

VIH/Sida et éducation au Burkina Faso : que savons-nous ?

Yacouba YARO*

Introduction

De toutes les parties du monde, l'Afrique sub-saharienne paye surtout le tribut le plus lourd à la pandémie du VIH/sida où elle constitue aujourd'hui la première cause de mortalité (UNAIDS, 2001 ; KELLY, 2002 ; PNUD, 2002). Elle freine la plupart des efforts de développement entrepris dans les pays africains, elle réduit fortement l'espoir d'atteindre les objectifs fixés en matière de développement, de bien-être social et de prospérité économique (UNICEF, 1999 ; GACHUHI, 1999). En somme le VIH/sida pose un défi phénoménal aux actions actuelles et futures quel que soit le domaine. C'est notamment le cas pour le Burkina Faso l'un des pays les plus affectés de l'Afrique de l'Ouest après la Côte d'Ivoire et le pays sahélien le plus frappé par la pandémie du VIH/sida.

La pandémie du VIH/sida pose un grand défi par rapport à des institutions sociales comme la famille et l'école. Ses effets concernent à la fois l'offre et la demande scolaire. Nous nous proposons ici de faire un état des lieux concernant les effets de la pandémie dans le domaine de l'éducation au Burkina Faso. Après un rappel de l'ampleur du VIH/sida en Afrique et au Burkina Faso, nous verrons de quelle manière, sur la base des informations disponibles, se trouvent affectés le système scolaire, notamment au niveau des enseignants et la demande scolaire au niveau des enfants et des familles ; nous évoquerons aussi le rôle que peut jouer l'école elle-même dans la lutte contre le VIH/sida et les initiatives entreprises par le monde associatif.

Quelques repères sur l'ampleur et les conséquences du VIH/SIDA en Afrique

Selon les statistiques disponibles :

- sur les 40 millions de personnes vivant avec le virus dans le monde, 28 millions vivent en Afrique au sud du Sahara (UNAIDS, 2001) ;
- sur les 22 millions de décès occasionnés par le VIH/sida parmi lesquels 4 millions d'enfants, 85 % surviendraient de l'Afrique (UNAIDS, OMS, 2001).

* Démographe à CERFODES et chercheur associé à l'IRD.

- sur les 13,2 millions d'enfants orphelins du VIH/sida, 90 % des orphelins du VIH/sida vivent en Afrique au sud du Sahara (UNAIDS, WHO 2001) ;
- l'espérance de vie qui est le nombre moyen d'années à vivre par un individu depuis la naissance a considérablement baissé en Afrique subsaharienne, passant de 59 ans à 45 ans au cours de ces cinq dernières années (UNAIDS, WHO 2001) ;
- plus de 500 000 nouveaux-nés ont été infectés par leur mère, dont 95 % se trouvent en Afrique au sud du Sahara. Ces nouveaux nés infectés risquent pour la plupart d'entre eux de ne pas avoir la chance d'aller à l'école, car plus de 90 % meurent avant d'atteindre l'âge scolaire (UNAIDS, WHO 2001).

L'effet du VIH/sida sur les enseignants en Afrique

La Banque mondiale rappelle que, sur les 15 000 cas de VIH/sida détectés par jour dans le monde, la moitié concerne la tranche des 15-24 ans (chiffres de 1999). Les jeunes de 15 à 25 ans représentent déjà aujourd'hui un tiers des séropositifs de la planète, soit dix millions de personnes, avec évidemment une grande proportion en Afrique (entre 75 et 83 %). Ces jeunes décimés par le VIH/sida sont souvent des enseignants qui constituent les poumons de l'institution scolaire.

En Afrique, les systèmes scolaires les plus touchés par les conséquences du phénomène sont la Zambie, la Côte d'Ivoire, l'Ouganda, la République Centrafricaine et le Lesotho. Dans ces pays sont enregistrés en moyenne 10 cas de décès d'enseignants par mois, soit une perte annuelle de plus de 100 enseignants. En Côte d'Ivoire, certaines estimations vont même jusqu'à estimer à 4 à 5, le nombre d'enseignants qui décèdent en moyenne chaque semaine du virus du VIH/sida. La situation du système scolaire zambien se révèle beaucoup plus préoccupante. Rien qu'en 1998, ce pays a perdu 1 300 enseignants du fait du VIH/sida, soit l'équivalent de « deux tiers de tous les nouveaux enseignants formés chaque année dans ce pays ». L'école zambienne courait même le risque de voir doubler ses pertes en maîtres entre 1999 et 2000 (MOH Zambia, 1999). Une étude réalisée par la Banque mondiale prévoyait qu'entre 2010 et 2020, soit l'échéance retenue pour atteindre « zéro enfant non scolarisé en Afrique », le VIH/sida aura tué entre 15 000 et 27 000 enseignants. Ce qui serait une catastrophe pour le continent le moins scolarisé à cause du manque d'enseignants formés, d'écoles équipées et en nombre suffisant.

En République Centrafricaine, on estime qu'au moins 200 enseignants meurent chaque année dont 92 % à cause du VIH/sida (AFP, 11 Mai 2002). Cette tendance avait été déjà révélée par une étude de l'ONUSIDA en 1999 qui relevait que plus de 75 % des décès d'enseignants étaient liés au VIH/sida (UNAIDS, 1999) ; ce qui met en péril le système scolaire de ce pays.

L'effet du VIH/SIDA sur les enfants en Afrique

La situation actuelle de l'Afrique, surtout dans sa partie subsaharienne, se caractérise par l'extrême vulnérabilité de millions d'enfants que le VIH/sida a rendu orphelins. Pour beaucoup d'entre eux, les chances sont minces non seulement d'accéder à l'école, mais en plus elles se trouvent quasiment réduites pour la poursuite des études pour ceux qui y sont déjà inscrits. En effet, l'absence de soutien vital aux orphelins et enfants vulnérables est souvent le fait explicatif de leur précarité scolaire. La Banque mondiale (1999) estime que parmi les enfants scolarisés, un sur quatre quitte l'école avant d'avoir appris à lire et à écrire.

Cette désaffection scolaire est très généralement corrélée à la conséquence du VIH/sida lorsque l'enfant se trouve affecté par le décès d'un ou des deux parents ou encore quand le parent pourvoyeur des ressources familiales est lui-même malade et ne pouvant plus garantir les ressources. En Côte d'Ivoire, des études ont montré que lorsque la personne qui procure la principale source de revenu est atteinte du VIH/sida, le revenu du ménage est réduit des deux tiers et sa consommation, notamment en matière d'éducation, baisse de plus de la moitié (IRIN, 1998). Ce qui évidemment a pour conséquence de rendre la scolarisation non prioritaire quand le VIH/sida frappe la famille (KELLY, 2002). En outre, l'avenir de la scolarisation se trouve également menacé au regard de la séroprévalence dans certains pays comme le Malawi, la Zambie, le Zimbabwe, l'Afrique du Sud où l'on estime que d'ici 2010 la population sera réduite d'un quart par rapport à des conditions normales d'évolution démographique (KELLY, 2002 ; SA AIDS, 1999 ; The policy Project USAID, 2000).

Dans certaines régions comme la Tanzanie, les projections établies dans le cadre d'une étude de planification et d'évaluation sur le VIH/sida montrent que selon le scénario le plus pessimiste, il y aura 22 % en moins d'enfants scolarisés dans le primaire (Banque Mondiale, 1993). De fait, avec la pandémie du VIH/sida, l'accès à l'école devient non seulement hypothétique mais il se présente comme une priorité de moindre importance car la recherche du minimum vital est la priorité des priorités.

Situation et évolution du VIH/SIDA au Burkina Faso

Au Burkina Faso, le taux officiel de séroprévalence, c'est-à-dire le nombre de personnes supposées vivre avec le virus actuellement, est passé respectivement de 7,1 % en 2000 à 6,5 en 2001, à 4,62 à 2002 puis de nos jours il est estimé à 2,7 %. Ce taux officiel est issu des données observées à travers les sites sentinelles. Cependant, l'Enquête Démographique et de Santé réalisée en 2003 au Burkina trouve un taux de séroprévalence global de 1,9 %. Ce taux n'a pas emporté l'adhésion des autorités, surtout du Conseil

National de Lutte contre le Sida et les IST. De nos jours le taux de séroprévalence suscite de nombreux questionnements. Il est important de souligner que la lecture des indicateurs, quel que soit leur tendance à la baisse, ne signifie pas une baisse systématique des effets déjà induits par le Sida sur la population générale. En tout état de cause, que ce soit les indicateurs des sites sentinelles ou ceux issus de l'EDS 2003, ils appellent à une interprétation prudente.

En réalité, ces indicateurs à la baisse montrent la situation des nouvelles infections au sein de la population globale. En clair, ces taux montrent que si l'infection à VIH concernait plus de 7 % de la population au début des années 1990-2000, de nos jours, elle est entre 2 et 3 % ; un tel taux indique, tout de même une pandémie généralisée au sein de la population. Il est donc important de distinguer d'une part l'effet déjà induit par cette pandémie avec son lot de personnes déjà infectées, avec d'autre part une apparition en baisse des nouveaux cas.

Le Burkina Faso figure parmi les quatre pays les plus infectés de l'Afrique de l'Ouest qui sont la Côte d'Ivoire, le Ghana et le Togo.

Le tableau ci-dessous indique le nombre de cas de Sida notifiés depuis 1986 jusqu'au 30 juin 2004.

Tableau I. Evolution du Sida de 1986 au 30 juin 2004.

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

Source : CNLS-IST (2004).

Pour le Burkina Faso, la pandémie a évolué de façon progressive et exponentielle et pour tout dire, de façon inquiétante. En effet, le nombre de cas cumulés pour la séroprévalence au 30 juin 2004 (qui représente en fait ceux qui ont été dépistés comme séropositifs) était de 21 589 contre seulement 10 cas en 1987. En s'intéressant à l'accroissement annuel de la séroprévalence à partir des données du CNLS au cours des cinq dernières années (1999-2004), on est impressionné par le taux d'accroissement annuel de la population infectée qui est de 6,8 %. Néanmoins au cours de la même période le nombre de nouveaux cas d'infection a effectivement diminué de 68 % si l'on sait que l'on est passé de 2031 cas en 1999 à 658 cas en 2004.

La plupart des données statistiques soulignent par exemple que lors de ces dernières années le Burkina Faso compte un nombre total de 620 000 à 680 000 personnes infectées (UNAIDS, CNLS, 2000) et environ 250 000 personnes seraient déjà décédées du VIH/sida. L'une des conséquences manifestes est le nombre de plus en plus élevé d'orphelins du VIH/sida qui serait estimé à plus de 350 000 (enfants ayant perdu au moins un parent.)

Quant à l'espérance de vie, elle a considérablement baissée et laisse entrevoir des perspectives de vie de plus en plus réduites. En effet, l'espérance de vie a fortement régressé passant de 52 ans à 46 ans entre 1985 et 1996 (UNDP, 1998). De nos jours, cette espérance de vie est estimée à 52 ans comme en 1985, soit un retard d'au moins 20 ans. (YARO, 2001 ; ZOUNGRANA, 1997).

Plus inquiétant demeurent les perspectives, car selon les projections du US Bureau of Census (1996), la mortalité des enfants au Burkina Faso et en Côte d'Ivoire sera presque de 70 % plus élevée en l'an 2010 qu'en 1996 à cause du VIH/sida.

Conséquences du VIH/sida sur les enseignants

Les enseignants, au même titre que certains groupes tels que les militaires et les routiers, payent un lourd tribut à la pandémie du VIH/sida. Il ressort de l'enquête réalisée, dans le cadre du projet Virus¹ par le centre Muraz en 2004 que le taux de séroprévalence est de 2,7 % pour le monde de l'éducation, taux qui par ailleurs correspond à celui estimé au niveau national. Selon cette étude, le secteur de la santé présente un taux de séroprévalence de 3,4 % nettement supérieur donc à celui de l'éducation. Toutefois, le secteur de l'éducation étant celui qui compte le plus d'agents pour la Fonction Publique (plus de 33 000 personnes, enseignements de base et secondaire réunis), il est évident que c'est celui qui compte en termes absolus le plus de personnes infectées.

¹ Ministère de la Santé, Centre Muraz, *Projet VIH et IST en milieu rural, urbain et sectoriel (VIRUS)*, Rapport final provisoire, 15 janvier 2005.

On ajoutera que la campagne de dépistage effectuée dans le monde scolaire par le Programme d'Appui Multisectoriel aux Associations et Communautés (PAMAC, 2004) ciblant les élèves de 18 ans et plus, les enseignants, ainsi que les personnels administratifs et de service a également donné des résultats différentiels sur la prévalence du VIH. En effet, cette campagne en milieu éducatif permet de voir un taux relativement bas pour les étudiants (0,8 %), moyen pour les élèves du secondaire (1,6 %), proche des résultats du projet Virus pour les enseignants (2,3 %) et très élevé pour le personnel administratif et de service (11 %).

Par ailleurs, en utilisant le canal des tranches temporelles de la Radio Nationale du Burkina allouées au Ministère de l'éducation pour ses communiqués nécrologiques comme source d'estimation indirecte du niveau de la mortalité des enseignants, on remarque que cette tranche temporelle a sensiblement augmenté. Estimée de 5 à 7 minutes il y a environ cinq ans, cette tranche est de nos jours passée de 10 à 30 minutes, soit une augmentation allant du simple au quintuple de nos jours. Certes le sida ne peut pas être considéré comme la cause de cette hausse de la mortalité mais elle n'est pas à exclure. Ainsi à titre illustratif, sur la base des communiqués nécrologiques, il ressort que de 26 enseignants décédés en 1999, on en comptait 90 en 2004. Ceci laisse percevoir que de nombreux enseignants meurent et que cette mortalité a augmenté au moins trois fois plus qu'il y a cinq ans.

Une telle situation est préjudiciable à la tenue des écoles qui se retrouve menacée. La Banque mondiale mettait en exergue que « dans les pays où l'infection est très haute, le virus du VIH/sida tue les enseignants plus vite qu'ils ne peuvent être formés » (Word Bank, 2000).

L'école burkinabé se retrouve donc avec de plus en plus d'enseignants qui meurent ou qui sont trop malades pour enseigner. En effet, lorsque l'enseignant est infecté et qu'il développe la maladie, il se retrouve très souvent à l'extérieur de l'institution scolaire à la recherche de soins. Ainsi, le VIH/sida entraîne des taux élevés d'absentéisme chez les enseignants. Très souvent ces enseignants ne sont pas remplacés pour continuer les programmes scolaires. Dans certaines zones où un des enseignants est constamment malade, de nombreuses écoles se débattent avec un seul ou deux enseignants là où normalement il en faudrait six (UNAIDS, 2001).

Avant même de tuer, le VIH/sida réduit le niveau d'encadrement pédagogique offert par les enseignants, déstabilise les programmes scolaires et produit conséquemment de médiocres performances scolaires pour les élèves dont les maîtres sont infectés. En tout état de cause, il est plausible que si la pandémie continue son ravage actuel dans le monde des enseignants, cela aura pour conséquence d'affecter l'offre scolaire, obligeant l'Etat à augmenter significativement le recrutement du nombre

d'enseignants, mais aussi à revoir ses différents plans de développement de l'éducation qui pourraient ne plus atteindre les perspectives et les objectifs fixés antérieurement.

La Banque mondiale rappelle par exemple que l'impact de l'épidémie sur l'éducation serait que 55 des pays les plus pauvres dont le Burkina Faso seraient incapables d'atteindre leurs objectifs scolaires fixés à l'orée de 2015. La Banque mondiale conclut qu'en plus de cette incapacité de pouvoir atteindre les objectifs, il est tout aussi important de signaler que la disparition de l'inégalité entre les filles et les garçons dans l'éducation primaire et secondaire d'ici à 2005 pourrait devenir une utopie.

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

Les conséquences de la pandémie sur les enfants et les familles

Le VIH/sida affecte les enfants de deux manières. D'une part, pour ce qui est des 20 000 enfants directement infectés par le virus (UNAIDS, 2000), il existe peu de chance pour une grande partie d'entre eux d'atteindre l'âge scolaire. Quant à ceux qui parviennent à l'âge scolaire et qui sont scolarisés, ils sont souvent malades ou affaiblis par la maladie qu'ils ne parviennent pas à suivre le cursus scolaire normal.

D'autre part, les 223 000 enfants (Op. cit) qui sont affectés par le VIH/sida à travers la perte au moins de l'un des parents géniteurs ont une chance très limitée de fréquenter une institution scolaire. En effet, il ressort que lorsque l'enfant a perdu un parent, il a seulement 50 % de chance d'aller à l'école, mais quand les deux parents sont tous décédés, il ne lui reste plus que 10 % de chances d'accéder à une école (HUNTER S., & WILLIAMSON J., 2001). Pour ceux qui sont déjà scolarisés, il arrive fréquemment qu'ils soient exclus de l'école – ou qu'eux-mêmes s'excluent – car n'ayant plus souvent de moyens pour continuer ou retourner à l'école. Ceux qui, malgré tout, parviennent à rester à l'école se retrouvent dans une situation de dualité entre école et emploi domestique pour subvenir à leurs besoins vitaux.

Pour ce qui est des enfants affectés et infectés qui sont de plus en plus désignés par les termes d'orphelins et enfants vulnérables (OEV), il importe d'analyser leur situation par rapport à la famille et à leur communauté pour comprendre leur situation face à l'école.

L'orphelin dans le contexte social et culturel burkinabé

L'orphelin dans le contexte social et culturel burkinabé a, en dépit du décès d'un ou de ses parents, toujours appartenu à une famille ; il a également bénéficié de soins et d'attentions égales aux autres enfants dont les

parents vivent toujours. Il n'existait pas de difficultés pour tout orphelin de bénéficiaire au même titre que les autres enfants des avantages qui leur étaient accordés. Ne dit-on pas par ailleurs en pays moaga que « l'orphelin n'est pas une poule de sacrifice », pour simplement rappeler à chaque membre de la communauté que l'orphelin ne doit pas servir uniquement pour les corvées. S'il arrivait que les enfants étaient scolarisés dans cette communauté ou cette famille, alors l'orphelin y avait droit.

Cette situation d'appartenance à une famille continue d'être réelle de nos jours. La prise en charge de ces enfants par la famille reste une pratique courante en Afrique et plus précisément dans sa partie australe, comme ont pu le constater Tony Barnett et Piers Blaikie (1992). Ce rôle incombe le plus souvent aux grands-parents, oncles et tantes. En effet, dans l'objectif de mieux comprendre la situation des orphelins et des veuves du VIH/sida, une étude commanditée par l'ONG Plan/Burkina a permis de voir auprès de 1 200 ménages que 373 ménages avaient en charge d'autres enfants que leurs propres enfants. Au total, ces 373 ménages avaient accueilli 972 enfants. Le tableau suivant situe la répartition des ménages en fonction du nombre d'enfants accueillis.

Tableau II. Répartition du nombre d'enfants pris en charge par ménage.

Nombre d'enfants à charge	Nombre Moyen	Nombre de ménages concernés	Nombre total de ménages	% du total
1	2,51	106	266	27,4
2	2,63	99	260	26,7
3	2,87	76	218	22,4
4	2,6	42	109	11,2
5	2,68	22	59	6,1
6	2,11	9	19	2,0
7	2,17	6	13	1,3
8	2,17	6	13	1,3
10	2,14	7	15	1,5
Total	2,61	373	972	100,0

Source : enquête Plan sur la prévalence du VIH/Sida sur le Plateau central.

Si en moyenne, chaque ménage compte 3 enfants de moins de 18 ans, l'étude révèle également qu'ils sont pratiquement en moyenne trois enfants accueillis/ou pris en charge dans les ménages. Ce qui évidemment laisse supposer que les ménages d'accueil sont constitués en moyenne de presque six enfants. Cela imprime une nouvelle lecture de la composition et de la taille

de la famille dans ces zones enquêtées. Le plus souvent, les enfants sont accueillis pour plusieurs raisons : 39,5 % parce qu'ils étaient orphelins ; 26 % pour la scolarisation ; 28,7 % pour les travaux domestiques et 5 % pour une formation religieuse islamique et moins de 1 % pour d'autres raisons non précises.

Ces raisons doivent être comprises comme des facteurs d'analyse importants dans la recomposition familiale, si l'on sait que les raisons qui sous-tendaient le confiage des enfants relevaient plus de raisons domestiques ou scolaires que la perte d'un ou des parents. Il faut aussi rappeler que l'Initiative Privée Communautaire (IPC), lors de son enquête en 2001, avait également trouvé les mêmes résultats pour ce qui est de l'importance numérique des orphelins dans les ménages.

L'analyse de ces indicateurs permet d'observer que l'importance numérique des orphelins dans les ménages est un élément important pour apprécier l'étendue dévastatrice du VIH/sida dans les communautés étudiées. Il est fort probable que la situation observée dans ces quatre provinces soit quasiment identique dans une grande majorité des provinces du pays. Avec ces indicateurs, on peut supposer que les orphelins sont accueillis dans des ménages qui sont proches.

Les résultats de l'enquête montrent que les enfants sont accueillis dans des ménages aux profils différents. Ainsi, les oncles/tantes (33 %) et les grands parents (32 %) sont les premiers accueillants des orphelins. Ce constat rejoint des analyses antérieures menées en Côte d'Ivoire par Sylvie Delcroix et Agnès Guillaume (1998). Le plus surprenant est que dans ces communautés rurales, il existe 19 % des veuves qui déclarent prendre en charge les orphelins. Est-ce un indicateur de tendance confirmant la disparition du lévirat ? Tout pourrait le laisser penser. De toutes les façons, les indicateurs soulignent que le premier cercle d'accueil des orphelins reste la famille, étant donné que dans ces communautés les amis qui ont en charge des orphelins ne représentent que 1 % des accueillants. Il faut cependant noter que 5 % des orphelins ont déclaré se prendre directement en charge.

En tout état de cause, dans cette partie du Burkina, les choses ont évolué si l'on considère qu'auparavant il n'existait pas, d'un point de vue social, de veuves ou d'orphelins. En effet, avant que le VIH/sida n'entraîne de plus en plus la disparition de la pratique du lévirat, les veuves étaient remariées à des frères du défunt afin de pouvoir conserver les orphelins dans le cadre familial et surtout de pouvoir convenablement les prendre en charge en leur offrant les mêmes conditions comme si leur père était vivant (Le PALEC, 1995 ; DANZIGER, 1994). Par ce procédé de perpétuation des liens familiaux, les orphelins ne sont pas spécifiquement reconnus comme tels dans la communauté car ils sont réintégrés dans le circuit de la grande famille et considérés comme des enfants biologiques de l'héritier de la veuve.

Cependant dans un contexte de paupérisation des familles/ménages, cette tendance de l'accueil se trouve de plus en plus mise en difficulté, comme en témoigne le cas de certains orphelins qui déclarent se prendre eux-mêmes en charge. Dans ces conditions, il est clair qu'au vu du nombre de plus en plus croissant des orphelins dans les communautés, les orphelins se trouvent dans une situation de plus en plus vulnérable, sachant que les grands parents, les tantes/oncles et les veuves doivent eux-mêmes faire face à des difficultés socio-économiques pour leur propre prise en charge.

Les orphelins scolarisés avec lesquels des discussions de groupe ont eu lieu montrent que ces dernières années, ils étaient pratiquement près de huit sur dix qui avaient dû abandonner l'école parce qu'ils ne pouvaient plus suivre : « ce n'est pas parce que nous n'étions pas intelligents, c'est parce que nous n'avions plus nos parents pour nous aider ». Un d'entre eux dira par exemple que durant ses premières cinq classes à l'école primaire, il a toujours été le premier de sa classe. Mais, lorsqu'il a perdu son père suivi quelques mois du décès de sa mère, ses résultats scolaires ont commencé à être médiocres. Cela était expliqué par le fait qu'il partait à l'école affamé et de retour à la maison il devait accomplir d'autres tâches domestiques avant de se reposer. Très vite, il ne pouvait plus supporter cette surcharge d'activités extrascolaires. En conséquence, il a dû quitter l'école malgré lui. Pourtant, conclut-il, « je rêvais d'être un jour un médecin pour soigner les populations pauvres ».

A la décharge des familles d'accueil, on peut avancer que les raisons de la vulnérabilité sont souvent tributaires des difficultés que ces familles d'accueil ont elles-mêmes à subvenir à leurs propres besoins. Pour cela, l'enquête a également voulu savoir quels étaient les cadres idéaux pour la prise en charge des enfants et surtout quel était le meilleur cadre d'accueil qui pouvait faciliter l'accès des enfants orphelins à l'école

Tableau III. Répartition des réponses pour le cadre idéal de la prise en charge des OVC.

Cadre idéal d'accueil	Province				Total
	Sanmatenga	Kouritenga	Namentenga	Bam	
Famille Proche	77	48	39	63	227
Famille Elargie	17	7	14	18	56
Communauté	8	5	7	4	24
Etat	9	26	32	47	114
Association/ONG	22	33	23	24	102
Ne sait pas	1	7	2	5	1
Total	81	94	89	109	373

NB : les réponses étaient multiples pour ce qui est des différents cadres idéaux d'accueil des OEV : ce qui explique que le nombre de personnes ayant répondu dépasse le nombre total.

On observe que pour l'ensemble des quatre provinces, les enquêtés désignent en premier lieu la famille nucléaire comme le cadre idéal d'accueil. La grande famille (famille élargie) est en revanche citée bien après les ONG et l'Etat. Ces données ont le mérite de montrer que les populations ont pris conscience que mises à part les familles nucléaires, il importe de recourir aux personnes morales comme les ONG ou l'Etat pour aider à la prise en charge des besoins fondamentaux des enfants. Cette tendance pourrait dénoter le fait que désormais la prise en charge des orphelins dépasse le cadre de la famille.

L'école au service de la lutte contre le VIH/SIDA pour sa propre survie

Conscients de l'effet néfaste et destructeur de cette pandémie sur le secteur de l'éducation, les agents du ministère de l'éducation se sont réunis à Bobo-Dioulasso en février 2002 pour élaborer leur plan sectoriel de lutte contre le VIH/sida et soumis au Conseil National de Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles (CNLS/IST). Dans ce plan sectoriel, est mentionné l'objectif de réduire considérablement l'effet du VIH/sida au sein de l'institution scolaire en faisant de l'école non seulement un lieu de dispensation du savoir mais aussi un cadre de sensibilisation et d'éducation à la base en vue de promouvoir des comportements positifs pour juguler la pandémie du VIH/sida dans notre pays. Le plan sectoriel a le mérite de mettre l'accent sur les enseignants comme étant les premiers acteurs de cette lutte contre le VIH/sida. Toutefois, faut-il voir en cela une mission actuelle assignée à l'école comme un instrument de lutte contre la pandémie du VIH/sida ? Demande-t-on encore à l'institution scolaire burkinabé de nouvelles missions comme cela l'a été à plusieurs reprises ? En effet, faut-il rappeler que cette école fut au lendemain des indépendances le creuset pour « la création de la Nation », ensuite le bastion « du développement des idéaux révolutionnaires » puis, au début des années 1990, l'instrument privilégié pour aider à l'implantation des idéaux et des pratiques démocratiques ?

En tout état de cause, le défi est important et les enseignants qui constituent un maillon du développement social et économique devraient effectivement trouver un rôle prioritaire à jouer dans la lutte contre le VIH/sida. Sinon ce sont des efforts de plusieurs années qui pourraient être anéantis.

Rôle des ONG et des associations de prise en charge et de lutte contre le VIH/sida dans la demande scolaire au Burkina

De nombreuses associations et organisations non gouvernementales inscrivent la prise en charge des besoins fondamentaux, dont prioritairement l'éducation des OEV comme une nouvelle piste pour l'action humanitaire. Au-delà de cette action, il faut y voir une demande scolaire institutionnelle et associative qui viserait à confronter ou à suppléer la demande des ménages.

Cette nouvelle stratégie de scolarisation, tout en ayant le mérite de pouvoir donner l'opportunité aux OEV d'accéder à l'école, peut toutefois connaître des limites.

Ces limites sont d'abord manifestes au regard même du nombre d'orphelins et enfants vulnérables en âge d'aller à l'école et ayant besoin de cette prise en charge scolaire. Par exemple, l'action du Centre d'Information Culturelle et de Documentation (CICDOC), l'aide d'un consortium d'associations de prise en charge et de lutte contre le VIH/SIDA à Ouagadougou, n'a pu bénéficier qu'à seulement 10 000 OEV sur une population d'OEV estimée, selon eux, à 80 000 pour la rentrée scolaire 2002/2003 (SIDWAYA, 28 oct. 2002).

L'autre limite est relative à la possible marginalisation de ces OEV que pourrait engendrer la demande scolaire institutionnelle et associative. Ils pourraient d'une manière ou d'une autre être vus comme les « élèves ou les scolarisés du VIH/sida ». Une perception que le Secrétaire permanent du CNLS n'a pas manqué de relever en déclarant que le cadre familial et communautaire devrait pouvoir jouer son rôle classique dans la demande de scolarisation afin que les enfants qui sont soutenus par les associations ne soient pas stigmatisés dans les écoles et leurs communautés.

Si la demande institutionnelle et associative est réelle et appréciable, il apparaît souhaitable que cette demande ne soit pas directe mais qu'elle participe à appuyer les ménages accueillant les orphelins et enfants vulnérables ou, tout au moins, en les y associant au premier plan. Cela permettra aux familles et ménages qui accueillent des orphelins de se sentir partie prenante dans l'éducation scolaire de ces enfants.

Conclusion

Le VIH/sida agit de manière importante sur le système scolaire dans sa globalité. Au niveau de l'offre scolaire, la pandémie du VIH/sida pourrait remettre en cause tous les plans de développement et les objectifs scolaires fixés à moyen et long terme. En effet, au regard du fait de l'évolution de la pandémie au sein du monde scolaire qui touche de plein fouet de nombreux enseignants et dont les conséquences sont la mortalité élevée en leur sein ou l'incapacité de ceux qui sont malades à assurer convenablement l'encadrement des élèves, l'école burkinabé pourrait se retrouver dans une situation délicate. Une telle perspective devrait amener les autorités à adopter des stratégies salutaires pour l'école au Burkina.

Un pays comme le Burkina Faso qui fait partie des pays où le taux de séroprévalence est élevé pourrait voir ses efforts de promotion scolaire passés et actuels anéantis. Certes conscient que cette pandémie est un véritable

danger pour la survie de l'école au Burkina, le secteur de l'éducation s'organise pour juguler le fléau. Quant aux familles affectées ou infectées par le virus, la scolarisation des enfants est souvent reléguée au second plan. En effet, les orphelins se retrouvent de plus en plus à la porte des écoles, non pas parce que ceux-ci ont des incapacités intellectuelles ou des performances scolaires médiocres, mais simplement parce que dans le dualisme entre la survie et l'acquisition du savoir, le premier élément prime souvent. Il est vrai que des associations et institutions tentent de combler ce fossé de la demande scolaire mais cela reste limité. En plus, il faudrait que ces actions de scolarisation des OEV s'inscrivent en liaison avec les familles et les communautés pour éviter que les orphelins et enfants vulnérables bénéficiant de l'aide scolaire ne soient en définitive stigmatisés.

Bibliographie

ADOTEVI-DIA E., 2001. *Knowledge, attitudes and practices regarding HIV/AIDS/STIs and care for children and widows affected by HIV/AIDS in the provinces of BAM, Kourittenga, Namentenga and Sanmatenga*, Ouagadougou, Plan-Burkina Faso.

BARNETT T. et BLAIKIE P., 1992. *AIDS in Africa : its present and future impact*, London, Belhaven Press, 193 p.

BARNETT T., 1994. *The effects of HIV/AIDS on farming systems and rural livelihoods in Uganda, Tanzania and Zambia*. – TSS/1 Project, RAF/92/TO/A, FAO.

BONZIM., 1995. *Etude multicentrique sur les comportements sexuels, les connaissances et les croyances sur le VIH/sida en milieu scolaire burkinabè dans 20 provinces du Burkina Faso*, thèse de doctorat en médecine n° 11, Ouagadougou, 59 pages + annexes.

CERPOD, 1996. *Santé de la Reproduction au Sahel : les jeunes en danger. Résultats d'une étude régionale dans cinq pays d'Afrique de l'Ouest*, Bamako, CERPOD, 48 p.

CNLS-IST, 2001. *Cadre Stratégique de Lutte contre le VIH/SIDA, 2001-2005*, Conférence de la Table Ronde, Ouagadougou.

CNLS-IST, 2004. *Bilan général de la mise en œuvre du plan national multisectoriel de lutte contre le VIH/Sida et les IST de l'année 2004*, Document de travail, Ouagadougou.

DANZIGER R., 1994. « The social impact of HIV/AIDS in developing countries », *Social Science and Medicine*, vol. 39, n° 7, p. 905-917.

DELCROIX S. et GUILLAUME A., 1998. « Devenir des familles affectées par le VIH/SIDA, une étude de cas en Côte d'Ivoire », in Pilon M. *et al.*, *Ménages et familles en Afrique. Approches des dynamiques contemporaines*, ENSEA- CEPED-INS- ORSTOM - URD, Coll. « Les études du CEPED », n° 15, Paris, p. 345-369.

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

HANSON K., 1992. *The economic impact of AIDS : an assessment of the available evidence. Health Economics and Financing Programme.* – London School of Hygiene and Tropical Medicine.

HUNTER S. et WILLIAMSON J., 2001. *Children on the brink: Executive summary: Updated estimates & recommendations for intervention.* Washington : USAID/IRIN-CEA (1998) « VIH/SIDA : Bulletin spécial d'IRIN sur le VIH/SIDA en Afrique », 300 p. Nations Unies, Bureau de coordination des affaires humanitaires IRIN Afrique de l'Ouest.

JACKSON H., 2002. *AIDS Africa, Continent in Crisis.* SAFAIDS/VIH/SIDA/ UNESCO/UNFPA, Zimbabwe, 440 p.

KELLY M., 2001. *Planifier l'éducation dans le contexte du VIH/sida,* IEEP/ UNESCO, Paris, 128 p.

Le Monde (Quotidien Français) du 11 Juillet 2002. *Le VIH/SIDA tue l'Education en Afrique.*

Le PALEC A., 1994. « Bamako, taire le VIH/sida », in : Collignon René, Gruénais Marc-éric, Vidal Laurent, « *L'annonce de la séropositivité au VIH en Afrique* ». Psychopathologie africaine, vol. XXVI, n° 2, p. 211-234.

MAHLER H., 1986. *In Preparatory documents for the first International Conference on the Global Impact of AIDS,* London, 8-10 March, 78 p.

MANHART L., YARO Y. et OUOBA N., 1995. *Etude sur la santé reproductive chez les adolescents dans le sahel. Résultats des « Focus Groups » et des interviews individuelles : le cas du Burkina Faso,* CERPOD, Juin 1995, 45 p. + 30 p. annexes.

Ministère de l'Economie et du Développement du Burkina Faso, 2004. *Enquête Démographique et de Santé 2003,* Ouagadougou 36 p.

Ministère de la Santé, Centre Muraz, 2005. *Projet VIH et IST en milieu rural, urbain et sectoriel (VIRUS),* Rapport final provisoire, 56 p.

MOH Zambia, 1999. *HIV/AIDS in Zambia, Background, projections, impacts, interventions,* Lusaka, Health central Bureau.

OBBO C., 1993. « La situation difficile des orphelins du VIH/sida », *Sociétés d'Afrique et VIH/sida*, n°2, octobre 1993, p. 8-9.

OUANGO J. G. 1997. *Situation de l'infection à VIH/SIDA au Burkina Faso,* Document préparé pour le CERPOD. Ouagadougou, 91 p.

PISANI E., 1999. « AIDS into 21st century: some critical considerations », *SAFAIDS news*7 (4), p. 2-10.

SCHOOFS M., 1999. « The virus past and Future-AIDS the agony of Africa Part IV », *Village Voice,* New York .

The Policy Project, 2000. *HIV/AIDS in Southern Africa , Background projections, impacts and interventions,* Washington DC.

UNAIDS, 1997. *Women and AIDS: UNAIDS point of view,* Genève, 112 p.

UNAIDS, 1999. *Comfort and hope: Six case studies on mobilizing family and community care for and by people with HIV/AIDS,* Genève, 196 p.

- UNAIDS, 2000a.** *AIDS 5 years since ICPD. Emerging issues and challenges for women, young people & infants*, UNAIDS discussion document, Genève, 156 p.
- UNAIDS, 2000b.** *Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and sexually transmitted infections*. Burkina Faso, Genève.
- UNAIDS, 2000c.** *Espoir et réconfort. Six études de cas sur la prise en charge du VIH/SIDA mobilisant les personnes séropositives et les malades, les familles et les communautés. Etudes de cas*, Genève, 156 p.
- UNAIDS and WHO, 2001.** *AIDS epidemic update*, Genève.
- UNAIDS, UNICEF et BLCA, 1999.** *Call to action for children left behind by AIDS. A pledge for communities, governments, civil society, the private sector and international partners to vigorously address the plight of children who are affected by the AIDS epidemic*, Geneva, 47 p.
- UNAIDS et UNICEF, 2000.** *Children orphaned by AIDS. Front-line responses from eastern and southern Africa*, Genève, 65 p.
- UNAIDS, 1999.** *A review of households and community responses to the VIH/AIDS epidemic in the rural areas of Sub-Saharan Africa*, UNAIDS, Genève.
- UNDP, 1998.** *The Impact of HIV and AIDS on Children, Families and Communities: Risks and Realities of Childhood during the HIV Epidemic*, HIV and Development Program, Issues Paper N° 30.
- UNICEF, 1999.** *La situation des enfants dans le monde*, UNICEF, New York, 78 p.
- US Bureau of the Census, Center for International Research, 1994.** *Population Trends*. Uganda, Washington, US Bureau of the Census.
- USAID, 1997.** *Children on the brink : Strategies to support children isolated by HIV/AIDS*, Washington, D.C. 300 p.
- VALLIN J. (dir), 1994.** *Populations africaines et VIH/SIDA*, La découverte, CEPED, Paris, 223 p.
- VALLIN J., 1994.** *Réflexions sur l'avenir de la population mondiale*, « Les dossiers du CEPED », N° 26, CEPED, Paris, 28 p.
- WORLD BANK, 2000.** *Intensifying action against HIV/AIDS in Africa: Responding to a development crisis*. Washington, D.C., The World Bank.
- YARO Y., 2001.** *L'effet du VIH/SIDA sur la recomposition familiale au Burkina ou une nouvelle lecture démographique de la taille et de la composition des ménages : une étude de cas dans quatre provinces centrales*, Ouagadougou, 12 p.
- ZOUNGRANA C.M., 1997.** « Le VIH/SIDA au Sahel : Conséquences actuelles et futures », *PopSahel* N° 25, CERPOD, Bamako, p. 21-23.
- ZOUNGRANA C.M., 1997.** « Le VIH/SIDA au Sahel : Etat et tendances », *PopSahel* N° 25, CERPOD, Bamako, p. 10-18 et p. 28.