolarisés diminuer, ce qui a entraîné une baisse du taux de scolarisation de 92% à 89,5% en deux ans.

Pour les autres pays ayant connu une baisse de la population d'âge scolaire, tous ont enregistré des effectifs scolarisés en hausse et des taux de scolarisation croissants montrant une participation plus élevée de la population d'âge scolaire à l'enseignement primaire.

Pour le Swaziland et la Zambie, les effectifs scolarisés ont augmenté moins fortement que la population d'âge scolaire, ce qui induit une baisse du taux de scolarisation soit une plus faible participation à l'éducation primaire.

Pour les deux pays enregistrant de faible taux de prévalence (Madagascar et Burkina Faso) la population scolaire a augmenté, les effectifs scolarisés ont augmenté (dans une moindre mesure pour le Burkina) et les taux de scolarisation ont suivi à la hausse.

² Calculée à partir des taux de scolarisation et des effectifs scolaires (données UNESCO)

ANNEXES PARTIE II

TABLE DES ANNEXES – PARTIE II

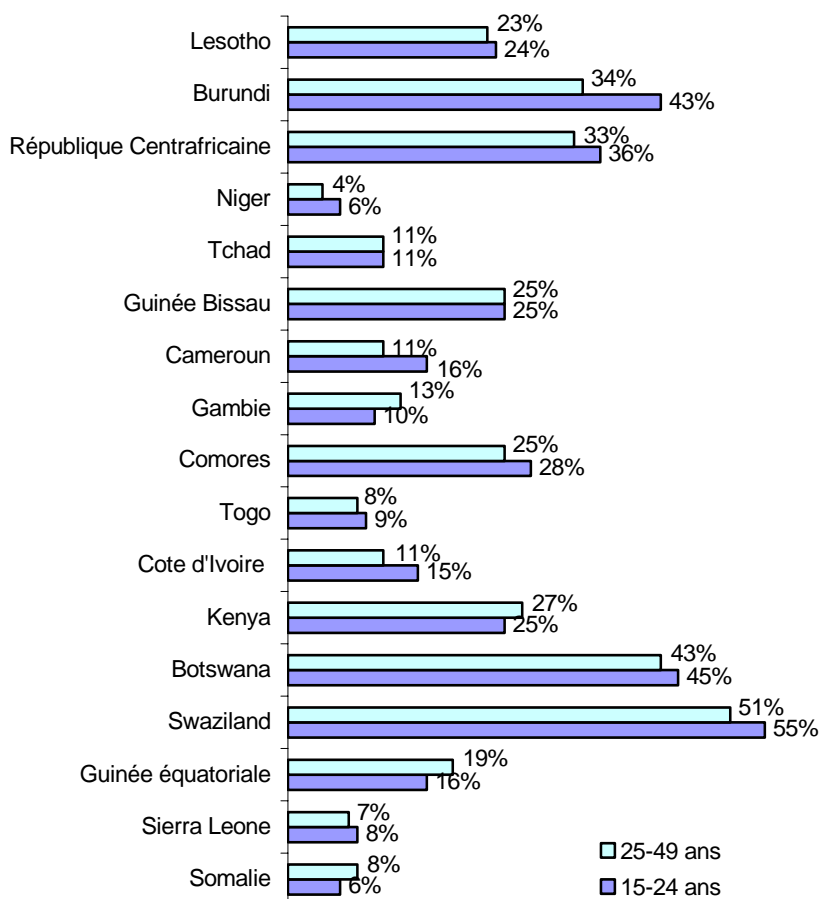
Annexe II - 1 : Attitudes envers les personnes vivant avec le VIH	112
Annexe II - 2 : Exemple de formulaires de collecte d'information éducative et d'opérateurs	113
Annexe II - 3 : La convention internationale des droits de l'enfant	120
Annexe II - 4 : Exemple du programme d'appui des orphelins et enfants vulnérables du Sida en Ouganda financé par le Fonds Mondial	121
Annexe II - 5 : Exemple d'écoles qui s'adaptent aux besoins des enfants	126

Annexe II - 1 : Attitudes envers les personnes vivant avec le VIH

Pourcentage de femmes, parmi celles qui ont entendu parler du Sida, considérées comme ayant une attitude positive envers les PVVIH après avoir répondu aux deux questions suivantes :

Un maître d'école séropositif mais qui a l'air en bonne santé doit-il continuer à travailler ?

Achèteriez-vous des produits d'alimentation à un commerçant séropositif ?



Unaid, 2003

Annexe II - 2 : Exemple de formulaires de collecte d'information éducative et d'opérateurs

Plusieurs initiatives ont été mises en place pour améliorer les systèmes de gestion de l'information éducative pour qu'ils deviennent des outils performants de mesure d'impact de VIH/Sida sur le système à l'usage des planificateurs et des gestionnaires de l'éducation.

L'Université de Natal en Afrique du Sud via la division de l'économie de la santé et de la recherche sur le VIH/ SIDA (HEARD) s'est beaucoup investie dans l'élaboration et la mise en place de systèmes de gestion de l'information éducative performants.

Le **cluster de l'UNESCO à Harare** a travaillé avec le gouvernement du Zimbabwe pour améliorer le système de gestion d'information existant au niveau des districts, le DEMIS (District Education Management Information System), inspiré du modèle mis en place par HEARD, en intégrant des données sur l'impact du VIH. Le programme a été initié en septembre 2003 dans 100 écoles de 7 districts. Un guide pratique sur DEMIS a été élaboré, présenté et donné aux écoles. Le bureau veut étendre ce projet au Mozambique.

DEMIS Form 1: Registration Form

1. General information

Name of School		Reg. No (ED 46 Number)				
Province		District Name				
Postal Address						
Physical Address or area of location, village name or chief name						
Telephone Number	Dialling Code (.....)	Number				
Telefax Number	Dialling Code (.....)	Number.....				
Mobile/Cellular Number						
School Head Title (Mr/Mrs/Ms/Dr)	Initials	Surname				
School Development Committee/ Association composition	Teachers	Support staff	Parents	Pupils	Other	Total
	Male					
	Female					
	TOTAL					

2. Pupil Enrolment:

	Gr 1	Gr 2	Gr 3	Gr 4	Gr 5	Gr 6	Gr 7	Special Class	Total
Male									
Female									
TOTAL									

3. Number of Orphans:

	Gr 1		Gr 2		Gr 3		Gr 4		Gr 5		Gr 6		Gr 7		Special Class		Total		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
One parent/ guardian has died																			
Both parents died																			
TOTAL																			

4. Number of Learners receiving assistance

	Gr 1		Gr 2		Gr 3		Gr 4		Gr 5		Gr 6		Gr 7		Special Class		Total		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
BEAM																			
District Aids Fund																			
Other																			
TOTAL																			

5. Staff at School

	Government Paid		Privately Paid		Total
	Male	Female	Male	Female	
Trained Teachers					
Untrained teachers					
Support Staff					

6. HIV/AIDS and Life Skills Training

	Number of teachers trained in HIV/AIDS and Life Skills Education		
	Pre-service	In-service	Total
Male			
Female			
Total			

DEMIS Form 2: DEMIS Monthly Summary Form

School Name: Reg. No (ED 46 Nr.): District:

Month: No. of school days in this month: Term: Year: ...

1. Pupil enrolment this month

	Boys	Girls	Total
Grade 1			
Grade 2			
Grade 3			
Grade 4			
Grade 5			
Grade 6			
Grade 7			
Special class			
Total			

2. New entrants this month

	Boys	Girls	Total
Grade 1			
Grade 2			
Grade 3			
Grade 4			
Grade 5			
Grade 6			
Grade 7			
Special class			
Total			

3. Number of pupils who stopped attending school during this month

	Gr 1		Gr 2		Gr 3		Gr 4		Gr 5		Gr 6		Gr 7		Special Class		Total		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Illness																			
Death																			
Orphaned																			
Caring for the sick																			
Child headed household																			
Pregnancy/causing pregnancy																			
Expelled, other than pregnancy																			
Relocation/transfer/move																			
Financial reason																			
Employment																			
Marriage																			
Child Abuse																			
Desertion																			
Other reasons																			
Total																			

4. Number of school days lost through Absenteeism this month

	Gr 1		Gr 2		Gr 3		Gr 4		Gr 5		Gr 6		Gr 7		Special class		Total		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Illness																			
Compassionate reasons																			
Suspension																			
Financial reasons																			
Transport problems																			
Weather problems																			
Other reasons																			
Total																			

5. Number of orphans this month

	Gr 1		Gr 2		Gr 3		Gr 4		Gr 5		Gr 6		Gr 7		Special class		Total		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
One parent orphaned																			
Both parent orphaned																			
Total																			

6. Number of disadvantaged/vulnerable children this month

	Gr 1		Gr 2		Gr 3		Gr 4		Gr 5		Gr 6		Gr 7		Special class		Total		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Neglected/abandoned																			
Sick parents																			
Sick pupil																			
Very poor parents/guardians																			
Child headed households																			
Other reasons																			
Total																			

7. Number of pupils who were assisted/requiring assistance during this month

	BOYS				GIRLS				Total
	BEAM	District Aids Fund	Others	Awaiting	BEAM	District Aids Fund	Others	Awaiting	
Grade 1									
Grade 2									
Grade 3									
Grade 4									
Grade 5									
Grade 6									
Grade 7									
Special class									
Total									

8. Number of Staff members at school this month

	Government Paid		Privately Paid		Total
	Male	Female	Male	Female	
Trained Teachers					
Untrained teachers					
Support Staff					

9. Number of members of staff who left the school this month

	Teachers			Support Staff		
	Male	Female	Total	Male	Female	Total
Death						
Resigned						
Dismissed						
Transfer/promotion						
Retired						
Retired on medical grounds						
Other						
Total						

10. Number of school hours lost through staff absenteeism

	Teachers			Support Staff		
	Male	Female	Total	Male	Female	Total
Illness						
Compassionate reason						
Transport problems						
Weather problems						
Strike action						
Attending Official Function						
Other						
Total hours						
Total days (Total hours divided by 8)						

11. Number of school days lost through staff who were on leave this month

	Teachers			Support Staff		
	Male	Female	Total	Male	Female	Total
Vacation						
Sick						
Annual						
Special						
Without pay						
Urgent private affairs						
Other						
Total						

DEMIS Form 3: Teacher's Monthly Summary Sheet

	1. Pupil enrolment this month		
	Boys	Girls	Total
Grade 1			
Grade 2			
Grade 3			
Grade 4			
Grade 5			
Grade 6			
Grade 7			
Special class			
Total			

	2. New entrants this month		
	Boys	Girls	Total
Grade 1			
Grade 2			
Grade 3			
Grade 4			
Grade 5			
Grade 6			
Grade 7			
Special class			
Total			

3. Number of pupils who stopped school during this month	Boys	Girls	Total
Illness			
Death			
Orphaned			
Caring for the sick			
Child headed household			
Pregnancy or causing pregnancy			
Expelled, other than pregnancy			
Relocation/transfer/move			
Financial reason			
Employment			
Marriage			
Child abuse			
Desertion			
Other reasons			
TOTAL			

4. Number of school days lost through absenteeism this month	Boys	Girls	Total
Illness			
Compassionate reasons			
Suspension			
Financial reasons			
Transport problems			
Weather problems			
Other reasons			
TOTAL			

5. Number of orphans this month	Boys	Girls	Total
One parent orphaned			
Both parent orphaned			
TOTAL			

5. Number of disadvantaged/vulnerable children this month	Boys	Girls	Total
Neglected/abandoned			
Sick parents			
Sick pupil			
Very poor parents/guardians			
Child headed households			
Other reasons			
TOTAL			

6. Number of pupils assisted/requiring assistance during this month	Boys	Girls	Total
BEAM			
District AIDS Fund			
Other			
Awaiting assistance			
TOTAL			

DEMIS Form 4: Head of School register on staff absenteeism

School:
Name of Head of School:

Month:
Date:

No. of school days in this month:

Indicate on a daily basis the number of hours lost per teacher by reason

Name of staff	Reason for absenteeism							Totals	
	Illness (I)	Compassionate reason (CR)	Transport problems (TP)	Weather Problems (WP)	Strike Action	Attending Official Function	Others (O)	Total Hours	Total Days
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
Etc.....									
Sub-total									
Name of staff	Reason for absenteeism							Totals	

DEMIS Form 5: Register of Attendance Supplement (in class room by teachers)

Month:

No. of School days this month:

Class Grade:

	Total days of absenteeism	Reason for absenteeism ①							Reason for dropping out ②	Reason for vulnerability ③	Assistance			
		I	CR	S	FR	TP	WP	O			BEAM	District Aids Funds	Others	Awaiting
1														
2														
3														
4														
5														
etc)														
Total:	B:								B:	B:	B:	B:		
	G:								G:	G:	G:	G:		
Grand Total														

I : Illness
CR : Compassionate reason
S : Suspension
FR : financial reason

Annexe II - 3 : La convention internationale des droits de l'enfant

Elle reconnaît aux enfants des droits, ceux ci doivent être satisfaits et protégés par les gouvernements, notamment :

- La responsabilité d'élever l'enfant incombe d'abord aux parents, mais les États leur accordent l'aide appropriée et assurent la mise en place d'institutions qui veillent au bien-être des enfants.
- L'enfant a le droit de jouir du meilleur état de santé possible. Les États assurent l'accès aux soins médicaux à tous les enfants, en mettant l'accent sur la prévention, l'éducation sanitaire et la réduction de la mortalité infantile.
- L'enseignement primaire est gratuit et obligatoire, la discipline scolaire doit respecter la dignité de l'enfant.
- Les États prévoient pour les enfants qui sont sans famille une protection de remplacement convenable.

Annexe II - 4 : Exemple du programme d'appui des orphelins et enfants vulnérables du Sida en Ouganda financé par le Fonds Mondial

L'Ouganda bénéficie du financement du Fonds Mondial sur deux projets de lutte contre le Sida. L'un a une composante ciblant les orphelins et enfants vulnérables (OEV) du Sida. La composante est présentée ci-dessous.

Titre général du projet : *Renforcer le traitement antiretroviral et les autres interventions en faveur des orphelins et enfants vulnérables du Sida dans le cadre d'action nationale de lutte contre le Sida en Ouganda*

(USD)	Total	2005	2006	2007
Total	119 058 156	31 078 650	39 695 181	48 140 325
Composante OEV	56 096 490	19 270 680	18 682 180	17 999 630

Situation des orphelins en Ouganda

L'épidémie du VIH/Sida en Ouganda, caractérisée par un taux de prévalence de 18,8% au début des années 90, a baissé à 5% aujourd'hui. Le nombre cumulé de décès dus au sida est de 880 000 et a provoqué une hausse importante du nombre d'orphelins. Le nombre global d'orphelins est estimé en 2001 à plus de 2 millions, soit 19,6% des enfants, dont 884 000 orphelins du Sida. Sur les 315 000 enfants de moins de 15 ans qui ont perdu leurs deux parents, le sida est la cause du décès des parents dans 80% des cas.

La taille moyenne d'un ménage en Ouganda est de 4,8 personnes. Ainsi, un parent qui meurt du sida laisse derrière lui en moyenne 3 à 4 enfants et ce sont 135 000 à 180 000 enfants qui perdent un parent chaque année. Certains de ces enfants peuvent également être infectés par le VIH.

La majorité des orphelins sont pris en charge par la famille élargie et ce, dès que le ou les parents deviennent gravement malades ou meurent. Cependant, de plus en plus d'enfants prennent la tête du foyer ou vivent dans la rue face à l'incapacité des familles élargies à faire face au nombre croissant d'orphelins. Il y a environ un million cinquante mille familles qui accueillent des orphelins en raison d'une moyenne de deux par famille. La taille des familles qui accueillent des orphelins passe donc à 6,8 personnes en moyenne : 2,5 adultes et 4,3 enfants. Les femmes veuves encore en vie et les grands-mères seules sont devenues les principaux tuteurs, suivies par les oncles et tantes. Ces familles reçoivent très peu de soutien de la communauté, du gouvernement ou du privé et traversent donc de très grosses difficultés. L'ensemble des enfants de la famille (biologiques et accueillis) peuvent donc être considérés comme vulnérables. Le projet s'adresse donc aux OEV c'est à dire à l'ensemble des enfants qui se trouvent dans ces familles d'accueil.

Objectif du projet

Le projet doit permettre de combler les insuffisances de la réponse du pays à l'accroissement du nombre d'orphelins, à l'augmentation du taux de dépendance dans les familles d'accueil, la baisse du revenu par tête dans ces familles et à la difficulté de garder les enfants à l'école notamment dans le secondaire. Ce sont les ONG locales et internationales qui ont fait beaucoup pour l'appui aux OEV mais avec des moyens insuffisants par rapport à ce qui est nécessaire et plus en zone urbaine qu'en zone rurale.

Le projet vise à renforcer les interventions efficaces de certaines ONG comme par exemple l'ONG UWESO qui travaille avec les femmes pour accroître leur sécurité économique à travers la formation de groupes de pairs qui s'engagent dans des activités génératrices de revenus grâce à des micro crédits garantis par le groupe. Une autre intervention vise à promouvoir l'apprentissage et la formation professionnelle pour les enfants déscolarisés qui ne peuvent pas suivre une scolarité ou n'ont pas les capacités de rejoindre le système formel.

Le projet s'appuie sur les associations locales et verse des fonds à la société civile, en collaboration avec le gouvernement local en vue d'améliorer et d'élargir la prise en charge d'OEV notamment sur des zones géographiques non couvertes.

Allocation des ressources du projet par partenaires :

Gouvernement	8%	PVVIH	21%
ONG/CBO	61%	Organisation éducative	<2%
Secteur privé	5%	Autres	3%

Le projet vise à améliorer la qualité de vie des OEV et de leurs familles et d'assurer le respect de leurs droits.

Les indicateurs d'impact sont les suivants :

2004/2005	2006/2007	2004/2005	2006/2007
Différence de revenu entre une famille d'OEV et un ménage moyen		Pourcentage de ménage d'OEV recevant n'importe quel type d'aide	
320£	160\$	16%	25%

Structure organisationnelle

C'est le ministère du genre, du travail et du développement social (MOGSLD) qui a en charge le dossier des orphelins. L'approche générale de l'Ouganda vis à vis des OEV est d'améliorer leur qualité de vie et celle de leur famille et de garantir leur droit. Les actions développées par le ministère sont les suivantes :

- Développement d'un plan stratégique national pour les interventions sur les OEV
- Lancement d'étude sur les différents aspects du problème des orphelins
- L'élaboration du plan détaillé d'action sur les OEV de la composante du projet de lutte contre le sida soumis au Fonds Mondial

A chaque niveau local, un secrétaire pour les enfants est responsable du contrôle du respect des droits des enfants.

L'adoption du plan d'action d'éradication de la pauvreté donne un rôle important pour le MOGSLD d'augmenter les revenus des plus pauvres.

Objectifs, activités, et indicateurs de réussite du projet de la composante OEV du projet financé par le Fonds Mondial :

Objectifs	Activités	Indicateurs	Cible		
			2005	2006	2007
Fournir une aide d'urgence aux OEV et familles d'accueil les plus nécessiteux	Identifier les OEV et leur famille dans le besoin et leur fournir une aide d'urgence via la mobilisation de volontaires pour réparer les foyers (toits, portes...), la distribution de vêtements et de literie et de denrées alimentaires	OEV éligible à l'aide d'urgence	10 000 20%	5 000 25%	50%

	Formation des tuteurs et des chefs de foyer sur les activités génératrices de revenus	Famille d'accueil capable de passer de l'aide d'urgence à une activité génératrice de revenu	9 000 16%	4 500 20%	25%
Aider les familles d'accueil à établir une sécurité économique de long terme	Formation sur les activités génératrices de revenus	Personnes ayant suivies la formation	55 000	60 000	
	Fourniture de graines, d'outils, d'animaux pour aider au démarrage d'activités agricoles				
	Création de groupe de pairs autour d'activités et de financement micro-crédit	Ménages ayant une activité génératrice de revenu	85%	90%	95%
	Participation des OEV déscolarisés et jeunes adultes à des apprentissages ou des formations professionnelles avec la collaboration du secteur privé	OEV inscrit à un apprentissage % de ceux qui le complète	15 000 85%	20 000 90%	95%
Assurer le retour ou le maintien à l'école des OEV	Donner des packages de fournitures scolaires (uniformes, livres, stylos...)	OEV recevant l'aide matérielle	30 000	20 000	
	Sensibilisation des tuteurs, enseignants et responsables sur la scolarisation des OEV	Personnes formées à l'approche des OEV pour les motiver à rester en classe	15 000	10 000	
	Création de groupe de travail pour réfléchir sur le meilleur moyen de garder les OEV à l'école	OEV inscrit en primaire	90%	90%	90%
	Améliorer l'infrastructure secondaire afin de répondre à la large demande qui fera suite à l'EPU	OEV qui complète le primaire OEV qui continue dans le secondaire	55% 12%	60% 15%	65% 20%
Aide psychologique aux OEV et aux	Formation d'enseignants et de personnes de la	Personnes formées	30 000	50 000	

familles d'accueil ayant un membre infecté ou mort récemment	communauté sur la prise en charge psychologique OEV	OEV et familles recevant une aide psychologique	20%	40%	60%
	Activités récréationnelles pour les OEV pour les relier aux enfants du même âge et atténuer leur stress	Activités scolaires cherchant particulièrement à inclure les OEV	20%	40%	60%
	Conseils aux PVVIH, aux OEV et tuteurs sur les risques psychologiques, sensibilisation des PVVIH en fin de vie sur la nécessité de préparer et assurer la protection des membres restant (juridique, mémoire...)	Personnes sensibilisées	200	300	
Accès au soin de santé	Formation des tuteurs à la prise en charge de PVVIH	Personne formée	250	300	
	Identification des familles aux besoins en dépistage volontaire et sensibilisation à y recourir	Familles identifiées	2 000	3 000	
	Campagne d'information sur les éléments essentiels à la bonne santé des personnes âgées (en vue de la préservation du foyer)	Personnes âgées, chef de famille, recevant un check up de santé par an	10%	15%	15%
	Assistance aux OEV et famille en situation de santé précaire	Familles d'OEV ayant plus d'un repas par jour	20%	25%	30%
		OEV de moins de 5 ans qui accès aux soins préventifs au moins une fois par an	6%	10%	20%
Protection légale des droits des OEV	Campagne d'information et de sensibilisation sur le droit des enfants, des veuves et des PVVIH auprès des	Campagnes réalisées	150	200	
		Membres de la	15%	30%	60%

	<p>enseignants, des organisations communautaires, religieuses...</p> <p>Mobilisation de la communauté pour fournir les besoins essentiels aux OEV et familles d'accueil.</p> <p>Aide juridique</p>	<p>communauté au courant des droits des enfants</p> <p>OEV et familles d'OEV qui demandent une assistance légale et qui la reçoivent</p>	15%	30%	60%
Renforcement des capacités des organisations de la société civile pour répondre aux besoins de plus d'OEV et de familles	<p>Formation des organisations et des volontaires sur le développement organisationnel, la définition de priorité, l'identification des OEV et des familles, le contrôle, l'évaluation...</p> <p>Fourniture d'outils pour collecter des infos sur les activités OEV</p>	<p>Personnels d'organisations formés</p> <p>Organisation travaillant par district</p> <p>Ménages d'OEV aider par une organisation</p>	<p>12 000</p> <p>3-5</p> <p>90 000</p>	<p>15 000</p> <p>5-7</p> <p>215 000</p>	<p>>7</p> <p>350 000</p>

Source : Document de projet disponible sur le site Internet http://www.theglobalfund.org/search/docs/3UGDH_755_0_full.pdf

Annexe II - 5 : Exemple d'écoles qui s'adaptent aux besoins des enfants

Les émissions pédagogiques radiodiffusées soutenues par du matériel scolaire et la supervision de la communauté offrent une possibilité d'apprentissage aux orphelins et autres enfants vulnérables qui ne vont pas à l'école.

En Zambie, le Ministère de l'éducation mène depuis 2000 une initiative pilote de radio interactive en réponse au nombre croissant d'orphelins qui abandonnent l'école. Les programmes pédagogiques de mathématiques et d'anglais, sont diffusés 30 minutes par jour. Pendant et après chaque émission, les enfants dialoguent avec un éducateur, en général un jeune adulte qui a un niveau d'étude de sept années du cycle élémentaire. Les émissions sont suivies d'environ une heure d'activités connexes dirigées par l'éducateur.

Les écoles communautaires sont des institutions de base qui condensent les sept années du programme élémentaire officiel en quatre, sont gratuites et n'exigent pas que les élèves portent l'uniforme.

La plupart des enseignants de ces écoles sont des volontaires dépourvus de qualification qui sont allés jusqu'à la neuvième année d'études. Les écoles communautaires se tiennent souvent sous un arbre ; elles n'ont pas de mobiliers, de matériels, d'accès à l'eau ou de toilettes. Certaines communautés offrent une aide plus étendue et fournissent un abri, creusent un puits tubulaire et construisent des latrines pour les enfants qui fréquentent l'école. Comme les cours se tiennent en alternance, les élèves peuvent les suivre tout en s'acquittant de leurs obligations au sein du ménage. Les élèves peuvent combler leurs lacunes par rapport à l'école formelle.

Les écoles communautaires ont été créées à l'origine pour permettre aux enfants qui avaient été privés d'une scolarisation de base (principalement les orphelins, et en particulier les filles) de rattraper le programme officiel. Ainsi, les enfants qui fréquentaient les écoles communautaires étaient toujours plus âgés que leurs camarades des écoles publiques. Aujourd'hui, l'âge auquel les enfants intègrent les écoles communautaires ne cesse de baisser ce qui révèle que ces écoles servent de plus en plus de système scolaire parallèle pour les enfants pauvres des familles qui ne peuvent pas s'acquitter des frais de scolarité ou ne disposent pas d'école formelle à proximité.

L'inquiétude est que ces écoles puissent devenir des établissements de second plan à l'intention des plus pauvres et des plus défavorisés de la société et que l'État puisse s'estimer dégagé de toutes responsabilités à leur égard.

En Zambie, le Ministère de l'éducation peut octroyer le statut d'école officielle à une école communautaire, et donc fournir des enseignants qualifiés, si l'école satisfait à un certain nombre de normes minimales pendant deux années consécutives.

L'éducation communautaire est une éducation collective tirée des compétences des enseignants locaux et des artisans traditionnels. Il s'agit de profiter des personnes et des ressources de la communauté pour apporter aux enfants une certaine éducation scolaire et pratique (petits métiers...)

ANNEXES PARTIE III

TABLE DES ANNEXES – PARTIE III

Annexe III – 1 : Chronologie de la réponse internationale à la lutte contre le Sida	130
Annexe III – 2 : Les cinq objectifs d'Education Pour Tous	131
Annexe III – 3 : Stratégie de moyen terme (2002/2007) de l'UNESCO en Afrique Subsaharienne concernant l'éducation au VIH/Sida.....	131
Annexe III – 4 : Exemple d'action de l'UNESCO en faveur de la lutte contre le Sida dans le secteur de l'éducation (sur la base des activités des agences et des représentations régionales en 2002/2003)	132
Annexe III – 5 : Coordonnées des bureaux de l'Unesco en Afrique Subsaharienne et des Instituts de l'Unesco	133
Annexe III – 6 : Activités VIH/Sida du Cluster de l'Unesco au Zimbabwe (Botswana, Malawi, Mozambique, Zambie, Zimbabwe)	135
Annexe III - 7 : Engagements internationaux de développement de l'éducation et de lutte contre le sida.....	136
Annexe III – 8 : Etude de cas Tanzanie	137
Annexe III – 9 : Etude de cas Mali	143
Annexe III – 10 : Etude de cas Cameroun.....	148
Annexe III – 11 : Etude de cas Madagascar.....	152
Annexe III – 12 : Etude de cas Bénin	156
Annexe III – 13 : Structure organisationnelle du programme national de lutte contre le sida au Cameroun.....	157
Annexe III - 14 : Site internet de partage d'information sur le VIH/Sida et l'éducation en Afrique subsaharienne.....	158
Annexe III – 15 : Opérateurs de projets de lutte contre le Sida en éducation	159
Annexe III – 16 : Les initiatives des associations locales de lutte contre le sida	160
Annexe III – 17 : Contributions de la Fondation Bill Gates pour la lutte contre le Sida par grandes activités financées	162
Annexe III – 18 : Répartition des projets AFD d'appui à la scolarisation primaire universelle selon la prévalence VIH des pays	163
Annexe III – 19 : Composante VIH/Sida du projet "Appui à l'éducation de base à Bamako" en cofinancement Unicef - AFD	164
Annexe III – 20 : Exemple des actions de lutte contre le Sida dans le secteur de l'éducation de la DFID au Mozambique.....	166

Annexe III – 21 : Mode de calcul du coût additionnel du VIH/Sida sur les besoins financiers de 33 pays d’Afrique subsaharienne pour la réalisation de l’EPT	167
Annexe III – 22 : Coûts additionnels relatifs à la formation des enseignants dans un contexte de VIH/Sida	169
Annexe III – 23 : Coût annuel induit par le Sida pour la réalisation de l’EPT en 2015 pour certains pays	169
Annexe III – 24 : Liste des pays éligibles et élus à l’initiatives Fast Track	170
Annexe III – 25 : Cadre de référence d’évaluation de la requête à l’initiative Fast Track ..	171
Annexe III – 26 : Analyse de la composante VIH/Sida des requêtes Fast Track des pays africains ayant déposé une demande	172
Annexe III – 27 : Répartition du Fonds Mondial contre le Sida, la tuberculose et le paludisme.....	175
Annexe III – 28 : Mécanisme du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et la paludisme	177
Annexe III – 29 : Contributions aux Fonds Mondial (au 01/08/04)	178
Annexe III - 30 : Répartition du Fonds Mondial par grandes régions destinataires	179
Annexe III – 31 : Liste des projets financés par le Fonds Mondial en Afrique subsaharienne pour la composante lutte contre le VIH/Sida au 01/08/2004	180
Annexe III – 32 : Analyse du volet éducation des projets financés par le Fonds Mondial pour certains pays d’Afrique subsaharienne	184
Annexe III – 33 : Cadre logique et informations budgétaires du projet de lutte contre le Sida au Bénin financé par le Fonds Mondial	188
Annexe III – 34 : Détails de la composante prise en charge des orphelins du projet de lutte contre le Sida de Madagascar financé par le Fonds Mondial.....	190
Annexe III – 35 : Montant du Fonds MAP et état des engagements MAP1 et MAP2 par pays à la date du 28 septembre 2003 (en millions USD).....	192
Annexe III – 36 : Présentation des composantes des projets MAP au Cameroun, à Madagascar, au Mozambique, au Bénin, et en Tanzanie	193
Annexe III – 37 : Détail de la composante VIH/Sida des projets éducation financés par la Banque Mondiale au Tchad, au Nigéria, au Mozambique, et au Burkina Faso	196

Annexe III – 1 : Chronologie de la réponse internationale à la lutte contre le Sida

● Découverte de trois malades du sida				1 9 8 0
● Découverte des voies de transmission de la maladie et attribution du nom AIDS ou SIDA (Syndrome d'Immuno Déficience Acquis) à l'infection				1 9 8 1
● Découverte du virus responsable du Sida				1 9 8 3
● Premiers tests de dépistage sur le marché	▶ 1er Conférence Mondiale sur le Sida à Atlanta, évènement qui deviendra annuel jusqu'en 1994 puis bi-annuel			1 9 8 5
● La communauté scientifique adopte le non de HIV (Human Immunodeficiency Virus) ou VIH (Virus d'Immunodéficience Humaine)				1 9 8 6
▶ OMS Création d'un programme mondiale sur le Sida	▶ Déclaration universelle des droits des malades et des séropositifs			1 9 8 7
	1er Décembre 1988	1er journée mondiale contre le Sida		1 9 8 8
▶ 1er Forum Francophonie et Sida à Paris		▶ UNESCO	Mars	1 9 9 0
		Déclaration Mondiale sur l'EPT à Jomtien : aucune considération sur le VIH/Sida		1 9 9 6
● Mise en place des traitements ARV (trithérapie)	▶ G8 - Sommet de Denver Engagement pour prévenir la transmission de l'infection			
	▶ Création de l'Onusida, le programme commun des nations Unies sur le VIH/Sida			
▶ Forum sur le développement de l'Afrique d'Addis Abeba Thème : "Le sida : un défi sans précédent pour les leaders africains"	▶ BANQUE MONDIALE Mise en place du Multisectorial AIDS Project	Septembre		
	▶ NATIONS UNIES Adoption des objectifs du Millénaire dont la lutte contre le Sida et l'EPT constituent deux des huit objectifs	Septembre		
▶ Conférence internationale sur le Sida à Johannesburg Début de la réflexion sur l'accès au traitement ARV pour tous	▶ G8 - Sommet d'Okinawa Engagement à mobiliser des fonds pour la lutte contre les maladies infectieuses			
	▶ UNESCO Déclaration de Récife des pays E9 : Un des objectifs est d'accorder une plus grande attention à l'éducation des adolescents sur le VIH/Sida et les doter d'une préparation à la vie active		Février	2 0 0 0
	▶ UNESCO Forum de Dakar : renouvelle les objectifs d'EPT et appelle à mettre en œuvre d'urgence des activités et programmes d'éducation pour lutter contre le Sida		Avril	
	▶ NATIONS UNIES Déclaration d'engagement de l'UNGASS sur le VIH/Sida		Juin	2 0 0 1
	▶ BANQUE MONDIALE Mise en place de l'initiative Fast Track : fonds pour le financement de l'Education Pour Tous			
	Mise en place du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme			
▶ G8 - Sommet de Gênes Plan de Gênes pour l'Afrique dont un des objectifs est le développement humain via la santé et l'éducation ce qui inclut la lutte contre le VIH/SIDA				
▶ OMS Lancement de l'Initiative 3x5 : permettre à 3 millions de malades du sida dans les pays en développement d'accéder aux traitements ARV d'ici 2005	▶ G8 - Sommet de Kananaskis Soutien à l'Education Pour Tous et reconnaissance de l'impact du VIH sur l'éducation et le rôle de l'éducation dans la lutte contre le sida			2 0 0 2
▶ G8 - Sommet de Sea Island Lancement d'une initiative mondiale en faveur d'un vaccin contre le Sida				2 0 0 4

Annexe III – 2 : Les cinq objectifs d'Education Pour Tous

Les 5 objectifs d'éducation pour tous sont :

- Réaliser un enseignement primaire universel de qualité d'ici à 2015
- Eliminer les disparités entre les sexes dans l'enseignement primaire et secondaire d'ici à 2005 et instaurer l'égalité dans ce domaine en 2015
- Améliorer de 50 % les niveaux d'alphabétisation des adultes d'ici à 2015
- Développer la protection et l'éducation de la petite enfance
- Promouvoir l'acquisition des compétences nécessaires dans la vie courante chez les jeunes et les adultes

Annexe III – 3 : Stratégie de moyen terme (2002/2007) de l'UNESCO en Afrique Subsaharienne concernant l'éducation au VIH/Sida

Finalité : réduire la propagation du VIH/Sida en Afrique subsaharienne et limiter l'impact du VIH/Sida sur les ressources humaines et sur les institutions via l'éducation au VIH/Sida. Sept domaines stratégiques ont été définis pour atteindre ces buts :

1. entreprendre un plaidoyer en faveur de l'atteinte des objectifs pris par la communauté mondiale notamment au Forum de l'éducation à Dakar (Education Pour Tous), au sommet d'Abuja et à l'Assemblée générale des Nations Unies en faveur de la lutte contre le Sida. Cela repose sur la nécessité d'obtenir au plus haut niveau de responsabilité de l'Etat un soutien fort à la lutte contre le sida
2. promouvoir l'adoption d'approche appropriée dans l'éducation formelle et non formelle pour lutter contre le sida
3. aider au développement des capacités des enseignants à dispenser la prévention au VIH/Sida et aider à l'adaptation des curriculums
4. aider les initiatives en lien avec l'éducation dont le but est d'apporter une prise en charge et des soins aux éducateurs et apprenants affectés par le VIH/Sida
5. soutenir les initiatives dont l'objectif est d'atténuer l'impact du VIH sur le secteur de l'éducation
6. soutenir la création de centre de recherche basé en Afrique et la création de réseaux
7. construire et protéger les capacités de l'UNESCO à répondre à l'épidémie

Annexe III – 4 : Exemple d'action de l'UNESCO en faveur de la lutte contre le Sida dans le secteur de l'éducation (sur la base des activités des agences et des représentations régionales en 2002/2003)

Développement de politique	Thèmes		Agences de l'UNESCO responsables
	<ul style="list-style-type: none"> - Intégrer l'éducation préventive au VIH/Sida dans les plans d'actions nationaux d'éducation pour tous - Stratégies pour protéger les enfants affectés par le VIH/Sida dont les enfants des rues en leur assurant une scolarisation - Stratégies d'intégration de l'éducation préventive au VIH/Sida dans les programmes d'alphabétisation - Elaboration d'un plan d'action stratégique pour la mise en place d'une éducation préventive au VIH/Sida au Nigéria - Programme d'action apportant une réponse à l'épidémie du VIH/Sida 		<p>Toutes les agences UNESCO Harare et UNESCO Nairobi</p> <p>UNESCO Ouagadougou UNESCO Abudja</p> <p>UNESCO Harare</p>
Conférence	Lieu- Date - Thème - Pays concernés	Apports pour la lutte contre le Sida	Résultats
	<p>Johannesburg, Afrique du Sud, Décembre 1999 Education pour tous Pays d'Afrique Subsaharienne</p>	<p>A insisté sur la nécessité de prendre en compte l'impact de l'épidémie du VIH/Sida sur le secteur de l'éducation pour parvenir aux objectifs de l'éducation pour Tous</p>	<p>Décision d'inclure le thème du VIH/Sida comme thème spécial du Forum Mondial de l'Education de Dakar en 2000</p>
	<p>Conférence des experts sur le VIH/Sida et l'éducation dans l'espace CEDEAO¹ en vue d'une mobilisation régionale Elmina, Ghana, Mars 2001</p> <p>¹ Communauté économique des Etats d'Afrique de l'Ouest</p>	<p>A passé en revue l'impact du VIH/Sida sur les systèmes éducatifs. Partage d'expérience sur les meilleures pratiques pour lutter contre le Sida à travers l'éducation</p>	<p>Déclaration d'Elmina sur les actions prioritaires à mener Large diffusion des recommandations d'Elmina au sommet africain sur le VIH/Sida, la tuberculose et les autres maladies infectieuses à Abudja en avril 2001 et à l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/Sida en juin 2001 Guide Ressource d'Elmina sur le VIH/Sida et l'éducation : guide pratique et stratégie pour mettre en œuvre les recommandations de la conférence</p>
	<p>1993 : Séminaire pour les planificateurs de l'éducation sur l'impact du VIH/Sida sur l'éducation organisé par l'IIPE (Institut Internationale de Planification de l'éducation) et suivi de la rédaction d'un rapport</p> <p>2000 : Session de travail pour les experts de l'éducation sur l'impact du VIH et les mesures pouvant atténuer ces effets organisée par l'IIPE suite à l'appel de Dakar sur l'urgence de mettre en œuvre des programmes et des actions de lutte contre le Sida dans le domaine de l'éducation</p> <p>2004 Séminaire Education et VIH en préliminaire à la Conférence Internationale sur l'éducation organisée par le BIE</p>		

Annexe III – 5 : Coordonnées des bureaux de l’Unesco en Afrique Subsaharienne et des Instituts de l’Unesco

Bureaux régionaux et nationaux de l’Unesco en Afrique subsaharienne

Afrique centrale et de l’Ouest		Afrique de l’Est et d’Afrique du Sud	
Bureau UNESCO	Pays de représentation	Bureau UNESCO	Pays de représentation
Bureau régional pour l’éducation en Afrique (BREDA) BP 3311 - Dakar Tel : 221 849 23 23 Fax : 221 823 83 93 E-Mail: dakar@unesco.org	Cap Vert Gambie Guinée Guinée-Bissau Liberia Sénégal Sierra-Leone	Kenya (Nairobi) PO Box 30592 - Nairobi Tel : 254 2621234 / 2354 Fax: 254 2215991 E-Mail: nairobi@unesco.org	Burundi Kenya Ouganda Rwanda
Cameroun (Yaoundé) PO Box 12909 - Yaoundé Tel : 237 22 57 63 Fax : 237 22 63 89 E-Mail: yaounde@unesco.org	Cameroun Centrafrique Tchad	Tanzanie (Dar-es-Salaam) PO Box 31473 – Dar es Salaam Tel : (255) 22 277 57 06 Fax : (255) 22 277 57 05 E-Mail : dar-es-salaam@unesco.org	Comores Madagascar Maurice Seychelles Tanzanie
Gabon (Libreville) C/o UNDP PO Box 2183 Libreville Tel : 241 76 28 76 Fax : 241 76 28 14	Congo Gabon Guinée Equatoriale République démocratique du Congo Sao-Tome & Principe	Ethiopia (Addis-Ababa) PO Box 1177 Addis Abeba Tel : 00 251 151 39 53 Fax : 00 251 151 1414 E-Mail: lamine.uneca@un.org	Djibouti Erythrée Ethiopie Somalie
Ghana (Accra) PO Box CT 4949 Accra Tel : 233 21 76 54 97 / 99 Fax : 233 21 76 54 98 E-Mail: accra@unesco.org	Benin Côte d’Ivoire Ghana Nigeria Togo	Namibie (Windhoek) PO Box 24519 - Windhoek Tel : 264 61 291 70 00 Fax : 264 61 291 72 20 E-Mail: Windhoek@unesco.org	Afrique du Sud Angola Lesotho Namibie Swaziland
Mali (Bamako) PO Box 1763 Bamako Tel: 223 23 34 92 / 93 Fax : 223 23 34 94 E-Mail: bamako@unesco.org	Burkina Faso Mali Niger	Zimbabwe (Harare) PO Box H.G. 435 Highlands HARARE Tel : 263 4 77 61 14 Fax : 263-4 77 60 55 E-Mail: harare@unesco.org Hiv-aids@unesco.co.zw	Botswana Malawi Mozambique Zambie Zimbabwe
Nigeria (Abuja) PMB 424, Garki Abuja Tel. 234 9 52 37 088 Fax. 234 9 52 38 094 E-Mail: Abuja@unesco.org	Nigeria	Mozambique (Maputo) PO Box CP 1397 – Maputo Tel. 258 1 49 44 50 Fax. 258 1 49 34 31 E-Mail : maputo@unesco.org	Mozambique

Instituts	Centres régionaux représentant l'institut	Contacts
Institut International pour le renforcement des capacités en Afrique (IICBA) à Addis Abeba en Ethiopie	-Bureau Régional de l'Unesco pour l'éducation (BREDA) à Dakar -Université de Prétoria, Afrique du Sud	info@unesco-iicba.org www.unesco-iicba.org <u>Contact VIH/Sida :</u> Tsion Demeke t.demeke@unesco-iicba.org
Institut de Statistiques de l'UNESCO à Montréal, Canada	Conseillers en statistiques à Harare (Zimbabwe), Dakar (Sénégal), Bangkok (Thaïlande) et Santiago (Chili)	uis@unesco.org www.uis.unesco.org
Institut de l'Unesco pour l'Education à Hambourg, Allemagne.		uie@unesco.org www.unesco.org/education/uie <u>Contact VIH/Sida :</u> Carolyn Medel Anönuevo c.medel-anonuevo@unesco.org Werner Mauch w.mauch@unesco.org
Institut International de planification de l'éducation , à Paris, France		information@iiep.unesco.org www.unesco.org/iiep <u>Contact VIH/Sida :</u> Lynne Sergeant l.sergeant@iiep.unesco.org
Bureau International d'éducation , à Genève en Suisse		ibe@unesco.org www.ibe.unesco.org
Centre International pour l'enseignement et la formation techniques et professionnels , à Bonn en Allemagne		info@unevoc.unesco.org www.unevoc.unesco.org

Annexe III – 6 : Activités VIH/Sida du Cluster¹ de l'Unesco au Zimbabwe (Botswana, Malawi, Mozambique, Zambie, Zimbabwe)

Le bureau de l'Unesco à Harare s'implique largement dans la lutte contre le sida. Le programme central est le "HIV/AIDS and Education Programme for the Southern African Region²" d'une durée de quatre ans (2001/2005) et couvrant quatre pays : le Malawi, le Mozambique, la Zambie et le Zimbabwe.

Montant total du projet :	1 390 000 US \$
<i>Dont Gouvernement Belge (2001-2005)</i>	<i>820 000 US \$</i>
<i>Unaid's 2002-2003</i>	<i>150 000 US \$</i>
<i>Unaid's 2003-2004</i>	<i>400 000 US \$</i>
<i>Unaid's Zimbabwe</i>	<i>20 000 US \$</i>

Les activités du projet sont les suivantes :

- Mise en ligne de ressources sur l'éducation et le VIH/Sida
<http://www.harare.unesco.org/hivaids/db.asp>
- Organisation d'un colloque sous régional sur le VIH/Sida et l'éducation en septembre 2004
- Mise en place du District Education Management Information Systems (DEMIS) au Zimbabwe et au Mozambique.

Cela doit permettre la collecte de statistiques d'impact du VIH afin de faciliter la planification du remplacement des enseignants et la prise en charge des enfants vulnérables. Le programme a été initié en septembre 2003 dans 100 écoles de 7 districts du Zimbabwe.

- Renforcement des programmes sur le VIH/Sida dans les écoles de formation des enseignants en Zambie, au Zimbabwe et au Mozambique.

Ce projet a été initié en 2002 en Zambie et au Zimbabwe et a pour but de sensibiliser les futurs enseignants aux VIH/Sida, renforcer la formation des maîtres pour l'enseignement de la prévention au VIH/Sida, leur apporter du matériel et les aider à mieux gérer leur propre statut sérologique et celui de leurs élèves.

Egalement, les activités VIH/Sida du bureau comprennent :

- L'introduction d'un programme de conseil et de test volontaire dans les Instituts de formation des enseignants au Zimbabwe
- La réponse aux besoins spécifiques des orphelins et des enfants affectés afin que ceux-ci ne soient pas privés d'école. Le bureau réfléchit sur la mise en place d'un nouveau projet intitulé "Ensuring Primary Education for orphans and vulnerable children in selected countries in Eastern and Southern Africa" dont le but sera d'aider le secteur de l'éducation à répondre aux besoins des orphelins et des enfants vulnérables.

De même, au Nigéria, une unité pour le VIH/Sida et l'éducation préventive a été créée en 2002/2003 et vise à aider le Ministère de l'éducation à mettre en place une stratégie de lutte contre le Sida à travers l'éducation préventive.

¹ Les clusters sont des bureaux de l'UNESCO qui s'occupent seulement d'un secteur (ici pour le Zimbabwe l'éducation) sur plusieurs pays. Ils se distinguent des bureaux régionaux qui regroupent aussi plusieurs pays mais qui ont vocation à intervenir sur l'ensemble des secteurs de l'Unesco (comme le BREDA à Dakar).

² Programme VIH/Sida et éducation pour la région Sud de l'Afrique

Annexe III - 7 : Engagements internationaux de développement de l'éducation et de lutte contre le sida

Objectifs de l'Education Pour Tous (EPT) – Dakar 2000

1. développer et améliorer la protection et l'éducation de la petite enfance
2. **assurer que d'ici 2015 tous les enfants aient la possibilité d'accéder à un enseignement primaire obligatoire et gratuit de qualité et de le suivre jusqu'à son terme**
3. répondre aux besoins éducatifs de tous les jeunes et de tous les adultes en assurant un accès équitable à des programmes adéquats ayant pour objet l'acquisition de connaissances ainsi que de compétences nécessaires dans la vie courante ;
4. améliorer de 50 % les niveaux d'alphabétisation des adultes, et notamment des femmes, d'ici à 2015
5. **éliminer les disparités entre les sexes dans l'enseignement primaire et secondaire d'ici 2005 et instaurer l'égalité dans ce domaine en 2015**
6. améliorer la qualité de l'éducation

Objectifs de développement de l'ONU pour le millénaire (ODM)

- **Assurer l'éducation primaire pour tous**
- **Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes**

Engagement des Nations Unies pris lors de l'Assemblée Générale sur le VIH/Sida (UNGASS - juillet 2001)

- **Assurer qu'en 2005, 90% des 15-24 ans (puis 95% en 2010) ont accès à l'information, à l'éducation et aux services dont ils ont besoin pour se prémunir contre les risques d'infection du VIH/Sida**
- d'ici à 2005, veiller à ce qu'il existe dans tous les pays un large ensemble de programmes de prévention
- **Assurer la mise en œuvre par les pays d'une stratégie pour créer un environnement soucieux du bien-être des orphelins et des enfants contaminés ou affectés par le VIH/Sida avant 2005**

Engagement d'Abudja

- renforcer le rôle de l'éducation et de l'information dans la lutte contre le VIH/SIDA
- mettre en place et renforcer les programmes spéciaux en faveur des jeunes afin d'épargner le sida à cette génération.

Engagement des Nations Unies et Objectifs de développement de l'ONU pour le millénaire (ODM)

- Combattre le VIH/Sida, le paludisme et d'autres maladies (ODM)

→ Stopper la propagation du VIH/Sida d'ici 2015 et commencer à inverser la tendance

- Réduire la prévalence parmi les jeunes de 15-24 ans de 25% dans les pays les plus affectés en 2005 **et de 25% globalement en 2010 (UNGASS)**

Annexe III – 8 : Etude de cas Tanzanie

Informations générales sur le pays et importance du VIH/Sida

Démographie La population tanzanienne est estimée à 36 millions de personnes parmi lesquelles on compte 16 millions d'enfants de moins de 14 ans³. Le taux de croissance démographique annuel est de 2,8%. La mortalité des adultes a augmenté ces dernières années à cause du VIH/Sida qui est devenu la première cause de décès parmi les adultes. Le taux de mortalité infantile, en baisse depuis les années 80, s'est inversé et augmente depuis le milieu des années 90. Suite à la hausse de la mortalité infantile et adulte, l'espérance de vie en 2010 devrait atteindre un niveau inférieur de 10 ans à ce qu'elle aurait dû être en situation sans sida soit 47 ans au lieu de 56 ans⁴.

Revenu du pays Le PNB par habitant en 2002 était de 280\$. L'impact de l'épidémie du VIH/Sida sur l'économie a été évalué par la Banque Mondiale à une réduction de la croissance moyenne du PNB sur la période 1985-2010 de 3,9% sans sida à une fourchette entre 2,8% et 3,3% en contexte de VIH/Sida.

Situation épidémiologique du VIH/Sida Les premiers cas de sida ont été notifiés en 1983. Le taux de prévalence du sida parmi la population adulte (15-49 ans) est estimé à 8,8% fin 2003. On estime à 1,3 millions le nombre d'adulte de 15-49 ans vivant avec le VIH/Sida et à 170 000 le nombre d'enfant de moins de 14 ans vivant avec le VIH/Sida. 7,6% des jeunes de 15-24 ans sont séropositifs⁵.

Le document national de lutte contre le sida fait apparaître une ampleur plus importante de l'épidémie en comparaison des chiffres des organisations internationales sus cités. Le taux de prévalence des adultes est estimé à 12% et l'évolution de la prévalence parmi les femmes donnant leur sang montre une augmentation de 7,2% à 13,3% entre 1990 et 2000. En 2002, le nombre de personnes vivant avec le VIH/Sida est estimé à deux millions dont 80% appartiennent à la population d'âge actif (20-44ans).

Malgré ces différences on peut conclure que l'épidémie est aujourd'hui importante et généralisée. L'épidémie de VIH/Sida se caractérise par une plus forte prévalence en milieu urbain qu'en milieu rural. Les jeunes femmes de 15-24 ans n'apparaissent pas comme étant une population plus touchée que celles des autres classes d'âge. Les taux de prévalence s'équilibrent entre hommes et femmes mais ces dernières sont infectées à un âge plus précoce que les hommes. La transmission du VIH/Sida est estimée être à 80% par voie hétérosexuelle, 5% par transmission mère-enfant et 1% par transfusions sanguines.

Tableau A3 : Taux de prévalence VIH parmi les jeunes femmes venant consulter au centre prénatal sur 24 sites dans 6 régions de Tanzanie en 2002

Région	Dar Es Salaam	Urbaine	Semi urbain	Rural	Tous sites
Jeunes femmes de 15-24 ans	7,3%	7%	5,6%	2,1%	6,1%
Toutes les femmes	11,5%	9,2%	4,3%	3,9%	8,1%

Source : HIV/AIDS epidemiological surveillance updated for the WHO African Region 2002 Country Profiles

En ce qui concerne les orphelins, leur nombre est estimé en 2001 à 1,9 millions et représentent 12% des

3 Données respectivement de 2002 et 2001 – Les générations orphelines d'Afrique, UNICEF 2004.

4 Données Banque Mondiale

5 Enquête 2002 : Rapport de suivi de la déclaration de l'UNGASS

enfants. Le nombre d'orphelins du Sida est estimé à 815 000 soit une proportion de 42% des orphelins.

La politique nationale de lutte contre le sida

Engagement politique national L'engagement politique dans la première décennie suivant l'apparition de la maladie a été très faible. En 1999, en déclarant l'épidémie de VIH/Sida catastrophe nationale, le président Mkapa a pris un engagement politique fort pour inciter toute la nation à lutter contre le sida, devenue une des grandes priorités du pays.

La lutte contre le sida en Tanzanie est organisée autour de deux éléments essentiels :

- le cadre stratégique national multisectoriel de lutte contre le Sida 2003-2007
- la commission tanzanienne de lutte contre le sida TACAIDS, organe qui dirige la réponse multisectorielle de lutte contre le sida sous la responsabilité du premier ministre, Frederik Sumaye

La Tanzanie a développé un cadre stratégique multisectoriel de lutte contre le sida et a intégré la lutte contre le sida dans les plans de développement généraux.

De 1985 à 1991, la réponse à l'épidémie était conduite uniquement dans le secteur de la santé. Depuis, on tend vers une réponse multisectorielle, plus décentralisée et avec un appui croissant d'ONG, d'organisations communautaires de PVVIH et religieuses.

Engagement sectoriel Le Ministère de l'éducation et de la jeunesse, avec TACAID, a pour mission de développer des interventions pour accélérer l'accès à l'information sur le sida dans les écoles. La santé reproductive et sexuelle doit être introduite au curriculum scolaire.

Le Ministère de la jeunesse doit développer des programmes d'éducation de santé reproductive et sexuelle incluant les questions liées au VIH/Sida pour les enfants déscolarisés.

Ainsi, tous les jeunes doivent avoir accès à l'information et également aux moyens de prévention et aux centres de conseils et de test. Les filles doivent être encouragées à éviter les grossesses non désirées.

Ressources financières nationales Dépenses du gouvernement pour la lutte contre le Sida en 2002 :

Estimation du budget total :	16 079 000 \$
Dépenses :	4 699 739 \$

Stratégie de développement long et moyen terme La stratégie de développement à long terme de la Tanzanie est développée dans le document "The Tanzania development Vision 2025" dont l'objectif central est l'élimination de la pauvreté d'ici 2025 et qui accorde une grande priorité à l'éducation. La pauvreté influence de façon significative la propagation du Sida. La lutte contre le sida fait donc partie intégrante de la stratégie de lutte contre la pauvreté. Le DRSP d'octobre 2000 inclut également comme thème transversal le VIH/Sida.

Politique de lutte contre le Sida Le document de stratégie multisectorielle de lutte contre le sida a été élaboré en janvier 2003 pour encadrer et orienter les actions des différents acteurs conformément aux priorités du pays. Il se donne neuf objectifs à atteindre pour la période 2003/2007 qui sont en lien avec les objectifs de développement du millénaire et ceux pris lors de l'UNGASS.

<u>Objectifs</u>	<u>Indicateurs</u>	<u>Cible pour 2007</u>
1 - Réduire la propagation du VIH	Pourcentage des 15-24 ans infectés par le VIH.	réduction de 30%
2 - Réduire la transmission Mère enfant	Pourcentage des enfants infectés par le VIH nés de mère infectée	réduction de 20%
3 - Assurer la transparence et l'orientation des actions publiques en matière de lutte contre le sida	Pourcentage des fonds nationaux dépensés en faveur du Sida	
4 - Lutter contre la stigmatisation et la discrimination envers les personnes vivant avec le VIH	Nombre d'événements, de programmes, de projets ayant un but anti-discrimination et anti-stigmatisation	
5 - L'épidémie du VIH/Sida est intégrée à la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté	Le PRSP et la stratégie d'assistance de la Tanzanie incorporent la dimension du Sida dans leur stratégie de développement long terme	
6 - Réduire la prévalence des MST dans la population	Pourcentage de personnes diagnostiquées avec une MST, soignées et conseillées.	
7 - Augmenter le niveau de connaissance sur la transmission du VIH/sida dans la population	Pourcentage de jeunes de 15/24 ans qui identifient correctement les moyens de prévention du VIH et qui rejette les idées erronées sur le sida	95% des jeunes ont accès à l'information sur le sida incluant l'éducation par les pairs et l'éducation au VIH spécifique pour les jeunes
8 - Augmenter l'accès aux traitements des personnes vivant avec le VIH/sida	Pourcentage des centres de santé capables d'offrir les soins appropriés aux personnes vivant avec le VIH.	
9 - Réduire l'impact du VIH/sida sur les orphelins.	Pourcentage des orphelins de 10-14 ans ayant accès à l'école.	

La stratégie de lutte contre le Sida prévoit l'introduction de la prévention au VIH/Sida à l'école primaire et secondaire. Il s'agit de développer des curriculaux relatifs aux problèmes de santé sexuelle des jeunes dans la formation des enseignants, de former un nombre suffisant d'enseignants sur ces questions pour assurer une couverture nationale sur l'enseignement d'un module de santé reproductive, offrir un appui aux parents et associations de parents pour traiter des questions de santé reproductive et sexuelle des jeunes, encourager les jeunes à mettre en place leurs propres projets et promouvoir l'éducation par les pairs.

Le problème de la prise en charge des orphelins qui devient de plus en plus pressant avec le VIH/Sida est pris en compte dans la stratégie de lutte contre le Sida. Il est envisagé de réaliser une étude de l'étendue du problème, de développer des politiques d'intervention sur les orphelins, de renforcer et

d'étendre des programmes pour les orphelins au niveau décentralisé, d'aider les ONG et CBO et organisation religieuse à développer des activités en faveur des orphelins et de combattre la stigmatisation et la discrimination envers les orphelins du sida.

Politique sectorielle éducative

La politique sectorielle de la Tanzanie dans le secteur de l'éducation s'appuie notamment sur le Plan de développement de l'éducation primaire (PEDP) 2002-2006. Ce plan a pour objectif d'accroître les inscriptions scolaires et par suite les taux de scolarisation en vue de réaliser l'éducation primaire universelle en 2005⁶, d'améliorer la qualité de l'éducation et de développer les compétences des personnels du ministère de l'éducation. Le développement d'une stratégie de lutte contre le Sida est prévu dans le cadre de ce plan.

Le gouvernement a pris en compte dans son activité de recrutement, formation et affectation des enseignants l'impact du VIH/Sida mais les critères de prise en compte ne sont pas détaillés. Une formation à la gestion de l'éducation qui inclut la problématique de l'impact du VIH/Sida sur le système éducatif doit être dispensée aux enseignants leaders, aux comités d'écoles, aux coordinateurs éducatifs, aux inspecteurs et aux personnels nationaux, régionaux et des districts. Le PEDP prévoit la mise en place d'un système d'information de la gestion éducative (EMIS) qui doit contenir des informations sur l'épidémie du VIH/Sida.

Les principaux bailleurs de fonds participent à la réalisation de ce plan via les fonds multibailleurs (the pooled funding of the government of Tanzania Primary Education Development program).

Enseignement non formel

La stratégie de l'éducation non formelle 2003/2007 reconnaît que l'augmentation du taux d'alphabétisation est essentielle pour accroître les connaissances et la prévention face au sida. Le thème du VIH/Sida est inséré dans les enseignements de l'éducation non formelle et une formation des formateurs sur ce thème est assurée.

Résultats des efforts de lutte contre le sida

L'évolution des taux de prévalence enregistre une augmentation dans la plupart des régions du pays sauf dans la région de Mbeya où le taux de prévalence (estimé à partir des consultations au centre prénatal) est tombé de 20% en 1994 à 11% en 2001 et dans la région de Kagera.

Le gouvernement tanzanien et ses partenaires de développement depuis 1986 ont mis en place un certain nombre d'éléments de réponses à l'épidémie (surveillance épidémiologique, capacité des laboratoires pour le test VIH, sécurité des transfusions sanguines, services de conseils, programmes pour les enfants et les jeunes dans et hors de l'école, interventions pour des populations particulières, production de campagnes d'IEC et de matériels pour les différentes campagnes, recherche sur les stratégies d'interventions) mais des insuffisances existent et de nombreux facteurs limitent la portée des politiques de lutte contre le Sida.

Le rapport de suivi de la réalisation de la déclaration de l'UNGASS de la Tanzanie, élaboré par TACAIDS sur la base des indicateurs d'évaluation d'atteinte de la déclaration de l'UNGASS pour l'année 2002 donne un bilan des résultats atteints en matière de lutte contre le Sida.

⁶ 4 578 236 enfants étaient scolarisés en 2001 et 3 millions d'enfants de 7 à 13 ans n'étaient pas scolarisés

Niveau de connaissance des jeunes 70% des jeunes de 15-24 ans enquêtés ont correctement identifié les moyens de prévention de la transmission sexuelle du VIH/Sida et rejettent les informations erronées sur la transmission et la prévention du VIH. (Rappelons que l'objectif visé est d'atteindre un pourcentage de 90% en 2005 puis 95% en 2010)⁷. De même, 67% des jeunes de 15-24 ans enquêtés disent avoir utilisé des préservatifs lors de relations sexuelles avec des partenaires non réguliers⁸.

Prévention au VIH dans les écoles La prévention au sein des écoles reste limitée. 19% des écoles primaires et 5% des écoles secondaires disposent d'enseignants formés en éducation des connaissances fondamentales à la vie et dispensent cet enseignement.⁹

L'enseignement concernant la prévention au VIH est prévu dans la matière "Sciences" sous le thème "maladies". Cependant, le rapport sur les stratégies pour améliorer la qualité de l'éducation primaire paru en janvier 2003 souligne les faiblesses du curriculum parmi lesquelles la non intégration de problématiques transversales telles que le VIH/Sida. La volonté d'intégrer un module sur le VIH/Sida semble donc plus être une annonce qu'une réalité. De même, l'évaluation en 2003 du PEDP a montré l'insuffisance de la présence du VIH/Sida, l'incapacité de certains enseignants à aborder ces thèmes et la faible approche de ces thèmes par le matériel éducatif.

De plus, il existe généralement dans les écoles une structure de conseil par les pairs sur le VIH/Sida, souvent gérée par un enseignant qui a rarement reçu une formation pour cela. Une méthode interactive d'enseignement est expérimentée afin de fournir aux élèves les compétences psychosociales pour savoir faire le bon choix dans une situation à risque. Cependant, les activités mises en œuvre pour lutter contre le sida au sein des écoles sont encore minimes.

Un taux de prévalence important dans la communauté est souvent reconnu mais l'école n'est pas considérée comme affectée ni impliquée. Souvent c'est le silence qui prédomine sur la question du VIH à l'école. Il existe encore beaucoup de barrières parmi les professionnels et les parents pour la mise en place d'activités relatives à la sexualité à l'école. La sensibilisation et la formation des enseignants, des inspecteurs et des directeurs d'écoles sur le VIH/Sida sont primordiales.

L'école ne semble pas jouer pleinement son rôle de prévention des nouvelles infections au VIH/Sida. L'évaluation du PEDP pour l'année 2001/2002 souligne que la stratégie pour combattre au sein du système éducatif la propagation du VIH/Sida doit être renforcée et le plan PEDP 2003/2004 prévoit la formation d'enseignants du primaire sur le VIH et l'élaboration d'un guide d'enseignement du VIH. Cependant les actions de prévention au sein de l'école restent limitées ce qui se ressent sur le niveau de connaissances générales de la population sur le VIH/Sida qui reste faible surtout en zone rurale.

Prise en charge des orphelins En ce qui concerne les orphelins, le PEDP déclare vouloir permettre aux orphelins de compléter le cycle primaire et d'assurer une équité quant à la qualité de l'éducation reçue. Une aide leur est accordée par l'Etat et/ou par des ONG (Caritas) pour qu'ils puissent payer les frais d'écolage. Cependant, l'évaluation en 2003 du PEDP a mis en avant l'inexistence d'une base de données sur les enfants touchés par le VIH rendant difficile la mise en œuvre d'une politique de prise en charge de ces enfants. La Tanzanie n'a pas de politique particulière pour les orphelins et enfants vulnérables. Un cadre général de prise en charge est en discussion et un budget est en préparation.

7 Sources : NACP – Surveillance of HIV and Syphilis Prevalence and Youth Behaviour from antenatal Clinic Communities 2001-2002. Percentage derived from Kilimanjaro, and Dodoma Region and average from all answers to the questions

8 Ibid

9 Source : Tanzania Commission for Aids-situation analysis – 168 out of 934 primary school surveyed in the lake zone on HIV/AIDS covering eight councils – February 2003 – Survey to all schools in Iringa and partly in Arusha Region, 2002

*Autres
éléments
limitant la
baisse de la
propagation
du VIH/Sida*

Parler de sexualité est toujours un tabou dans la majorité des familles, à l'école et dans les campagnes d'information. Parler de la sexualité ou de la mort avec quelqu'un de plus âgé que soi et donc normalement plus savant n'est pas autorisé. Ecrire un testament est également contraire aux traditions et au décès d'un mari, sa famille s'accapare en général autant de biens que possible, laissant souvent la veuve et les enfants sans rien.

Traditionnellement les hommes dominent les relations entre sexes et le manque de possibilités économiques a un impact négatif sur la capacité des femmes à décider de leurs relations sexuelles. La stratégie nationale de lutte contre le sida insiste sur la nécessité de rendre accessible la prévention équitablement aux femmes et aux hommes et de prendre en compte la spécificité des femmes et leurs besoins d'«empowerment».

Le climat général de stigmatisation et de discrimination entourant le VIH/Sida et la résistance de groupes sociaux (organisations religieuses) ne fournit pas l'environnement favorable à la limitation de la propagation du Sida. Le code pénal a voté un amendement en faveur d'amendes pénales aux PVVIH infectant délibérément d'autres personnes.

Le secteur de la santé dans la lutte contre le Sida est très dominant. Il s'agit maintenant de mieux articuler les réponses préventives de l'école avec les réponses sanitaires. Par exemple, étant donné que les maladies sexuellement transmissibles augmentent le risque d'infection au VIH, une attention particulière est donnée à la prévention et aux traitements des MST. Le message peut être véhiculé par l'école dans le cadre des modules de santé reproductive et/ou par les services de santé. Le système de santé doit également mettre à disposition des centres de tests volontaires afin que la diffusion de l'information puisse conduire à des comportements sûrs. Or ils sont encore en nombre trop limité notamment en zone rurale. La diffusion d'informations sur le VIH doit être associée à la diffusion à un coût accessible des moyens de prévention.

Annexe III – 9 : Etude de cas Mali

Informations générales sur le pays et importance du VIH/Sida

Démographie La population du Mali est estimée à 11 millions d'habitants en 2003, avec un taux de croissance démographique de 2,26%. Les jeunes de 0-15 ans représentent 50% de la population. L'espérance de vie en 2001 était estimée à 56,8 ans.

Prévalence nationale et régionale Au Mali, le premier cas de Sida a été identifié en 1986. Selon l'enquête démographique et de santé (EDS III) menée en 2001, le Mali compte 104 300 séropositifs. Le taux de prévalence au sein de la population générale est de 1,9 % fin 2003.

Les taux de prévalence par région montrent une prévalence plus élevée dans les zones urbaines par rapport aux zones rurales.

Bamako	2,5 %	Tombouctou	0,8 %
Ségou	2,0 %	Gao	0,6 %.
Kayes	1,9 %		
Koulikoro	1,9%		

Répartition dans la population La répartition au sein de la population révèle une séroprévalence plus élevée chez les femmes. Les tranches d'âge les plus touchées sont les suivantes :

	Total	Femme	Homme
30-34 ans	3,4%	3,2%	3,8%
25-29 ans	2,3%	3,2%	1,7%
35-39 ans	2,1%	2,8%	1,1%

Les jeunes enregistrent des taux de prévalence élevés.

15-19 ans	0,8%	15-19 ans	2,5%
20-24 ans	1,1%	20-24 ans	3,1%
<i>Source : EDS III 2001</i>		<i>Source : Surveillance sentinelle 2002</i>	

Une étude menée en 2000 a révélé des taux de prévalence très élevés dans certains groupes à risques : les camionneurs (4,1 %), les apprentis-chauffeurs (5,7 %), les vendeuses ambulantes (6,7%) et les prostituées (29,7%).

Le Mali se trouve actuellement dans une phase d'épidémie concentrée qui impose une vigilance dans la prévention et une prise en charge des personnes infectées ou affectées par la maladie. L'épidémie semble affecter le secteur de l'éducation de façon disproportionnée. Les enseignants eux-mêmes pourraient constituer des vecteurs importants pour la propagation de la maladie.

Les projections réalisées montrent que dans le cas où rien ne serait entrepris pour maîtriser l'épidémie, en 2010 près de 500 000 personnes vivront avec le VIH au Mali avec 170.000 décès enregistrés et 150.000 enfants orphelins du Sida.

La politique nationale de lutte contre le sida

Engagement politique national et sectoriel Le programme de lutte contre le SIDA repose sur l'engagement politique le plus élevé : il est politiquement coordonné par la Présidence de la République et techniquement par le Ministère de la Santé qui en assure la tutelle.

11 Ministères ont établi chacun un plan sectoriel de lutte contre le SIDA, notamment c'est le cas du ministère de l'éducation, de la jeunesse et des sports, de la promotion de la femme et de l'enfant et de l'emploi et de la formation professionnelle.

Ressources financières Fonds dépensés pour la lutte contre le Sida pour l'année 2002 :

Contributions nationales : 3 500 000 USD

Partenaires extérieurs : 5 800 000 USD

Stratégie de développement long et moyen terme Le CSLP du Mali adopté par le gouvernement malien en mai 2002, comprend une composante "VIH/Sida et développement". La lutte contre le sida est retenue comme domaine d'intervention prioritaire à financer sur les ressources additionnelles dégagées par l'allègement de la dette. Celles ci couvrent essentiellement les besoins en ARV.

La lutte contre le Sida entre en compte également dans le cadre du développement sanitaire et social du pays. Le plan d'action de la stratégie sanitaire prévoit comme objectif secondaire la baisse ou le maintien du taux de prévalence du VIH/Sida au deçà de 2%.

Politique de lutte contre le Sida La politique de lutte contre le sida a été adoptée en 2002. Le Plan Stratégique National 2002-2006 vise à :

- prévenir la transmission du VIH dans la population générale avec un accent particulier sur les groupes de population les plus vulnérables en particulier les jeunes en milieu scolaire et extrascolaire ;
- prévenir la transmission mère-enfant ;
- améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH et alléger le poids de l'impact sur les familles affectées et la communauté ;
- réduire l'impact sur les services de santé ;
- instaurer un environnement éthique et juridique favorable au respect des droits de la personne.

Les actions prévues pour atteindre l'objectif de prévention des jeunes sont :

- l'élargissement de la réponse nationale aux autres secteurs que celui de la santé ;
- la poursuite des stratégies qui ont fait la preuve de leur efficacité : information, éducation et communication à l'intention de la population générale, promotion de l'utilisation du préservatif à travers le marketing social, concentration sur les groupes de populations les plus vulnérables pour un changement des comportements sexuels à risques ;
- la promotion du conseil et du dépistage volontaire.

La politique éducative et la lutte contre le VIH/Sida

Données de base du système éducatif Le système scolaire comptait 1 212 000 enfants dans le primaire en 2002 avec une forte disparité régionale et de genre. Le taux brut de scolarisation était de 67% en 2002/2003, de 56,4% pour les filles contre 77,9% pour les garçons. Seulement ¼ des enfants maliens achèvent le cycle primaire. Les insuffisances du système éducatif sont nombreuses : une offre de formation insuffisante, des programmes d'enseignements mal adaptés aux besoins éducatifs fondamentaux des apprenants, un

manque d'enseignants qualifiés et une mise à disposition insuffisante de matériel didactique notamment de livre scolaire.

En matière d'éducation, le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) a pour objectif d'atteindre un taux brut de scolarisation et un taux d'alphabétisation respectivement de 73 % et de 50 % en 2004.

Politique sectorielle en éducation La lettre de politique éducative élaborée en 2000 a retenu comme un des axes prioritaires l'offre d'une éducation de base de qualité pour tous. Elle prévoit la construction d'infrastructures pour augmenter l'offre scolaire et améliorer l'environnement scolaire, la réforme des curriculums du primaire et l'amélioration de la formation, du recrutement et de la gestion des personnels enseignants. Elle attribue à l'école un rôle de lutte contre les maladies à haute prévalence en particulier le paludisme et le VIH/Sida.

En 1998, le Mali a élaboré et validé avec l'appui de ses partenaires techniques et financiers (PTF) un programme décennal de développement de l'éducation (PRODEC). Le programme a comme objectif l'augmentation du taux brut de scolarisation à 95% en 2009-2010, tout en améliorant les niveaux d'apprentissage. La mise en œuvre opérationnelle du PRODEC se fait à travers le programme d'investissement sectoriel de l'éducation (PISE). Le PISE représente l'appui financier des partenaires techniques et financiers aux réformes du PRODEC. Il tient compte de l'ensemble des appuis accordés par tous les partenaires au développement, y compris le gouvernement malien. L'objectif global du PISE est de fournir un accès plus large et plus équitable à une éducation de meilleure qualité.

Place de la lutte contre le sida La lutte contre le VIH/Sida constitue un axe transversal du PISE. A travers le PISE, les écoles et les ressources du secteur de l'éducation doivent contribuer à limiter la propagation de l'épidémie. Cela implique la diffusion auprès des élèves d'informations de santé reproductive, et de compétences essentielles à la vie quotidienne, via notamment la distribution de matériels culturellement acceptés qui seront centrés sur les maladies sexuellement transmissibles et le VIH/SIDA.

Le dialogue ouvert sur des questions afférentes à ces thèmes et les activités visant au changement de comportements telles que l'éducation des pairs, le dialogue parents-enfants, les discussions sur la nécessité d'abandonner les pratiques traditionnelles telles que les mutilations génitales féminines, la promotion des préservatifs, le traitement rapide d'autres MST, et les discussions visant à déstigmatiser l'épidémie seront privilégiés. Les moyens utilisés comprendront le théâtre, les chants et les jeux de rôles adaptés au contexte culturel.

Introduction de la prévention aux MST/Sida dans le curriculum Le nouveau curriculum, une des réformes centrale du PRODEC, prévoit l'introduction d'un module de prévention au VIH/Sida en primaire et en secondaire abordant plus particulièrement les besoins spécifiques des jeunes adolescentes et les mutilations génitales féminines. Un rapport du ministère de l'éducation¹⁰ en 2001, indiquant les innovations envisagées dans les programmes d'enseignement, prévoyait l'introduction d'un module d'éducation en matière de vie familiale, de population et de santé en vue de permettre aux jeunes adolescents de faire plus tard face aux nouveaux problèmes émergents relatifs aux problèmes de population, de planning familial, de maladies sexuellement transmissibles et du VIH/SIDA ainsi que de santé de la reproduction. Les supports éducatifs disponibles sur ces thèmes doivent être développés.

¹⁰ "Quarante sixième session de la conférence internationale de l'éducation sur le thème : contenus de l'éducation et stratégies d'apprentissage pour vivre ensemble au XXIème siècle : problèmes et solutions – 5/7 septembre 2001"

La formation des enseignants Le faible niveau de qualification des enseignants est une des faiblesses du système éducatif malien. Un renforcement de la formation continue et initiale est envisagé dans le PRODEC. Celle-ci doit préparer à l'enseignement du nouveau curriculum de l'enseignement fondamental et inclut donc des thèmes relatifs à la santé scolaire, notamment au VIH/SIDA et au paludisme.

Les enfants non scolarisés L'enseignement non formel doit assurer une sensibilisation au problème de VIH/Sida et plus largement doit dispenser un module santé sanitaire et reproductive.
 Le PRODEC prévoit une action spécifique en direction des enfants marginalisés (enfants des rues...). Les efforts d'éducation pour cette cible comprendront également une sensibilisation au VIH/Sida. Un rapprochement avec les medersas doit être entrepris afin de parvenir à une convergence des curricula dispensés. Cet effort concerne également la prévention au VIH/Sida que les medersas devront incorporer.
 Pour les enfants non scolarisés les CED sont chargés de fournir une éducation de base, celle-ci doit inclure une prévention au VIH/Sida.

Résultats des efforts de lutte contre le sida

Réalisation du Prodec La mission conjointe du PISE du 10 au 16 mars 2002 notait que l'élaboration du curriculum traitant de l'éducation à la vie familiale et de santé reproductive adapté à l'âge et à la culture et l'appui en matériel didactique n'avait pas démarré.
 La revue à mi-parcours de la phase 1 du PISE en janvier 2004 conclut que le curriculum de niveau 1 de l'enseignement fondamental dans ses différents domaines a incorporé les éléments du volet santé scolaire mais rappelle que le volet de la prévention au VIH/Sida a été mis en place tardivement et pâtit d'un manque de réflexion stratégique. Le point de blocage est pour une part le manque de coordination entre les différents intervenants en matière de lutte contre le sida.
 De plus, le positionnement institutionnel du PNLIS, rattaché au ministère de la santé, limite sa capacité de coordination nationale (peu d'influence vis-à-vis des autres ministères) et l'exercice de son rôle de leader dans la multisectorialité.

Niveau de connaissances des jeunes Par conséquent, le niveau de connaissances des jeunes sur le VIH/Sida reste faible et l'adoption de comportements sûrs est rare.

Tableau A4 : Pourcentage de jeunes de 15-24 ans interrogés capables de décrire correctement les méthodes de prévention de la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant les modes de transmission ou de prévention

Femmes 15-19 ans	Femmes 20-24 ans	Hommes 15-19 ans	Hommes 20-24 ans
11,8%	15%	54,6%	63,9%

Tableau A5 : Pourcentage de 15-24 ans déclarant utiliser le préservatif au cours de rapports sexuels avec un partenaire occasionnel

Femmes 15-19 ans	Femmes 20-24 ans	Hommes 15-19 ans	Hommes 20-24 ans
13,5%	15,4%	22,5%	35,2%

Source : EDS III, 2001

*Autres
éléments
limitant les
efforts de
lutte contre le
VIH/Sida*

Le déni, la stigmatisation et la discrimination face au SIDA sont encore très importants au Mali.

Peu de personnes connaissent leur statut sérologique, l'accès à la prévention doit s'accompagner d'un meilleur réseau de centre de dépistage.

Les contraintes à la lutte contre l'épidémie se posent en terme de précarité économique et de faible couverture sanitaire.

Le gouvernement malien veut essayer d'assurer la prise en charge globale des PVVIH, pour cela l'initiative d'accès aux ARV (IMAARV) a démarré en 2001 grâce à des ressources de l'Etat malien (fonds PPTE). Aujourd'hui environ 900 patients sont sous traitement antirétroviral. Jusqu'à ce jour les sites qui se chargent de dispenser des médicaments ne se trouvent qu'à Bamako, ce qui oblige les personnes malades qui souhaitent se soigner à se rapprocher de la capitale. On peut s'attendre par exemple à une désertion des enseignants malades du Sida des zones rurales vers les zones urbaines.

Annexe III – 10 : Etude de cas Cameroun

Informations générales sur le pays et importance du VIH/Sida

Situation épidémiologique du VIH/Sida Au Cameroun, la séroprévalence dans la population adulte (15-49ans) est estimée à 12%. Le nombre de personnes vivant avec le VIH/Sida est estimé à plus de 937.000 soit 1 Camerounais sur 9 dans la population adulte. L'épidémie a connu une progression rapide.

	1992	2000	2002
Taux de prévalence au VIH/Sida	2%	11%	11,8%

Source : Ministère de la santé (2001) Document de stratégie sectorielle de santé, Comité National de lutte contre la santé

La quasi stabilité du taux de prévalence ces dernières années au Cameroun n'est pas dû à la baisse des nouvelles infections mais à l'équilibrage des nouveaux cas d'infection par le décès de personnes atteintes.

Les femmes sont plus infectées que les hommes : 3 femmes pour 2 hommes sont séropositives. Au Cameroun, la transmission du VIH se fait dans 90% des cas par rapports sexuels non protégés. La transmission par voie sanguine et celle de la mère à l'enfant représente environ 10%.

Situation particulière des jeunes Le taux de prévalence du VIH chez les jeunes de 15-19 ans est estimé à 11,5% et celui des jeunes de 20-24ans à 12,2%, au-dessus de la moyenne nationale de 11,8%. La population de la communauté éducative est actuellement estimée à plus de 3,5 millions de personnes dont le tiers est sexuellement actif. Si l'on considère que le taux de séroprévalence est de 12%, on estimerait alors à plus de 114.000 le nombre de personnes infectées dans les écoles et les collèges. La population potentiellement active sur le plan sexuel est trop importante pour ne pas envisager de mettre en place des actions de lutte contre le VIH. De plus, elle est davantage exposée aux comportements sexuels à risque.

Connaissance des jeunes Au Cameroun, 18% des garçons et 31% des filles âgés de 15 à 19 ans ne connaissent aucune méthode permettant de se protéger contre le VIH/Sida, 45% des filles ne savent pas qu'une personne atteinte du Sida peut avoir l'air en bonne santé et 43% ne pensent pas être exposées au Sida¹¹.

La politique nationale de lutte contre le sida

Engagement politique national Le Cameroun œuvre à la réalisation de l'objectif de développement du millénaire de "lutte contre le VIH/Sida, le paludisme et d'autres maladies".
Le document stratégique de réduction de la pauvreté a considéré le VIH/SIDA comme un facteur aggravant la pauvreté et le développement social et économique. L'objectif ciblé est d'inverser la tendance actuelle de propagation du VIH/Sida.

Politique de lutte contre le Sida Pour lutter contre la pandémie du SIDA, le gouvernement a créé le Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS) en 1995. Ses objectifs sont de :

- Freiner l'évolution de la pandémie et réduire les nouveaux cas d'infection au VIH/SIDA
- Réduire l'impact socio-économique de la pandémie
- Renforcer les actions de prise en charge des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA

¹¹ Enquête démographiques et sanitaires 1994-1999

- Rendre effective la lutte contre le SIDA dans les communautés et par les communautés

Les stratégies du CNLS reposent sur l'IEC (Information – Education - Communication) des familles, l'introduction de l'éducation sexuelle dans les programmes scolaires, l'implication des médias publics dans la sensibilisation des masses, l'incitation aux dépistages volontaires.

Toutes ces actions ont été programmées dans le Plan Stratégique National (2000-2003) adopté en septembre 2000. Il définit les bases d'un partenariat Etat, acteurs nationaux, partenaires bilatéraux et multilatéraux dans la lutte contre le Sida et précise comme suit les grands objectifs de la stratégie :

1. La prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle
 - Minimiser les risques de contamination au VIH/SIDA chez les enfants de 5 à 14 ans par l'apprentissage d'un style de vie sain et le développement de comportements sexuels responsables
 - Promouvoir l'abstinence ou la fidélité à un ou plusieurs partenaires non infectés
 - Renforcer le marketing social des préservatifs
 - Développer des mécanismes d'information des populations sexuellement actives pour un changement de comportement
2. La prévention de la transmission du VIH par la transfusion sanguine
3. La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
4. La prise en charge médico-psychosociale des personnes vivant avec le VIH
5. Développer un mécanisme national de solidarité vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Ressources financières

Le budget prévisionnel (2000-2005) du plan stratégique national est de 130 141 700 000 FCFA et sera financé selon la répartition suivante :

Gouvernement	10% = 13.014 100 000 FCFA
PPTTE	70% = 91.100 000 000 FCFA
Bailleurs de Fonds	20% = 26.027 600 000 FCFA

Montant des Fonds Nationaux alloués au VIH/Sida	2000/2001	2001/2002
Ministère de la santé	540 000 000	3 627 000 000
Autres financements (MAP, PPTTE...)	3 190 585 000	15 111 060 000

Cette stratégie doit s'appliquer dans un processus plus général de décentralisation et d'implication des différents secteurs notamment du secteur de l'éducation à travers le MINEDUC. Le plan national donne une orientation du rôle du secteur de l'éducation dans la lutte contre le VIH. Il s'agit notamment de prendre en charge la prévention des jeunes dès 5 ans, de favoriser l'adoption de comportements responsables et de lutter contre la discrimination envers les personnes atteintes du VIH en enseignant la tolérance et le respect des autres.

Ce plan de lutte contre le Sida doit s'appuyer sur le processus de décentralisation en favorisant l'intégration des activités dans le programme minimum d'activités de tous les secteurs impliqués et l'opérationnalisation des Equipes Provinciales de lutte contre le Sida (RPLS) et des Equipes de District de lutte contre le Sida (EDLS).

Un accord de prêt de 50 millions de USD entre la Banque Mondiale et le gouvernement pour la lutte

contre le sida a été signé en octobre 2000 dans le cadre du Multicountries AIDS Project (MAP) pour 60 millions de dollars.

La politique éducative et la lutte contre le VIH/Sida

Selon le RESEN, le taux de prévalence du Sida dans la population des 15-49 ans a au moins deux conséquences pour le système éducatif :

1. une forte augmentation du nombre d'orphelins et l'adoption de mesures ciblées pour assurer la scolarisation de ces enfants.

Au Cameroun, seulement 68% des enfants orphelins¹² de 10-14 ans sont scolarisés au lieu de 78% pour les non orphelins¹³.

2. les décès d'enseignants atteints par le SIDA et leur absence pour maladie sont plus fréquents.

Actuellement au Cameroun, on estime que chaque année 500 enseignants ne peuvent assurer leur service par suite du VIH/Sida et qu'un nombre comparable décède prématurément pour cause de SIDA. Aux alentours de 2015, on prévoit qu'entre 1 200 et 1 500 maîtres devront être remplacés chaque année par suite de l'épidémie et des décès qu'elle entraîne.

L'une des 5 grandes priorités de la lutte contre le Sida au Cameroun concerne directement le secteur éducatif. Il s'agit de prévenir la transmission du VIH par voie sexuelle et de promouvoir à cet effet des comportements sexuels à moindre risque. Cette intervention doit cibler plus particulièrement les 5 à 14 ans à travers l'apprentissage de styles de vie sains et les 15 à 24 ans à travers l'éducation sexuelle. Cette stratégie se base sur la formation de leaders comme pairs éducateurs et l'élaboration de matériel éducatif.

Le plan sectoriel de lutte du MINEDUC contre les MST/VIH/SIDA a été validé en juillet 2003 et lancé le 31 mars 2004 sur une vingtaine de lycées pilotes de Yaoundé. Le budget est évalué à 6.406.200.000 FCFA et provient du budget de l'Etat et des fonds PPTTE alloués au Minéducatif et au Ministère de la Santé.

Les stratégies pour la lutte contre le VIH/Sida en milieu scolaire sont les suivantes :

- le renforcement des actions en cours dans les écoles et leur meilleure coordination par la Direction de la Santé scolaire
- l'analyse de la situation de l'impact effectif de la maladie sur le système éducatif et les activités des intervenants par le biais d'enquêtes sur l'ensemble des établissements scolaires
- l'introduction des modules de formation spécifique sur le VIH/Sida et sur l'éducation à la vie familiale dans les programmes scolaires
- l'introduction d'une épreuve facultative sur le VIH/Sida au CEPE, BEPC et aux examens de sortie des ENIEG
- la formation des enseignants et du personnel d'appui
- l'introduction à terme des programmes de formation sur l'éducation à la vie familiale et le VIH/Sida dans les écoles de formation des formateurs
- la coordination effective et efficace des diverses interventions relatives au VIH/Sida en milieu scolaire menées par les différents partenaires éducatifs

¹² les deux parents sont décédés

¹³ Enquêtes démographiques et sanitaires, UNICEF, 1994-1999

- l'inscription des activités de lutte contre le Sida dans le budget du Ministère de l'éducation
- l'implication des organisations nationales, régionales et internationales dans la mobilisation des fonds nécessaires à la mise en œuvre des activités de lutte contre le Sida en milieu scolaire
- l'assurance de la prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH en facilitant l'accès à l'école des orphelins et enfants de PVVIH
- la formation/recyclage des conseillers (personnel de santé scolaire, enseignants, parents...) aux méthodes de prévention et de lutte contre le sida
- renforcement des ressources humaines et matérielles des structures médico-sociales en milieu scolaire pour la lutte contre le sida

Il s'agit d'introduire des journées d'enseignement sur les infections sexuellement transmissibles, et un module d'éducation à la vie familiale dans les programmes d'enseignement. La mise en place d'un encadrement des orphelins est prévue mais pas encore effective.

Le secteur de l'enseignement supérieur s'occupe de la dynamisation des clubs de santé dans les universités, de la formation de pairs éducateurs et de la réalisation de campagnes de dépistage volontaire. Une étude sur l'analyse comportementale et la formulation des messages doit être réalisée (UNICEF). Le secteur jeunesse et loisirs est chargé des projets de prévention, conseils au VIH et compétences à la vie en milieu extra scolaire.

Résultats des efforts de lutte contre le sida

Depuis la création du comité national de lutte contre le VIH SIDA en 1987, de nombreuses campagnes de sensibilisation ont été menées. Néanmoins, l'épidémie a continué à progresser.

De plus, le niveau de connaissances des jeunes sur le VIH/SIDA reste faible. 18% des garçons et 31% des filles ne connaissent aucune méthode permettant de se protéger contre le Sida. 43% des filles (âgées de 15 à 19 ans) ne pensent pas être exposées au Sida.

Suite à ce constat, le plan national de lutte contre le Sida s'est appliqué à promouvoir la multisectorialité et la décentralisation. De fait, de nombreux plans sectoriels de lutte contre le Sida ont vu le jour et des conventions de partenariat entre le gouvernement et les secteurs privés, parapublic et confessionnels ont été passées.

Plusieurs obstacles entravent la mise en place d'une action de lutte contre le SIDA au Cameroun :

- l'indifférence et/ou l'ignorance de la population (essentiellement les enfants et les femmes), surtout dans les provinces septentrionales
- la forte perception de la lutte contre le SIDA comme une affaire de santé et non des autres secteurs
- la méconnaissance ou la connaissance insuffisante des orientations du gouvernement dans le cadre du programme de lutte contre la pauvreté et du plan sectoriel santé
- la coordination insuffisante des activités des différents partenaires qui ne bénéficient d'aucun cadre stratégique pour leurs interventions
- la trop forte centralisation de la lutte contre le SIDA
- la faiblesse et/ou l'absence de collaboration entre le Comité National de Lutte contre le SIDA et les Organisations non gouvernementales (ONG)
- la faible implication de tous les partenaires du "monde du travail" (employeurs, patronat, partenaires nationaux et internationaux), etc.

Annexe III – 11 : Etude de cas Madagascar

Informations générales sur le pays et importance du VIH/Sida

Prévalence nationale et régionale Les tendances de l'épidémie suggèrent que malgré un niveau de prévalence générale encore relativement faible (1,1%) comparé à la moyenne observée en Afrique, Madagascar est exposé au risque d'évolution rapide vers une épidémie généralisée majeure. En effet, en cinq ans, entre 1996 et 2001, la prévalence du VIH a été multipliée au moins par 35 (0,01% en 1996, 0,15% en 1999 et 0,35% en 2001).

Une projection suggère qu'en l'absence d'une riposte précoce et massive, le taux de prévalence atteindrait 15% en 2015 (hypothèse forte). Les conséquences d'une explosion à court terme de l'épidémie du VIH/Sida sur le plan socio-économique pourraient être désastreuses.

La moyenne d'âge des personnes séropositives est de 27,5 ans chez les femmes contre 34,4 ans chez les hommes. En outre, 10,3% des séropositifs sont des agriculteurs. Cela signifie que le VIH/Sida risque d'aggraver la pauvreté à Madagascar à travers la baisse de la production au niveau national, si des mesures efficaces ne sont pas prises rapidement.

Des disparités de prévalence existent et laissent apparaître une prévalence aussi importante, voire plus importante, en zone rurale qu'en zone urbaine et une population jeune relativement plus touchée que le reste de la population :

selon les régions	province d'Antananarivo	0,30%
	province de Antsirana	1,51%
	province de Mahajanga	1,49%
	province rurale de Fianarantsoa	1,32%
les tranches d'âges les plus touchées	moins de 15 ans	1,64%
	15-24 ans	1,35%
selon le niveau d'instruction des femmes	non scolarisées	1,23 %
	primaire	1,25%
	secondaire 1 ^{er} cycle	0,62%
	secondaire 2 ^{ème} cycle	0%
	supérieur	1,49%

La politique nationale de lutte contre le sida

Engagement politique national La présidence du Comité National de Lutte contre le Sida est assurée par le Président de la République, le secrétariat exécutif assure le côté opérationnel.

Il existe un organe chargé de coordonner l'élaboration de la stratégie nationale de communication et de valider les messages utilisés par les différents partenaires mettant en œuvre des projets de lutte contre le VIH/Sida. Cet organe a produit divers outils et matériels d'IEC avec le soutien de l'UNICEF et de l'UNESCO.

De ce fait, les autorités malgaches, sous l'impulsion du leadership du Chef de l'Etat, ont fait de la lutte

contre le Sida, l'une des priorités majeures du programme national de développement. Cet engagement national au plus haut niveau s'est traduit par la formulation d'un plan stratégique national, la mise en place d'un cadre institutionnel placé sous la direction du Chef de l'Etat et la mise à disposition d'une ligne budgétaire dans l'IPPTE, suivant les recommandations du DSRP.

Concernant la lutte contre la propagation du VIH/Sida, la volonté des autorités nationales d'intensifier la lutte contre le VIH/Sida à Madagascar doit se concrétiser par l'opérationnalisation effective du Plan Stratégique National. Pour ce faire, l'option retenue privilégie l'intervention de proximité, sous-tendue par une démarche participative et multisectorielle, axée sur la commune, entité administrative de base de la hiérarchie institutionnelle malgache. En effet, celle-ci se présente comme l'approche la plus logique et la plus judicieuse pour appréhender le développement et partant, la lutte contre le VIH/SIDA à Madagascar.

Ainsi, l'approche d'opérationnalisation de la lutte contre la propagation du VIH/Sida à mettre en œuvre doit allier les dimensions sectorielles (multisectorialité et multidisciplinarité) et spatiales. Dans cette optique, la démarche la plus judicieuse, caractérisant les pays à faible prévalence comme Madagascar, suggère la mise en œuvre d'interventions différentielles suivant le niveau de risque encouru par la population d'une zone géographique donnée (zone à haut risque de propagation du VIH/Sida : zones de forte concentration d'hommes jeunes et mobiles séparés de leur partenaire sexuel régulier, zones de passages de groupes professionnels mobiles, zones de programmes de développement économique) et celui d'un groupe de population déterminé (groupe à haut risque de diffusion du VIH/SIDA : travailleurs de sexe, clients des travailleurs de sexe).

Le Secrétariat Exécutif du Comité National de Lutte contre le VIH/SIDA préside le Comité Technique Multisectoriel pour la lutte contre le VIH/SIDA (CTM), une structure chargée de la coordination technique des interventions de lutte contre le VIH/SIDA menées par les Départements ministériels et les entités partenaires opérationnelles sur le terrain.

Ressources financières

Montant des fonds engagés par le gouvernement pour lutter contre le VIH/Sida :

en 2001 : 1 450 000 USD
en 2002 : 2 267 000 USD

Les fonds disponibles pour la lutte contre le sida se montent à 21 millions d'USD et proviennent majoritairement d'un emprunt de l'Etat malgache à la Banque Mondiale. La lutte contre le Sida s'appuie également sur des fonds de coopération bi et multilatéraux, notamment, le Fonds Global.

Madagascar dispose d'une stratégie nationale de lutte contre la propagation du VIH/Sida pour 2001/2006. Un projet de loi pour les PVVIH et les personnes affectées, concernant leur droit à la prise en charge médicale et leur protection face à la stigmatisation et à la discrimination, devrait être adopté fin 2004.

La politique éducative et la lutte contre le VIH/Sida

Données de base du système éducatif

Le taux net de scolarisation du primaire est seulement de 70,1% pour l'ensemble du pays. Le niveau d'instruction est faible : 5 individus sur 10 n'ont reçu aucune instruction et 4 sur 10 ont le niveau de l'enseignement primaire ; seulement 1 sur 10 a le niveau secondaire et moins de 1 individu sur 100 possède le niveau universitaire.

L'éducation doit élaborer en 2004 une stratégie sectorielle de lutte contre le sida. L'éducation sur le Sida a été incluse dans les programmes scolaires depuis 1993.

En 2002, 425 enseignants du MINESEB ont reçu une formation de formateurs sur le VIH/SIDA avec l'appui de UNICEF. Ces enseignants couvrent 40 CISCOS sur les 111 nationaux.

Résultats des efforts de lutte contre le sida

L'épidémie continue à s'étendre bien que des plans à court et à moyen terme de lutte contre le Sida ont été mis en œuvre ces dernières années.

Le niveau de connaissances sur le VIH/Sida reste très faible et les conduites à risques très courantes, notamment parmi les jeunes.

Pourcentage de jeunes de 15-24 ans interrogés capables de décrire correctement les méthodes de prévention de la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant les modes de transmission ou de prévention	14%
---	-----

% de 15-24 ans déclarant utiliser le préservatif au cours de rapports sexuels avec des partenaires occasionnels	1,3%
---	------

Source : MICS 2002

L'origine complexe du peuple malgache explique la diversité et la complexité des coutumes dont certaines constituent des facteurs de vulnérabilité pour la transmission du Sida.

Le secteur du tourisme est en fort développement à Madagascar et il est le deuxième secteur à apporter des recettes en devises. Le développement du tourisme, très intense depuis le milieu des années 90, s'est accompagné d'un développement du travail du sexe et de la recherche de l'argent facile pour les jeunes filles.

Bien que les autorités religieuses aient contribué à la conception du plan national stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et qu'elles encouragent et soutiennent les clubs d'éducation à la vie familiale ; la promotion des préservatifs reste un sujet de discorde. Les parents et d'autres éducateurs rejoignent les organisations religieuses sur cette position : « c'est une incitation à la débauche ».

La remise à l'ordre du jour du « fokonolona » (association de quartiers) se présente comme une opportunité pour « parler ouvertement et durablement du SIDA » au sein de la communauté et auprès des tradipraticiens.

L'association des parents d'élèves peut être une porte d'entrée pour un plaidoyer en faveur de cette lutte dans les collèges et lycées. Les associations des jeunes (sportives ou culturelles) peuvent aussi être des cercles de réflexion et des champs d'action pour des comportements sans risque de transmission du VIH/SIDA. Les clubs anti-SIDA au sein des établissements scolaires couvrent actuellement une cinquantaine de fivondronampokontany (commune).

Ce sont les ONG qui sont les plus actives dans la mobilisation sociale : elles ciblent essentiellement les jeunes, les travailleuses du sexe et les entreprises. On compte actuellement une vingtaine d'ONG travaillant dans la lutte contre la propagation du VIH/SIDA. Elles ciblent surtout les régions urbaines. Elles sont de trois sortes : les ONG internationales (Médecins du Monde, Population Services International, PACT, Family Health International, The Dodwell Trust), les ONG d'obédience

confessionnelle (ADRA, CRS, FFKM, DINEC, Ligue pour la lecture de la Bible, SALFA, SAF/FJKM), et les ONG « laïques » d'envergure nationale ou régionale (Croix Rouge malgache, ASSONG, OSTIE, AMIT, Intermédia, STOPSIDA, FAVEMIA , FIVMATA...). Certaines de ces ONG sont des associations des groupes vulnérables d'une localité : travailleuses du sexe, homosexuels...

Grâce au programme de marketing social du préservatif (PSI) le préservatif est disponible partout. Les ventes ont connu une forte hausse : 250 % de 1996 à 2001 avec près de 5.8 millions d'unités vendues). Rapportées à une population de 15 à 24 ans estimée à 3 millions de personnes, le niveau des ventes confirme le faible taux de rapports sexuels protégés chez les jeunes.

Les services de conseils et tests volontaires restent rares. Quelques expériences d'assistance téléphonique sur le Sida" (à Antsiranana par exemple) et de conseils et tests volontaires (à Antananarivo, Toamasina et Toliara) sont menées.

Annexe III – 12 : Etude de cas Bénin

Le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté

Le DSRP, élaboré en 2002, a pour objectifs globaux d'assurer la stabilité macro-économique et d'offrir une réponse appropriée à la demande sociale. L'amélioration de l'offre de services sociaux (dont l'éducation) et la lutte contre le VIH/Sida comptent parmi ses priorités.

La politique sectorielle en éducation

Le Bénin a adopté un programme décennal de développement de l'éducation (1997-2006) qui est largement repris dans le plan d'action national du Bénin pour la mise en œuvre du programme EPT. Celui-ci comprend des actions spécifiques de lutte contre le sida. Le sous-objectif "valoriser le métier d'enseignant et améliorer les conditions de travail et de vie des enseignants" prévoit d'organiser périodiquement des visites médicales et des campagnes de dépistage de maladies contagieuses, notamment des IST et du VIH/SIDA, à l'intention des personnels enseignants et administratifs de l'éducation nationale. De même, une action sur les curriculums est envisagée. Il s'agit de développer, pour tous les ordres d'enseignement (y compris l'éducation non formelle), des programmes relatifs à l'éducation préventive en matière des IST et du VIH/SIDA en parallèle à la formation d'enseignants sur ce thème.

Annexe III – 13 : Structure organisationnelle du programme national de lutte contre le sida au Cameroun

Structures décisionnelles	<i>Niveau central</i>	<p>1. Le Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS), présidé par le Ministre de la Santé Publique</p> <p>2. La Commission Mixte de Suivi (CMS) composée des représentants de tous les intervenants dans la lutte</p>
	<i>Niveau provincial ou régional</i>	Le Comité Provincial de lutte contre le SIDA (CPLS), sous l'autorité du Gouverneur de Province
	<i>Niveau communautaire</i>	Le Comité Local de lutte contre le SIDA (CLLS)
Structures opérationnelles	<i>Niveau central</i>	Le Groupe Technique Central (GTC), constitué d'un Secrétariat Permanent (structure de coordination de l'ensemble du Programme), de deux unités opérationnelles (unité de Suivi & Evaluation et Unité de Passation de marchés) et de 6 Sections opérationnelles (Réponses locales, Réponses sectorielles et partenariat, Réponse Santé, Communication pour le Changement de Comportement et Marketing Social, Surveillance Epidémiologique et Recherche, Gestion Administrative et Financière)
	<i>Niveau décentralisé</i>	Le Groupe Technique Provincial (GTP) de lutte contre le SIDA (GTP)

Annexe III - 14 : Site Internet de partage d'information sur le VIH/Sida et l'éducation en Afrique subsaharienne

Service d'échange d'informations : Impact du VIH/sida sur l'éducation - UNESCO Institut international de planification de l'éducation (IPE)

Initiative de documentation et de recherche de l'IPE pour rassembler de la communauté éducative mondiale des informations sur :

- l'impact du VIH/SIDA sur les systèmes éducatifs officiels et non-officiels
- les méthodes pour mesurer cet impact
- les meilleures pratiques et mesures permettant d'endiguer et aussi de faire face aux effets de la pandémie
- les mesures générales de prévention

<http://hivaidsclearinghouse.unesco.org>.

Site de partage d'information sur l'éducation et le VIH/Sida mis en place par le cluster de l'Unesco au Zimbabwe :

<http://www.harare.unesco.org/hivaids/db.asp>

Réseau Ouest et Centre Africain de Recherche en Education (ROCARE) basé au Mali et qui dispose de coordination nationale (http://www.rocare.org/coordinations_nationales.htm)

Un des axes de travail sur la période 2002-2005 est l'impact du VIH/Sida sur l'éducation ainsi que le rôle et la réponse des systèmes éducatifs

<http://www.rocare.org>

Le groupe ad-hoc de l'ADEA¹⁴ sur le VIH/Sida et l'éducation étudie l'impact du VIH/Sida sur l'éducation en Afrique subsaharienne.

http://www.adeanet.org/workgroups/fr_adhocvih.html

International HIV/Aids alliance est une ONG dont la mission est d'apporter un appui aux communautés des pays en développement pour jouer un plein rôle dans la lutte contre le Sida.

<http://www.aidsalliance.org>

¹⁴ Agence de développement de l'éducation en Afrique subsaharienne

Annexe III – 15 : Opérateurs de projets de lutte contre le Sida en éducation

OPERATEURS	DOMAINE D'ACTION
UNESCO (Annexe III – 5 : Cordonnées des bureaux de l'Unesco en Afrique Subsaharienne et des Instituts de l'Unesco)	<ul style="list-style-type: none"> - Prévention dans les écoles - Prévention auprès des enseignants - Système de gestion de l'information éducative - Support de prévention (Annexe III – 6 : Activités VIH/Sida du Cluster de l'Unesco au Zimbabwe)
UNICEF http://www.unicef.org/french/aids/index.html	<ul style="list-style-type: none"> - Programme de prévention - Prise en charge des orphelins
FNUAP http://www.unfpa.org/hiv/index.htm	<ul style="list-style-type: none"> - Programme de santé de la reproduction et prévention au VIH
Programme Alimentaire Mondial (PAM) http://www.wfp.org/index.asp?section=1	<ul style="list-style-type: none"> - Aide alimentaire dans les écoles
Division sur l'économie de la santé et la recherche sur le VIH/SIDA, HEARD Université du KwaZulu-Natal, Afrique du Sud http://www.ukzn.ac.za/heard/	<ul style="list-style-type: none"> - Système de gestion de l'information éducative
International de l'éducation (IE) L'Internationale de l'Education (IE) est une organisation syndicale mondiale des personnels de l'éducation représentant 26 millions de membres de tous les secteurs de l'éducation, du pré-scolaire à l'universitaire, par le biais de ses 310 syndicats et associations nationales membres dans 159 pays et territoires http://www.ei-ie.org/aids.htm	<ul style="list-style-type: none"> - Introduction de programme de prévention au VIH - Formation des enseignants - Support d'enseignement prévention VIH
ED's Net http://www.edsnets.net/Resourcess/AIDS/HIV_AIDS.htm	<ul style="list-style-type: none"> - E-learning pour la prévention au VIH/Sida
Université Johns Hopkins Centre pour les programmes de communication http://www.jhuccp.org/topics/hivaids.shtml	Spécialiste des programmes de communication sur le VIH <ul style="list-style-type: none"> - Elaboration, mise en œuvre, suivi et évaluation de programme (très varié généralement peri scolaire) - Renforcement des capacités de communication de personnels du CNLS, ou des leaders religieux... Travaille dans 26 pays sur 300 programmes
Family Health International (FHI) http://www.fhi.org/en/HIVAIDS/index.htm	<ul style="list-style-type: none"> - Programmes de santé reproductive et de prévention au VIH : Youth Net et Impact - Appui aux gouvernements et aux ONG sur les interventions de communication.
Population Service International (PSI) http://www.psi.org/	<ul style="list-style-type: none"> - Marketing Social du préservatif - Programme de prévention au VIH/Sida
ActionAid http://websrv.actionaid.org/index.asp?page_id=798	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement de capacité d'ONG locale (Ex : TASO en Ouganda) - Evaluation- Best practices - Programme de prévention : développement de stratégie de communication (stepping stones), d'activité innovante (approche responsabilisation des migrants)

Annexe III – 16 : Les initiatives des associations locales de lutte contre le sida

De nombreuses associations œuvrent en faveur de la lutte contre le Sida en Afrique. Généralement se sont des associations regroupant des personnes vivant avec le VIH et/ou des professionnels de santé. Les activités mises en place par ces associations peuvent être globalement résumées comme suit :

- le suivi médical et social des malades
- l'accueil au centre d'information et le conseil
- le dépistage et l'accompagnement
- l'accès au médicament et les pharmacies communautaires
- la mise en place d'activités génératrices de revenus individuelles et collectives
- le soutien aux orphelins
- des activités de prévention

Les associations de lutte contre le Sida ont, de par leurs activités, développé une certaine expertise dans les domaines d'informations sur le Sida et de prévention. Les personnes travaillant dans ces associations peuvent être considérées comme des personnes ressources en matière de lutte contre le Sida du fait qu'elles possèdent les compétences d'accueil, d'information, de prévention, de motivation et de partage d'expérience nécessaires à l'efficacité des programmes de prévention. Celles ci pourraient être utiles dans le cadre d'un renforcement de la lutte contre le Sida en direction des jeunes et dans les systèmes scolaires.

Bénéficiant d'une connaissance de proximité des malades du Sida et de leurs familles, les activités qu'elles mettent en œuvre peuvent être considérées comme répondant assez bien aux problèmes rencontrés par ces derniers. Certaines activités mises en place pourraient être développées plus spécifiquement en direction des jeunes par ces structures ou par d'autres, éventuellement non associatives, dans le cadre d'une démultiplication des actions.

L'appartenance à un réseau donne plus de crédibilité aux associations y appartenant. Aides a initié en 1997 le Réseau Afrique 2000. De même l'association Sidaction met à disposition des fonds en faveur d'associations africaines de lutte contre le Sida pour le financement de projets, pouvant être considérés comme structures et projets viables. C'est sur ces expériences que le document présent s'appuie pour orienter une recherche sur les actions envisageables de prévention du Sida en direction des jeunes et de protection de ces derniers du Sida.

1 Actions de prévention

Des associations de PVVIH, en complément de leur travail d'information et de prévention individuelle, ont mis en place des actions de prévention en direction de la population.

Les centres d'informations

Les associations de lutte contre le Sida sont souvent équipées d'un centre d'informations mettant à disposition pour consultation et prêt des documents relatifs à la lutte contre le Sida. Certaines ont même développé des supports en langue nationale. Ces centres d'informations sont souvent tenu par une personne ressource.

Le rapprochement de ces centres d'informations existants avec les structures scolaires pourrait permettre un élargissement des connaissances des jeunes sur le VIH/Sida, et le ciblage d'un lieu d'écoute. Le centre d'information de l'association Ruban Rouge en Cote d'Ivoire est animé par des jeunes qui sont plus à même de réussir à faire passer les messages de prévention aux jeunes de la même tranche d'âge. L'association de PVVIH autour d'un centre d'accueil et d'information pourrait servir de base à la formation de pairs éducateurs jeunes pour animer certains jours le centre d'informations et faire le relais avec les établissements scolaires.

Kiosque santé

Les actions peuvent avoir lieu sous la forme de café santé ou de kiosque santé. L'association African Solidarity (AAS) au Burkina dispose par exemple de 19 cafés santé disséminés dans la ville de Ouagadougou. Outre les activités commerciales (café, petit déjeuner), les kiosques développent des services de prévention tels que la diffusion d'information sur les IST/SIDA en fournissant une documentation, des débats au niveau des kiosques, des animations vidéo, la vente de préservatifs et l'orientation des populations vers des centres de dépistage et de prise en charge.

Cette activité de prévention conviviale, susceptible d'être bien reçue par les jeunes, pourrait être envisagée à proximité des établissements scolaires (du collège à l'université). La dynamique du kiosque dépend des activités commerciales qu'il peut développer comme la vente de repas, boissons et fournitures scolaires pour les élèves. Ceux-ci pourront être mis en place et disposer de l'expérience des associations de PVVIH et également s'appuyer sur des pairs éducateurs issus de l'établissement scolaire et formés par l'association.

L'activité kiosque ciblée sur les jeunes pourrait être développée par une association de PVVIH ayant déjà l'expérience de ces projets ou active dans d'autres domaines de prévention. Un financement peut avoir lieu en direct à l'association ou à l'établissement scolaire ou via le Fonds d'appui à l'initiative communautaire. Ce fonds mis en place par Aides, Handicap International et Solidarité Sida œuvre à la consolidation des programmes d'activités génératrices de revenus des associations du Réseau Afrique 2000.

Formation de pairs éducateurs

Les associations du réseau Afrique 2000 reconnaissent que la formation de pairs éducateurs reste la voie la plus efficace pour responsabiliser les jeunes sur les mesures de prévention à prendre. En effet, il semble que la prévention et donc le discours sur la sexualité passent mal entre parents et enfants.

De nouveaux programmes internationaux sont mis en œuvre proposant une formation de pairs éducateurs aux parents (entre parents) pour favoriser la communication avec leurs enfants. Au Togo, où ce type de programme se met en place sur l'initiative du centre d'étude de la famille africaine (CEFA) et du programme américain PSI, il semble d'ores et déjà faciliter la parole entre les parents et les enfants présageant de bons résultats en matière de protection des jeunes. Lors des formations pour les pairs éducateurs élèves, les volontaires de l'association Espoir Vie vivant avec le VIH participent dans le cours de la formation pour témoigner à visage découvert, et créer une proximité des jeunes avec les personnes touchées. (informations complémentaires demandées au CEFA)

2 La prise en charge des orphelins

Les associations ont rapidement affronté le problème des orphelins des parents décédés du Sida qu'ils soient eux-mêmes infectés ou non. Généralement, ces enfants se retrouvent isolés. Ils ont donc besoin d'un soutien pour trouver une famille d'accueil ou continuer leur scolarité.

L'Association African Solidarity (AAS) prend en charge les enfants des bénéficiaires de son centre Oasis. Ainsi 215 enfants sont scolarisés grâce à la participation des parents par une activité génératrice de revenu (AGR) et par le soutien propre de l'association. Une aide est apportée en matière de scolarité (frais scolaires, fournitures et soutien scolaire), d'activités récréatives, de soins (consultations gratuites et médicaments gratuits pour les enfants, lait artificiel) et en produits alimentaires (soutien offert aux chefs de famille mineurs, activités conviviales avec deux repas en commun par mois).

Annexe III – 17 : Contributions de la Fondation Bill Gates pour la lutte contre le Sida par grandes activités financées

<i>En USD</i>	1994/1999	2000	2001	2002	2003	2004
Appui à la recherche (vaccin, traitement, prévention)	30 950 000	75 998 000	120 660 000	6 606 395	90 466 578	5 072 013
Renforcement des systèmes de soins et de santé		455 000	803 078		25 235 882	9 999 530
Sûreté du sang	5 000 000	4 962 100				
Prévenir la transmission Mère Enfant		15 000 000	10 000	10 000 000		
Prévention		33 300 000	8 450 000	20 663 840	28 166 400	31 978 870
Prise en charge des enfants affectés		11 000 000				
Appui aux actions des communautés des pays en développement		55 500 000	25 000 000	750 000	18 085 000	50 000
Plaidoyer pour la lutte contre le sida et appui à des recherches sur le VIH/sida	1 000 000	20 000	3 100 215	38 679 653	8 341 836	300 000
Autres				9 506 395	1 329 000	25 000
Participation au Fonds Mondial				100 000 000 (sur 10 ans)		
<u>TOTAL</u>	36 950 000	196 235 100	158 023 293	186 606 283	171 624 696	47 425 413

Annexe III – 18 : Répartition des projets AFD d'appui à la scolarisation primaire universelle selon la prévalence VIH des pays

Pays	Taux de prévalence VIH/Sida	Nom du projet d'appui à la scolarisation primaire	Composante VIH	Montant total du projet <i>(en millions d'euros)</i>
Burkina Faso	4,2%	Amélioration de l'offre éducative		8
		Programme EPT	*	10
Djibouti	2,9%	Amélioration de l'enseignement fondamental		2,7
Guinée	3,2%	Amélioration de la scolarisation primaire		6,5
Madagascar	1,7%	Education de base		8,5
Mali	1,9%	Promotion de l'éducation – Mopti		5,4
		Education de base - Unicef	*	4,6
		Enseignement fondamental, Bamako		9
Mauritanie	0,6%	Volet éducation C2D ¹⁵	*	9,76
Niger	1,2%	Education de base		10,6
Sénégal	0,8%	Amélioration de l'offre éducative		6
		Développement de l'école élémentaire -Dakar		9
Tanzanie	8,8%	Composante Education C2D	*	4,25
Togo	4,1%	Amélioration de la scolarisation, Nord Togo		6,3
Montant Total des projets				100,61

¹⁵ C2D : Contrat de Développement et de Désendettement

Faisant suite à l'initiative mondiale de réduction de la dette des pays pauvres très endettés (PPTE), la France a mis en place un outil spécifique pour l'allègement de la dette bilatérale cumulée par ses partenaires de la ZSP. Le contrat de Développement et de Désendettement (C2D) doit permettre la réaffectation des sommes dues au titre de la dette bilatérale au profit des politiques sectorielles des pays ayant atteint le point d'achèvement de l'initiative PPTE, notamment dans les secteurs sociaux (lutte contre la pauvreté, santé et éducation).

Annexe III – 19 : Composante VIH/Sida du projet “Appui à l’éducation de base à Bamako” en cofinancement Unicef - AFD

Volet 4 PROJET : « Gestion Décentralisée et qualité de l’éducation » :

Les actions du volet sont réparties en trois sous-volets :

- L’amélioration de la qualité de l’enseignement et des apprentissages ;
- La prévention du VIH/SIDA ;
- La mise en place d’un processus de planification et de gestion des écoles ;

1. Sous-Volet 4.1 : L’amélioration de la qualité de l’enseignement et des apprentissages

Action 4.1.1. Sélection et équipement des ONG d’accompagnement :

- Appel d’offre, sélection, élaboration des projets et des budgets, passation des accords de coopération ;
- Equipement des ONG partenaires en mobylettes, ordinateurs et matériels d’IEC.

Action 4.1.2. Lancement de l’école amie des enfants, amie des filles :

(y compris les outils de mise en œuvre : le projet d’école et le gouvernement des enfants)

- Formation des personnels des AE et des CAP et des animateurs et coordinateurs des ONG (3 sessions de 4 jours) ;
- Démultiplication des formations auprès des directeurs d’écoles et des représentants des APE, par le personnel formé des AE et des CAP (30 sessions de 4 jours) ;
- Tirage du matériel d’information pour les formations (notes, guides) en 2.000 exemplaires ;
- Lancement du concours école amie des enfants dans le district de Bamako.

Les actions 4.1.3. à 4.1.6. suivantes s’intègrent à la démarche « école amie des enfants » :

Action 4.1.3. Formations en genre :

- Formation des personnels des ONG, des CAP et des AE (4sessions de 5 jours) ;
- Formations dans les écoles de 650 directeurs et 1.000 enseignants (50 sessions de 5 jours).

Action 4.1.4. Formations « suivi des élèves, remédiations, évaluations et redoublements »

- Formation des personnels des AE et des CAP (4 sessions de 5 jours) ;
- Formation de 650 directeurs d’écoles (20 sessions de 5 jours).

Action 4.1.5. Suivi de la mise en oeuvre de l’école amie des enfants :

- Appui à l’organisation du travail des CAP pour le suivi, l’encadrement et l’appui auprès des écoles ;
- Appui au fonctionnement des CAP pour les activités liées à ce volet ;
- Appui au fonctionnement des ONG pour les activités liées à ce volet.

Action 4.1.6. Encadrement technique de la démarche école amie des enfants :

- Recrutement et rémunération d’un conseiller technique « Qualité de l’éducation » pour 4 ans (CT Qualité) ;
- Equipement du conseiller (véhicule, équipements de bureau, matériels informatique) ;
- Fonctionnement du conseiller (fournitures, carburant, téléphone, etc.).

2. Sous-Volet 4.2 : Prévention des IST/VIH/SIDA en milieu scolaire

Action 4.2.1. Développement d'activités pour le changement de comportement

- Développement de matériels d'IEC/CCC sur la prévention des IST-VIH/SIDA pour tous les établissements scolaires (2 dernières années du 1er cycle et 2ème cycle de l'enseignement fondamental) de Bamako (dépliants, affiches) ;
- Développement, formation, encadrement et suivi d'un réseau de pairs éducateurs en milieu scolaire, en concertation avec les associations et ONG travaillant déjà dans ce domaine ;
- Développement d'activités d'IEC/CCC sur la prévention des IST-VIH/SIDA dans les mêmes établissements scolaires de Bamako ;
- Formation des Directeurs d'école et des enseignants pour obtenir un climat favorable dans les établissements scolaires et une capacité d'écoute ;
- Développement de l'information sur la prévention des IST-VIH/SIDA avec des émissions radio ciblant les jeunes et les faisant participer.

Action 4.2.2. Amélioration de la disponibilité et de la qualité des services en santé de la reproduction pour les jeunes et adolescents

- Mise en place d'antennes de quartier pour l'information, le conseil et la prestation de services en santé reproductive pour les jeunes et adolescents. Les prestations seront payantes, mais bon marché ;
- Mise en place d'une unité mobile d'information, d'écoute et de consultation pour la prévention des IST-VIH/SIDA (stratégie avancée) dans les établissements scolaires.

Ces différentes activités seront développées par des ONG et associations dans le cadre d'accords de partenariats avec l'UNICEF.

3. Sous-Volet 4.3 : Planification de l'éducation et gestion des écoles

Ce sous-volet concerne les AE et CAP, ainsi que les 6 communes de Bamako.

Action 4.3.1. Réalisation des 6 Plans communaux de développement de l'éducation

- Equipement informatique des communes, AE et CAP ;
- Formation des élus et agents des communes au processus et aux méthodes de planification ;
- Collecte et saisie des données ;
- Diagnostic et analyse des données ;
- Elaboration du Plan de développement et de la carte scolaire ;
- Négociation sociale et validation des plans.

Action 4.3.2. Implication financière des communes dans l'éducation et l'entretien des bâtiments

- Appui méthodologique à l'élaboration des plans d'action et des budgets annuels des communes dans le domaine de l'éducation ;
- Appui à la mise en oeuvre des plans communaux de développement éducatif (entretien des bâtiments, réserves foncières, etc.).

Action 4.3.3. Formation des Comités de gestion scolaire (CGS) et des APE

- Appui à la mise en place des Comités de gestion scolaire ;
- Formation des membres des Comités de gestion scolaire et des membres des bureaux APE sur leurs rôles et responsabilités, sur l'élaboration du Projet d'école et sa mise en oeuvre.

Action 4.3.4. Encadrement technique

- Recrutement et rémunération d'un conseiller technique « Planification de l'éducation » pour 4 ans (CT Planification) ;
- Equipement du conseiller (véhicule, équipements de bureau, matériels informatique) ;
- Fonctionnement du conseiller (fournitures, carburant, téléphone, etc.).

Annexe III – 20 : Exemple des actions de lutte contre le Sida dans le secteur de l'éducation de la DFID au Mozambique

Depuis 2002, la DFID au Mozambique développe un projet d'appui au Ministère de l'éducation dans sa réponse au VIH/Sida et d'appui à la société civile à travers un partenariat avec l'Unicef. Le projet comprend les composantes suivantes :

Atténuation des impacts du VIH sur le système éducatif	Prévention du VIH/Sida à l'école
Mise en œuvre d'un Système de récolte d'information performant avec des données sur les absences enseignantes et d'élèves	Formation des enseignants sur le VIH/Sida incorporée dans les cursus de formation initiale et continue
Sensibilisation des enseignants et de l'ensemble des personnels au VIH/Sida	Formation des directeurs d'écoles et des gestionnaires locaux pour répondre au VIH
Adapter le recrutement et la formation des enseignants pour faire face aux manques d'enseignants	Lute contre les abus sexuels à l'école
Protéger le droit des enseignants et élèves affectés par le VIH/Sida	Promotion de l'éducation par les pairs

L'appui aux organisations de base inclut un partenariat avec ActionAid et les syndicats enseignants pour la formation des enseignants. L'appui au système de gestion de l'information se fait en partenariat avec l'Unesco Zimbabwe.

Annexe III – 21 : Mode de calcul du coût additionnel du VIH/Sida sur les besoins financiers de 33 pays d'Afrique subsaharienne pour la réalisation de l'EPT

L'initiative Fast Track, qui a pour but d'accélérer l'atteinte des objectifs d'Education Pour Tous (EPT) en mobilisant des fonds des bailleurs multilatéraux et bilatéraux, a donné lieu à une estimation du montant de l'aide financière nécessaire pour combler les besoins financiers des pays mobilisés pour atteindre l'EPT.

L'impact de l'épidémie du VIH/Sida sur les systèmes éducatifs a été pris en compte et le coût supplémentaire attribué au VIH/Sida dans la réalisation de l'EPT est estimé entre :

433 et 557 millions de dollars par an pour 33 pays d'Afrique subsaharienne
soit 25% des besoins financiers globaux des pays pour réaliser l'EPT

Le calcul du coût total d'atteinte de l'EPT s'obtient à partir du calcul de deux grandes variables (les données entre parenthèse sont les valeurs du cadre indicatif d'efficience) :

1. l'estimation des coûts associés à la production des services éducatifs qui dépend :
 - du coût moyen des enseignants (3.5 fois le PNB/Tête) multiplié par le nombre d'enseignants pour obtenir la masse salariale enseignante
 - du ratio d'élève par maître (40 pour 1)
 - du coût des intrants supplémentaires pour créer un contexte favorable à l'apprentissage et financer des activités qui facilitent la scolarisation des élèves en situation difficile (familles les plus pauvres, communauté éloignée...) soit la part des dépenses hors salaire (33%)
 - le coût des constructions de classes (8 000\$)

2. la projection du nombre d'élèves scolarisés dans les écoles d'Etat qui dépend :
 - des projections de la population d'âge scolaire
 - de l'évolution du taux d'accès en première année du primaire
 - de l'évolution de la proportion de ceux qui atteignent la fin du cycle
 - de la fréquence des redoublements de classe
 - de la proportion des élèves scolarisés dans les écoles publiques

L'impact du VIH/Sida a été analysé et pris en compte à différents niveaux dans l'estimation du coût de l'EPT :

- la taille de la population d'âge scolaire → utilisation de projections de population incorporant l'impact du VIH (celle ci doit baisser dans les pays fortement touchés par le VIH/Sida)
- l'absentéisme et les décès accrus des enseignants → incorporé sur la base des taux de prévalence de l'ONUSIDA et projeté sur la population enseignante sous l'hypothèse que cette catégorie sociale est infectée dans les mêmes proportions que la population globale
- l'accroissement du nombre d'orphelins impliquant le besoin de subventions publiques pour permettre la scolarisation → sur la base des estimations du nombre d'orphelins de l'ONUSIDA et avec une estimation du coût de la prise en charge de la scolarité des orphelins à une subvention annuelle de 50\$

Sur cette base, les coûts entraînés par le VIH/Sida sont les coûts liés au remplacement des enseignants et à la prise en charge des orphelins tout en prenant en compte les effets de l'épidémie sur la croissance démographique de la population.

A partir de l'estimation du coût total pour atteindre l'Education pour Tous, le gap financier des pays pour atteindre l'EPT peut être obtenu en retranchant à ce coût total la mobilisation des ressources nationales et le montant des aides des bailleurs déjà mobilisées.

Le besoin de financement extérieur pour financer la scolarisation primaire universelle d'ici 2015 est donc estimé à un montant compris entre :

- 1,6 à 2,1 milliards de \$ par an, somme qui inclut le coût supplémentaire induit par le VIH/Sida estimé entre 433 et 557 millions \$ par an et qui représentent 28% des dépenses totales nécessaires pour assurer la scolarisation primaire universelle d'ici 2015.

Source : "Le financement de l'Education Pour Tous en 2015 : Simulations pour 33 pays d'Afrique Subsaharienne", Alain Mingat, Ramahatra Rakotomalala, Jee-Peng Tan – Banque Mondiale avril 2002

Annexe III – 22 : Coûts additionnels relatifs à la formation des enseignants dans un contexte de VIH/Sida

Le coût de la formation des enseignants va fortement augmenter dans un contexte de VIH/Sida suite :

- au coût de remplacement des formateurs décédés du Sida dans les instituts de formation des maîtres
- au coût de l'augmentation des capacités de recrutement des instituts de formation pour faire face aux décès des enseignants dans les écoles
- au coût de l'adaptation des programmes des instituts pour assurer une sensibilisation et une formation au VIH/Sida des futurs enseignants
- au coût de remplacement des enseignants qui partent vers le secteur privé, en déficit de ressources humaines suite au VIH/Sida

De plus, le coût relatif de la formation des enseignants augmente puisque le coût de la formation augmente pour une durée de service moyenne plus courte.

Annexe III – 23 : Coût annuel induit par le Sida pour la réalisation de l'EPT en 2015 pour certains pays

Pays et Taux de prévalence au VIH

Bénin (1,9%)	2 millions de \$ par an
Burkina Faso (4,2%)	22 millions de \$ par an
Cameroun (6,9%)	21 millions de \$ par an
Tchad (4,8%)	5 millions de \$ par an
Ethiopie (4,4%)	58 millions de \$ par an
Guinée (3,2%)	2 millions de \$ par an
Kenya (6,7%)	38 millions de \$ par an
Mali (1,9%)	4 millions de \$ par an
Mozambique (12,2%)	17 millions de \$ par an
Niger (1,2%)	3 millions de \$ par an
Sénégal (0,8%)	3 millions de \$ par an
Soudan (2,3%)	3 millions de \$ par an
Tanzanie (8,8%)	43 millions de \$ par an
Togo (4,1%)	8 millions de \$ par an
Ouganda (4,1%)	47 millions de \$ par an
Zambie (16,5%)	29 millions de \$ par an

Source : "Le financement de l'Education Pour Tous en 2015 : Simulations pour 33 pays d'Afrique Subsaharienne",
Alain Mingat, Ramahatra Rakotomalala, Jee-Peng Tan – Banque Mondiale avril 2002

Annexe III – 24 : Liste des pays éligibles et élus à l'initiative Fast Track

Critères d'éligibilité

La priorité est donnée aux pays à faible revenu. Les pays éligibles à l'initiative, désignés lors des conférences des donateurs, doivent avoir un Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté et une stratégie sectorielle de l'éducation approuvés.

Le pays éligible propose alors une requête qui est une révision du plan sectoriel d'éducation pour favoriser ou accélérer l'atteinte de l'objectif de scolarisation universelle. Par la suite, les pays ne devront plus présenter une proposition séparée mais devront incorporer un volet accélération pour l'atteinte des objectifs via l'initiative accélérée directement dans la stratégie sectorielle.

L'avis technique sur la validité d'une requête est donné par la coordination locale des bailleurs après un processus de concertation. En cas de conclusion favorable, la conférence des donateurs valide l'élection du pays.

			<i>Total cumulé de pays</i>
Pays dans l'initiative Fast Track ^{PFT}	Novembre 2002	Honduras, Nicaragua, Guyane, Burkina Faso, Mauritanie, Niger, Guinée	7
	Mars 2003	Mozambique, Yemen, Gambie	10
	Novembre 2003	Vietnam, Ghana	12
Pays éligibles	2004	S1 Bangladesh ^D , Cambodge ^{PD} , Tchad ^{PD} , Ethiopie ^{PD} , Madagascar ^{PD} , Inde ^{PD} , Ouganda ^{PD} , Tanzanie ^{PD} , Djibouti ^{PD} , Pakistan ^{PD} , Zambie ^{PD}	23
		S2 Albanie ^P , Bolivie ^P , Congo, Mali ^{PD} , Nepal ^{PD} , Malawi ^P , Mongolie ^P , Rwanda ^P , Tadjikistan ^P	32
		S3 Arménie ^P , Sénégal ^{PD}	34
		S4 Cameroun ^P , Guinée Bissau ^D	36
	2005	Benin ^P , Bosnie Herzegovine, Géorgie ^P Kenya, Laos, Lesotho, Moldavie, Nigeria, Sao tome & Principe	45
Pays n'ayant pas de date pour les DSRP	Afghanistan, Angola, Bhoutan, Burundi, Centre Afrique, Comores, République du Congo, Cote d'ivoire, Erythrée, Haiti, Indonésie, Kiribati, Liberia, Myanmar, Papouasie Nouvelle Guinée, Sierra Leone, Iles Salomon, Somalie, St Vincent et grenadines, Soudan, Timor, Togo, Tonga, Ouzbékistan, Vanuatu	70	
Pays ayant déjà atteint l'éducation pour tous	Azerbaïdjan, Cap Vert, Dominique, Grenade, République Kirghiz, Maldives, Samoa, Serbie et Monténégro, Sri Lanka, St Lucie, Zimbabwe	81	

Légende : DRSP approuvé P

Requête FTI accepté F

Plan sectoriel avant requête FTI accepté D

Cible FTI T

Annexe III – 25 : Cadre de référence d'évaluation de la requête à l'initiative Fast Track

Indicator	Average for some successful countries	Baseline (2001 or 2002)	2003 (est.)	2004 (target)	2005	2006	2015
Resource mobilization							
Public domestically-generated revenues as % of GDP	14-18				--	--	
External grants as % of GDP	---						
Education share of budget (%) <i>Defined as public recurrent spending on education as % of total public recurrent discretionary spending</i> ^(a)							
♦ Estimate including grants	20						
♦ Estimate excluding grants	20						
Primary education share of education budget (%) <i>Defined as public recurrent spending on primary education as % of total public recurrent spending on education, including grants</i> ^(b)	42-64						
Student flows							
Intake into first grade, total ^(c)	100						
♦ Girls' intake rate	100						
♦ Boys' intake rate	100						
Primary completion rate, total ^(d)	100						
♦ Girls' completion rate	100						
♦ Boys' completion rate	100						
% repeaters among primary school pupils	10 or less						
Service delivery							
Pupil-teacher ratio in publicly-financed primary schools ^(e)	40:1						
Average annual salary of primary school teachers: ^(f) <i>(for countries with both civil service and contract teachers, use the weighted average salary)</i>	3.5						
Contract teachers							
♦ Number of new contract teachers recruited this year							
♦ Total stock of contract teachers							
♦ Average salary							
Civil service teachers							
♦ Number of new civil service teachers recruited this year							
♦ Total stock of civil service teachers							
♦ Average salary							
Recurrent spending on items other than teacher remuneration as % of total recurrent spending on primary education ^(g)	33						

Annexe III – 26 : Analyse de la composante VIH/Sida des requêtes Fast Track des pays africains ayant déposé une demande

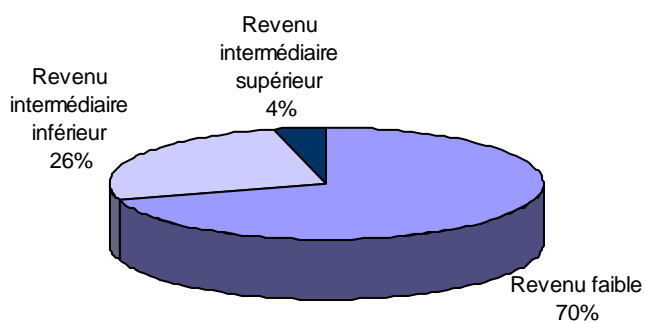
Pays	Taux de prévalence	Au niveau du personnel	Au niveau des programmes de prévention à l'école	Au niveau des orphelins	Au niveau général de promotion de la scolarisation	Autres
Burkina Faso	7,1 %	<ul style="list-style-type: none"> - améliorer la gestion prévisionnelle - sensibiliser au dépistage volontaire - recrutement d'enseignants contractuels - prise en charge psychosociale et médicale des malades du sida - affectation des malades trop faibles dans les bureaux 	<ul style="list-style-type: none"> - des modules d'enseignements sur le VIH/Sida et les MST ont déjà été élaborés par la Direction de l'éducation - l'enseignement sur le VIH/Sida a été intégré aux programmes scolaires de l'enseignement de base et des écoles de formation des maîtres (ENEP, ENSK) - mener une formation continue des maîtres pour rendre effective l'enseignement du module de prévention - élaborer des modules de prévention VIH pour l'enseignement non formel et former les animateurs des CPAF et CEBNF 	<ul style="list-style-type: none"> - un appui alimentaire - un appui scolaire - un appui vestimentaire - un suivi psycho-médical - prise en charge totale de la scolarité, des frais d'écolage et des frais au niveau des cantines 	<ul style="list-style-type: none"> - prise en charge socio-économique des parents affectés par le Sida - la mise en œuvre de la carte scolaire - activités de santé nutrition - allègement des frais de scolarité - distribution gratuite de manuels scolaires - construction de halte garderie et d'espaces d'éveil pour décharger les femmes et les filles de leur responsabilité 	<ul style="list-style-type: none"> - Existence de mesure de promotion pour la scolarisation et la rétention des filles
Ouganda	4,1%	<p>Le thème transversal du VIH/Sida n'est pas évoqué dans la requête Fast Track.</p> <p>Objectifs EPT 2015 : fournir à l'ensemble des enfants d'une famille l'accès gratuit à l'éducation primaire, la possibilité de compléter le cycle en entier et de fournir un enseignement de qualité avec la mise à disposition de manuels, la réduction du nombre d'élève par classe et par enseignants...</p>				<ul style="list-style-type: none"> - mise en œuvre plus large d'un système d'information et de gestion de l'éducation (base éventuelle de l'enregistrement de données sur le VIH/Sida et donc d'une meilleure planification des impacts de l'épidémie) - effort particulier pour la scolarisation des enfants désavantagés (touchera probablement les orphelins)

Pays	Taux de prévalence	Au niveau du personnel	Au niveau des programmes de prévention à l'école	Au niveau des orphelins	Au niveau général de promotion de la scolarisation	Autres
Ethiopie	13,4% 2,6 millions de PVVIH dont 250 000 sont des enfants de moins de 5 ans 750 000 orphelins du sida	- L'épidémie semble affecter de façon importante le service de l'éducation mais aucune mesure précise n'existe -Prise en compte d'une déperdition plus forte d'effectif enseignant suite au VIH dans les centres de formation des maîtres	-Niveau de connaissances des jeunes sur le sida, ses voies de transmissions et les modes de prévention très faible -Des clubs anti-sida existent (400 dans les écoles secondaires) et augmentent les connaissances des jeunes et des enseignants de même qu'ils favorisent la non discrimination vis à vis des orphelins et des PVVIH -Les Ong qui travaillent sur la prévention du Sida sont souvent présentes au sein des écoles -L'éducation au VIH//Sida a été introduite dans les matières de sciences naturelles, sciences sociales, éducation physique... dans le curriculum du primaire, du secondaire et des formations enseignantes -Du matériel d'IEC doit être produit et distribué en plus grand nombre et en différentes langues locales	-L'impact du VIH sur l'accroissement du nombre d'orphelins est notifié mais les mesures à prendre sont mal identifiées (en attente des études devant être réalisées sur ce thème). Cependant, les fonds EFA FTI pourraient servir à lancer un programme massif pour aider les orphelins à rester à l'école	-Promotion de l'éducation dans les zones pastorales où la demande est faible (sensibilisation, révision des curriculum, fourniture des manuels, centre d'apprentissage mobile, ...) -Organisation plus flexible de l'école pour les enfants déscolarisés et/ou qui travaillent -Lever les barrières sociales et culturelles à l'éducation des filles, augmentation du nombre d'enseignante femme -Accroître le nombre de cantine scolaire gratuite	Le coût relatif au VIH/Sida pour l'atteinte EFA 2015 est estimé à 1 million Birr soit 6 millions USD Des études sur l'impact du VIH/Sida sur le secteur de l'éducation et sur la place de l'éducation au VIH dans les écoles doivent être menées avec le soutien de la BM. La scolarisation des filles enregistre un fort retard, des mesures particulières sont envisagées Le système d'information et de gestion de l'information (EMIS) doit être amélioré.
Gambie	1,2%		-Renforcement du module Education à la population et à la vie familiale -Elaboration de matériel d'IEC	-Apport d'une subvention à 382 orphelins par an pour un montant annuel de 6 millions d'USD sur 3 ans		

Pays	Taux de prévalence	Au niveau du personnel	Au niveau des programmes de prévention à l'école	Au niveau des orphelins	Au niveau général de promotion de la scolarisation	Autres
Guinée	2,8%	-Renouvellement nécessaire du corps enseignant suite à l'absentéisme et au décès	-Des programmes de sensibilisation d'éducation et de dépistage précoce seront mis en place dans les écoles pour les élèves et les enseignants -Un guide pédagogique sur la prévention du VIH/Sida est en préparation pour les maîtres de 6 ^{ème} année, et s'accompagnera de formation spécifique	-Peu de données disponibles sur les orphelins mais volonté d'amélioration		La stratégie du secteur de prévention en matière de VIH/Sida est en cours
Mauritanie	0,5%	-Impact marginal sur l'absentéisme des enseignants	-Prévoit une sensibilisation des enseignants et des élèves sur l'épidémie			
Mozambique	12,2%	-Prévoir financièrement le remplacement des enseignants malades	-Introduction d'un nouveau curriculum en primaire 2004 (la prévention au VIH est elle incluse ?)	-Attention spéciale accordée aux enfants désavantagés notamment les orphelins et les enfants vulnérables : volonté d'élaborer une stratégie de prise en charge	-mesure pour améliorer la scolarisation des filles : rapprocher les écoles des lieux d'habitation, recruter plus d'enseignant femme -équipement sanitaire des écoles -Fourniture des manuels scolaires	- Volonté de se servir du FTI pour atténuer l'impact du VIH sur l'éducation mais les moyens pour le faire ne sont pas développés
Niger	1,2%	-Renforcement des connaissances des enseignants en exercice sur le VIH/Sida -L'intégration des notions et concepts de santé, hygiène et lutte contre le MST/VIH/Sida dans les programmes de formation initiale	- Introduction dans les programmes de la question du VIH/Sida -Dynamisation et extension des comités scolaires de lutte contre le VIH/Sida dans les écoles pour une formation par les pairs		-Mesures pour la scolarisation des enfants vulnérables (filles du milieu rural, enfants des zones nomades...) -Dotation en manuels scolaires	

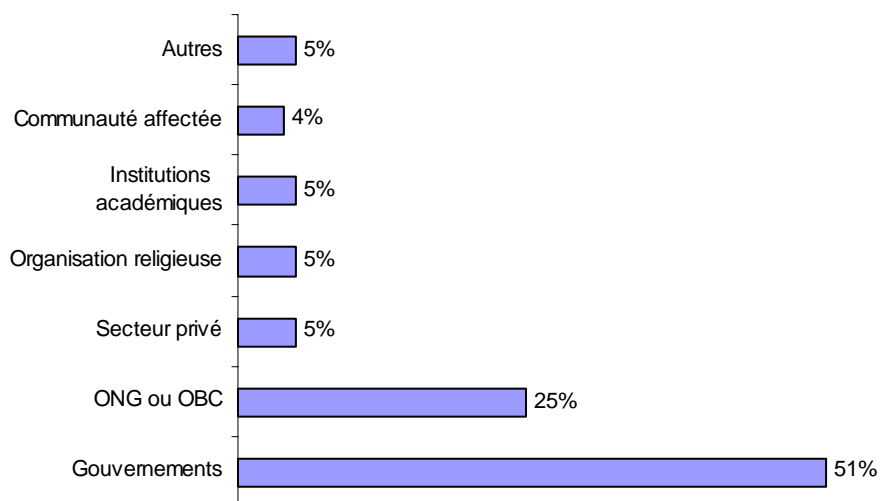
Annexe III – 27 : Répartition du Fonds Mondial contre le Sida, la tuberculose et le paludisme

Graphique A 17 : Répartition du Fonds par niveau de revenu des pays bénéficiaires (sur la base des engagements totaux de 3 milliards de dollars)



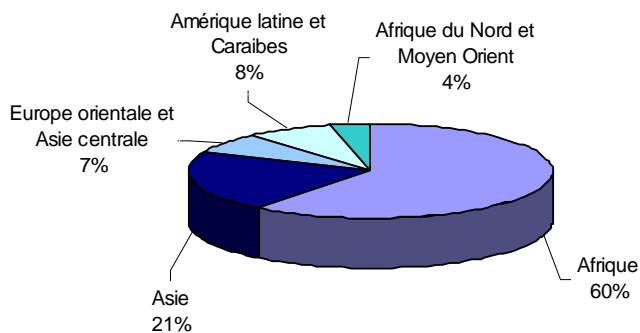
Source : Le Fonds Mondial – Rapport de suivi, 1^{er} juillet 2004

Graphique A18 : Répartition du fonds par bénéficiaires principaux (sur la base des engagements totaux d'un montant de 3 milliards de dollars)



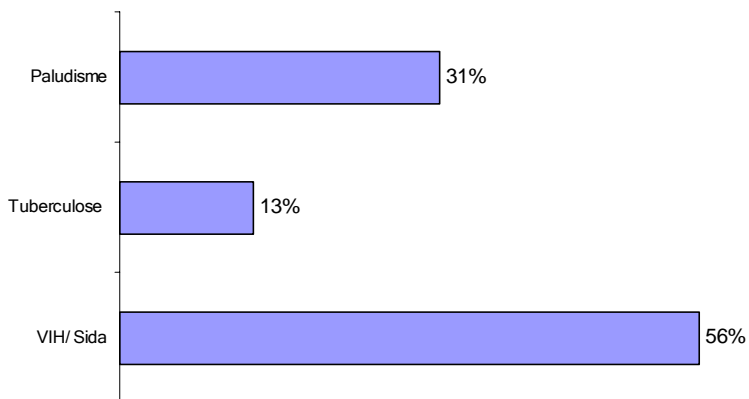
Source : Le Fonds Mondial – Rapport de suivi, 1^{er} juillet 2004

Graphique A19 : Répartition des fonds de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme par grandes régions du Monde (sur la base des engagements totaux soit 3 milliards de dollars)



Source : Le Fonds Mondial – Rapport de suivi, 1^{er} juillet 2004

Graphique A 20 : Répartition du fonds par maladies (sur la base des engagements totaux soit 3 milliards de dollars)



Source : Le Fonds Mondial – Rapport de suivi, 1^{er} juillet 2004

Annexe III – 28 : Mécanisme du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et la paludisme

1. Le Secrétariat du Fonds mondial annonce les appels à propositions.
2. Les Instances de coordination nationale (Country Coordination Mechanisms ou CCM) élaborent une proposition sur la base des besoins locaux et des carences financières. Dans sa proposition, le CCM désigne un ou plusieurs bénéficiaires principaux. Dans de nombreux cas, les partenaires de développement contribuent à l'élaboration de la proposition.
3. Le Secrétariat examine les propositions pour s'assurer qu'elles sont conformes aux critères d'admissibilité ; il transmet toutes les propositions recevables au Comité technique d'évaluation des propositions pour avis.
4. Le Comité examine toutes les propositions recevables eu égard à leurs qualités techniques, et fait l'une des recommandations suivantes au Conseil du Fonds mondial:
 - financer
 - financer sous certaines conditions
 - encourager une nouvelle proposition
 - ne pas financer.
5. Le Conseil approuve les subventions en fonction de leurs qualités techniques et des fonds disponibles.
6. Le Secrétariat signe un contrat avec un Agent local du Fonds dans chaque pays.
L'Agent valide la capacité de gestion financière et administrative du (ou des) bénéficiaire principal désigné(s). Selon l'évaluation de l'Agent, le bénéficiaire principal peut demander une assistance technique afin de renforcer ses capacités. Les partenaires de développement peuvent fournir ou participer à ces activités de renforcement des capacités. Le renforcement des lacunes identifiées dans les capacités peut être l'une des conditions préalables au versement des fonds indiquée dans l'accord de subvention passé entre le Fonds mondial et le bénéficiaire principal.
7. Le Secrétariat et le bénéficiaire principal négocient un accord de subvention qui indique les résultats spécifiques à atteindre, mesurables à l'aide d'indicateurs clés.
8. Signature de l'accord de subvention. À la demande du Secrétariat, la Banque mondiale effectue le paiement initial au bénéficiaire principal. Ce dernier procède au paiement des sous-bénéficiaires pour la mise en œuvre, comme prévu dans la proposition.
9. Le programme et les services démarrent. Le CCM supervise et suit les progrès pendant la mise en œuvre.
10. Le bénéficiaire principal soumet des demandes de décaissement périodiques, accompagnées des actualisations sur l'évolution du programme et des fonds versés. L'Agent vérifie les informations et recommande les paiements selon les progrès réalisés. L'absence de progrès entraîne une demande d'action corrective par le Secrétariat.
11. Le bénéficiaire principal soumet un rapport financier et un audit annuels des états financiers du programme au Secrétariat par l'intermédiaire de l'Agent.
12. Les demandes régulières de paiement et les actualisations du programme se poursuivent, les paiements ultérieurs étant tributaires des progrès.
13. Le CCM demande le financement au-delà de la période initiale de deux ans. Le Fonds mondial approuve la poursuite du financement en fonction des progrès et de la disponibilité des fonds.

Source : Site Internet du Fonds Global - <http://www.theglobalfund>

Annexe III – 29 : Contributions aux Fonds Mondial (au 01/08/04)

<i>USD</i>	2001-2002	2003	2004
Total	956 615 355	933 173 919	1 280 557 909
Par les pays	903 378 551	882 958 806	1 230 429 428
dont : France	58 665 670	61 450 670	182 704 019
<i>en % du total</i>	<i>6%</i>	<i>7%</i>	<i>14%</i>
Etats Unis	300 000 000	322 725 000	360 000 000
<i>en % du total</i>	<i>31%</i>	<i>35%</i>	<i>28%</i>
Angleterre	78 215 278	40 032 750	54 980 010
<i>en % du total</i>	<i>8%</i>	<i>4%</i>	<i>4%</i>
Canada	25 000 000	25 000 000	50 000 000
<i>en % du total</i>	<i>3%</i>	<i>3%</i>	<i>4%</i>
Commission Européenne	137 064 385	50 360 226	264 172 639
<i>en % du total</i>	<i>14%</i>	<i>5%</i>	<i>21%</i>
Par les fondations et les ONG	50 120 124	50 031 838	50 033 261
Par les entreprises	1 561 980	2 033	332

Annexe III - 30 : Répartition du Fonds Mondial par grandes régions destinataires

En USD

	Toutes régions	Afrique Anglophone	Afrique Francophone	Asie de l'Est et Pacifique	Europe de l'Est et Asie Centrale	Amérique latine et Caraïbes	Afrique du Nord et Moyen Orient	Asie du Sud
Fonds Globaux sur 2 ans	1 642 315 954	715 404 748	213 154 660	218 780 940	171 237 084	170 191 390	67 993 648	85 553 484
<i>En %</i>		44%	13%	13%	10%	10%	4%	5%
Fonds Globaux sur 5 ans	5 071 310 146	2 459 234 298	568 718 226	624 463 471	497 293 313	439 054 081	152 043 125	330 503 632
<i>En %</i>		48%	11%	12%	10%	9%	3%	7%
Round 1 sur 2 ans	317 591 519	172 069 944	10 877 000	57 908 377	21 546 330	50 451 062	4 738 806	0
<i>En %</i>		54%	3%	18%	7%	16%	1%	0%
Round 1 sur 5 ans	954 665 291	536 269 626	20 371 285	156 818 886	98 153 501	133 813 239	9 238 754	0
<i>En %</i>		56%	2%	16%	10%	14%	1%	0%
Round 2 sur 2 ans	487 109 065	215 425 961	67 546 300	29 751 370	54 613 207	71 980 791	1 778 600	46 012 836
<i>En %</i>		44%	14%	6%	11%	15%	0%	9%
Round 2 sur 5 ans	1 294 353 982	595 841 681	157 933 096	105 526 933	117 905 353	159 232 392	2 483 900	155 430 627
<i>En %</i>		46%	12%	8%	9%	12%	0%	12%
Round 3 sur 2 ans	369 605 927	100 245 741	82 646 780	55 752 482	47 946 534	43 631 393	35 382 998	3 999 999
<i>En %</i>		27%	22%	15%	13%	12%	10%	1%
Round 3 sur 5 ans	988 878 719	216 997 977	253 857 047	159 088 377	136 919 347	137 392 406	74 964 698	9 658 867
<i>En %</i>		22%	26%	16%	14%	14%	8%	1%
Round 4 sur 2 ans	468 009 443	227 663 102	52 084 580	75 368 711	47 131 013	4 128 144	26 093 244	35 540 649
<i>En %</i>		49%	11%	16%	10%	8%	6%	8%
Round 4 sur 5 ans	1 833 412 154	1 110 125 014	136 556 798	203 029 275	144 315 112	8 616 044	65 355 773	165 414 138
<i>En %</i>		61%	7%	11%	8%	0%	4%	9%

Annexe III – 31 : Liste des projets financés par le Fonds Mondial en Afrique subsaharienne pour la composante lutte contre le VIH/Sida au 01/08/2004

En USD

Au 1/08/2004						
Pays	Titre du projet	Accord signé	Débours ement com-mencé	Round	Montant approuvé sur 2 ans	Montant total sur 5 ans
Afrique du Sud	Strengthening and expanding the Western Cape TB and HIV/AIDS prevention, treatment and care programmes			3	15 521 456	66 509 557
Angola	Réduire l'expansion du VIH/Sida			4	27 670 810	91 966 080
Bénin	Intensification de la lutte contre le VIH/SIDA et la Tuberculose	X	X	2	11 348 000	17 726 000
Botswana	Scaling up of the Botswana multi-sectoral response to fight HIV/AIDS	X	X	2	18,580,414	18 580 414
Burkina Faso	Project for enhancement of HIV /AIDS control	X	X	2	7,130,400	19 632 122
Burundi	Strengthening of the Burundian Initiative in the field of prevention and the treatment of persons living with HIV/AIDS	X	X	1	4 877 000	8 657 000
Cameroun	Renforcer la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme			3	14 641 407	55 735 254
	Mobilisation de la société civile dans la lutte contre le sida			4	6 367 296	16 170 146
Comores	Prevention of STDs and HIV/AIDS among youth and adolescents in the Union of the Comoros Islands			3	751 700	1 360 900
Cote d'Ivoire	Strengthening the national response to HIV/AIDS	X	X	2	18 099 398	55 843 578
	Prevention of the expansion of the HIV/AIDS epidemic in a context of acute politico-military crisis in Ivory Coast	X	X	3	1 023 534	1 023 534
Erythrée	HIV/AIDS and Tuberculosis in Eritrea: Reducing the Threat and Providing Comprehensive Care and Support Services			3	8 124 910	17 354 035
Ethiopie	The Global Fund proposal to reduce HIV/AIDS and malaria in Ethiopia	X	X	2	55 383 811	139 403 241
	Proposition pour la prévention et le traitement du VIH/Sida, du paludisme et de la tuberculose			4	45 089 160	405 099 159

Pays	Titre du projet	Accord signé	Débutement commencé	Round	Montant approuvé sur 2 ans	Montant total sur 5 ans
Gabon	Strengthening the Gabon Initiative on combating HIV/AIDS, including HIV/AIDS tuberculosis and malaria			3	3 154 500	5 405 000
Gambie	Gambia proposal to provide the highest standard of available treatment, care and support to people living with /and or affected by HIV/AIDS, Malaria and TB which is accessible and affordable in order to live in dignity			3	6 241 743	14 568 679
Ghana	Accelerating access to prevention, care, support and treatment for all persons affected by HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria	X	X	1	4 965 478	14,170,222
Guinée	Project to Strengthen the Fight Against HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria	X	X	2	4 804 696	13 230 165
Guinée Bissau	Renforcer la réponse nationale à l'épidémie du VIH/Sida			4	1 166 801	5 078 607
Guinée Equatoriale	Proposition pour le 4ème round			4	4 402 427	9 828 499
Kenya	Community mobilization request proposal to fight HIV/AIDS	X	X	1	220 875	220,875
	Participatory interactive media model (PIMM) for HIV/AIDS intervention among youth in Nairobi, Central, Eastern and Coast provinces	X	X	1	2 650 813	2,650,814
	Kenya National Proposal to Address and Reduce the Impact of HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria	X	X	2	36 721 807	129 054 092
Lesotho	Strengthening Prevention and Control of HIV/AIDS and Tuberculosis in Lesotho	X	X	2	10 557 000	29 312 000
Libéria	The national proposal for the strengthening of HIV/AIDS TB and Malaria prevention, care and treatment	X		2	7 658 187	7 658 187
Madagascar	Expanding access and use of STI diagnosis and treatment services in Madagascar - a primary AIDS prevention strategy	X	X	2	747 199	1 503 624
	Prevention of HIV/AIDS and other sexually transmitted infections through Social Marketing	X	X	2	3 032 048	5 024 116
	Intensification de la lutte contre le VIH/SIDA à Madagascar : une approche combinant réponse locale et rôle charnière du dépistage volontaire du VIH			3	13 415 118	20 009 441

Pays	Titre du projet	Accord signé	Débours ément commencé	Round	Montant approuvé sur 2 ans	Montant total sur 5 ans
Malawi	Integrated National Response to HIV/AIDS and Malaria	X	X	1	41 751 500	284 110 722
Mali	Extension des réseaux intégrés de prévention et de prise en charge globale de l'infection à VIH/SIDA et des IST à Bamako et dans les 8 capitales régionales du Mali			4	23 483 234	56 340 436
Mozambique	Mozambican National Initiative to Accelerate Access to Prevention, Care, Support, and Treatment for Persons Affected by HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria	X		2	29 692 640	109 338 584
Namibie	Scaling up the fight against HIV/AIDS, TB and malaria in Namibia			2	26 082 802	105 319 841
Nigéria	Proposal for Prevention of Mother to Child Transmission + Centers of Excellence (Expansion of Current Prevention of Mother to Child Transmission of HIV Project)	X	X	1	8 708 684	27 431 874
	Proposal to Assess and Promote the Effective participation of Civil Society Organizations in the National Response to HIV/AIDS	X	X	1	1 687 599	1 687 599
	Proposal for expansion of anti-retroviral program in Nigeria	X	X	1	17 772 103	41 772 103
Niger	Contribution to controlling Sexually Transmitted Infections and HIV/AIDS within Niger's Poverty Reduction Strategy implementation outline			3	8 475 297	11 968 331
Ouganda	The Uganda Comprehensive Country Proposal for Scaling up the National Response to HIV/AIDS Tuberculosis and Malaria	X	X	1	36 314 892	51 878 417
	Scaling up of Anti-Retroviral Therapy (ART) and Orphan and Other Vulnerable Children (OVC) Interventions within the framework of existing and proposed national strategic frameworks and plans in Uganda			3	70 357 632	118 565 707
République Centre Africaine	Améliorer les soins apportés aux personnes vivant avec le VIH/Sida	X	X	2	8 198 921	25 090 588
	Renforcement de la prise en charge des orphelins et autres enfants rendus vulnérables par le VIH/SIDA			4	4 695 012	16 265 930

Tchad	Project to support AIDS, tuberculosis and malaria control in Chad			3	7 380 156	18 581 945
Pays	Titre du projet	Accord signé	Débours ement com- mencé	Round	Montant approuvé sur 2 ans	Montant total sur 5 ans
République démocratique du Congo	Support programme for Congolese initiative in the field of infection by HIV/AIDS and malaria with regard to prevention, case management and strengthening capacities			3	34 799 786	113 646 453
Rwanda	Decentralization of for the overall management of people living with HIV/AIDS			3	14 890 735	56 676 465
Sénégal	Strengthening the Fight Against HIV/AIDS and Malaria	X	X	1	6 000 000	11 714 285
Sierra Leone	Développement d'une réponse nationale au VIH/Sida qui comprend la prévention, le traitement, les soins et la prise en charge des personnes affectées			4	8 574 258	17 905 204
Soudan	Proposition du Soudan pour lutter contre le VIH/Sida et la tuberculose			3	7 842 140	20 781 000
Swaziland	Coordinated Country response to Fight HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria	X	X	2	29 633 300	54 872 400
	Renforcement des composantes clé de la réponse nationale de lutte contre le VIH/Sida			4	16 396 800	48 283 310
Tanzanie	Scaling up effective district HIV/AIDS response focusing on communities, primary schools and the informal sector in Tanzania	X	X	1	5 400 000	5 400 000
	Participatory Response to HIV/AIDS for Youth in Zanzibar	X	X	2	1 116 000	2 302 922
	Répondre aux insuffisances de la réponse nationale de lutte contre le Sida en renforçant les actions sur les orphelins et enfants vulnérables, la fourniture de préservatifs, les soins et traitements et la coordination			4	103 191 298	293 263 191
Togo	Intensification de la lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme	X	X	2	14 185 638	19 882 903
	Approche intégrée de la prévention au VIH/Sida			4	11 969 810	32 873 180
Zambie	Zambia's Coordinated Proposal to Combat HIV/AIDS, tuberculosis and Malaria	X	X	1	42 298 000	92 847 000
	Renforcer l'accès aux traitements ARV			4	26 770 776	253 608 070
Zimbabwe	Proposal to strengthen and scale up disease prevention and care for HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria in Zimbabwe (2002)			1	10 300 000	14 100 000
TOTAL					926 606 187	3 020 470 008

Annexe III – 32 : Analyse du volet éducation des projets financés par le Fonds Mondial pour certains pays d'Afrique subsaharienne

Pays	Date de l'accord de financement et durée du projet	Montants approuvés pour 2 ans (US\$)	Montant total sur 5 ans (US\$)	Montant des déboursés effectués (US\$)	Montant de la composante prévention/éducation (US\$)	Elaboration de modules de prévention au VIH/Sida/MST pour les écoles	Diffusion de matériels éducatifs	Formations des enseignants, et de personnels administratifs sur la prévention au VIH/Sida	Campagne d'information sur le VIH/Sida via les mass média	Promotion de l'éducation par les pairs (club anti sida)	Appui aux orphelins	Appui aux Organisations locales de la prévention des jeunes ou la prise en charge des orphelins	Accroître les services de prévention : dépistage et offre de préservatifs	Soutien à la scolarisation ou à la formation professionnelle des orphelins
Bénin	17/09/2003 Janv 2003 Dec 2005	11 348 000	17 726 000	5 576 390	1 340 636 soit 7,5% du total	x		x	x	x	x	x		

Objectif 1 : Prévention de la transmission chez les jeunes. Renforcer les actions d'éducation et d'information (soutien aux radios communautaires et aux clubs anti-sida) auprès des jeunes de 10 à 24 ans pour qu'au moins 95 % soient correctement éduqués sur le VIH, qu'ils retardent l'âge de leur premier rapport sexuel et que 50% utilisent systématiquement un préservatif lors de tout rapport sexuel occasionnel :

- Elaborer et valider les curriculums de formation sur le VIH/Sida et les IST et généraliser leur enseignement à l'ensemble des écoles primaires et secondaires
- Renforcer la formation des inspecteurs et des cadres départementaux dans le domaine du VIH/Sida
- Améliorer la formation des enseignants sur le MST/VIH/Sida
- Renforcer les clubs anti-Sida et en créer de nouveaux
- Former des animateurs de radio de proximité sur les MST/VIH/Sida, doter 3 campus universitaires en vue d'assurer des animations sur les MST/VIH/Sida, et réaliser des émissions animées par les jeunes sur les MST/VIH/Sida

Coût total de la composante : 440 636 US\$

Objectif 2 : Prise en charge des orphelins. Réduire l'impact socio-économique du VIH/SIDA auprès de certaines catégories de la population plus particulièrement affectées : les orphelins du Sida et les PVVIH en renforçant le soutien communautaire, notamment assurer la prise en charge de 10 000 orphelins :

- Renforcer les capacités des ONG en plaidoyer pour le placement des enfants orphelins du SIDA dans les familles
- Aider les familles à faire face à la situation sur le plan économique
- Assurer la scolarisation ou la formation professionnelle des enfants orphelins du SIDA.

Coût total de la composante : 900 000 US\$

Pays	Date de l'accord de financement et durée du projet	Montants approuvés pour 2 ans (US\$)	Montant total sur 5 ans (US\$)	Montant des déboursements effectués (US\$)	Montant de la composante prévention/éducation (US\$)	Elaboration de modules de prévention au VIH/Sida/MST pour les écoles	Diffusion de matériels éducatifs	Formations des enseignants, et de personnels administratifs sur la prévention au VIH/Sida	Campagne d'information sur le VIH/Sida via les mass média	Promotion de l'éducation par les pairs (club anti sida)	Appui aux orphelins	Appui aux Organisations locales de la prévention des jeunes ou la prise en charge des orphelins	Accroître les services de prévention : dépistage et offre de préservatifs	Soutien à la scolarisation ou à la formation professionnelle des orphelins
Botswana	04/12/2003 janv 2004 Dec 2005	18 580 414	18 580 414	9 019 119					X	X	X	X	X	
Cameroun	Pas encore signé (Round 3)	14 641 407	55 735 254	0							X			
	Pas encore signé (Round 4)	16 170 146	6 367 296	0					X		X	X		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apporter une aide économique, psychosociale et médicale à 10 000 orphelins et leur famille ▪ Lancer des campagnes de mass média (radio, magazine...) 														
Mali	Pas encore signé (Round 4)	23 483 234	56 340 436	0					X	X	X	X	X	X

Objectif 1 : Réduire les risques de transmission VIH/Sida chez les jeunes

- Renforcer la structure nationale de communication du Ministère de la Santé, le Centre National d'Information, d'Education et de Communication en Santé (CNIECS), des intervenants publics des autres ministères et des ONG et associations communautaires pour produire des supports de communication
- Mener des campagnes de sensibilisation en direction de la population générale et de certains groupes cibles, accompagner la formation de 15 000 pairs éducateurs et des relais communautaires ciblant des interventions de changement de comportements

Pays	Date de l'accord de financement et durée du projet	Montants de l'accord de financement pour 2 ans (US\$)	Montant total sur 5 ans (US\$)	Montant des déboursements effectués (US\$)	Montant de la composante prévention/éducation (US\$)	Elaboration de modules de prévention au VIH/Sida/MST pour les écoles	Diffusion de matériels éducatifs	Formations des enseignants, et de personnels administratifs sur la prévention au VIH/Sida	Campagne d'information sur le VIH/Sida via les mass média	Promotion de l'éducation par les pairs (club anti sida)	Appui aux orphelins	Appui aux Organisations locales de la prévention des jeunes ou la prise en charge des orphelins	Accroître les services de prévention : dépistage et offre de préservatifs	Soutien à la scolarisation ou à la formation professionnelle des orphelins
Madagascar	Pas encore signé (Round 3)	13 415 118	20 009 441	0					X	X	X		X	X

- Accroître l'accès au centre de conseils et de dépistage volontaire : promotion du dépistage via les mass média et l'éducation par les pairs en direction des jeunes
- Assurer un approvisionnement suffisant de préservatifs au niveau des structures de soins des districts
- Assurer la prise en charge de 1 000 orphelins du SIDA d'ici l'an 2006 en leur procurant, le soutien social, alimentaire et juridique nécessaire

Coût total de la composante prise en charge orphelins : 274 991

Madagascar <i>PSI</i>	23/04/2003 Janv 2003 Dec 2005	3 032 048	5 024 116	3 032 048					X	X			X	
---------------------------------	-------------------------------------	-----------	-----------	-----------	--	--	--	--	---	---	--	--	---	--

Objectif 1 : Augmenter la demande de préservatifs, notamment chez les jeunes de 15-24 ans (Projet de marketing social du préservatif) :

- Lancement d'une campagne pour le changement des comportements via les mass media
- Continuation des activités d'éducation par les pairs en faveur des jeunes via le projet TOP Réseau de PSI
- Formation et appui des vendeurs de préservatifs et conseillers sur la prévention VIH au sein des communautés via le projet Business Kapoty de PSI

Objectif 2 : Augmenter l'accès aux services de prévention et traitement des MST dans les provinces d'Antananarive, Diego, Tamatave et Tuléar

- Développement de Top réseau, cliniques apportant des soins et des services de conseils et de prévention relatifs au MST

<i>Catholic Relief Service</i>	23/04/2003 Janv 2003 Dec 2006	747 199	1 503 624	747 199					X				X	
--------------------------------	-------------------------------------	---------	-----------	---------	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--

- Améliorer l'accès au centre de dépistage et de conseil dans les régions de Antsirabe et Ilakaka
- Améliorer le niveau de connaissance de la population sur le VIH/Sida

Pays	Date de l'accord de financement et durée du projet	Montants approuvés pour 2 ans (US\$)	Montant total sur 5 ans (US\$)	Montant des déboursements effectués (US\$)	Montant de la composante prévention/éducation (US\$)	Elaboration de modules de prévention au VIH/Sida/MST pour les écoles	Diffusion de matériels éducatifs	Formations des enseignants, et de personnels administratifs sur la prévention au VIH/Sida	Campagne d'information sur le VIH/Sida via les mass média	Promotion de l'éducation par les pairs (club anti sida)	Appui aux orphelins	Appui aux Organisations locales de la prévention des jeunes ou la prise en charge des orphelins	Accroître les services de prévention : dépistage et offre de préservatifs	Soutien à la scolarisation ou à la formation professionnelle des orphelins
Mozambique	02/04/2004	21 959 684	109 338 584	0					x		x		x	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apporter à 3 millions d'adolescents de 10- 24 ans soit 50% de cette classe d'âge les connaissances et compétences pour se protéger du Sida ▪ Accroître l'offre de préservatifs ▪ Développer des programmes de Mass média sur la prévention aux MST/VIH/Sida ▪ Assurer la protection et les soins à 150 000 orphelins 														
Tanzanie	09/07/2003	5 400 000	5 400 000	1 800 000						x				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervention auprès des écoles primaires en vue de cibler 3 millions de jeunes élèves : formation de formateurs, de pairs éducateurs et diffusion de matériels éducatifs 														
Ouganda	Pas encore signé	70 357 632	118 565 707	0							x	x	x	x
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accroître l'offre de préservatifs, de dépistage et de conseils ▪ Améliorer la prise en charge des enfants orphelins : soutien économique des familles par des activités de micro crédits et de formation de groupe de pairs (activités ONG) et promotion de l'apprentissage et de la formation professionnelle pour les OEV déscolarisés <p style="text-align: right;"><i>Coût total de la composante prise en charge orphelins :56 096 490</i></p>														

Annexe III – 33 : Cadre logique et informations budgétaires du projet de lutte contre le Sida au Bénin financé par le Fonds Mondial

Détail des activités éducation et prévention

Objectif: 2.2.2. Renforcer les connaissances et l'éducation des jeunes âgés de 10 à 24 ans sur les IST/VIH/SIDA					
Activités générales	Indicateurs de procédure/produit (un par activité) (Voir l'annexe II)	Base 2002	Objectifs chiffrés		Institutions responsables/ chargées de l'exécution
			Année : 1 2003	Année : 2 2004	
Valider les curricula de formation sur le VIH/SIDA et les IST	Curricula validés	10%	50%	100%	PNLS, MEPS
Généraliser les curricula à l'ensemble des écoles primaires et secondaires	Pourcentage d'écoles ayant introduit les curricula dans leur programme de formation	20%	60%	100%	PNLS, MEPS
Renforcer la formation des Inspecteurs et des cadres départementaux dans le domaine du VIH/SIDA.	Pourcentage d'inspecteurs et de cadres départementaux formés sur les IST et le VIH/SIDA.	10%	80%	100%	PNLS, MEPS
Améliorer la formation des enseignants sur les IST/VIH/SIDA	Pourcentage d'enseignants des écoles primaires et secondaires formés sur le VIH/SIDA	10%	70%	90%	PNLS, MEPS
Renforcer les clubs anti-SIDA existant et créer de nouveaux clubs.	Pourcentage de clubs renforcés et de nouveaux clubs anti-SIDA créés dans les écoles.	10%	60%	80%	PNLS, MEPS, PSI/ABMS, ONG, Associations PVVIH
Former au moins deux animateurs des radios de proximité sur le VIH/SIDA et les IST.	Pourcentage de radios de proximité disposant d'au moins deux animateurs formés.	10%	90%	100%	PNLS, REBEJ MCTN/PPG, PSI/ABMS, ONG
Doter 3 campus universitaires de radios communautaires en vue d'assurer des animations sur les IST et le VIH/SIDA et la tuberculose par les jeunes et pour les jeunes.	Nombre de radios universitaires installées et rendues fonctionnelles par les jeunes et pour les jeunes.	1	3	3	MESRS, UNB, MCTN/PPG, ONG
Elaborer un programme intensif de sensibilisation avec la grille de diffusion de chaque radio	Programme élaboré avec grille de diffusion disponible au niveau de toutes les radios	0%	70%	100%	PNLS, Projet SIDA 3, PSI, REBEJ, Action SIDA Plus Bénin, ONG, Associations PVVIH
Réaliser des émissions animées par les jeunes et autres groupes vulnérables. Sur les IST/VIH/SIDA et la Tuberculose.	Pourcentage d'émissions réalisées par les jeunes et autres groupes vulnérables sur les antennes des radios de proximité	20%	60%	90%	MCTN/PPG, DDSP, Radios privées, ROBS communautaires
Signer des contrats de partenariat avec les 35 radios de proximité pour la mise en œuvre du programme.	Pourcentage de radios sous contrat et exécutant le programme.	30%	70%	100%	MCTN/PPG DDSP, ROBS

Objectif: 4.1. Améliorer la prise en charge des orphelins du SIDA					
Activités générales	Indicateurs de procédure/produit <i>(un par activité)</i> (Voir l'annexe II)	Base	Objectifs chiffrés		Institutions responsables/chargées de l'exécution
		2002	Année : 1 2003	Année : 2 2004	
Renforcer les capacités des ONG en plaidoyer pour le placement des enfants orphelins du SIDA dans les familles	Pourcentage d'orphelins du Sida accueillis dans les familles	10%	15%	25%	Africare, MFPSS, PNLS, Projet SEDEKON, ROBS, ONG, CARITAS, Association des PVVIH
Renforcer les familles ayant besoin d'appui pour faire face à la situation sur le plan économique	Pourcentage de familles d'accueil ayant reçu un appui	30%	65%	85%	Africare, MFPSS, PNLS et Projet SEDEKON et ONG
Assurer la scolarisation ou la formation professionnelle des enfants orphelins du SIDA	Nombre d'enfants orphelins du SIDA scolarisés ou en formation professionnelle	3000	7000	10 000	Africare, MFPSS, PNLS et Projet SEDEKON et ONG

Détail des coûts associés aux activités

Coûts de la composante prévention de la transmission chez les jeunes de 10-24 ans

Ressources nécessaires (USD)	Année 1 2003	Année 2 2004	Année 3 2005	Total
Ressources humaines	16 008	330 096	-	346 104
Formation/ planification	-	80 532	-	80 532
Monitoring et évaluation	7 000	-	7 000	14 000
Total	23 008	410 628	7 000	440 636

Coûts de la composante prise en charge des orphelins du sida

Ressources nécessaires (USD)	Année 1 2003	Année 2 2004	Année 3 (Estimation) 2005	Total
Formation/ planification	300 000	300 000	300 000	900 000
Total	300 000	300 000	300 000	900 000

Annexe III – 34 : Détails de la composante prise en charge des orphelins du projet de lutte contre le Sida de Madagascar financé par le Fonds Mondial

Objectif : Assurer la prise en charge de 1000 orphelins du SIDA d'ici l'an 2006 en leur procurant, le soutien social, alimentaire et juridique nécessaire

Mesures qui seront mises en place pour développer la prise en charge par le secteur communautaire des orphelins du SIDA :

- Favoriser le plaidoyer pour la prise en charge des orphelins à partir des structures gouvernementales et surtout à partir d'un certain nombre d'ONG impliqués dans ce domaine qui recevront une aide directe à leur structure
- Mieux évaluer le statut réel des orphelins en se dotant d'un système de collecte des données à la fois quantitatives (nombre d'orphelins) et qualitatif (nature exacte des difficultés socio-économiques) pour améliorer le dispositif de prise en charge et de protection.
- Se doter d'un cadre politique et légal d'action
- Créer un bureau d'action social et de conseil juridique au niveau de chaque district
- Fournir un appui direct aux familles en situation économique précaire qui décideraient ou se trouveraient dans la nécessité d'accueillir un orphelin par la création d'un fonds de solidarité communautaire
- Donner à ces enfants une possibilité de scolarisation ou de formation professionnelle en aidant financièrement les familles en difficulté.

Activités générales	Indicateurs de procédure/produit (un par activité) (Voir l'annexe II)	Base	Objectifs chiffrés			Institutions responsables / chargées de l'exécution
			2003	Année : 1 2004	Année : 2 2005		Année 3 : 2006
Renforcer les capacités des ONG en plaidoyer pour le placement des enfants orphelins du SIDA dans les familles	Pourcentage d'orphelins du Sida accueillis dans les familles		15%	20%	25%	SE/CNLS UNICEF Ministère de la population
Favoriser le développement d'un cadre institutionnel légal de prise en charge des orphelins du SIDA	Cadre institutionnel de prise en charge et de protection des orphelins en place		OUI			Ministère de la Justice Ministère de la Population UNICEF SE/CNLS
Faire une analyse quantitative et qualitative du nombre et de la situation des orphelins par la mise en place d'un système de collecte de données.	Existence effective d'un système de recueil de données		Recueil fonctionnel	Recueil fonctionnel	Recueil fonctionnel	Ministère de la Justice Ministère de la Population UNICEF SE/CNLS
Développer et équiper des bureaux d'action sociale dans les 20 districts	Nombre de bureaux développés		14	18	20	Ministère de la Justice Ministère de la Population UNICEF SE/CNLS

Former les Assistants sociaux et juridiques	Nombre d'AS et de juristes formés		40			Ministère de la Justice Ministère de la Population Ministère de l'Enseignement Supérieur UNICEF SE/CNLS
Mettre en place un réseau de famille d'accueil	Nombre de familles d'accueil en réseau		Evaluation des données de base	2004 + 10%	2005 + 10%	Ministère de la Justice Ministère de la Population UNICEF SE/CNLS ASSONG
Renforcer les familles ayant besoin d'appui pour faire face à la situation sur le plan économique	Pourcentage de familles d'accueil ayant reçu un appui		65%	75%	85%	Ministère de la Justice Ministère de la Population UNICEF SE/CNLS ASSONG
Assurer la scolarisation ou la formation professionnelle des enfants orphelins du SIDA	Nombre d'enfants orphelins du SIDA scolarisé ou en formation professionnelle		200	300	400	Ministère de l'Education et de la Formation Professionnelle UNICEF Ministère de la Population

Coût de la composante :

Ressources nécessaires (USD)	Année 1	Année 2	Année 3 (Estimation)	Année 4 (Estimation)	Année 5 (Estimation)	Total
Ressources humaines	62 846	85 132	107 418	-	-	255 396
Infrastructure/ équipement	-	-	-	-	-	-
Formation/ planification	6 500	-	-	-	-	6 500
Marchandises/ produits						
Médicaments						
Monitoring et évaluation						
Frais administratifs (5%)	3 467	4 257	5 371	-	-	13 095
Autres						
Total	72 814	89 389	112 789	-	-	274 991

Annexe III – 35 : Montant du Fonds MAP et état des engagements MAP1 et MAP2 par pays à la date du 28 septembre 2003 (en millions USD)

	Date de mise à disposition	Montant
MAP1	Septembre 2000	500 millions USD
MAP 2	2002	500 millions USD

Tableau : Etat des engagements MAP1 et MAP2 par pays à la date du 28 septembre 2003 (en millions USD)

Benin	23	Madagascar	20
Burkina Faso	22	Malawi	35
Burundi	36	Mauritanie	21
Cameroun	50	Mozambique	55
Cap Vert	9	Niger	25
CAR (corridor)	17	Nigéria	90,3
Erithrée	40	Rwanda	30,5
Ethiopie	59,7	Sénégal	30
Gambie	15	Sierra Leone	15
Ghana	25	Tanzanie	70
Guinée	20,3	Ouganda	47,5
Kenya	50	Zambie	42
TOTAL : 24 pays – 848,3 millions d’USD			

Annexe III – 36 : Présentation des composantes des projets MAP au Cameroun, à Madagascar, au Mozambique, au Bénin, et en Tanzanie

Cameroun : MAP d'un montant de 50 millions d'USD (2001/2005)

Le projet cherche à apporter une aide aux réponses et actions entreprises par les communautés locales et une aide à l'élaboration de plan d'action sectoriel. Deux axes de lutte sont envisagés : la prévention et l'aide aux personnes affectées par la maladie. Tous les acteurs de la société sont invités à participer aux efforts de lutte contre le Sida.

Les composantes du projet sont :

1. L'appui aux réponses locales : les communautés via des ONG ou des agences locales, élaborent des plans d'action, constituent leur propre comité de lutte contre le VIH/Sida, ouvrent un compte et reçoivent directement les ressources financières du projet pour les aider à mettre en place leur plan d'action (en fonction du degré de prise en compte des populations vulnérables, de l'utilisation de méthodes participatives...)
2. L'appui à la réponse du secteur santé : aide à la mise en place de centre de dépistage et de conseils, à l'amélioration de la sécurité des transfusions sanguines, à l'élaboration d'un kit de formation à l'usage des sage femmes
3. L'appui à la mise en place de stratégies sectorielles de lutte contre le VIH/Sida. Cette composante s'adresse notamment au Ministère de l'éducation qui doit prendre en compte dans sa stratégie globale une action de prévention du VIH/Sida à destination du personnel de son administration et des personnes bénéficiaires du service éducation (élèves)
4. Le renforcement des capacités : formation de facilitateurs, de membres de comités locaux...
5. La coordination : mise en place d'unité de coordination au niveau national (GTC) et provincial (GTP).

Millions d'USD	Coût indicatif	% du total	Financement Banque Mondiale
Composante 1	30,7	51,2	27
Composante 2	6,1	10,2	5
Composante 3	3,2	5,3	2,21
Composante 4	8,4	14	7,45
Composante 5	11,6	19,3	8,34
TOTAL	60		50

Madagascar : Projet MAP d'un montant de 20 millions d'USD (2003/2007)

Le projet multisectoriel de prévention des MST/VIH/SIDA financé pour une part par le MAP a pour objectif de contrôler la propagation du VIH/Sida via l'augmentation du niveau de connaissances sur le VIH et l'adoption de comportement plus sûr (utilisation de préservatifs, la réduction des partenaires sexuels).

Le projet a quatre composantes :

1. Le financement du développement des plans d'action et stratégies des secteurs clé. Cette composante concerne l'organisation et le financement de séminaire d'étude, de groupe de discussion et de projets pilote.
2. Un fonds pour financer les activités de prévention au MST/VIH/Sida existantes et nouvelles qui doit encourager les ONG et le secteur privé à participer aux activités de prévention au VIH. Le fonds peut financer des projets de mass média, de séminaire, de discussion entre pairs... ; de marketing social du

préservatif ; de marketing du fonds et de préparation à l'élaboration de projets éligibles ; des coûts opérationnels du fonds ; et de renforcement des capacités de mise en œuvre.

3. Un système de contrôle et d'évaluation
4. Le renforcement des capacités institutionnelles et organisationnelles de management de projet

Le projet est centré sur les activités de prévention, qui reçoivent 71% des fonds.

Millions d'USD	Coût indicatif	% du total	Financement Banque Mondiale
Composante 1	2,20	10,5	2,12
Composante 2	15	71,4	14,3
Composante 3	1,8	8,6	1,5
Composante 4	2	9,5	1,9
TOTAL	21		19,82

Mozambique : projet MAP d'un montant de 55 millions d'USD (2004/2009)

Les composantes du projet sont :

1. L'appui aux initiatives de la société civile et des communautés : mobilisation des communautés, renforcement des capacités et promotion des initiatives locales. Un fonds est créé pour financer les activités locales de lutte contre le sida.
2. Le renforcement des compétences de la société civile pour apporter une réponse au VIH : le recrutement et la formation de facilitateurs dans chaque province pour mobiliser les organisations, la formation au VIH/Sida des personnels du secteur public et des entreprises privées et publiques sur la base d'un kit IEC largement diffusé.
3. L'appui à la réponse multisectorielle du gouvernement : appui à la mise en œuvre des programmes sectoriels qui doivent s'adresser aux employés et à leur famille et aux bénéficiaires du service public.
4. Le renforcement de la réponse du secteur santé : étendre la couverture en centre de conseil et de dépistage (notamment dans les 4 provinces du centre) via le renforcement du réseau des centres de santé, améliorer la fourniture de traitements aux maladies opportuniste, d'ARV et de moyens de prévention (préservatifs), améliorer les compétences des laboratoires dans le diagnostic et la prise en charge
5. Le renforcement institutionnel du comité national de lutte contre le sida afin qu'il soit plus apte à coordonner la réponse nationale et à gérer la mise en œuvre de projets

Millions d'USD	Coût indicatif	% du total	Financement B M
Composante 1	27,8	43,4	25
Composante 2	5,5	8,6	4,7
Composante 3	7,2	11,3	6,6
Composante 4	17,5	27,3	14,6
Composante 5	6	9,4	5,1
TOTAL	64		55

Bénin : MAP d'un montant de 23 millions USD (2002/2006)

Le projet à trois composantes :

1. Appui aux actions de lutte contre le sida de la société civile. Trois types d'activités peuvent bénéficier d'une assistance technique et financière : la mobilisation sociale, la formation et la préparation de projets ; la mise en œuvre de projets par la communauté ; et l'exécution d'activité de prévention au VIH et de soin pour les communautés par le secteur privé, les ONG et d'autres organisations sociales. Cet appui se fait par le biais d'un renforcement de capacités et du versement de subvention pour la réalisation des projets.
2. Appui à la réponse du secteur public : i) aide à l'élaboration et à la réalisation de plan d'action sectoriel (hors santé) de lutte contre le sida via le renforcement des capacités pour mettre en place les activités définies, ii) organisation de campagnes d'information sur l'épidémie au Bénin dans les administrations et la mise à jour des réformes nécessaires pour prendre en compte les personnels infectés et/ou affectés, iii) appui financier au secteur de la santé pour permettre une meilleure couverture des centres de dépistage, rendre plus accessible la prévention de la transmission mère enfant, améliorer l'accès aux traitements, favoriser les échanges avec les praticiens traditionnels et faire de la prévention auprès du personnel du secteur.
3. Appui à la coordination, à la mise en place, au contrôle et à l'évaluation de projet.

Millions USD	Coût indicatif	% du total	Financement de la Banque
Composante 1	11,31	44,5	11
Composante 2	9,25	36,4	8,14
Composante 3	4,87	19,2	16,8
TOTAL	25,43		23

Tanzanie : projet MAP d'un montant de 70 millions d'USD (2003/2008)

Les composantes du projet comprennent :

1. L'appui aux initiatives locales avec la création d'un fonds de financement
2. L'appui à la réponse du secteur public avec la création d'un fonds pour le financement d'actions de prévention, de soin, de prise en charge et de réduction de l'impact économique et social du VIH. Une grande part de cette composante est réservée au ministère de la santé.
3. L'appui institutionnel à TACAIDS (Tanzania AIDS Commission Institutional) pour améliorer la coordination de la réponse nationale
4. L'appui à la lutte contre le sida à Zanzibar (Zanzibar a sa propre commission de lutte contre le sida)

Millions d'USD	Coût indicatif	% du total	Financement Banque Mondiale
Composante 1	16	19,5	14
Composante 2	40	48,8	32
Composante 3	17	20,7	15
Composante 4	5	6,1	5
Non alloué	4	4,9	4
TOTAL	82		70

Annexe III – 37 : Détail de la composante VIH/Sida des projets éducation financés par la Banque Mondiale au Tchad, au Nigéria, au Mozambique, et au Burkina Faso

Pays (millions d'US\$)	Nom du projet et de la composante - Date	Coûts du projet	Financement Banque Mondiale
Tchad	Projet de réforme de l'éducation (2003/2007)	119,66	42,34
Composante comprenant le volet VIH/Sida : programme de nutrition et santé à l'école		1,53	1,38

Détail du volet éducation VIH : améliorer les connaissances et les compétences pratiques des élèves (notamment connaissances des méthodes de prévention et résistance à la pression des pairs). Le projet vient appuyer le projet Population et Lutte contre le Sida. Ce dernier se charge de l'élaboration et de l'impression de guides et de cours sur la base de la pratique en classe et de la formation au VIH/Sida de tous les enseignants du pays. La composante santé à l'école du projet de réforme de l'éducation donne un appui par la publication de 300 000 livres de prévention au VIH/Sida pour le primaire, 60 000 pour le secondaire et 10 000 guide pour l'enseignant.

Nigéria	Projet d'éducation primaire universelle (2003/2008)	129	101
Composante comprenant le volet VIH/Sida : Appui au programme fédéral de gestion, contrôle et développement de politique		28,7	21

Détail du volet VIH : i) Le plan d'action d'urgence face au VIH/Sida dans le secteur de l'éducation a instauré un curriculum national d'éducation sexuelle. La banque va participer à la mise en œuvre de ce curriculum à travers un ensemble d'interventions pratiques et de matériaux dans différentes matières et pour différents niveaux scolaires
ii) améliorer la compréhension des implications du VIH/Sida sur le secteur de l'éducation des personnels dirigeants de l'administration
iii) développer des options alternatives d'éducation pour les orphelins du Sida en créant une base de données sur les meilleures pratiques, en réfléchissant sur un mécanisme de financement, en créant des capacité d'évaluation de tels programmes

Mozambique	Projet Enseignement supérieur (2002/2007)	71,12	60
Composante comprenant le volet Programme de prévention au VIH/Sida pour les étudiants : Développement et réforme du système		7,17	6,9
Burkina Faso	Projet Education de base (2003/2007)	96	32,6
Composante comprenant le volet Nutrition santé et VIH : amélioration de la qualité de l'éducation de base		23,6	9,50

ELEMENTS DE BIBLIOGRAPHIE

DONNEES SUR L'EPIDEMIE DU VIH/SIDA ET ETUDES DE COMPORTEMENTS

- Onusida, *Rapport sur l'épidémie Mondiale du Sida, 4ème Rapport Mondial*, Genève, Juillet 2004. 236p.

- USAID, *Country Profile HIV/AIDS*.

Disponible à : http://www.usaid.gov/locations/subsaharan_africa/publications/health.html

- Les requêtes nationales au Fonds Mondial de lutte contre le Sida, élaborées par les comités nationaux de lutte contre le Sida, présentent la situation épidémiologique nationale.

Disponible à : <http://www.theglobalfund.org/en/files/annualreport2003full.pdf>

- Population Reference Bureau, *La jeunesse en Afrique subsaharienne : données et graphiques sur la sexualité des jeunes et la santé de la reproduction*, 2001. 44p.

Disponible à : <http://www.prb.org>

- République du Cameroun - Ministère de la Santé publique, IRESCO, *Enquête de surveillance de comportements face au VIH/Sida*, 2001. 25p.

IMPACT DU VIH/SIDA SUR L'EDUCATION

- Allemano E., *Le sida en Afrique subsaharienne : une menace pour la qualité de l'éducation : cadre analytique et implications pour les politiques éducatives*, IIEP, ADEA, décembre 2003. 41p.

- Amevigbe P., Messan K., Tchamégnon Y. et al., *Impact de l'éducation VIH/Sida sur l'enseignement au Togo*, Réseau Ouest et Centre Africain de Recherche (ROCARE-Togo), Octobre 2002. 35p.

- Kelly J., *Planifier l'éducation dans le contexte du VIH/Sida*, IIEP, 2000. 121p.

- Kelly J., *The encounter between education and HIV/AIDS*, UNESCO Sub-Regional Office for Southern Africa, Harare, 2002. 39p.

- Kelly J., *What HIV/AIDS can do to education and what education can do to HIV/AIDS*, Document présenté à la conférence internationale sur l'éducation pour tous de Johannesburg, 2000. 17p.

- Mingat A., Rakotomalala R., Tan J-P., *Le financement de l'éducation pour tous en 2015 : simulations pour 33 pays d'Afrique Subsaharienne*, Banque Mondiale, Avril 2002.

- UNESCO, *Quality Education and HIV/AIDS*, Août 2004.

- Vandemoortele J., *HIV/AIDS and Education*, Unicef, 2001.

- Yaro Y., Dougnon D., *L'impact du Sida sur l'offre et la demande scolaire*, Ministère Français des Affaires Etrangères, Chapitre 7/8 "Education, population et développement dans les pays du Sud" du rapport français pour la 36^{ème} session de la commission de la Population et du Développement des Nations Unies ; Centre Français pour la population et le développement (CEPED)
- Yaro Y., *Sida et éducation au Burkina : que savons nous ?*, Unité d'Enseignement et de Recherche en Démographie, université de Ouagadougou, 2001 , 16p.

Enseignants

- Badcock-Walters P., Desmond C., Wilson D. & Heard W., *Educator Mortality In-Service in Kwazulu Natal, a consolidated study of HIV/AIDS Impact and Trends*, Mobile Task Team on the Impact of HIV/Aids on Education, HEARD, Université de Natal, Mars 2003. 63p.
- Bennel P., Kadzamira E., *L'impact de l'épidémie du Sida sur les enseignants du primaire, du secondaire et du personnel universitaire au Malawi*, résumé, 2001.
- Boler T., *Approaches to examining the impact of HIV/AIDS on teachers*, ActionAid International, UK working group on Education and HIV/AIDS, Policy and research : series 1, 2003.

Demande scolaire

- Dennis M., Ross J., Smith S., *Les enfants au bord du gouffre 2002 : Rapport commun sur le nombre estimatif d'orphelins et les stratégies de programmes*, Unaid, Unicef, Usaid, novembre 2002, 36p.
- Evans R., *Poverty, HIV, and barriers to education : street children's experiences in Tanzania*, *Gender and development*, Vol 10, N°3, Novembre 2002. p51-61.
- Pr. Gould B., Dr. Huber U., *The social demand for schooling in HIV/AIDS affected populations in Tanzania : summary results from a field survey*, Université de Liverpool, Département de Géographie, UK, Mars 2003. 16 p.
- Unicef, *Les générations orphelines d'Afrique*, 2002.47p.

ATTENUER LES EFFETS DU VIH/SIDA SUR LE SYSTEME EDUCATIF

- Coombe C., *Keeping the education system healthy : managing the impact of HIV/AIDS on education in South Africa*. Current Issues in Comparative Education [online], Volume 3 (the spread of HIV/AIDS), Décembre 2000.

Disponible à : <http://www.tc.columbia.edu/cice/articles/cc131.htm> [24/09/2004]

Enseignants

- Cameroon Teachers' Trade Union (CATTU), *HIV/AIDS : A wake up call from teachers by teachers to teachers and students, CATTU plan action*, Yaoundé, Cameroon, 2002. 11P.
- Education International, *Results of the survey concerning HIV related Actions and Policies of teachers' union, Ministries of Education and Ministries of Health*, Juin 2000. 31p.
- Education International, *Séminaire sur l'éducation à la santé et la prévention du VIH/Sida et des IST à l'école*, Rapport du séminaire, novembre 2001. 52p.
- Nkinyangi S., Ochanda A., *VIH/Sida et éducation : le rôle des commissions chargées de l'enseignement*, Bureau Unesco de Nairobi, Ouganda, juin 2003. 41p.
- Ojuando Achieng M., *Développement d'une politique institutionnelle sur le VIH/Sida : expérience du centre de formation pédagogique d'Highridge*, centre de formation pédagogique de Highbridge – Kenya, Accra, septembre 2003. 10p.
- Tijuana A., Finger W., *Teacher Training : Essential for school based reproductiv health and HIV/Aids Education, Focus on sub saharan africa*, Family Health International, YouthNet, 2004. 26p.

Demande scolaire

- Hepburn A., *Primary education in eastern and southern Africa, increasing access for orphans*, Terry Sanford Institute of public Policy, Duke University, Juin 2001. 51p.
- International HIV/Aids Alliance, *Education : ressources pour les communautés soutenant les orphelins et enfants vulnérables*, Bâtissons l'espoir : Note thématique pour l'Afrique, juillet 2003, 74p.
- International HIV/Aids Alliance, *Expanding Community based support for orphans and vulnerable children*, 2002, 37p.
- Ministère des Affaires Etrangères français, *Rapport de présentation : projet d'appui au renforcement de la prise en charge des orphelins du sida dans 3 pays d'Afrique. Partenariat bi-multi avec le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (Unicef)*, décembre 2003. 47p.
- Onusida, *Principles to guide programming for orphans and other children affected by HIV/Aids*, UNAIDS Best Practice Collection, janvier 2002, 11p.

- Onusida, Unesco, Unicef et al., *Cadre pour la protection les soins et le soutien aux orphelins et enfants vulnérables vivant avec le VIH et Sida*, juillet 2004. 47p.
- Subbarao K., Coury D., *Orphans in sub saharan countries*, Africa Region and Human Development Network, mars 2003, 70p.

Système de gestion de l'information éducative

- Badcock P., *Management of HIV/AIDS at the education district level : the case for the collection of local indicators*, Université de Natal HEARD, 2001. 10p.
- Université de natal, HEARD, *District Manager's ressource Kit : a magement checklist for the district manager*, 25p.
- Unesco, *District Education Management Information System (DEMIS) : The DEMIS zimbabwe Toolkit*, Mai 2003. 24p.

ROLE DE L'EDUCATION

- Banque Mondiale, *Education and HIV/AIDS : a window of hope*, 2002. 79p.
- Gregson S., Waddell H., Chandiwana S., *School education and HIV control in sub saharan Africa : from discord to harmony*, Biomedical research and training institute, Harare, Zimbabwe, *Journal of international development*, Mars 2001. 38p.
- Hargreaves J., Glynn J., *Educational attainment and HIV infection in developing countries : a systematic review*, Infection Disease Epidemiology Unit, London School of Hygiene and Tropical Medicine
- Onusida, *Les jeunes et le VIH/Sida : une solution à la crise*, Juillet 2002.48p.
- Oxfam, Global Campaign for Education, *Learning to survive : How education for all would save millions of young people from HIV/AIDS*, Avril 2004. 33p.

Disponible à : http://www.oxfam.org/eng/pdfs/doc_GCE_educ_survive.pdf

- Vandemoortele J., Delamonica E., *The Education vaccine against HIV/AIDS Current Issues in Comparative Education* [online], Volume 3 (the spread of HIV/AIDS), 2000.

Disponible à : <http://www.tc.columbia.edu/cice/articles/jved131.htm> [24/09/2004]

APPROCHE GENRE

- Campagne Mondiale 2004 contre le Sida, *Femmes, filles, VIH et SIDA : aperçu stratégique et note explicative*, Note stratégique, Février 2004. 23p.

- United Nations Secretary General's Task Force on Women, Girls and HIV/AIDS in southern Africa, *Botswana Country Report*, United Nations in Botswana, octobre 2003. 43p.
- Willan S., *Women's Empowerment : Africa AIDS Vaccine ?*, gender studies seminar, Health Economics & HIV/AIDS Research Division (HEARD), University of Natal, Durban, octobre 2002. 20p.

PROGRAMME DE PREVENTION

- Banque Mondiale, *Education and HIV/AIDS : a source book of HIV/AIDS prevention programs*. 2004. 358 p.
Présentation détaillée de programmes de prévention au VIH mis en œuvre dans différents pays africains.
- Boler, T., Adoss R., Ibrahim, A. et al., *The sound of silence : difficulties in communicating on HIV/AIDS in schools*. London : ActionAid, 2003. 53 p.
Etude sur les difficultés de mise en œuvre des programmes de prévention au VIH en Inde, région de Tamil Nadu et au Kenya, région de Nyanza.
- Burns A., Daileader C., Finger W. et al., *Reaching Out of school Youth with reproductive health and HIV/Aids Information and Services*, Family Health International, YouthNet Program, 2004, 30p.
- Global HIV prevention working group, *Hiv prevention in the era of expanded treatment access*, juin 2004. 24p.
Disponible à : <http://www.gatesfoundation.org>
- International HIV/Aids Alliance, *Mobilisation multisectorielle pour la prévention du sida en faveur des enfants en situation particulièrement difficile, expérience pilote de l'IPC au Burkina Faso et l'Unicef au Burkina*, présentation PowerPoint.
- Irvin A., *Taking step of courage : teaching adolescents about sexuality and gender in Nigeria and Cameroun*, International Women's Health Coalition, New York, 2000. 31p.
- Kirby D., *The impact on behavior of sex and HIV Education Programs throughout the world*, ETR Associates, Seminaire Education et VIH, Genève, September 2004, Présentation PowerPoint.
- Moonga Malambo R., *Teach them while they are Young, they will live to remember: the views of teachers and pupils on the teaching of HIV/AIDS in basic education, a case study of Zambia's Lusaka and southern Provinces*, Current Issues in Comparative Education [online], Volume 3 (the spread of HIV/AIDS) Décembre 2000. 9 p.

Disponible à : <http://www.tc.columbia.edu/cice/articles/rmm131.htm> [24/09/2004]

- Neukom J., Ashford L., *Le marketing social : au service de la transformation du comportement des jeunes : résultats des programmes et conclusions des recherches au Cameroun, à Madagascar, et au Rwanda*, Population reference Bureau & PSI, septembre 2003. 19p.
- ONUSIDA, *Apprentissage et enseignement à l'école de la lutte contre le SIDA*. Coll. Meilleures pratiques de l'ONUSIDA. Oct 1997. 8 p.
- ONUSIDA, OMS & UNESCO, *Education sanitaire à l'école pour la prévention du Sida et des MST : documents de référence à l'usage des planificateurs de programmes scolaires*, 1997. 92p.
- Palmer A., *Reaching Youth World-wide*, Johns Hopkins University, Center for Communication Programs 1995-2000, Avril 2002. 32p.
- UNESCO, OMS, ONUSIDA, *Manuel à l'usage des planificateurs de programmes scolaires*. 1997. 70 P.
- UNESCO, *La montée du Sida : alertez les jeunes !*, Le courrier de l'Unesco, Octobre 1999. 36 P.

REPONSE INTERNATIONALE

Organisations Internationales

- Banque Africaine de Développement – Fonds Africain de développement, *Stratégie en matière de VIH/Sida pour les opérations du groupe de la banque*, décembre 2001. 23p.
- Banque Mondiale, *Le développement Humain en Afrique : Plan d'Action*, Série développement Humain région Afrique – Document de travail, Février 2003. 84p.
- Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), *Etat de la population Mondiale 2003, investir dans la santé et les droits des adolescents*, 60p
Disponible à : <http://www.unfpa.org>
- Nations Unies, *Déclaration d'engagement de l'UNGASS : résumé d'orientation*, 2001. 20p.
Disponible à : http://www.unaids.org/ungass/fr/exec/UNGASSexec01_fr.htm
- PNUD, *Results : HIV/AIDS*, 17 p.
Disponible à : <http://www.undp.org/hiv>
- The Global Fund, *Annual report 2003*, 84 p.
Disponible à : <http://www.theglobalfund.org/en/files/annualreport2003full.pdf>
- UNESCO Harare, *Rapport de Mission : Fonds Unesco/Belgique : Education et VIH/Sida dans la région d'Afrique du Sud*, Mars 2002, 87p.

- UNESCO Institut International de Planification de l'Education (IIEP), *Stratégie de l'Unesco en matière d'éducation à la prévention du VIH/Sida*, 2004, 44p.
- UNESCO IIEP, *HIV/AIDS and education programme 2001-2003*, juin 2001. 11p.
- UNESCO International Institute for Capacity Building in Africa (ICCBA), *Report (1999-2001) and Work Plan, 2001-2003*, Addis Ababa, 31 janvier 2002. 40p.
Disponible à : <http://www.unesco-iicba.org>
- UNESCO Nairobi, *Consultation sur le VIH/Sida et l'éducation*, mars 2003, Kigali, Mars 2003. 35p.
- UNICEF, *Combattre le VIH/Sida – Stratégies pour gagner : 2002-2005*, 18p.

Coopérations bilatérales

- Agence Canadienne (ACDI), *Le VIH et le Sida : le plan d'action de l'ACDI*, Toronto, Canada, Juillet 2000, 26P.
Disponible à : [http://www.acdi-cida.gc.ca/INET/IMAGES.NSF/vLUIImages/Social_Development3/\\$file/plandaction-sida2.pdf](http://www.acdi-cida.gc.ca/INET/IMAGES.NSF/vLUIImages/Social_Development3/$file/plandaction-sida2.pdf)
- Agence Française de Développement (AFD), *Rapport annuel 2003*.
Disponible à : <http://www.afd.fr>
- GTZ, The Division of Health, Education and Social Protection, *Rapport annuel 2003*, 88p.

REPONSE NATIONALE

- Wade A., *Conférence des ministres de l'éducation des états membres de la CEDEAO : Coopération régionale en matière de stratégies éducatives de lutte contre le VIH/Sida*, Dakar, septembre 2002. 25p.
- ONUSIDA, *Agir vite pour prévenir le Sida : le cas du Sénégal*, Collection Meilleures Pratiques, Genève, 2000. 27 p.

Programme nationale de lutte contre le Sida

- République du Cameroun, Ministère de la Santé publique, *Plan stratégique de lutte contre le Sida au Cameroun 2000-2005*, septembre 2000. 120p.
- République de Madagascar, *Programme National malgache de la lutte contre le Sida*, Septembre 2004.

- République de Madagascar – Comité National de lutte contre le Sida, *Indicateurs de base pour la mise en œuvre de la déclaration d'engagement sur le VIH/Sida*, Mars 2003. 23 p.
- République du Sénégal, Ministère de l'éducation, *Plan stratégique de lutte contre le Sida du système éducatif 2002-2006*, octobre 2001. 2p.
- République de Tanzanie, Bureau du Premier Ministre, *National Policy on HIV/AIDS*, Dar Es Salaam, Septembre 2001. 81p.
- Tanzania Country Team for the multisectorial response to the HIV/AIDS epidemic, *Follow up to the declaration of commitment on HIV/Aids (UNGASS) : tanzania Report*, 2002.

Politique d'éducation pour Tous – Fast Track Initiative

- République du Mozambique, Ministère de l'éducation, *Education Pour Tous, Fast Track Initiative*, novembre 2002. 24p.
- République du Niger, Ministère de l'éducation de base, *Initiative éducation pour tous – procédure accélérée, requête présentée par le Niger*, Septembre 2002. 37p.
- République du Burkina Faso, *Document de la requête sur l'éducation pour Tous : procédure accélérée*, Novembre 2002. 28p.
- République de l'Ouganda, Ministère de l'éducation et des sports, *Education for All by 2015 Fast Track Initiative*, Septembre 2002. 16p.
- République d'Ethiopie, *Proposal for Education for All by 2015 Fast Track Initiative Financing*, Addis Ababa, septembre 2002. 36p.
- République de Guinée, *Projet de requête pour la procédure accélérée en faveur de l'éducation pour tous*, 2002, 17p.

L'ensemble des requête pays pour l'initiative Fast Track sont disponibles à : <http://www1.worldbank.org/education/efafti/>

Requêtes nationales au Fonds Mondial de lutte contre le Sida

L'ensemble des requête pays pour le Fonds Mondial de lutte contre le Sida sont disponibles à : <http://www.theglobalfund.org/search/default.aspx?lang=en>

COMPRENDRE LA COMPLEXITE DE LA REPONSE A L'EPIDEMIE DU VIH

- Dozon J-P., *Le Sida et l'Afrique ou la causalité culturelle en question*, Critique de la santé publique, ED Balland, 2001, p209-230.
- Geloo Z., *Zambie, pas de préservatifs à l'école : colère face à la mesure visant à déclarer les écoles "zones sans condoms"*, 23/03/2004.
Disponible à : http://www.amadoo.com/article.php?ama_prefix=&aid=5572
- Gruénais M., *La non appropriation du Sida en Afrique*, Institut de Recherche pour le Développement (IRD), Paris, 2000, 3p.
- Kornfield R., Babalola B., Awasum D. et al., *Living with Aids in Rwanda*, Université Johns Hopkins, Février 2002. 22p.
- Schenker I., *Nouveaux défis pour l'éducation concernant le Sida à l'école face à une pandémie du VIH en constante évolution : perspectives*, Revue trimestrielle d'éducation comparée, n°119, septembre 2001, Bureau International d'Education, UNESCO
- Université John Hopkins, Centre pour les Programmes de Communication (JHU/CPC), *Définir les voies pour la prévention du VIH/Sida au Rwanda : leçons apprises sur les aspects comportementaux*, Baltimore, USA : JHU/CPC, Nov 2000, 25 p.

Autres impacts du VIH/Sida

- De Wall A., Whiteside A., *New variant Famine : AIDS and Food Crisis in Southern Africa*, The Lancet, Octobre 2003. Summary 8 p.
- De Wall A., *HIV/AIDS and the threat to security in Africa*, Justice Africa, Adis-Abeba, May 2004. 4p.