

Module de Formation :

**Garantir l'Accès à
l'Education des
Orphelins
et Enfants Vulnérables**

Manuel de l'Instructeur

Table des Matières

Avant-propos	i
Remerciements	ii
Acronymes et Abréviations.....	iii
Introduction au manuel de formation : le plan	iv
Section 1 : Qu'est-ce qu'un orphelin, qu'est-ce qu'un enfant vulnérable et combien sont-ils ?	
Section 2 : La vie en famille : L'impact de la maladie et du décès des parents en raison du VIH/sida sur la vie familiale de leurs enfants	
Section 3 : La vie en milieu scolaire : L'impact de la maladie et du décès des parents en raison du VIH/sida sur la scolarité de leurs enfants	
Section 4 : Qu'est-ce qui a été fait pour améliorer l'accès à l'éducation des orphelins et enfants vulnérables (OEV) ?	
Section 5 : Les questions clefs émergentes et la marche à suivre	
Références	
Appendice	
1.1 Nombres et pourcentages des différents types d'orphelins du SIDA	
1.2 Nombre estimé d'orphelins par pays	
1.3 Initiatives visant à améliorer l'accès à l'éducation des OEV	

ANNEXES

- 1 L'histoire d'un enfant 1 : L'histoire d'un orphelin qui gère un ménage
- 2 L'histoire de la mère d'Elizabeth
- 3 L'impact des allocations parentales : Résumé des effets
- 4 L'impact de la maladie des parents en raison du VIH/sida sur la fréquentation et la performance scolaire des enfants
- 5 Les problèmes psychosociaux dont l'enseignant devrait avoir conscience
- 6 L'histoire d'un enfant 2 : L'histoire d'un orphelin qui gère un ménage
- 7 Questions politiques intéressant la discussion

- 8 Principes qui guideront la programmation concernant les orphelins et autres enfants affectés par le VIH/sida

Avant-propos

La Région Afrique et le réseau du Développement Humain (DH) de la Banque mondiale développent en ce moment une stratégie régionale et un programme d'action pour assurer que la Banque, à travers ses projets d'éducation et projets multi-sectoriels sur le VIH/SIDA (MAP), aide les pays africains à traiter de manière systématique l'interaction entre le VIH/sida et l'Education. Les domaines suivants seront abordés :

- (i) Projection de l'impact du VIH/sida sur les systèmes d'éducation ;
- (ii) Minimisation de cet impact ;
- (iii) Garantie d'accès à l'éducation des orphelins et enfants vulnérables ;
- (iv) Impact que l'éducation devrait avoir sur la prévention du VIH/sida en préconisant les changements de comportement ;
- (v) Prévention et conseil par les pairs ;
- (vi) Les analyses de situation.

Des modules sont en cours de développement pour chacun des domaines cités ci-dessus. Des modèles de projection ont été développés pour prévoir l'impact de l'épidémie du VIH sur le système de l'éducation; c'est le cas par exemple du modèle Ed-Sida avec son manuel de formation complémentaire (Banque mondiale, 2002). Dans le cas de la prévention et du conseil par les pairs, les outils clefs seront l'« Education sur le VIH/SIDA: Un livre de Références pour les Programmes de Prévention du VIH/SIDA » qui est actuellement en cours de développement et d'autres ouvrages sur les bonnes pratiques de santé déjà publiés. Le module « Assurer l'Accès à l'Education des Orphelins et Enfants Vulnérables » aidera les principaux dirigeants des pays partenaires à réfléchir sur les difficultés auxquelles sont confrontés les orphelins du SIDA et autres enfants vulnérables et présentera les différents choix de politiques disponibles dans le système d'éducation au sein du gouvernement et ailleurs. La stratégie consiste à développer le potentiel des secteurs de l'éducation dans les pays partenaires. La mise en œuvre de la stratégie se fera à travers la sensibilisation et la formation d'une équipe de partenaires clefs dans les pays respectifs au niveau d'ateliers sous-régionaux. Ces formations seront suivies par des séminaires nationaux dans chaque pays, sous la direction de l'équipe de partenaires. Les résultats attendus des séminaires nationaux seront des plans d'action nationaux pour le secteur de l'éducation en réponse au VIH/SIDA.

Donald Bundy,
Spécialiste principal,
Santé Scolaire et Nutrition,
202-473-3636,
dbundy@worldbank.org

Remerciements

Le présent document a été préparé par la Banque mondiale (BM), le Partenariat pour le Développement de l'Enfant (PDE), l'UNICEF et l'ONUSIDA. Nous tenons à remercier les personnes dont les noms suivent:

Banque Mondiale : Andrew Tembon, Seung H Frances Lee, Don Bundy

L'UNICEF : Mark Connolly, Changu Mannathoko, Amaya Gillespie

PDE : Lesley Drake, Lucy Shirlaw, Anthi Patrikios

ONUSIDA : Noerine Kaleeba

Plusieurs personnes ont soumis des idées pertinentes lors de la revue du présent document. Outre les individus mentionnés ci-dessus, nous sommes profondément reconnaissants de la collaboration des critiques suivants :

Martha Ainsworth (BM), Florence Baingana (BM), Kathleen Beegle (BM), Trina Haque (BM), Gillian Holmes (ONUSIDA), Marito Garcia (BM), Raymond Muhula (BM), Susan Opper (BM), Kathleen Plangemann (BM), Hope Phillips (BM), Mary Pigozzi (UNESCO), Menahem M. Prywes (BM), Sonia Smith (BIT), Kalanidhi Subbarao (BM), Mary Eming Young (BM), Cream Wright (UNICEF).

Le présent document est un travail évolutif et demeure en cours d'évaluation. Notre équipe apprécierait infiniment tout commentaire ou suggestion qui pourrait l'améliorer .

Mombasa novembre 2002

Acronymes et Abréviations

SIDA	Syndrome Immuno-Déficitaire Acquis
DpDI	Département pour le Développement International
Ed SIDA/AIDS	Education et VIH/sida
EPT	Education pour Tous
VIH	Virus de l'immuno-déficience humaine
OEV	Orphelins et Enfants Vulnérables
MAP	Programme Multinational VIH/sida (pour l'Afrique)
MICS	Enquêtes en Grappe à Indicateurs Multiples
ONG	Organisations Non-Gouvernementales
PRSCs	Prêts d'Appui à la Réduction de la Pauvreté
N.U.	Nations Unies
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
ONUSIDA	Programme Conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
USAID	Agence des Etats-Unies pour le Développement International
	Organisation Mondiale de la Santé
OMS	

Introduction au Module de Formation – La Voie à Suivre

La maladie du VIH/sida a causé le décès de plus de 20 millions de personnes au cours des dernières décennies et l'on estime à 40 millions le nombre de personnes qui vivent aujourd'hui avec la maladie. La plupart de ces victimes sont des parents dont la disparition a amené leurs enfants à vivre dans des conditions extrêmement difficiles. Le récent rapport de l'UNICEF intitulé « Children on the Brink » (Enfants au bord du gouffre) estime qu'à l'heure actuelle, 13 millions d'enfants âgés de moins de 15 ans ont perdu l'un ou les deux parents en raison du SIDA. L'on s'attend à ce que ce chiffre atteigne les 25 millions avant 2010. On prévoit que le nombre d'orphelins ayant perdu leurs parents à la suite d'un décès, toutes causes confondues, atteindra le chiffre astronomique de 106 millions. L'avenir de ces enfants est en jeu, étant donné que cela implique leur accès aux infrastructures sociales tels que les services de santé et d'éducation.

Le nombre de ces enfants augmente rapidement. Dans douze pays africains, les projections indiquent qu'avant 2010, 15% des enfants âgés de moins de 15 ans seront orphelins (UNICEF, 2002) et plusieurs millions d'autres seront considérés vulnérables, soit à cause du SIDA soit pour d'autres raisons, principalement le travail des enfants. Cette crise sera accompagnée de problèmes psychosociaux croissants, des problèmes de fréquentation scolaire, et de pauvreté grandissante pour n'en citer que quelques-uns. Cette poussée renforce l'importance de prêter attention au bien-être futur de ces enfants. Ce module vise à souligner l'ampleur de la crise concernant les orphelins et enfants vulnérables (OEV) et à décrire certaines interventions mises en œuvre dans des pays en développement en vue d'améliorer l'accès à l'éducation de ces enfants. Tout au long du présent manuel, nous utilisons le terme « orphelins et enfants vulnérables », tout en reconnaissant que les orphelins du SIDA ne représentent qu'une fraction, bien que celle-ci soit en augmentation rapide, d'enfants en danger. A mesure que le nombre d'orphelins du SIDA augmentent, beaucoup de ces enfants se verront obligés de se tourner vers l'emploi alternatif et souvent dangereux dans la rue ; si nous devons cibler cette proportion croissante d'enfants, alors il est important de considérer tous les enfants en danger.

Ce module est basé sur une analyse de l'information provenant de deux sortes de sources. La première se réfère à l'évaluation de la littérature actuelle sur les OEV et leur accès à l'éducation de base. La deuxième source d'information est basée sur une série d'entretiens et de discussions avec plusieurs personnes qui ont une expérience de terrain avec les orphelins, l'accès à l'éducation, les allocations et les questions de fonds sociaux.

L'information disponible est assez limitée et, pour l'instant, il n'existe pas une masse de connaissances établies en matière d'intervention en faveur des OEV. Bien que plusieurs interventions aient eu lieu, elles sont si récentes que l'efficacité et l'impact de leurs programmes n'ont pas encore été évalués. Cette limitation est aussi due au fait que les données sur les orphelins du SIDA et les enfants vulnérables ne sont pas collectées de manière systématique. Néanmoins, les quelques documents et rapports qui existent offrent une connaissance valable sur les effets du VIH/sida chez les enfants, y compris des données sur les orphelins du SIDA et les autres enfants vulnérables, en ce qui concerne particulièrement leur accès à l'éducation.

A qui s'adresse la formation et comment sera-t-elle conduite ?

Ce module a été développé pour la formation des principaux acteurs dans les secteurs de l'éducation des pays partenaires de la Banque Mondiale, des organisations non-gouvernementales et des associations à caractère religieux qui travaillent pour améliorer le bien-être des orphelins du SIDA et des enfants vulnérables.

La formation voudrait être aussi pratique que possible. La littérature dans le manuel des Instructeurs est identique à celle contenue dans le manuel du Participant mais elle contient en outre des exercices pour l'atelier à la fin de chaque section. Cette formation sera basée sur les concepts et idées que les participants auront acquises de leurs expériences quotidiennes ou de la lecture du module du participant et on s'attend que ces participants comparent leurs opinions et expériences avec le contenu de leur module. Le matériel est basé sur une approche participative et d'expérience structurée. A mesure que la formation avance, d'importants points devraient être renforcés et l'instructeur devrait toujours s'efforcer de regrouper les thèmes communs.

Il y a suffisamment de matériel pour au moins une journée entière de cours. Le succès de la formation repose sur l'habileté de l'instructeur à préparer et à introduire ce cours. Les participants devraient être informés de ce qu'ils feront au cours de la formation et en savoir les raisons. Etant donné que la plus grande partie du travail sera fait en groupes, l'instructeur devrait prendre garde aux problèmes éventuels dans la formation des groupes. Les groupes devraient faire leurs présentations et par la suite l'instructeur ajouterait les points importants qui auraient été oubliés.

Les objectifs de la formation

Les objectifs de la formation « Assurer l'Accès à l'Education des OEV » sont :

- Fournir aux autorités du Ministère de l'Education et associés de l'information sur l'ampleur de la crise des OEV en Afrique Subsaharienne ;
- Accroître la sensibilisation des autorités du Ministère de l'Education et autres associés dans les pays partenaires sur les OEV et leur accès à l'éducation de base dans des ateliers de formation sous-régionaux ;
- Expliquer la relation complexe qui existe entre les OEV et l'inscription, la fréquentation et la performance/les résultats scolaires ;
- Former les autorités du Ministère de l'Education et associés dans des ateliers sous-régionaux de manière à traiter les problèmes des OEV et leur accès à l'éducation de base ;
- Aider les acteurs clés et leurs associés dans les pays partenaires à planifier et organiser des ateliers nationaux en vue de développer des plans d'action nationaux pour le secteur de l'éducation en réponse à la maladie du VIH/sida ;
- Partager avec et apprendre des uns des autres l'information sur les question importantes de politique qui peuvent contribuer à améliorer l'accès à l'éducation des OEV.

Organisation du module de formation

Ce module composé de cinq sections avec des exercices d'atelier à la fin de chaque section.

Section 1 – Qu'est-ce qu'un orphelin, qu'est-ce qu'un enfant vulnérable et combien sont-ils?

Cette section présente les différentes définitions des termes orphelins et enfants vulnérables contenues dans la littérature étudiée. Elle explore aussi les raisons pour lesquelles les prévisions sur le nombre d'orphelins du SIDA diffèrent en fonction des différentes définitions.

Section 2 – L'impact de la Maladie et du Décès des Parents en raison du VIH/sida sur la Vie Familiale de leurs Enfants

Cette section présente une vue d'ensemble de l'impact de la maladie et du décès des parents en raison du VIH/sida sur la vie familiale de leurs enfants. En cas de maladie ou de décès dans un ménage, les familles s'appauvrissent davantage et viennent élargir les rangs déjà étendus des pauvres dans les pays en développement. Lorsque les parents meurent, leurs enfants peuvent être mis dans des foyers de placement qui peuvent être eux-mêmes pauvres ou alors apparaissent des ménages pris en charge par des enfants.

Section 3 – L'impact de la Maladie et du Décès des Parents en raison du VIH/sida sur la Scolarité de leurs Enfants

Cette section aborde les facteurs qui influencent l'accès à l'éducation et étudie l'impact de la maladie et du décès des parents en raison du VIH/sida sur l'inscription de leurs enfants, la fréquentation et les résultats scolaires. Les maladies et les décès liés au VIH/sida ont un impact négatif sur les taux d'inscription qui varient d'un pays à l'autre et par groupe d'âge. Il s'avère que la maladie des parents affecte la fréquentation et les résultats scolaires de leurs enfants ; l'impact du décès des parents sur la performance scolaire de leurs enfants n'est pas clairement établi.

Section 4 : - Qu'est-ce qui a été fait pour Améliorer l'Accès à l'Education des OEV ?

Cette section aborde les quatre principaux groupes des interventions qui ont été entreprises dans différents pays avec pour objectif d'améliorer l'accès à l'éducation des OEV. Ces interventions peuvent être regroupées dans deux catégories principales : les interventions qui ciblent spécifiquement les orphelins et les interventions qui visent la population générale mais profitent aussi aux orphelins. Cette section inclut des histoires types pour le Burundi et le Zimbabwe.

Section 5 – Les Questions Clefs Emergentes et la Marche à Suivre

Cette dernière section du module présente les questions clefs émergentes : la définition du terme orphelins du SIDA, le nombre croissant d'OEV d'âge scolaire et la relation entre l'état d'orphelin et l'inscription, la fréquentation et les résultats. Cette section montre le travail qu'il reste à faire et souligne le caractère provisoire de la plupart des interventions entreprises jusqu'à présent. La solution à long terme pour améliorer l'accès à l'éducation des OEV réside dans la réalisation de l'objectif de l'Education pour Tous.

Les appendices, les annexes des ateliers et les références suivent la section 5.

Préparation de l'Atelier de formation

L'instructeur débutera le cours de formation en demandant aux participants de se présenter ce qui permet de détendre l'atmosphère.

Activité 1

Demandez aux participants de s'asseoir en cercle. Laissez chaque individu se présenter ainsi que le ministère, l'agence ou la communauté à laquelle il/elle appartient et décrire leurs responsabilités dans cette organisation. Il/elle devrait également dire ce qu'il/elle entend tirer du présent atelier et parler de ses appréhensions. Représentez leurs aspirations et craintes sur une diapositive ou un tableau de conférence et les leur présenter.

Préparation

Après les présentations, commencez avec un exercice d'échauffement auquel tout le monde participe. Le but de cet exercice est de faire comprendre aux participants que dans une situation de groupe il est nécessaire de respecter les opinions des autres. Répartir les participants en quatre groupes.

Matériel :

Sur un grand tableau de conférence, dessinez un E majuscule en forme elliptique en utilisant une couleur brillante – appelez cela feuille 1.

Sur une autre feuille, dessinez quatre rangées intitulées A, B, C, D ou bien utiliser les noms proposés par les quatre groupes de participants : Ajoutez-y quatre colonnes, Nord, Sud, Est et Ouest – appelez cela feuille 2.

Méthodologie

Après avoir réparti les participants en quatre groupes, demandez-leur de former un carré.

Mettez la feuille 1 au milieu du carré formé par les participants.

Mettez la feuille 2 sur un tableau à l'extérieur du carré où elle est visible pour tous les participants.

Procédure

Choisissez l'un des groupes et demandez leur quelle lettre il voit devant lui. Le groupe devrait en discuter et demander à son porte-parole d'énoncer la lettre choisie. La lettre est écrite sur la feuille 2 dans le sens qui fait face au groupe –Nord, Sud, Est ou Ouest. Ensuite, demandez aux groupes d'avancer d'une position vers la droite. Le groupe qui se retrouve à la place que le premier groupe avait occupée répond à la même question. La réponse est à nouveau écrite sur la feuille 2 dans le sens initial de leur direction (Nord, Sud, Est ou Ouest). Continuez avec cette procédure jusqu'à ce que tous les quatre groupes aient pris leur tour.

A la fin de cette procédure, examinez avec les participants tout ce qui a été écrit au tableau et demandez aux groupes d'établir une relation entre ce qui est au tableau et leur présence à l'atelier.

Discutez les raisons qui justifient la formation en soulignant le contexte historique. Après la discussion, examinez brièvement l'épidémiologie du VIH/sida et les conséquences de l'épidémie :

- 25 millions de personnes ont succombé au SIDA dans le monde entier ;
- Au Kenya, par exemple, les décès cumulatif dus au SIDA s'élevaient à 1,3 million entre 1990 et 2000 et l'on projette quelque 3,2 millions de décès dus au SIDA pour la période 2000 – 2010 (*vous pouvez remplacer le Kenya par un autre pays*) ;
- 16,3 millions de personnes ont succombé au SIDA en Afrique Subsaharienne ;
- En 2001, 2,3 millions de personnes ont succombé au SIDA en Afrique Subsaharienne.

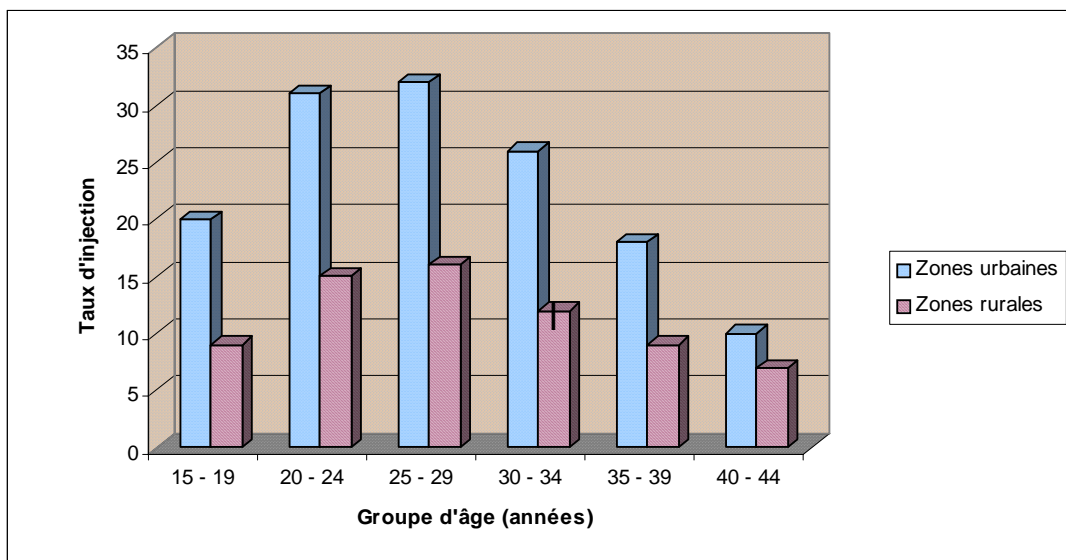
Section 1 – Qu'est-ce qu'un Orphelin, Qu'est-ce qu'un enfant Vulnérable et Combien Sont-ils?

Cette section présente les définitions et le nombre estimé d'orphelins du SIDA. Il existe trois principales catégories d'orphelins du SIDA – orphelins de mère, orphelins de père et orphelins des deux parents. Les estimations données se réfèrent généralement aux orphelins de mère et des deux parents ; très peu de référence est faite aux orphelins de père. Les estimations varient d'un auteur, d'une institution et d'une organisation à l'autre parce que ces chiffres sont liés de manière inextricable aux définitions utilisées ; plus la définition est inclusive, plus le nombre d'orphelins est élevé. Après en avoir terminé avec les orphelins, l'on abordera le problème des enfants vulnérables en général.

Introduction

Toutes les tranches d'âge courent le risque de contracter le VIH, mais le taux de prévalence du sida est plus élevé parmi les adultes en âge de se reproduire, c'est-à-dire ceux âgés de 15 à 49 ans. Dans le cadre du système de surveillance du VIH en Zambie, une étude avait été conduite en 1994 relative aux premiers bénéficiaires de soins prénatals pendant une période maximale de quatre mois, pour collecter des données. Les résultats ont montré que le taux le plus élevé de séro-prévalence du VIH était enregistré parmi les femmes en âge d'avoir des enfants, c'est-à-dire celles âgées de 20 à 34 ans, en particulier dans les zones urbaines (Fylkesnes et autres, 1997) (Schéma 1.1). L'on a enregistré des tendances similaires dans d'autres pays (Bunnell et autres, 1999 ; Mayans et autres, 1997).

Schéma 1.1 : Répartition de la séro-prévalence du VIH dans les zones urbaines et rurales en Zambie par groupe d'âge de femmes en âge de procréer, ayant bénéficié de soins prénatals en 1994



Source : Les données du graphique ont été extraites du Tableau 2 dans : Fylkesnes et al. (1997), AIDS 11 (3) : 339-345.

Fylkesnes, K. et autres, (1997) ont montré que les femmes en âge de procréer représentent le groupe clef à surveiller pour contrôler l'épidémie du VIH dans la population sexuellement active. Ce système surveille les tendances de l'infection et peut être considéré comme un échantillon représentatif de la population générale (ONUSIDA, 1999a). Cependant, il existe quelques décalages comme par exemple, la différence d'âge entre les femmes qui fréquentent les cliniques et le reste de la population. Dans tous les cas, il est facile de remédier à ces décalages (ONUSIDA, 1999a). Il a été observé que la plupart des gens infectés par le VIH sont les personnes en âge de procréer. A long terme, certains de ces personnes meurent en laissant derrière elles des enfants d'âge scolaire orphelins.

Les Orphelins et Enfants Vulnérables : Elucider la complexité

Le présent document a été compilé sur la base du rapport « Children On the Brink, 2002 » (Enfant au bord du gouffre, 2002) et offre un cadre pratique complémentaire qui permet de souligner les problèmes clefs auxquels sont confrontés les orphelins et autres enfants vulnérables (OEV). Tout en reconnaissant que le nombre d'enfants

orphelins de la pandémie du SIDA est sans cesse croissant, il est aussi important de considérer le cas des autres enfants vulnérables affectés par cette crise : il s'agit d'enfants qui n'ont pas encore perdu un parent mourant mais en ont néanmoins la charge d'enfants qui vivent dans un ménage qui héberge des orphelins ou qui sont eux-mêmes hébergés. Les enfants orphelins ou vulnérables pour toute autre raison nécessitent aussi l'attention ; ils peuvent devenir enfants soldats, prostitués ou enfants de la rue pour ne citer que quelques exemples. En réalité, l'imbrication entre les enfants orphelins du VIH/sida et les enfants vulnérables pour toute autre raison est de plus en plus grande, ces deux catégories sont loin d'être mutuellement exclusives. Par conséquent, il est important d'adopter une approche holistique en abordant les questions des OEV et de considérer les stratégies d'aide aux orphelins du VIH/sida comme un élément d'un cadre plus vaste pour aider tous les enfants vulnérables.

Qu'est-ce qu'un orphelin ?

Le terme « orphelin » est utilisé et interprété de manière différente par différentes personnes. Certaines cultures utilisent le terme orphelin pour désigner un enfant ayant perdu ses deux parents. D'autres considèrent qu'un orphelin est un enfant qui a perdu un de ses parents. Le *Oxford English Dictionary* (1992) définit un orphelin comme (Un enfant qui a perdu un de ses parents ou le plus souvent ses deux parents).

Qu'est-ce qu'un orphelin du SIDA ? : Interprétation des données

La littérature sur le VIH/sida a tendance à utiliser trois sortes de définitions ; en fonction du parent qui a succombé au SIDA ; elle fait référence à l'orphelin de père, de mère ou des deux parents. Un orphelin de père est défini comme un enfant de moins de 15 ans dont le père a succombé au SIDA, un orphelin de mère est un enfant dont la mère a succombé au SIDA et un orphelin « double » est un enfant les deux parents ont succombé au SIDA (Deininger, Garcia et Subbarao, 2001). Dans la littérature sur le VIH/sida, le terme « orphelin du SIDA » se réfère principalement à un orphelin de père, de mère ou à un double orphelin (ONUSIDA/UNICEF, 1999). Selon un rapport conjoint de l'USAID, de l'UNICEF et de l'ONUSIDA (2002) adopté à une récente Réunion du Groupe de Référence, il a été convenu que le terme orphelin du SIDA désigne « un enfant dont l'un des parents au moins a succombé au SIDA ». Les données sur la mort de la mère d'un enfant et les causes de ce décès sont souvent plus faciles à obtenir que les données concernant le décès du père. Dans le rapport mentionné ci-dessus, les orphelins de mère sont donc définis comme des enfants dont les mères sont

décédées et dont l'état de survie du père est inconnu (peut-être vivant, décédé suite au SIDA ou décédé pour d'autres causes) (USAID/UNICEF/ONUSIDA, 2002, appendice II, p.31). Lorsque l'information sur le père est disponible, il est possible de donner une estimation du nombre de doubles orphelins du SIDA, la définition étant « un enfant dont la mère et le père sont tous les deux morts, l'un d'entre eux au moins des suites du SIDA ».

L'inclusion ou pas des orphelins de père dans la définition est une question de débat. Certains se sont prononcés contre cette idée en disant qu'une telle action contribuerait à surévaluer le nombre d'enfants orphelins du SIDA. Ces personnes soutiennent que certains pères qui abandonnent leurs enfants ou ne participent pas à la vie de leurs enfants pourraient être considérés comme décédés et leurs enfants déclarés orphelins. Ceux qui favorisent l'inclusion des orphelins de père dans la définition affirment que l'exclusion de ces orphelins entraîne une sous-évaluation de 45% à 70% du nombre d'enfants orphelins du SIDA (Foster et Williamson, 2000).

La définition généralement utilisée pour les enfants orphelins du SIDA : « enfant de moins de 15 ans qui ont perdu les deux parents ou leur mère », pose trois problèmes fondamentaux. Le premier est que lorsque la mère d'un enfant succombe au SIDA et que cet enfant est déclaré orphelin, il existe le risque que le père renonce à ses responsabilités vis-à-vis de l'enfant, en particulier dans les cas où les services sociaux peuvent venir en aide aux orphelins. Le deuxième problème est que la mort du père peut être aussi tragique pour l'enfant que la mort de la mère. Dans les sociétés culturelles où le revenu du père constitue la principale source de revenus du ménage, le décès du père équivaut à la mort économique pour la famille : les enfants ont moins de chances d'aller à l'école que si leur mère était décédée parce que le revenu de la mère ne serait probablement pas suffisant pour payer leurs études. Cependant, il ne faudrait pas perdre de vue le fait que les femmes assument de plus en plus le rôle de chef de famille dans plusieurs pays africains ; ce qui fait que dans certains cas, le décès de la mère va probablement causer autant de détresse que la mort du père. Le troisième problème est que cela pourrait encourager la famille paternelle à revendiquer la responsabilité de l'enfant dans un effort d'accéder aux programmes d'aide sociale.

Dans la définition généralement utilisée pour désigner un enfant orphelin du SIDA, on ne voit pas clairement pourquoi l'âge de 15 ans a été choisi comme limite alors que la Convention sur les Droits de l'Enfant utilise l'âge de 18 ans (Nations Unies, 1989). Cependant, cette différence d'âge a des implications qui se font ressentir au moment d'aborder la question des enfants orphelins du SIDA et de leur accès à l'éducation de base, en particulier dans les situations où les enfants commencent l'école primaire en retard (après l'âge de 8 ans) ou bien quand il y a le problème du redoublement. En Tanzanie par exemple, l'âge officiel auquel commence l'école primaire est de 7 ans, mais le retard d'inscription est un problème très sérieux largement reconnu par tous (Ainsworth et autres, 2002).

Pourquoi est-ce que les nombres d'orphelins rapportés varient en fonction des auteurs/organisations ?

Les problèmes qui entourent la définition du terme orphelin font qu'il est difficile d'interpréter les projection du nombre d'orphelins qui résultent des définitions. La sous-section qui suit présente les chiffres sur les OEV tels qu'ils ont été rapportés par les différents auteurs/organisations/institutions. Les chiffres révèlent des différences grandes ou significatives. Pourquoi en est-il ainsi ? L'Encadré 1.1 souligne les raisons de certaines divergences dans les données :

Encadré 1.1 : Les raisons de la différence entre les estimations de l'ONUSIDA et celles du Bureau de Recensement Américain sur les nombres d'enfants orphelins du SIDA

- A. Définitions du terme enfants orphelins du SIDA différent
 - 1. Certaines incluent toutes les catégories d'orphelins
 - 2. La tranche d'âge utilisée diffère
 - 3. Certaines sont cumulatives, d'autres sont transversales
- B. Différentes méthodologies sont utilisées pour projeter les taux futurs
 - 1. Les différentes estimations sont utilisées pour déterminer les taux actuels de la prévalence du VIH
 - 2. Les différentes hypothèses sont faites sur la période d'incubation
 - 3. Les taux de transmission du VIH pendant la période prénatale différent
 - 4. Les estimations sur le taux général et le taux par groupe d'âge de la fécondité
 - 5. Une évaluation différente de l'impact du SIDA sur le taux de mortalité des femmes en âge de procréer
- C. Autres raisons
 - 1. Les divergences dans les rapports de décès par le SIDA
 - 2. Le stigmata lié au VIH/sida

La variation dans les chiffres reflète les différentes définitions utilisées par différents auteurs. Comme il a été mentionné plus tôt, certaines définitions se réfèrent aux enfants qui ont perdu leur père, leur mère ou les deux (Hunter et Williamson, 2000). D'autres définitions font uniquement référence aux enfants qui ont perdu leur mère ou leurs deux parents ; ces dernières excluent les enfants qui n'ont perdu que leur père (ONUSIDA/UNICEF, 1999). Plus la définition est inclusive, plus le nombre d'orphelins du SIDA s'élève ; plus la définition est exclusive, plus ces chiffres baissent. Certaines estimations ne considèrent que les enfants orphelins du VIH/sida ; d'autres incluent les orphelins de toutes catégories (Appendice 1.2).

Différentes définitions utilisent différentes tranches d'âge. Une école de pensée définit un orphelin du SIDA comme un enfant âgé de moins de 18 ans qui a perdu un ou deux parents (Aspaas, 1999 ; Foster et autres, 1997). Une autre école de pensée inclut uniquement les enfants âgés de moins de 15 ans (ONUSIDA/UNICEF, 1999), ce qui exclut tout le groupe d'orphelins âgés de 15 à 18 ans.

Les divergences surviennent aussi dans l'annonce des cas de décès par le SIDA. Plusieurs cas de décès par le SIDA ne sont pas déclarés comme tels, soit parce que la cause de la mort a été mal identifiée ou alors pas comprise ; ce dernier cas peut être particulièrement vrai dans les situations où l'on suppose que la maladie a été causée par la sorcellerie ou un phénomène culturel. Deuxièmement, le stigmate lié à l'annonce du SIDA comme cause de décès et le nombre considérable de cas qui ne sont pas déclarés aux autorités médicales officielles, entraîneront une sous-estimation du nombre de cas et par conséquent du nombre d'orphelins projeté. Qui plus est, certaines des données sont des estimations cumulatives, d'autres sont transversales de nature.

La plupart des projections sont basées sur des modèles mathématiques (Gregson, Garnett et Anderson, 1994). Les estimations varient à cause de la différence dans les paramètres utilisés, comme le taux de fécondité, le taux de prévalence du VIH, les périodes d'incubation ou la période de survie (Bongaarts, 1995 ; Hunter et Williamson, 2000, 2000a).

En général, il est extrêmement difficile de collecter des données fiables sur les enfants orphelins du SIDA et la majorité des études n'explique pas au lecteur les méthodes de dénombrement utilisées (Dunn, A. S. Hunter, C. Nabongo et autres, 1991). Le risque de sous-évaluer ou de surévaluer est toujours présent en fonction de l'objectif défini du dénombrement. A cause du stigmatisme lié à l'appellation « orphelin du SIDA » dans la plupart des communautés, beaucoup de gens préfèrent ne pas être enregistrés comme appartenant à ce groupe. Mais lorsque l'objectif final est une intervention qui présente des avantages pour les enfants orphelins du SIDA ou pour leur famille, alors les gens veulent bien appartenir à ce groupe. Des comportements opportunistes ont été observés, ce qui amène à invoquer la possibilité d'une sur-émunération parce que les gens qui ne sont pas en réalité orphelins « deviennent » subitement orphelins dans l'espoir d'obtenir quelque chose en retour.

Qu'est-ce qu'un enfant vulnérable ?

Les chances qu'un enfant se retrouve dans des circonstances difficiles en Afrique sont à la hausse, en particulier, parce que le nombre de situations dangereuses ont augmenté (Subbarao et autres, 2001). Les enfants vulnérables sont ceux qui appartiennent aux groupes à haut risque qui n'ont pas accès aux infrastructures ou services sociaux de base. Les principales sources de vulnérabilité sont le VIH/sida et les conflits. Le VIH/sida a grossi le groupe des enfants vulnérables qui tend à englober tous les types d'orphelins y compris les orphelins du SIDA, les enfants infectés par le VIH, les pré-orphelins qui ont la charge de leurs parents en phase finale du SIDA, les enfants vivant dans des ménages qui accueillent des orphelins et les enfants handicapés. Il faut ajouter à cette liste les catégories internationalement reconnues comme les enfants de la rue, les enfants exposés au travail difficile, les enfants engagés dans le trafic sexuel, la prostitution et les enfants affectés par les conflits armés (Subbarao et autres, 2001). Ces dernières catégories sont vulnérables et considérablement défavorisés.

Il a été observé en Haïti que les enfants évoluent à l'intérieur et hors des différents groupes de vulnérabilité en fonction des changements dans leurs conditions de vie (Family Health International/IMPACT, 2000). Le statut d'orphelin impose un lourd fardeau pour les enfants orphelins du SIDA eux-mêmes, mais tous les enfants orphelins du SIDA ne sont pas indigents ou pauvres (Ainsworth et Filmer, 2002). Dans

les pays en développement, il existe beaucoup d'enfants qui ne sont pas orphelins mais sont tout autant indigents ou pauvres.

A mesure que la pandémie du SIDA progresse, le nombre d'enfants qui se retrouveront dans des situations vulnérables, soit par le biais de l'emploi ou de leur exposition à des environnements à risque, augmentera invariablement. Il est vital de trouver un moyen de mieux atteindre ces groupes. Deux groupes d'enfants vulnérables ont été examinés en détail dans Subbarao, Mattimore et Plangemann (2001) : les enfants de la rue et les enfants exposés au travail difficile (enfants ouvriers). Beaucoup de ces enfants sont des orphelins comme l'illustrent les exemples suivants :

Selon Subbarao et autres (2001), il existe environ 1 million d'enfants de la rue en Afrique Subsaharienne. Ces enfants se retrouvent surtout dans les régions en conflit ou les zones de post-conflit. Dans trois zones urbaines de Zambie, il a été découvert que la majorité des enfants de la rue étaient des orphelins ; 37% des enfants avaient perdu un parent, 19% avaient perdu leurs deux parents et 2% n'avaient aucune idée de l'endroit où se trouvaient leurs parents (n=2 694) (OIT, 1999). La même étude a découvert que la majorité des enfants prostitués en Ouganda étaient des orphelins ; 36% avaient perdu un parent et 29% avaient perdu les deux parents.

Les enfants ouvriers sont des enfants d'âge scolaire qui sont obligés de travailler pour gagner un revenu pour eux-mêmes ou pour leurs familles (Andvig., J.S., 2000) et le travail des enfants est en général répandu dans les pays où le niveau de pauvreté et les taux de chômage sont élevés. Le travail de ces enfants remplace souvent ou complète celui des parents qui ne sont peut-être pas en mesure de pourvoir à leurs besoins élémentaires. Une enquête rapide d'évaluation conduite à Addis-Abéba en Ethiopie a découvert que la majorité des enfants employés domestiques étaient des orphelins ; 50% de ces enfants avaient perdu un parent et 23% avaient perdu les deux parents (n=100) (Kifle, 2002).

Comment identifiez-vous un « enfant vulnérable » ?

Les difficultés surgissent au moment de décider comment identifier un enfant « à risque ». Le nombre total d'enfants sur les marchés de l'emploi en Afrique Subsaharienne n'est pas précisément connu et il est difficile d'obtenir le nombre exact d'enfants qui travaillent, étant donné que la définition varie d'un pays à l'autre. Un pas

en avant a été accompli avec l'utilisation des enquêtes en grappe à indicateurs multiples (MICS) (UNICEF, 2001), les enquêtes démographiques et sanitaires et les enquêtes d'échantillon de l'UNICEF et d'autres agences. Ces enquêtes peuvent identifier les risques en termes de malnutrition, nutrition, morbidité, décès et perte de l'éducation. Les enquêtes MICS ont interrogé sur la nature du travail et le temps passé par les enfants à travailler dans les différents pays, autant sur les marchés informels, comme la maison et l'entreprise familiale que dans l'emploi formel. Une analyse préliminaire montre que dans plus de 30 pays (représentant 35% de la population du tiers monde), près de 20% des garçons et filles âgés de 5 à 14 ans travaillent. Il est projeté que les chiffres en Afrique Subsaharienne seraient presque le double de ceux mentionnés ci-dessus avec environ 41% des enfants âgés de moins de 14 ans participant à la main d'œuvre (Subbarao et autres, 2000).

Le type de travail des enfants le plus répandu en Afrique Subsaharienne est le travail domestique. L'ampleur de ce phénomène est difficile à évaluer parce que dans la plupart des cas le travail n'est pas salarié, il est informel et a des explications culturelles. Par exemple, dans la plupart des pays, les gens qui habitent en zones rurales envoient leurs enfants vivre chez des membres de la famille ou des amis qui sont riches et vivent parfois en régions urbaines. Dans la plupart de ces cas, les enfants sont envoyés chez des membres de la famille qui habitent près des écoles ou ont accès à des écoles de meilleure qualité. En échange de leur hébergement dans ces ménages, les enfants doivent y faire les travaux domestiques tout en allant à l'école. Il vaut aussi la peine de souligner ici que beaucoup d'enfants qui ne sont pas orphelins font des travaux domestiques auprès de leur(s) parent (s). Dans certains cas, en particulier dans les écoles rurales, les enfants remplissent les tâches telles que l'aménagement du paysage, le nettoyage et d'autres tâches scolaires normalement réalisées par le personnel salarié dans les écoles en milieu urbain.

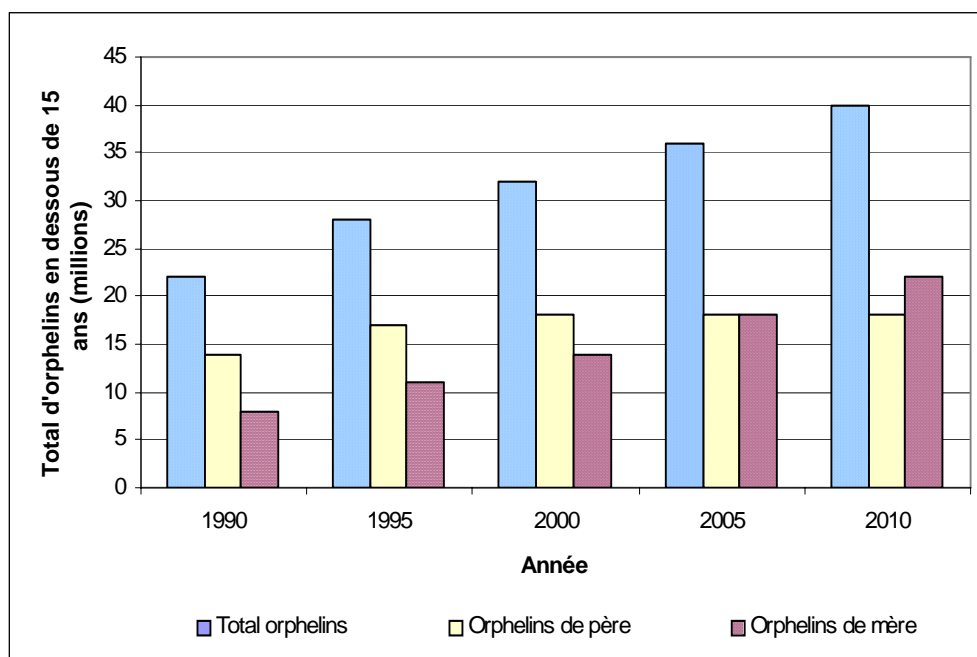
Les enfants vulnérables ont expérimenté et continuent d'expérimenter beaucoup de difficultés. Le défi est d'empêcher ces difficultés d'aller au-delà d'une accumulation de simples événements stressants et d'accroître les ressources des familles et des communautés pour leur permettre de répondre aux besoins de ces enfants ; de leur donner un sens de l'espoir dans l'avenir, un sens de continuité et d'appartenance de manière à lier leurs besoins économiques, spirituels et de santé.

Combien d'orphelins et d'enfants vulnérables y a-t-il ?

Les chiffres présentés dans la littérature varient énormément. Comme indiqué précédemment, certaines littératures comptent tous les orphelins indépendamment de la cause de disparition des parents, y inclus les orphelins du VIH/sida tandis que d'autres littératures comptent uniquement les orphelins du VIH/sida (Appendice 1.2). Il est difficile de collecter les données sur les enfants orphelins de père en raison du SIDA dans plusieurs pays et ces données sont d'une fiabilité douteuse. Les statistiques sur les orphelins du SIDA tendent à exclure les enfants dont pères ont succombé au SIDA et se réfèrent uniquement au nombre d'enfants qui ont perdu leur mère ou leurs deux parents (Ainsworth, Beegle & Koda, 2002 ; Deininger, Garcia et Subbarao, 2001 ; Hepburn, 2001).

Le Bureau de Recensement des Etats-Unis d'Amérique estime dans le rapport « Children on the Brink, 2000 » (Enfant au bord du gouffre), que le nombre total d'enfants âgés de moins de 15 ans qui auront perdu leur mère ou leurs deux parents en raison du SIDA et autres causes de décès s'élève à 15,6 millions à la fin de l'an 2000 dont 13,6 millions d'entre eux se retrouvent dans 26 pays en Afrique au Sud du Sahara sur un total de 34 pays lourdement affectés par le VIH/sida (« Enfants au bord du gouffre », 2000). Il est estimé que ces chiffres continueront de croître pour atteindre 24,3 millions vers 2010, avec 21,9 millions de ces enfants uniquement dans les 26 pays lourdement affecté en Afrique Subsaharienne. Lorsque l'on y ajoute les enfants qui ont perdu leur père, le chiffre d'orphelins s'élève à 44 millions sur lesquels 40 millions vivent dans les pays d'Afrique Subsaharienne (Schéma 1.2). Il est prévu que dans les 26 pays d'Afrique Subsaharienne qui sont lourdement affectés par le VIH/sida, le pourcentage d'orphelins de mère et de doubles orphelins du SIDA augmentera de 47,2% en l'an 2000 à 60,9% en 2005 et à 69,9% en 2010 (Hunter et Williamson, 2000a).

Schéma 1.2. Nombres cumulatifs d'orphelins dans 19 pays d'Afrique pour la période 1990-2010 (les orphelins de mère incluent ceux qui ont perdu leurs mères et leurs deux parents)



Source : Foster et Williamson (2000)

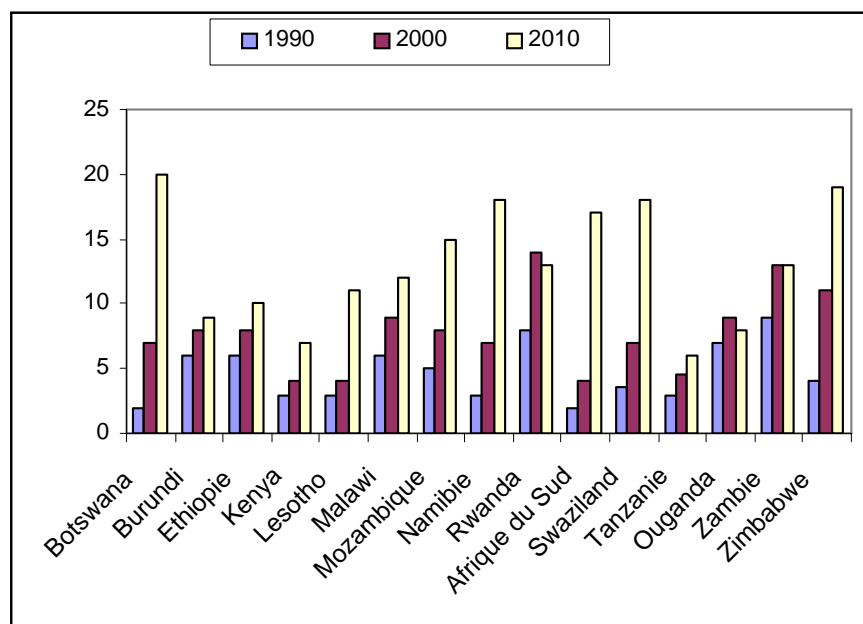
A la différence des nombres d'orphelins présentés dans le rapport « Children on the Brink » 2000 (Enfants au bord du gouffre), ONUSIDA présente uniquement les chiffres sur les orphelins du SIDA. ONUSIDA estime qu'un total cumulatif de 14 millions d'enfants dans le monde auraient perdu leurs mères ou leurs deux parents en raison du SIDA et d'après les prévisions, ces chiffres augmenteront de manière exponentielle dans les années à venir. Quatre vingt quinze pour cent (12,1 millions) de ces enfants vivent en Afrique Subsaharienne (ONUSIDA, 2000 ; ONUSIDA/OMS, 2001). Il est estimé que le nombre d'enfants orphelins du SIDA dans le monde doublera avant 2010. Les chiffres de l'ONUSIDA incluent les enfants orphelins du SIDA qui sont morts depuis et les enfants dont l'âge est maintenant supérieur à 15 ans. ONUSIDA rassemble les données sur l'épidémie auprès des programmes nationaux mais n'utilise pas souvent ces données pour faire les projections sur l'impact de l'épidémie (Hunter et Williamson, 2000).

Pour souligner les difficultés et les dilemmes que pose le calcul du nombre d'orphelins du SIDA dans le monde, (Monk, 2002) a critiqué les données statistiques sur la crise du VIH/sida. En utilisant les données de terrain obtenues lors de recherches conduites en Ouganda et dans six Etats de l'Inde pour l'« Association François-Xavier Bagnoud » et en utilisant les estimations de l'ONUSIDA aussi bien que les statistiques de l'USAID sur l'étude des 34 pays présentés dans le rapport Children on the Brink, 2000 (Enfants au bord du gouffre), il prévoit que le nombre d'orphelins du SIDA dans le monde s'élèvera à environ 100 millions vers l'an 2010 (Monk, 2002). Ces estimations surpassent de loin les prévisions de l'ONUSIDA ou de l'USAID et incluent les orphelins de père aussi bien que les orphelins de 15 à 17 ans.

Il est évident que le rythme auquel les enfants deviennent orphelins du SIDA a augmenté au fil des ans (ONUSIDA/UNICEF, 1999). Spécifiquement, avant l'épidémie du SIDA, environ 2% des enfants âgés de 0 à 14 ans étaient orphelins (ayant perdu leurs mères ou leurs deux parents) en Afrique de l'Est – 1,19% au Kenya, 2,44% en Ouganda dans le recensement de 1969 et 2,23% en Tanzanie dans le recensement de 1978. D'après l'Enquête Démographique et Sanitaire, le taux au Kenya était pratiquement resté le même jusqu'en 1993 (1,8%), mais il avait augmenté à 2,7% à la fin 1998. En Tanzanie, le taux avait baissé à 1,96% entre 1978 et 1988 avant d'augmenter à 2,8% à la fin de 1994. En Ouganda, le taux a augmenté de 5% en 1995 à 5,7% à la fin de 1999/2000 d'après l'Enquête des Ménages. Jusqu'à présent, les taux d'orphelins de mère et des deux parents ont augmenté de 40% à 130% au Kenya, en Tanzanie et en Ouganda depuis le début de l'épidémie du SIDA (Ainsworth et Filmer, 2002). Les données pré-SIDA pour les autres pays d'Afrique ne sont pas disponibles et l'on présume que la situation dans les autres pays en développement aurait reflété le taux de mortalité prévalant.

Les projections pour la période 1990-2010 concernant 15 pays d'Afrique montrent une croissance uniforme significative du pourcentage d'orphelins dont les parents auraient succombé au SIDA (Schéma 1.3).

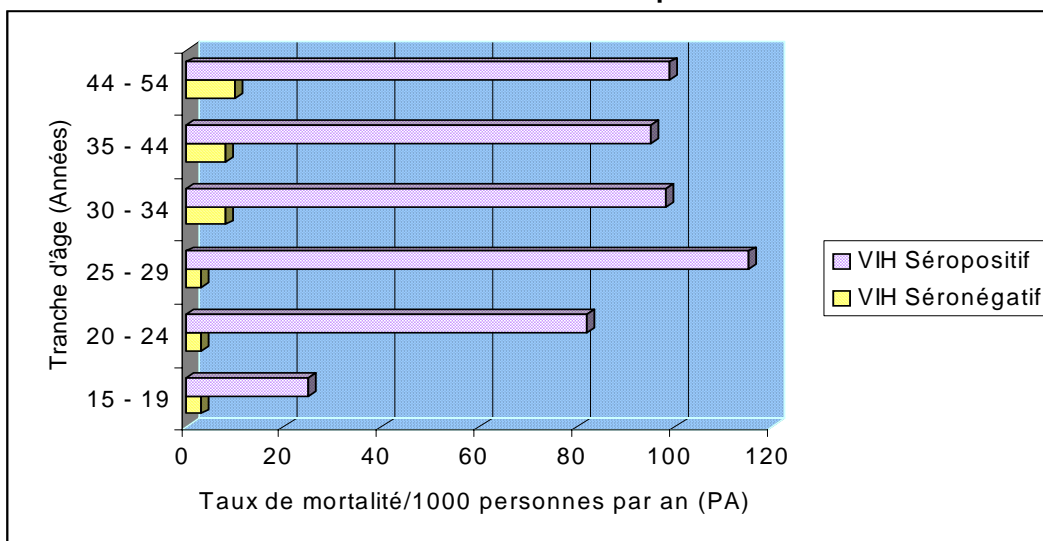
Schéma 1.3 Estimations du pourcentage d'enfants orphelins (de mère et des deux parents) âgés de moins de 15 ans en 2000, 2005 et 2010



Source : Adapté de la Banque Mondiale (2002), Figure 2-3.

Une étude entreprise en Tanzanie auprès de 12 communautés rurales sur une période de 2 ans a révélé un taux de mortalité beaucoup plus élevé chez les personnes séropositives que chez les personnes séronégatives toutes tranches d'âge confondues (Todd et autres, 1997, Schéma 1.4). Au Kenya, le nombre cumulé de décès dus au SIDA entre le début de l'épidémie du VIH et l'an 2000 était d'environ 1,3 million ; il est projeté qu'entre 2000 et 2010, quelque 3,2 millions de personnes auront succombé au SIDA (Banque Mondiale, 2000). Le Kenya avait environ 323 000 orphelins de mère et des deux parents en raison du SIDA en 1995 et l'on prévoit que ces chiffres s'élèveront à 2,2 millions d'ici à 2010. En raison de la difficulté de réaliser une projection exacte du nombre d'orphelins du SIDA dans un pays, les nombres projetés pour un pays donné ne font pas l'unanimité dans la littérature. Par exemple, le nombre d'orphelins au Kenya prévus pour 2010 représente 11,9% (Hunter et Williamson, 2000) et 17% (Banque Mondiale, 2000) des enfants âgés de moins de 15 ans.

Schéma 1.4 : Taux de mortalité spécifiques selon l'état du VIH dans 12 communautés en Tanzanie sur une période de 2 ans



Source : Les données du graphique ont été adaptées du Tableau 2 dans Todd et autres, 1997.

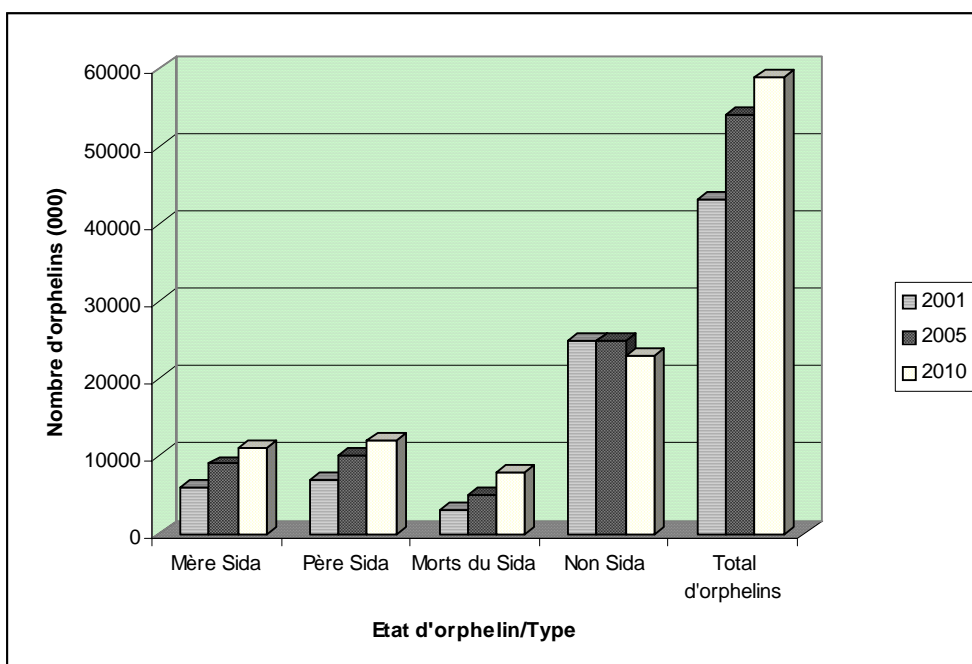
D'après les projections présentées dans le rapport « Children on the Brink » (Enfants au bord du gouffre), dans 12 pays africains, les orphelins comprendront au moins 15% de tous les enfants âgés de moins de 15 ans avant 2010. La Schéma 1.4 montre que le nombre d'adultes en bonne santé qui auraient la charge de ces enfants est en baisse.

Il existe des différences régionales entre les proportions d'orphelins de père et les proportions d'orphelins de mère :

- En Afrique de l'Ouest, les orphelins de père représentent entre 4 et 10% des enfants d'âge scolaire. Ce chiffre est presque le double du nombre d'orphelins de mère. Il y a peu d'orphelins des deux parents (Ainsworth et Filmer, 2002) ;
- En Afrique de l'Est et du Sud, les orphelins de père représentent environ 6 à 13% de tous les enfants d'âge scolaire tandis que le pourcentage d'orphelins de mère est similaire à celui de l'Afrique de l'Ouest. Le nombre d'orphelins de père est trois à cinq fois plus élevé que celui des orphelins de mère. Cela est probablement lié au fait que les hommes ont un taux de mortalité plus élevé spécifique à l'âge par rapport aux femmes et que les femmes épousent d'habitude des hommes plus âgés. Il a aussi été observé que peu d'enfants parmi le nombre total d'orphelins du SIDA ont perdu leurs deux parents (Ainsworth et Filmer, 2002).

Dans les pays d'Afrique Subsaharienne, USAID/ONUSIDA (2002) estiment que les orphelins dont les parents n'ont pas succombé au SIDA constituent la majorité des orphelins à l'heure actuelle, mais ces organisations projettent que ces chiffres diminueront d'une estimation de 61% de tous les orphelins en 2001 à 51% en 2005 et descendront à 42% en 2010 (Appendice 1.1). Elles estiment que beaucoup plus d'enfants ont perdu leurs pères que leurs mères en raison du SIDA et observent que peu d'enfants parmi les orphelins du SIDA ont perdu leurs deux parents (Schéma 1.5 et Appendice 1.1).

Schéma 1.5 : Nombre estimé d'orphelins par type d'orphelin et année pour l'Afrique Subsaharienne



Source : Les données sur le graphique proviennent de l'USAID/UNICEF/ONUSIDA (2002).

Quelles sont les approches pour réduire la vulnérabilité ?

A ce jour, il n'existe pas de connaissance d'ensemble établie sur le marché qui détermine la manière d'intervenir en faveur des OEV bien que le problème soit maintenant reconnu par tous. La Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/sida tenue en juin 2001 a marqué un tournant important dans la lutte mondiale contre le VIH/sida. La Déclaration d'Engagement signée par les Etats

membres de la Session Spéciale, souligne les objectifs spécifiques et les cibles dans les domaines de la prévention, les soins le soutien et le traitement du VIH/sida. Pour les OEV, les objectifs sont les suivants :

Développer des politiques et stratégies nationales avant 2003 et les mettre en œuvre avant 2005 dans le but de : créer et renforcer les capacités du gouvernement, de la famille et de la communauté afin de fournir un environnement de soutien pour les orphelins, les filles et garçons infectés et affectés par le VIH/sida. Cela inclut :

- *Fournir l'aide psychologique appropriée et le soutien psychosocial ;*
- *Assurer leur inscription à l'école et leur accès à l'hébergement, une bonne alimentation, les services sanitaires et sociaux à égalité avec les autres enfants ;*
- *Protéger les orphelins et enfants vulnérables contre toute forme de brimade, d'exploitation, de discrimination, de trafic et de perte de leur patrimoine.*

De plus, avant 2005, un progrès significatif sera accompli dans la mise œuvre des stratégies visant à :

Renforcer l'administration de soins en milieu familial et communautaire, y inclus ceux offerts par le secteur informel et les systèmes de services sanitaires en vue de fournir et de contrôler le traitement que reçoivent les personnes malades du VIH/sida, y compris les enfants et pour soutenir les individus, ménages, familles et communautés affectés par le VIH/sida... » (UNGASS, 2001, §§ 65, 66).

Les églises et organisations non gouvernementales (ONG) laïques ont pendant longtemps fait des interventions mais cela a été réalisé à une faible échelle et a souvent nécessité l'utilisation intensive d'un personnel qualifié à un coût relativement élevé. La Banque Mondiale a financé quelques programmes pilotes, notamment en Erythrée, au Zimbabwe et au Burundi, mais pour la plupart d'entre eux les résultats ne sont pas encore connus. Il existe aussi un grand débat sur les critères à utiliser pour cibler les enfants vulnérables. Pour éloigner le paradigme des agents de changement externes et encourager la communauté à jouer un primordial dans le problème des OEV, il nous faut explorer les moyens que la communauté elle-même utilise pour déterminer l'indice de vulnérabilité et par la suite accorder la priorité à leur réponse pour les enfants qui les concernent le plus. Cette réponse variera en fonction du pays et du contexte. Certains pays sont en grande partie ruraux et traditionnels et le système de famille étendue fonctionne bien. D'autres pays comptent plus sur une approche basée sur la communauté. L'Ethiopie par exemple, a une histoire de placement des enfants en famille et en communauté qui a été institutionnalisée dans les orphelinats après les famines des années 1980. La situation concernant les OEV

diffère au sein d'un même pays aussi bien que d'un pays à l'autre ; par exemple, certains pays ont un nombre élevé d'enfants de la rue tandis que d'autres ont un plus grand nombre d'enfants soldats.

Certaines stratégies d'intervention qui ont été utilisées dans les programmes à petite échelle sont énoncées ci-dessous et elles sont traitées de manière plus détaillée tout au long du manuel. Cette liste a été conçue pour susciter un débat plus approfondi sur les stratégies d'intervention concernant les OEV.

- Le placement des enfants dans les ménages, les foyers « communautaires » à petite échelle et les orphelinats ;
- Le soutien aux familles de placement à travers la distribution de fonds, l'aide alimentaire, l'octroi de subventions pour les projets générateurs de revenu et le micro-crédit ;
- Les subventions à l'éducation à travers le paiement des frais scolaires de l'enseignement primaire, la distribution d'uniformes, de manuels scolaires et autres matériels ;
- Un enseignement professionnel ou une formation professionnelle informelle pour les adolescents orphelins ;
- Des groupes psychosociaux pour s'occuper du traumatisme et de la dépression ;
- Une défense des droits des orphelins et autres enfants vulnérables à hériter de la terre et autres biens.

Il existe d'autres sources de financement des interventions. Un instrument d'intervention en faveur des OEV est par exemple, les projets multi-sectoriels VIH/sida (MAPs). D'autres possibilités incluent l'intervention par le biais des Prêts d'Appui à la Réduction de la Pauvreté (PRSCs), les fonds sociaux ou les prêts généraux à la santé et à l'éducation. Un débat est soulevé à propos du MAP : le MAP devrait-il financer une série spécifique d'interventions pour le compte des OEV ou devrait-il répondre à des demandes d'interventions ?

Exercice d'atelier

Objectifs de cette section

A la fin de la présente section, les participants seront capables de :

- Enoncer les buts de la formation ;
- Définir le terme OEV ;
- Indiquer le nombre estimé d'OEV en Afrique Subsaharienne et fournir les causes des différences d'estimations ;
- Enoncer les facteurs qui influencent l'accès à l'éducation des OEV ;
- Discuter des différentes personnes chez qui les OEV vivent et les différentes implications de cette situation sur le bien-être des ménages ;
- Discuter de l'impact du VIH/sida sur la scolarité des enfants et leur vie familiale.

Activité 2

Les participants devraient discuter du matériel de la section 1 du manuel

Section 2 – LA VIE EN FAMILLE : l'impact de la Maladie et du Décès des Parents en raison du VIH/SIDA sur la Vie Familiale de leurs Enfants

Le VIH/SIDA affecte le ménage et la famille étendue aussi bien que la vie familiale des enfants orphelins du SIDA. La présente section évalue l'impact de la maladie et du décès des parents sur les ménages, la famille étendue et la vie familiale des enfants. Parce qu'un individu est malade dans un ménage, les ressources financières de la famille diminuent et il n'existe pas de soutien psychosocial et physique aux enfants. En cas de maladie dans la famille, les enfants deviennent pourvoyeurs de soins pour le malade et assument la charge des plus jeunes frères et sœurs. En cas de décès, les familles s'appauvrissent davantage ; les enfants peuvent être placés auprès des membres de la famille étendue qui eux-mêmes peuvent être pauvres. Dans de nombreux cas, les grands-parents prennent en charge ces enfants. Parfois, après le décès d'un parent, un enfant assume la charge du ménage ou alors les enfants sont placés dans des orphelinats.

L'impact du décès et des maladies liées au VIH/SIDA sur le ménage et la famille étendue

Les ménages et familles étendues qui ont des patients atteints de maladies liées au VIH/SIDA éprouvent souvent de sérieuses contraintes, tant sur le plan économique que social. Ces contraintes incluent un déclin de leurs ressources financières, la malnutrition et le rachitisme, la perte des systèmes de valeur, l'arrêt de l'éducation, la délinquance et le crime, et en plusieurs endroits, ils doivent faire face au stigmatisme associé à cette maladie. Certains de ces impacts sont représentés dans l'Encadré 2.1.

Encadré 2.1 : Impact du VIH/SIDA sur les ménages et les familles étendues

Une baisse des ressources familiales : Une baisse soudaine a lieu en cas de décès ou de maladie. Pendant que la famille prend des mesures pour atténuer l'impact de ce déclin sur le ménage, un ou plusieurs des événements suivants peuvent survenir dans, par exemple, une famille d'agriculteurs :

- Les membres du ménage sont forcés de travailler pendant de longues heures dans les champs ;
- La dimension du terrain cultivé est réduite en fonction de la réduction des ressources humaines ;
- Les cultures alimentaires sont remplacées par les cultures commerciales qui exigent beaucoup de travail ;
- La récolte est maigre parce que le sarclage a été retardé ;
- Dans le pire des cas, la famille peut être forcée d'abandonner complètement son exploitation agricole.

Un déclin de l'état de santé de la famille :

Lorsque peu de membres du ménage sont disponibles pour travailler dans les champs ou que les parents sont incapables de travailler ou avoir un revenu, la quantité de nourriture à la disposition du ménage diminue et l'état nutritif des membres de la famille baisse en conséquence. Dans de telles circonstances, les ménages peuvent adopter les comportements suivants :

- S'en tenir à un ou deux principaux produits alimentaires facilement disponibles qui pourraient ne pas être nutritifs ;
- Réduire le nombre de repas ou les proportions servies aux membres de la famille, en particulier aux enfants ;
- Vendre la plupart de ce qu'ils produisent pour acheter d'autres articles essentiels – les médicaments, par exemple.

Les ménages où vivent des patients infectés par le SIDA éprouvent généralement un déclin dans leur productivité. Un ménage où vit un patient atteint du SIDA consacre en moyenne, entre 11,6 et 16,4 heures par semaines à l'agriculture au lieu de 33,6 heures pour un foyer dépourvu de patients du SIDA. Un changement apparaît dans le mode de travail ; les membres de la famille qui jusque là contribuait au revenu du ménage doivent de plus en plus rester à la maison pour prendre soin du malade. Dans un ménage en Tanzanie où vivait une personne infectée, 29% d'activités étaient consacrés aux problèmes liés au SIDA. Lorsque deux personnes se chargeraient de prendre soin du malade, 43% du temps de travail y était consacré (Kelly, 2001). La désintégration totale des ménages est malheureusement une conséquence courante des décès causés par le SIDA. Au Zimbabwe, 65% des ménages où une femme était décédée se dissolvaient après sa mort (Kelly, 2001).

Etant donné que l'individu infecté est incapable de travailler, les ressources financières du ménage se réduisent et une partie des ressources disponibles est utilisée pour fournir les soins à la personne malade (Ainsworth et Rwegarulira, 1992 ; Gilks et autres, 1998) ; ce qui laisse peu de ressources disponibles pour payer les frais de scolarité, acheter les manuels scolaires et les soins aux enfants. En Côte d'Ivoire, des études conduites en zones urbaines ont montré que quand un adulte est atteint du SIDA dans une famille, le revenu moyen chute de 52 à 67%, tandis que les dépenses en soins de santé quadruplent (ONUSIDA/UNICEF, 1999) ; en conséquence, un ménage dont l'un des membres est atteint du SIDA dépense deux fois plus en soins médicaux qu'une famille sans patient du SIDA (Kelly, 2001). Une autre étude conduite en Côte d'Ivoire a découvert que les coûts des soins médicaux pour les personnes infectées du SIDA représentaient environ 80% du budget de santé du ménage et correspondaient à 8,4% de la consommation totale du ménage. Le coût des soins de santé pour les autres membres du ménage où vit un malade du SIDA représentait seulement 2,2% des dépenses totales au lieu de 5,6% pour les ménages sans malade du SIDA (Bechu, 1998).

L'impact sur l'enfant

LE SIDA augmente considérablement le taux de mortalité chez les adultes dans la plupart des pays en développement (Boerma, Nunn et Whitworth, 1998). Il existe une inquiétude justifiée concernant le bien-être général et l'éducation des OEV. Certaines des principales conséquences sur l'enfant ont été résumées dans l'Encadré 2.2.

Encadré 2.2 Impact du décès causé par le VIH/SIDA sur la vie familiale de l'enfant

Augmente	Diminue
La pauvreté	L'accès à l'alimentation
La responsabilité du ménage	L'accès aux services sanitaires
Le désarroi psychosocial	L'accès à l'école
La vulnérabilité au mauvais traitement, au travail de l'enfant, au risque sexuel	Les biens matériels comme les vêtements, les fournitures
Le stigmata et l'isolement	Les conseils, la protection et l'amour des adultes
La famine, la malnutrition	

Source : L. Gilborn (2001).

Le VIH/SIDA n'affecte pas seulement les ménages où vivent les orphelins du SIDA, il affecte aussi les enfants qui vivent avec des parents ou des membres de la famille séropositifs. Ce groupe d'enfants sert d'indicateur pour le fardeau à venir de l'orphelin. leur nombre exact n'est pas connu et la plupart des pays ne disposent même pas d'estimations. Comme les enfants qui ont perdu leurs mères ou leurs deux parents, ce groupe d'enfants est victime de discriminations, ils n'ont pas accès aux services médicaux de base et à l'éducation, ils éprouvent le stress physique et psychosocial et ils ont très peu, voire aucune aide sociale et économique. Ces enfants sont généralement jeunes : l'âge moyen des orphelins est seulement de 6,2 ans (Mugabe, Stirling & Whiteside, 2002) et ils sont forcés d'assumer des responsabilités bien au-dessus de leur âge, en prenant soin, non seulement de leurs frères et sœurs, mais aussi de leurs parents – sur qui ils comptent pour leur donner amour et soutien. Un adulte malade du SIDA nécessite une aide sans cesse accrue qui est attendue de l'enfant pour exécuter les activités quotidiennes mais ce malade souffre aussi de fréquentes infections opportunistes comme les crises de diarrhée incontrôlables en combinaison avec les effets lents d'affaiblissement du VIH lui-même – la responsabilité d'assumer la charge de ces adultes revient fréquemment entièrement à leurs jeunes enfants. Il ne faudrait pas sous-estimer les demandes psychosociales et les effets sur les enfants (Kelly, 2002).

La nature infectieuse du VIH signifie que si l'un des parents succombe au SIDA, il est probable que l'autre parent soit aussi infecté ; l'enfant doit faire face au traumatisme de voir l'un de ses parents mourir tout en sachant que l'autre parent va bientôt subir le même sort. Une fois l'enfant abandonné, l'état d'orphelin devient une condition

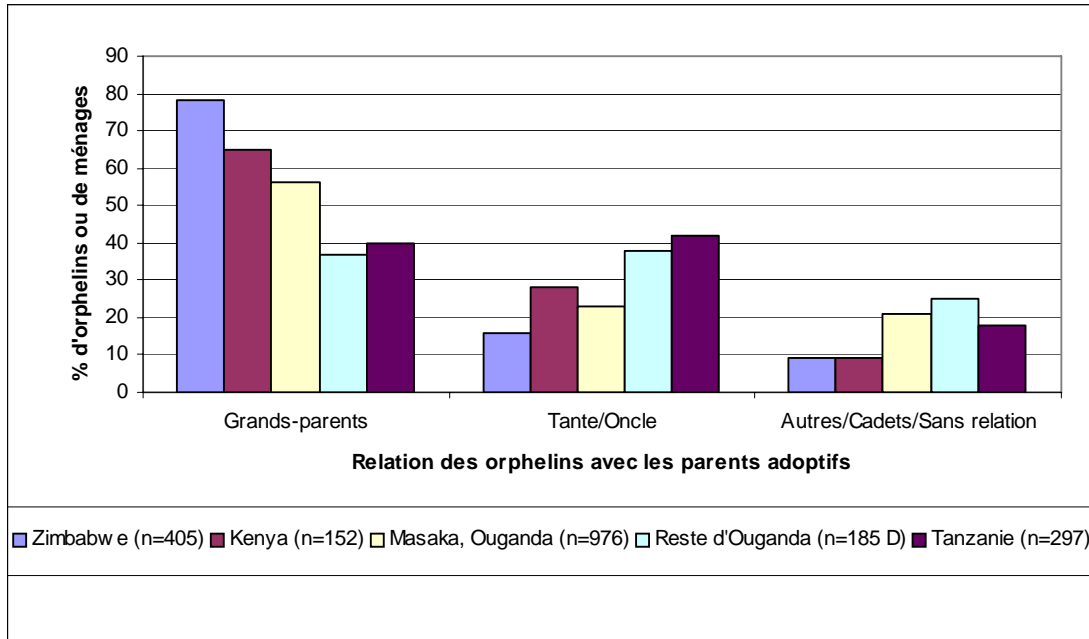
constante qui l'accompagne dans sa vie d'adulte. Un enfant nécessite des soins attentifs continus et du soutien tout au long de son enfance ; pour les orphelins, l'absence d'une image du parent aggrave les problèmes sociaux, psychologiques et spirituels liés à la croissance. En outre, un thème approprié de débat pour les années à venir est l'impact qu'aura le manque de parents sur la performance des enfants en tant que parents de la génération future (Kelly, 2002).

La maladie, le décès de la mère ou des deux parents peut affecter un enfant de différentes façons qui varient d'un pays à l'autre, en fonction de la culture, du système légal et de la structure familiale. Les orphelins, en particulier, les filles courent plus de risque d'être violentées sexuellement et poussées dans la prostitution comme moyen d'assurer leur survie. Quoi qu'il en soit, la plupart de ces enfants sont victimes de discriminations et n'ont pas accès aux services médicaux de base, à l'éducation et à l'aide sociale et économique. Le statut alimentaire de l'enfant se détériore et les OEV présentent un risque élevé de rachitisme et de malnutrition (Barnet et Blakie, 1992) ; il a été observé que la consommation alimentaire baisse de 41% dans les ménages où l'un des membres est malade du SIDA (ONUSIDA/UNICEF, 1999).

Qui a la charge des OEV ?

Le choix de la personne qui se chargera de l'orphelin dans la famille étendue dépendra des circonstances familiales et cela varie d'un pays à l'autre, voire d'un village à l'autre dans certains cas. Dans les situations où le système de la famille étendue existe, les membres de famille prennent souvent en charge les orphelins (Ntozi et autres, 1999), qui font la rotation entre les différentes familles. Foster et Williamson (2000) ont observé que la plupart du temps, ce sont les grands-parents âgés qui s'occupent des orphelins sans une aide notable des autres membres de la famille. Leurs découvertes sont illustrées dans le schéma 2.1 qui souligne les différentes personnes qui ont la charge des enfants dans quatre pays africains. En récapitulant les résultats des études conduites en Ouganda, Zambie et en zones rurales en Tanzanie, il a été observé que 32% des grands-parents en Ouganda, 43% en Tanzanie et 38% en Zambie avaient la charge d'orphelins. d'autres membres de la famille étendue s'occupaient aussi des orphelins comme il a été observé en Zambie où 55% d'orphelins étaient pris en charge par la famille étendue (Deininger et autres, 2001).

Schéma 2.1 : Relations entre pourvoyeurs de soins et orphelins dans quatre pays



Source : Foster et Williamson (2000).

Considérant le nombre croissant de parents qui succombent au SIDA, il demeure peu d'adultes en âge d'élever les enfants abandonnés. Le fardeau de cette responsabilité tombe de plus en plus sur d'autres enfants et personnes âgées. Cette situation est parfois rendue critique par la réticence des membres de la famille d'accueillir dans leurs ménages ces orphelins à cause du décès ou des cas de maladie parmi ces membres de la famille ou alors à cause d'un manque de contacts entre les orphelins et les autres membres de la famille (Foster et autres, 1997 ; Aspaas, 1999). Dans certains cas, des membres de la famille veulent bien accueillir ces orphelins mais sont simplement incapables d'assumer ce fardeau supplémentaire. Des orphelins plus âgés ont la charge de 11% d'orphelins en Zambie et de 10% en Tanzanie. La plupart des foyers de placement sont incapables de fournir régulièrement un repas supplémentaire et l'habillement. Pour joindre les deux bouts, il est demandé aux enfants de travailler et par conséquent, il ne peuvent pas régulièrement aller à l'école ou alors ils peuvent abandonner complètement les études.

La pratique consistant à confier les enfants à des ménages est profondément enracinée en Afrique sous la forme d'un système de parenté et de réseaux familiaux qui offrent des filets de sécurité sociale aux enfants et pas seulement aux orphelins

pour des raisons qui incluent d'assurer le développement de l'enfant et renforcer les relations familiales. Deininger et autres (2001) ont observé qu'en Ouganda, en 1992 et 2000, la fréquence d'hébergement avait augmenté, même pour les enfants âgés de moins de 6 ans, bien que le taux de fréquence du VIH/SIDA fût à la baisse dans la même période. Le nombre de ménages à qui les enfants avaient été confiés avait aussi augmenté de 5% en 1992 à 15% en 2000.

Dans les zones rurales de Tanzanie, il a été découvert que la pratique consistant à confier les enfants à des ménages était très courante et 34,2% de tous les enfants âgés de moins de 18 ans ne vivaient pas avec l'un ou ses deux parents biologiques. 42% de tous les ménages avaient hébergé un enfant (Urassa et autres, 1997). Ces chiffres soulignent le risque que les ménages pauvres, particulièrement en zones rurales, qui acceptent le placement d'enfants dans leurs foyers ne seront peut être pas capables de loger les nombres sans cesse croissants d'enfants orphelins du SIDA, étant donné leurs ressources limitées. Il a aussi été observé qu'il y a une plus forte concentration d'enfants orphelins du SIDA en zones rurales qu'en zones urbaines. L'une des raisons de cette concentration est le fait que lorsque les gens souffrent de la maladie du VIH/SIDA, ils ont tendance à retourner dans leurs villages où vivent leurs parents et membres de famille (Aspaas, 1999). Une autre raison pourrait être liée au fait qu'une majorité de la population vit en zones rurales, tellement que même si les taux d'infection sont plus élevés dans les régions urbaines, les chiffres absolus en régions rurales pourraient être plus élevés. Lorsque les parents meurent en zones rurales, les orphelins peuvent rester dans le village avec leurs grands-parents ou les autres membres de la famille ou bien ils peuvent émigrer dans les grandes villes où ils deviennent enfants de la rue.

Du point de vue des OEV, être confié à un foyer de placement peut provoquer un stress considérable. Souvent ces enfants n'ont aucun pouvoir de décision sur l'endroit où ils vont être placés et ils peuvent être séparés de leurs frères et sœurs et de leur communauté à un moment où ils ont le plus besoin de leur soutien (Kelly, 2002). Dans la plupart des cas, les enfants dans les foyers de placement sont traités avec équité et amour, mais ces foyers d'accueil sont souvent pauvres et l'augmentation des orphelins met plus de pression sur leurs ressources déjà limitées. Dans de telles situations, des inégalités peuvent surgir dans la répartition des ressources entre les enfants et les orphelins sont souvent les premiers à pâtir lorsque les ressources sont rares.

Quel est l'impact économique du placement ?

Deininger et autres (2001) ont présenté des changements réels dans la dépense et le revenu par tête basés sur les résultats d'une enquête conduite auprès de 1300 ménages en Ouganda qui avaient un enfant adoptif âgé de moins de 14 ans. En prenant en compte les enfants d'âge scolaire (de 7 à 14 ans), des différences significatives ont été observées entre les ménages qui ont des enfants adoptifs et ceux qui n'en ont pas. L'addition d'un enfant adoptif dans un ménage rural réduirait la consommation et le revenu par tête. Cette situation a des implications pour le bien-être économique de ses membres puisque ces ménages dépensent infiniment moins que les ménages qui n'ont pas d'enfants adoptifs (Tableau 2.1). En utilisant une approche économétrique, Deininger et autres (2001) ont découvert qu'un ménage qui avait à l'origine deux enfants verrait sa situation se détériorer s'il devait héberger un enfant adoptif, mais leur situation resterait inchangée si le troisième enfant était le leur. Accueillir des orphelins peut causer des difficultés économiques dans le ménage et si les orphelins doivent travailler et contribuer au bien-être économique de leur famille adoptive, il est probable qu'ils abandonneront les études. Un certain ressentiment de la part de la famille adoptive a été enregistré ; dans une enquête conduite à Lusaka, 56% seulement d'orphelins de 13 à 18 ans ont répondu qu'ils étaient bien traités (FHI/SCOPE OVC, 2002).

Tableau 2.1 : Croissance de la dépense et du revenu par tête dans les ménages qui accueillent des enfants adoptifs

Foyer de placement	Changement de la dépense réelle par tête	Changement du revenu réel par tête	Taux d'investissement
Enfants adoptifs de moins de 14 ans reçus de 1992 à 2000			
Non	4,91%	8,34%**	2,40%
Oui	2,95%	5,81%	1,88%
Enfants adoptifs âgés de 7 à 14 ans reçus de 1992 à 2000			
Non	4,80%	8,12%**	2,41%***
Oui	2,84%	5,98%	1,71%
Echantillon total	4,42%	7,70%	2,27%

Note : tous les taux sont des taux de croissance annuels moyens

** Significatif à 5% ; *** Significatif à 1%

Source : Deininger, Garcia et Subbarao (2001).

Confier les orphelins aux orphelinats est toujours le dernier recours, particulièrement parce que les normes culturelles, communautaires et familiales favorisent premièrement le placement des enfants dans la communauté (Urassa et autres, 1997). Les orphelins sont confiés aux orphelinats seulement si aucun membre de la famille ou de la communauté n'est disposé à s'occuper de l'enfant orphelin et s'il n'y a aucun enfant dans le ménage suffisamment âgé pour se charger de ses frères et sœurs. Les orphelinats déplacent les orphelins de leurs communautés et cultures et les élèvent de manière parfois différente de celle de la culture de l'orphelins et il est souvent difficile pour l'enfant de s'adapter à la vie à l'extérieur une fois qu'il quitte cette institution (Kelly, 2002).

D'un point de vue économique, les orphelinats sont très coûteux. Par exemple, il coûte entre 300\$ et 500\$ par an pour maintenir un enfant dans un orphelinat en Ethiopie (Bhargava et Bigombe, 2002) et cela peut coûter jusqu'à quinze fois plus cher que le placement dans communauté (Banque Mondiale, 2001). Qui plus est, les orphelinats n'ont que la capacité d'accueillir une petite partie des enfants dans le besoin (Kelly, 2002). En dépit de ces considérations, les orphelinats ont la réputation en Ouganda d'offrir aux orphelins un niveau de vie plus élevé que celui fourni par les membres de la famille. Cela est probablement dû au fait que les orphelinats dépensent plus d'argent pour les orphelins que les membres de la famille ne le font. Les enfants à l'orphelinat avaient plus de chance d'aller à l'école que les orphelins vivant ailleurs, bien qu'il faille souligner que la majorité de ces orphelinats sont situés en région urbaines (Ainsworth et Rwegarulira, 1992). En outre, il n'y a pas beaucoup d'orphelinats disponibles à cause probablement de la faible demande et des coûts de fonctionnement élevés. La situation est rendue critique par le fait que les orphelinats préfèrent accueillir les bébés/enfants en bas âge par opposition à la tranche d'âge scolaire qui nous intéresse ici.

Kelly souligne que les orphelinats offrent une solution temporaire aux orphelins en attendant de leur trouver une famille adoptive de même qu'aux enfants abandonnés. Etant donné l'ampleur du problème des OEV en Afrique, les orphelinats ne peuvent qu'espérer offrir une solution partielle et urgente à la crise. D'autres mesures sont nécessaires à long terme. Une troisième option qui se développe en ce moment dans plusieurs régions d'Afrique est celle des villages d'enfants. Les enfants vivent avec les membres de la famille mais vont à l'école pendant le jour où ils sont alimentés et

reçoivent une éducation de base et des soins de santé de base. En Zambie par exemple, ces centres sont dirigés par des veuves dont les maris ont succombé au SIDA.

Exercice d'atelier

L'impact du VIH/SIDA sur la vie familiale des enfants

Distribuez à chaque participant une copie de l'annexe 2.

Instructions pour l'activité 3

Formez des groupes et abordez les thèmes suivants :

Quel impact le décès et la maladie causés par le VIH/SIDA a sur les familles et les communautés ?

(Prenez l'histoire de la mère d'Elizabeth et partez de vos expériences personnelles).

Quels pourraient être certains effets à long terme sur l'inscription, la fréquentation et les résultats scolaires des enfants ?

Choisissez une personne pour noter toutes les réponses sur une grande feuille de papier visible de tous.

Instruction pour l'activité 4

Scindez les participants en petits groupes.

Pensez à un enfant dans votre communauté qui a perdu un parent en raison du VIH/SIDA.

A quels types de problèmes l'enfant a-t-il fait face suite à la maladie et à la mort ultérieure du parent ? En pensant aux problèmes, référez-vous à ceux rencontrés par la famille décrite dans l'Histoire d'Enfant 1- « Orphelin qui Gère un Ménage » - fournie aux participants (Annexe 1).

Ne manquez pas de considérer les besoins physiques, spirituels, émotionnels et de développement de l'enfant en abordant cette question.

Demandez à une personne dans chaque groupe de noter les découvertes du groupe.

Quand tous les groupes ont terminé, demandez à chaque groupe de présenter ses découvertes à l'ensemble des participants.

A la fin des présentations, l'instructeur récapitule les points principaux. Certains des points que l'instructeur peut soulever après la présentation et les commentaires des participants sont présentés dans l'Annexe 3.

Section 3 – LA VIE SCOLAIRE: L'impact de la maladie et du décès des parents en raison du VIH/SIDA sur la scolarité de leurs enfants

Cette section examine les facteurs qui influencent l'accès à l'éducation et l'impact de la maladie et du décès des parents en raison du VIH/SIDA sur la scolarité de leurs enfants. La maladie et le décès dans un ménage ont un impact sur l'inscription, la fréquentation et les résultats scolaires d'un enfant. En cas de maladie ou de décès dans un ménage, les ressources financières disponibles sont souvent utilisées pour prendre soin du malade ou pour financer les obsèques, ce qui réduit le budget alloué à la scolarité des enfants. Cette situation entraîne ou bien une inscription tardive (dans la plupart des cas) ou aucune inscription du tout. La fréquentation scolaire diminue aussi, d'autant plus que ces enfants doivent travailler et prendre en même temps soin de leurs parents malades. Les résultats scolaires sont affectés par l'absentéisme et le manque de soin et de soutien par les parents.

Introduction

L'Éducation pour Tous (EPT) est un objectif obligatoire pour toutes les nations (UNESCO, 2000.) L'EPT améliore à la fois la vie des enfants et le bien-être économique et social des pays. Un enfant qui accède à un enseignement primaire de première qualité et qui sait lire, écrire, et faire l'arithmétique de base a des fondements solides pour apprendre tout au long de sa vie. L'éducation offre aux enfants une meilleure chance pour mener une vie pleine, saine et sûre.

L'éducation profite aux nations parce que c'est un outil principal de développement économique et social. Particulièrement, au niveau de base (primaire et début du secondaire), c'est un facteur principal dans la réduction de la pauvreté. L'éducation augmente la productivité du travail, améliore la santé, et permet aux individus de participer pleinement à l'activité économique et au développement de leur société. Aujourd'hui dans le monde, un enfant sans éducation est désavantagé en termes de revenu de santé et d'opportunités. Les enfants dont les parents sont atteints de la maladie ou ont succombé au VIH/SIDA sont parmi le groupe d'enfants vulnérables qui courent le risque le plus élevé d'être exclus ou privés de l'accès à l'éducation.

Dans les débats sur la stratégie internationale pour rendre opérationnel le Cadre d'Action de Dakar sur l'EPT, il a été déclaré que les partenaires internationaux et bilatéraux au niveau national devraient « soutenir la diversification des opportunités d'éducation pour garantir que l'accès aux opportunités d'études est suffisamment flexible pour répondre aux contraintes que le VIH/SIDA impose aux enfants et à leurs familles, et pour répondre aux besoins particuliers des enfants orphelins du SIDA » (UNESCO 2002.)

La pandémie du VIH entrave considérablement les opportunités des OEV d'aller à l'école et de recevoir l'éducation qui est si essentielle pour une vie réussie. Le taux le plus élevé de prévalence du VIH/SIDA est enregistré parmi les adultes en âge d'élever les enfants avec le décès qui survient à 20-44 ans chez les femmes et à 25-44 ans chez les hommes (Boerma T.J., Nunn A.J., et autres 1998.) La maladie et le décès causés par le VIH/SIDA réduit le nombre de parents âgés de 20 à 40 ans (Todd, J. et autres, 1997) qui autrement auraient soutenu leurs enfants à l'école.

Comme il a été abordé dans la section 2, lorsqu'un parent succombe au SIDA, l'une des conséquences pourrait être une baisse dans les finances du ménage, parce que le nombre de salariés dans le foyer a diminué. Par conséquent, il y a moins d'argent disponible pour payer les frais de scolarité ou pour acheter les manuels scolaires, et les enfants eux-mêmes peuvent être forcés de travailler pour aider à soutenir leur famille ou la famille adoptive. À long terme, l'éducation de l'enfant en pâtit. La probabilité que les orphelins aillent à l'école régulièrement ou du tout, est limitée. en Ouganda, les chances qu'un enfant orphelin du sida aille à l'école sont réduites de 50% par rapport à un non-orphelin, et ceux qui réussissent à aller à l'école y passent moins de temps (Banque Mondiale 1995.)

Cependant, toute stratégie visant à aider les enfants à accéder à l'éducation ne devrait pas seulement se concentrer sur les enfants « biologiquement » orphelins du SIDA mais elle devra prendre en compte tous les enfants vulnérables (Enfants au bord du gouffre, 2002). Avec l'augmentation du nombre d'OEV, il faut s'attendre à une hausse des problèmes psychosociaux et physiques chez les enfants. En plus, il faut s'attendre à une hausse de l'absentéisme parmi les enfants qui sont chefs de famille et ceux qui contribuent au revenu familial en travaillant. Il faut s'attendre à une baisse des taux d'inscription et de fréquentation scolaire (ONUSIDA/UNICEF 1999 ; Coombe 2000.)

La section suivante examine les facteurs qui peuvent influencer l'accès à l'éducation et traite ensuite de l'impact de la maladie et du décès des parents en raison du VIH/SIDA sur la scolarité des enfants.

Quels sont les facteurs qui influencent l'accès à l'éducation?

La plupart des parents considèrent l'envoi de leurs enfants à l'école comme un investissement. Ils considèrent que l'éducation améliorera la situation salariale de l'enfant une fois qu'il devient adulte et qu'en retour l'enfant subviendra à leurs besoins quand ils seront vieux et incapables de travailler. Cependant, de nombreux facteurs en jeu entravent l'inscription et la fréquentation scolaire de l'enfant. Certains de ces facteurs ont une influence considérable sur les enfants orphelins du SIDA ou les enfants qui vivent dans les ménages avec des adultes malades du VIH/SIDA. Il existe beaucoup d'obstacles à l'éducation qui peuvent affecter les individus à des degrés différents, comme la pauvreté, la distance de la maison à l'école, mais pour les OEV il existe des obstacles spécifiques en plus de ceux-ci, comme la stigmatisation, le manque d'une résidence permanente etc.

Une évaluation des facteurs qui décident de l'accès à l'éducation de l'enfant en Tanzanie conduite par Ainsworth et autres (2002) révèle les éléments qui suivent, divisés en deux groupes, les barrières générales et celles spécifiques aux OEV:

Barrières générales

- **Le revenu du ménage (soit personnel, soit emprunt.)** Les parents prennent en charge les dépenses concernant l'éducation. Quand ils sont pauvres, il leur est difficile de couvrir ces frais. Le VIH/SIDA accroît le niveau de pauvreté des familles, donc ils n'ont pas l'argent pour financer la scolarité des enfants.
- **La présence d'écoles**, particulièrement d'écoles secondaires, près de la maison. Dans la plupart des régions rurales d'Afrique SubSaharienne, il existe peu d'écoles et elles sont très éloignées des maisons. Les parents, en particulier ceux qui vivent en zones rurales et n'ont pas suffisamment conscience de la valeur de l'éducation, n'aiment pas envoyer leurs enfants, surtout les filles, dans les endroits éloignés pour étudier.

- **La qualité de l'éducation** offerte dans les écoles. L'éducation de mauvaise qualité est aggravée par la maladie et le décès des enseignants qui succombent au VIH/SIDA. Cette situation entraîne l'arrivée d'un enseignant remplaçant qui peut s'avérer moins qualifié ou dans le pire des cas la perte d'un enseignant. Il pourrait être nécessaire de réunir deux salles de classe pour surmonter le manque de personnel enseignant. Les parents en Tanzanie ont indiqué que la surcharge des salles de classe est l'une des raisons pour lesquelles les enfants ne sont pas inscrits plus tôt (Ainsworth et autres. 2002.)
- **Le décès ou la maladie du personnel enseignant.** La maladie ou la mort d'un enseignant affecte profondément les enfants parce que les enseignants font intégralement partie de la communauté. Il est essentiel de s'occuper des éducateurs; les enseignants eux-mêmes doivent recevoir une aide psychologique en plus de ce qu'ils apprennent pour venir en aide aux élèves.
- **Le manque de motivations pour envoyer un enfant à l'école.** Étant donné le niveau élevé de chômage dans la plupart des pays en développement, les parents pourraient considérer l'inscription des enfants à l'école comme une perte de ressources limitées.
- **Le manque d'importance attachée à l'éducation.** La fréquence de décès par le VIH/SIDA chez les jeunes est élevée dans plusieurs régions, et les parents pourraient penser que dépenser leurs ressources limitées pour financer la scolarité est une perte d'argent puisque l'enfant mourra probablement.

Les barrières spécifiques aux OEV

- **Le coût de la scolarité** (frais d'inscription, coûts des uniformes, des manuels scolaires etc.) Un ménage pauvre aura peu ou pas d'argent pour couvrir ces dépenses. Si un membre de la famille est malade du SIDA et ne peut pas travailler, les fonds disponibles doivent être utilisés pour payer le traitement.
- **Le coût d'opportunité de la scolarité pour l'enfant.** Lorsqu'il y a un malade dans le ménage, l'enfant peut se voir obligé de travailler à la maison pour prendre soin de ses frères et sœurs ainsi que du malade dans le ménage. La valeur du coût d'opportunité du temps des enfants devient alors très élevée.
- **Stigmatisation et discrimination des enfants orphelins du SIDA.** Cela provient dans la plupart des cas de la peur de l'infection ajoutée à un manque de compréhension de la maladie. L'école peut devenir moins attrayante pour l'enfant.

Malheureusement, quand les enseignants et les autres élèves ne sont probablement pas sensibilisés aux besoins des OEV, ces comportements peuvent pousser l'enfant à abandonner les études.

- **L'évaluation des parents sur la capacité d'endurance de l'enfant.** Lorsqu'un adulte est malade dans le ménage, le revenu du foyer peut diminuer ce qui limite les sommes disponibles pour l'alimentation. Cela peut causer la malnutrition et provoquer d'autres problèmes de santé. L'enfant peut être obligé de rester à la maison à cause de sa santé fragile.
- **Les réactions émotionnelles de l'enfant.** Les enfants peuvent se renfermer, ressentir de la honte ou se fixer sur leur situation gênante une fois qu'un membre de la famille est malade ou a succombé au VIH/SIDA. Leur concentration et performance à l'école en pâtiront.

Inscription, Fréquentation et Résultats Scolaires des OEV

L'existence du SIDA dans un ménage aura un impact sur l'inscription, la fréquentation, la performance ou les résultats des enfants pour plusieurs raisons. Les détails sont présentés dans les sous-sections qui suivent.

L'Inscription

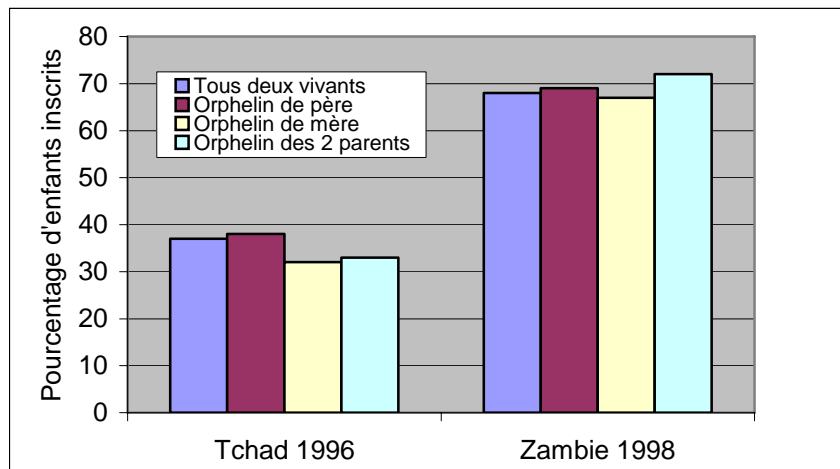
Comme il a été discuté précédemment, l'existence du SIDA au sein des ménages limite les fonds disponibles et accroît la pauvreté. L'éducation des enfants dans le foyer en pâtit et les enfants peuvent être inscrits tardivement ou pas du tout. Le nombre croissant d'OEV posera un défi pour la réalisation des objectifs de l'EPT et peut entraîner la pauvreté croissante des OEV quand ils atteignent l'âge adulte.

Il y a plusieurs facteurs qui influencent, et de façon plus importante dans ce contexte, qui entravent le processus d'inscription scolaire des enfants ; très souvent les OEV rencontrent des obstacles encore plus grands. Dans certaines régions des pays de l'Afrique SubSaharienne, le taux d'inscription d'enfants orphelins est considérablement inférieur à celui des non-orphelins. Cependant, cela n'est pas toujours le cas; les taux d'inscription des OEV varient au sein d'un pays de même que d'un pays à l'autre, et cela dépend aussi du statut de l'orphelin, à savoir si l'orphelin a perdu l'un de ses parents ou ses deux parents.

Statut d'orphelin

Dans une analyse préliminaire des Enquêtes sur le Contrôle des Conditions de Vie (LMS) et Enquêtes Démographiques et Sanitaires (DHS) conduites dans 28 pays (dont 22 en Afrique SubSaharienne), Ainsworth et Filmer (2001) ont observé par exemple que, dans les DHS réalisées au Tchad en 1996 et les LMS effectuées en Zambie en 1998, il n'y avait pas de différence significative dans les taux d'inscription en fonction du statut d'orphelin (Schéma 3.1.)

Schéma 3.1. Pays dont la différence du taux d'inscription n'est pas significative en fonction du statut d'orphelin



D'autres études analysées, comme les DHS sur le Bénin en 1993 et les DHS sur le Kenya en 1998, ont montré un taux d'inscription inférieur pour tous les orphelins, comparé à celui des enfants dont les deux parents sont vivants (Schéma 3.2.) Au Burkina-Faso, en comparant le statut des enfants, les DHS de 1993 ont montré que le taux d'inscription des orphelins de mère et des deux parents était inférieur à celui d'enfants dont les deux parents étaient vivants (Schéma 3.3), mais les DHS sur le Mozambique en 1997 et le Ghana en 1998 ont montré des taux inférieurs uniquement pour les orphelins de père et des deux parents (Schéma 3.4.)

Schéma 3.2. Pays où le taux d'inscription est inférieur pour tous les orphelins

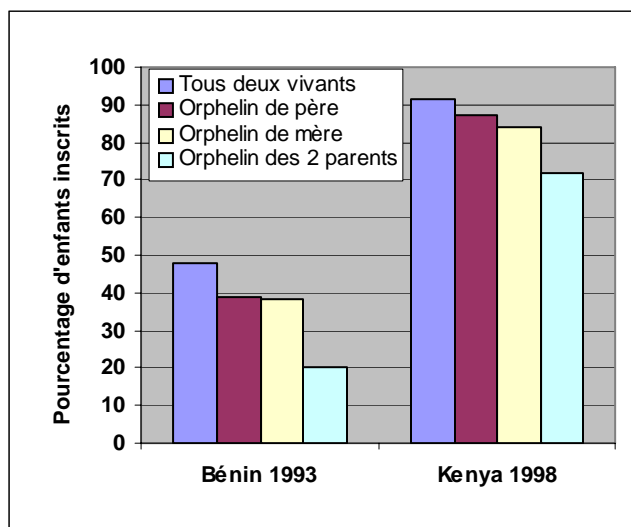


Schéma 3.3. Pays où le taux d'inscription est inférieur pour les orphelins de mère et des deux parents

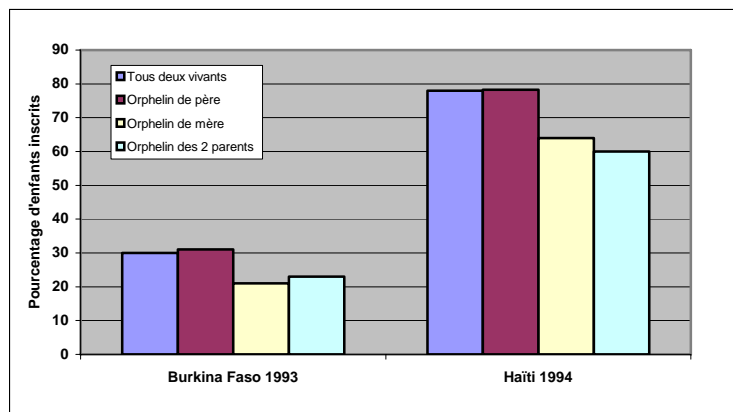
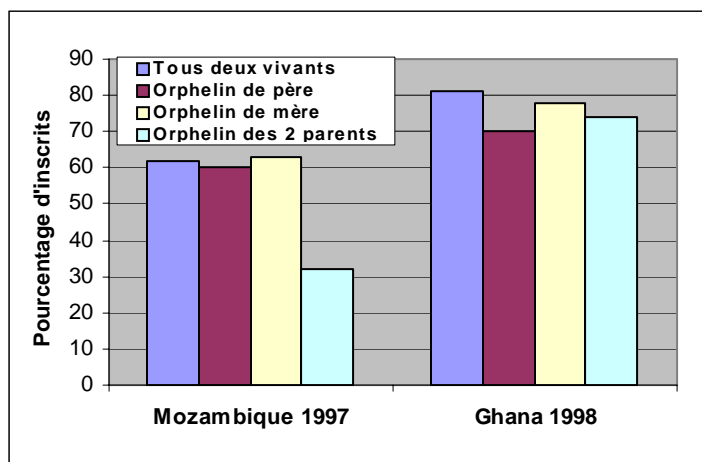


Schéma 3.4. Pays où le taux d'inscription est inférieur pour les orphelins des deux parents ou les orphelins de père



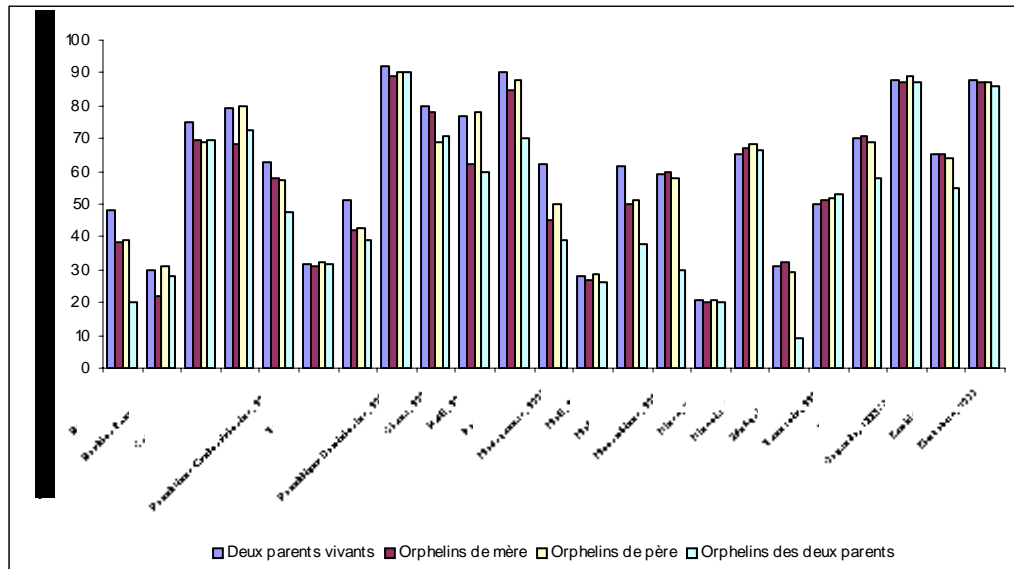
Sources pour les Schémas 3.1–3.4: Ainsworth et Filmer (2001.)

Calculs effectués par les auteurs à partir des données des enquêtes DHS et LSM (Zambie.)

L'UNICEF a rassemblé des données sur plus de 10.000 enfants au Burundi et a découvert que la proportion d'enfants scolarisés ayant perdu les deux parents est considérablement inférieure à la proportion d'enfants dont l'un ou les deux parents sont encore vivants (Deininger et autres, 2001.) Cette découverte a été confirmée par l'enquête DHS qui a été conduite dans six pays africains au début des années 1990. Les observations notées par Ainsworth et Filmer (2001) illustrent le fait que le degré de sous-inscription varie d'un pays à l'autre et que les orphelins n'ont pas toujours les taux d'inscription le plus bas.

Dans une analyse récente de 23 pays, sur lesquels 21 sont en Afrique, la Banque Mondiale a découvert qu'être orphelin des deux parents affecte les taux d'inscription dans la plupart des pays mais non dans tous. (Schéma 3.5.) Cependant, la majorité des OEV n'est pas constituée d'orphelins des deux parents.

Schéma 3.5. Taux d'inscription moyen en fonction du statut d'orphelins âgés de 7 à 14 ans dans des pays et des années choisis

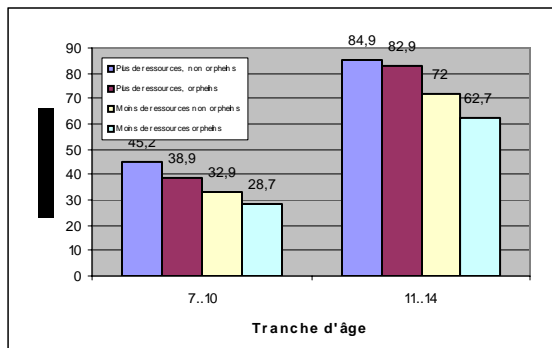


Source: Banque Mondiale (2002.)

L'âge de l'enfant

L'impact qu'un décès dû au SIDA dans un foyer a sur l'inscription scolaire dépend aussi de l'âge de l'enfant—si l'enfant est jeune (entre 7 et 10 ans) ou plus âgé (de 11 à 14 ans), et de la situation financière du ménage et du parent qui meurt. Le Schéma 3.6 présente les résultats des enquêtes conduites auprès des ménages entre 1991 et 1993 en Tanzanie (Ainsworth et autres, 2002.) L'enquête révèle un taux d'inscription inférieur pour les enfants âgés de 7 à 10 ans comparé à celui des enfants âgés de 11 à 14 ans indépendamment de l'état de richesse des ménages. Cette situation s'explique par le fait que les parents retardent l'inscription scolaire pour permettre aux jeunes enfants, âgés de 7 à 10 ans de se remettre d'un décès. Dans la tranche d'âge des 11 à 14 ans, le taux d'inscription demeurerait inchangé, bien que l'on ignore si la fréquentation scolaire a pu être interrompue.

Schéma 3.6. Taux d'inscription en fonction de l'âge, du statut de l'orphelin, et des avoirs du ménage, Kagera, Tanzanie, 1991–1993

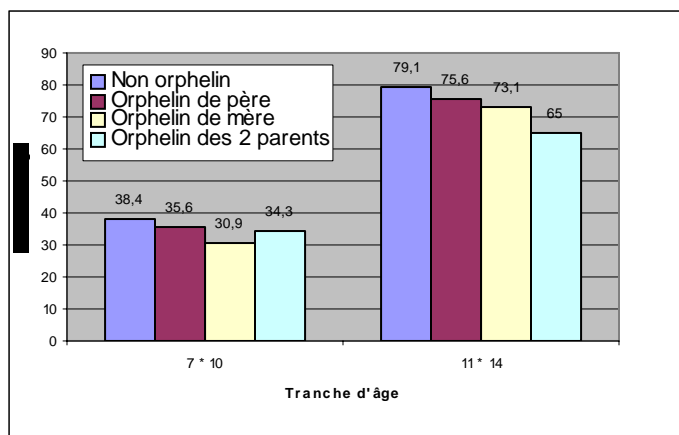


Source : Ainsworth, Beegle et Koda, 2000 (Adaptée du Schéma 9)

Dans la même enquête, il a été découvert que dans un ménage où la mère meurt, le taux d'inscription des enfants âgés de 7 à 10 ans est inférieur à celui des enfants du même âge qui vivent dans un ménage où il n'y a pas eu de décès de femme adulte (Schéma 3.7.) Les mères sont plus proches de leurs enfants que les pères et les assistent dans leur travail scolaire et par conséquent leur disparition aura un impact plus négatif (Ainsworth et autres 2002; Oulai et Carr-Hill 1993.)

Les chances d'un enfant d'être inscrit à l'école augmentent avec le niveau d'éducation de la mère. L'effet du décès de la mère sur le taux d'inscription des enfants âgés de 11 à 14 ans est plus faible parce qu'à cet âge là les enfants allaient déjà à l'école depuis un moment. A moins qu'il y'ait d'autres raisons économiques et sociales qui les empêchent de s'inscrire, il est plus probable que ces enfants continueront d'aller à l'école contrairement aux enfants les plus jeunes qui nécessitent une attention supplémentaire et une orientation pendant les premières années à l'école. La différence dans les taux d'inscription entre ces tranches d'âge souligne l'impact que la mort de la mère peut avoir sur l'inscription, et donc l'éducation, des enfants âgés entre 7 et 10 ans. D'un autre côté, la mort du père semble avoir peu d'effet sur l'inscription ou la fréquentation scolaire (Ainsworth et autres 2002; Oulai & Carr-Hill 1993). Ceci se comprend si l'on suppose que le décès du père ne présente pas un obstacle économique à la scolarité de l'enfant.

Schéma 3.7: Taux d'inscription des enfants âgés de 7 à 14 ans et statut de l'orphelin en Tanzanie



Source : Ainsworth, Beegle et Koda, 2000 (Adaptée du Schéma 8)

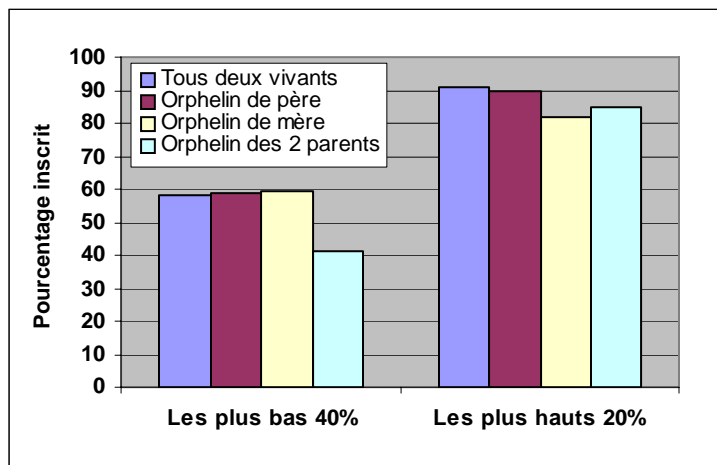
Situation financière des ménages

Après le décès d'un adulte, l'inscription des enfants dans les ménages pauvres est souvent retardée, contrairement à celle des enfants qui vivent dans les familles riches. À Kagera en Tanzanie, les orphelins âgés de 7 à 14 ans vivant dans les familles pauvres avaient un taux d'inscription inférieur à celui des non-orphelins (Ainsworth, Beegle, et Koda, 2002) (Schéma 3.6.) C'est une pratique courante en Tanzanie pour les parents de retarder l'inscription scolaire de leurs enfants. Moins de 75% d'enfants sont inscrits, mais cela n'est pas souvent dû à l'incapacité financière des parents, puisque les frais d'inscription sont bas même pour les familles étant donné l'aide financière, mais plutôt pour une variété d'autres raisons. Ces raisons incluent la mauvaise qualité de l'enseignement primaire, l'emplacement de la maison par rapport à l'école, et les tâches supplémentaires que les enfants exécutent; par exemple dans les régions rurales, la présence des garçons surtout est souvent requise pour travailler dans la ferme.

Beaucoup des raisons qui empêchent les orphelins de poursuivre les études sont identiques à celles qui empêchent les enfants pauvres d'aller à l'école. Le Schéma 3.8 montre les résultats de l'analyse de 1998 sur l'étude de Mesure du Niveau de Vie des enfants en Zambie, et révèle que les enfants qui vivent dans les ménages à faible revenu avaient moins de chances de poursuivre les études, indépendamment de leur statut d'orphelin. Cela pourrait s'expliquer par la quantité de travail que ces enfants ont

à faire à la maison, ce qui les empêche d'aller à l'école. Parmi les enfants qui vivent dans les ménages à revenu faible, les orphelins de deux parents avaient environ 15% moins de chance de poursuivre des études par rapport aux orphelins d'un seul parent ou aux non-orphelins.

Schéma 3.8. Taux d'inscription en fonction du statut de l'orphelin en Zambie, quintiles des plus bas et plus hauts revenus (1998)



Source : Ainsworth et Filmer (2001.)
(Calculs effectués par les auteurs à partir des données LSM.)

Exemples de pays

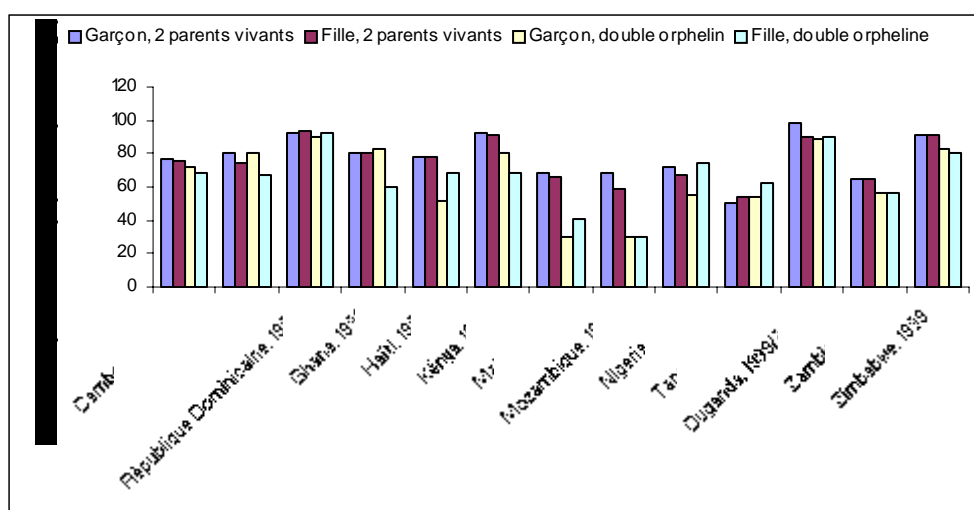
Au cours d'une enquête initiale en Ouganda en 1992, il a été découvert que les enfants adoptifs étaient désavantagés dans l'accès à l'éducation primaire et secondaire. Par contraste, l'enquête conduite en 1999 a révélé une amélioration nette du taux d'inscription tant dans l'enseignement primaire que secondaire pour tous les enfants, et très peu de différence entre les enfants adoptifs et les non-adoptifs (Deininger et autres, 2001.) Cette croissance dans le taux d'inscription a été attribuée à la mise en œuvre de la politique de l'Éducation Primaire Universelle (EPU) de 1997 en Ouganda, qui a rendu l'enseignement primaire gratuit pour quatre enfants par ménage. Le paiement des frais scolaires a été éliminé, les campagnes publicitaires ont été lancées, et les communautés se sont mobilisées autour du cadre d'action du programme EPU pour aider les parents ou ménages qui n'étaient pas en mesure d'envoyer leurs enfants à l'école (Deininger et autres, 2001.) L'information sur le statut des orphelins n'a pas été révélée, mais il a été présumé que puisqu'à l'époque l'Ouganda avait un taux de séro-

prévalence élevé, la plupart des enfants adoptifs auraient été des enfants orphelins du SIDA.

En Zambie, une enquête a découvert que 32% d'orphelins n'étaient pas inscrits à l'école en régions urbaines, au lieu de seulement 25% de non-orphelins. Dans les zones rurales, ce chiffre était beaucoup plus élevé avec 68% d'orphelins non inscrits au lieu de 48% de non-orphelins (ONUSIDA/UNICEF, 1999.) Cependant, l'enquête n'a pas fourni d'information sur le niveau général de l'inscription en Zambie.

Il a aussi été observé un écart dans le taux d'inscription scolaire entre les filles et les garçons orphelins non orphelins et le modèle n'est pas conséquent. Dans la plupart des pays en développement, beaucoup plus de garçons vont à l'école que les filles (Banque Mondiale, 2002.) Le nombre de garçons orphelins de deux parents inscrits dans les écoles au Ghana, Kenya, Mozambique et Cameroun est plus de deux fois supérieur au nombre d'orphelines de deux parents inscrites dans ces écoles. Cependant, dans les pays comme le Nigeria et la Tanzanie, les orphelines de deux parents ont un taux d'inscription scolaire supérieur à celui de leurs homologues masculins (Banque Mondiale, 2002) (Schéma 3.9.)

Schéma 3.9. Taux d'inscription scolaire des orphelins et orphelines âgés de 7 à 14 ans dans des pays et années choisis



Source: Banque Mondiale (2002), Ainsworth et Filmer (2001)

La fréquentation scolaire

Quand un adulte dans le ménage souffre de la maladie du SIDA, il est demandé aux enfants d'assumer de nouvelles responsabilités comme les tâches domestiques, la prise en charge des autres enfants dans le foyer et des activités génératrices de revenu. Dans la plupart des cas, les enfants, particulièrement les filles doivent non seulement travailler pour augmenter le revenu du ménage, mais aussi elles ont la responsabilité de s'occuper du parent malade. Il est souvent difficile pour un OEV déjà scolarisé de poursuivre ses études sans interruption, et comme conséquence, l'absentéisme régulier ou saisonnier est courant. Ce cycle s'auto propage, et plus l'absentéisme de l'enfant à l'école se prolonge plus il accuse du retard dans ses études. Malheureusement, cette situation conduit fréquemment l'enfant à abandonner les études.

Dans une enquête conduite en Ouganda en 1999, quand il était demandé aux enfants de 13 à 17 ans si la maladie de leurs parents avait un quelconque impact sur leur éducation, 26% ont répondu que leur fréquentation scolaire avait diminué (Gilborn et autres. 2001.) Au Kenya, il a été découvert que 76,9% des garçons abandonnaient leurs études parce que les parents ne pouvaient pas payer les frais de scolarité. Il est souvent difficile de faire face aux dépenses liées à la scolarité, comme le coût des uniformes et des manuels scolaires. Dans l'étude sur le Kenya, il a été découvert que 12% des filles avaient dû se retirer de l'école en raison de cas de maladie du SIDA dans la famille (Johnston et autres 1999.) Dans une autre étude effectuée en 1999 dans les régions de Luwero et Tororo en Ouganda, 81,3% de parents atteints de SIDA ont affirmé que quand ils tombaient malades, ils avaient besoin d'aide pour l'agriculture ou le jardinage, la préparation des repas, la collecte de l'eau et du bois de chauffage, la visite dans les centres médico-sociaux, la récupération des médicaments, les achats alimentaires, la surveillance du bétail, et la vente des marchandises. Ce sont les enfants, frères et sœurs, et beaux-frères qui fournissent principalement cette aide (Gilborn et al. 2001.)

Dans une autre étude, effectuée à Rakai en Ouganda concernant 20 élèves(10 garçons, 10 filles, 10 orphelins, et 10 non-orphelins), Shaeffer (1994) a cité un rapport par Anne Katahoire, selon lequel « Dix-neuf élèves ont déclaré s'être absentes de l'école pendant une période de cinq à quinze semaines au cours de l'année écoulée. Les réponses les plus courantes données pour justifier cet absentéisme étaient le manque

d'argent pour payer les frais scolaires et la nécessité de rester à la maison pour prendre soin des malades du SIDA. Tous les autres membres de la famille, y compris eux-mêmes, étaient assignés à leur tour pour s'occuper du patient ou des patients... les élèves (en particulier les filles) devaient prendre des tours à la maison pour s'occuper du malade et aider dans les champs, surtout avec la baisse de la main d'œuvre agricole dans les foyers. La plupart des élèves ont indiqué qu'ils avaient dû travailler dans les champs pour se procurer de l'argent afin de payer les frais de scolarité et de produire pour s'alimenter ».

Le drame psychosocial lié au fait de s'occuper d'une personne mourante et l'ostracisme, la discrimination et le stigmate que subissent les enfants en raison de l'infection ou de la présence du VIH/SIDA dans la famille ajoutés à la crainte qu'ils ont d'être aussi infectés, rendent les enfants malheureux dans l'environnement scolaire et souvent peu disposés à aller à l'école.

La performance scolaire

Bien qu'il n'existe pas de données empiriques directes sur l'impact de la mort due au VIH/SIDA dans un ménage sur la performance scolaire des enfants, il est possible de déduire à partir des difficultés auxquelles sont confrontés les orphelins du SIDA, soit dans les ménages gérés par des enfants, soit dans les foyers de placement, que leur performance scolaire serait médiocre. Un vaste examen international des connaissances de l'étudiant a été récemment conduit auprès de 40 pays avec des échantillons représentatifs d'étudiants dans le cadre d'action de la Third International Mathematics and Science Study (Troisième Étude Internationale sur les Mathématiques et la Science.) Pour minimiser les problèmes de comparaison des résultats des étudiants à travers les pays, cultures et langues, l'enquête a été menée en étroite collaboration avec l'International Association for the Evaluation of Educational Achievement (Association Internationale pour l'Évaluation des Résultats Éducatifs), qui a 40 ans d'expérience des études comparatives internationales sur les résultats éducatifs (Wößmann, 2000.) Les résultats indiquent que les élèves dans les années d'enseignement moyen qui vivent avec leurs deux parents ont de meilleurs résultats que les autres en mathématiques, et les garçons ont de meilleurs résultats que les filles. Les élèves qui vivent dans les communautés géographiquement isolées ont des résultats moins bons que ceux qui habitent les zones urbaines. Les enfants dans les écoles où

les parents jouent un rôle dans le développement du programme d'études avaient les meilleurs résultats. Sur la base de cette étude, l'on pourrait conclure que dans les situations où les parents étaient malades en raison du VIH/SIDA, leur participation n'était pas possible, et cela aurait un impact négatif sur la performance scolaire de leurs enfants.

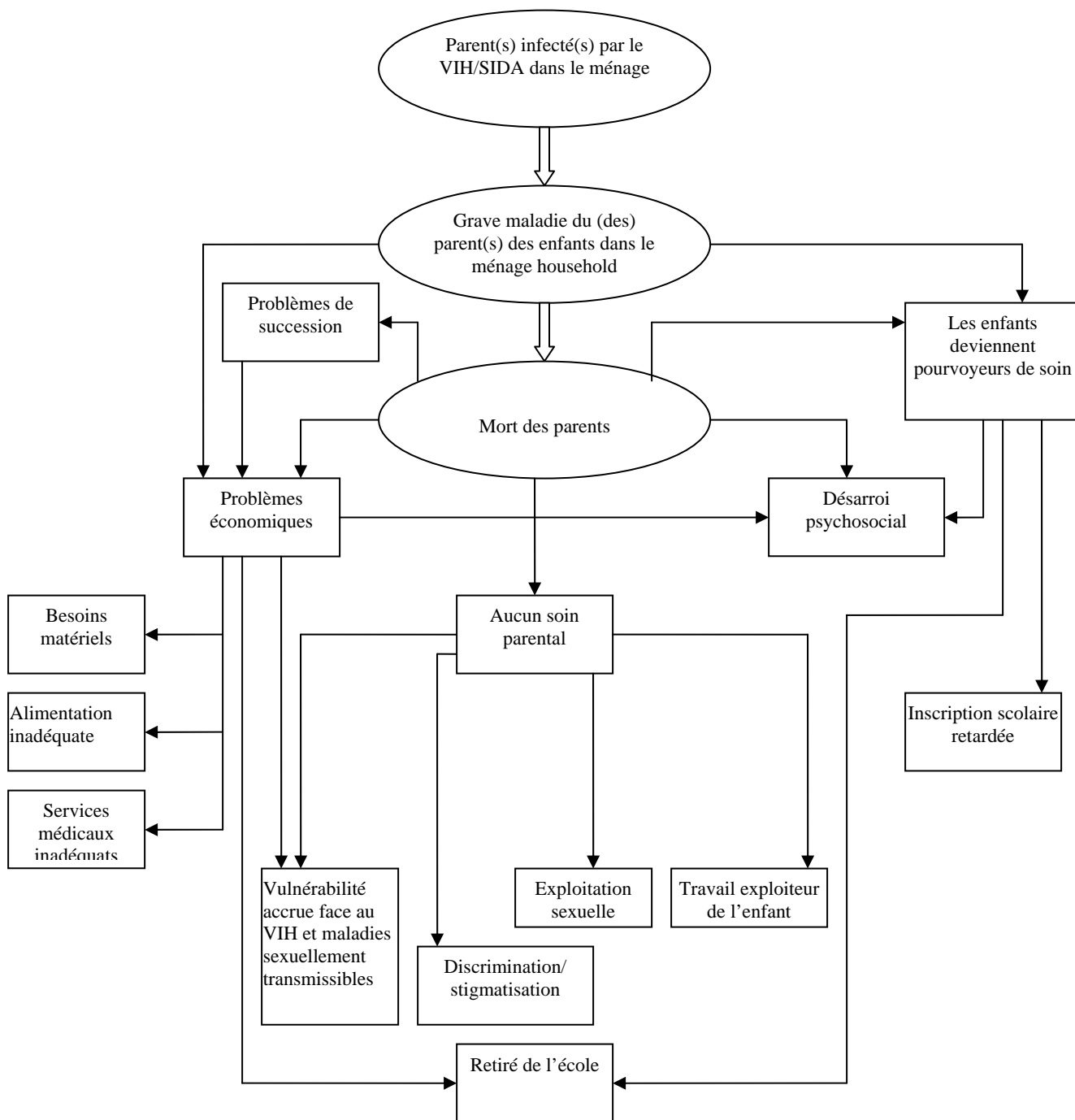
En examinant les résultats d'une étude concernant l'impact psychosocial du VIH/SIDA à Lusaka, Webb (1997) affirme que « les enfants dont les parents sont malades ont significativement plus de chance de manifester un comportement dépressif plutôt qu'antisocial. Une fois que l'enfant perd un parent, ce comportement est exacerbé. » Quand les parents séropositifs étaient interrogés sur les soucis psychosociaux qu'ils avaient au sujet de leurs enfants, ils mentionnaient l'accès à l'éducation, l'alimentation, et les besoins de base pour survivre (Gilborn et autres 2001.)

Les enfants qui vivent dans un ménage où l'un des membres est atteint du SIDA commencent à souffrir et éprouver de la peur et l'anxiété bien avant la mort de la mère ou des deux parents. Ils prennent en charge certaines des responsabilités exercées à l'origine par le membre de famille malade, comme par exemple, les tâches ménagères, s'occuper de leurs jeunes frères et sœurs, aller au champ, et travailler pour augmenter le revenu du ménage. Toutes ces nouvelles responsabilités causent le stress chez l'enfant. L'enfant est également dépressif et anxieux face à la souffrance de la personne qui est malade (Black 1998 ; Forsyth et autres 1996 ; Hunter et Williamson, 1997, 1998; Williamson, 2000b). Lorsque de tels enfants continuent d'aller à l'école, leur performance scolaire peut en pâtir. En examinant l'appui psychosocial pour les enfants affectés par le VIH/SIDA, une étude a découvert qu'en raison du traumatisme psychologique irrésolu, le VIH/SIDA avait un effet négatif sur la performance scolaire (ONUSIDA 2001a.) Une étude conduite en Ouganda en 1999 portant sur l'impact de la maladie du parent sur la performance scolaire de l'enfant a révélé un déclin de 27,6% chez les enfants âgés de 13 à 17 ans (Gilborn et autres 2001.) Un tel déclin dans les résultats peut aussi être attribué au fait que les enfants manquent souvent l'école pour s'occuper des affaires du ménage, y inclus prendre soin du membre de famille malade. Dans le cas où le parent est trop malade pour participer activement aux activités scolaires ou au développement éducatif de l'enfant, il devient difficile pour les enfants de se concentrer même s'ils continuent d'aller à l'école. Les parents malades sont souvent

incapables d'assister leurs enfants pour les devoirs scolaires ou de les surveiller à la maison. Dans le court et le long terme, la performance ou les résultats scolaires des enfants seront négativement affectés.

Une vue générale des barrières à l'inscription scolaire des OEV est présentée dans le Schéma 3.10.

Schéma 3.10. Barrières qui empêchent les OEV de s'inscrire à l'école et de poursuivre leur éducation.



Source: Adapté de Foster et Williamson (2000); Williamson (2000b)

Exercices d'atelier

L'impact de la maladie et de la mort d'un adulte dans le ménage sur la scolarité des enfants

Il est demandé aux participants de travailler dans leurs groupes de pays.

Instructions pour l'activité 5

Répartir les participants par groupes de pays.

Que savez-vous de l'impact de la maladie et de la mort causée par le VIH/SIDA sur les enfants dans un ménage, particulièrement pour ce qui concerne l'inscription, la fréquentation et la performance/les résultats scolaires?

Chaque groupe de pays choisit une personne pour inscrire la liste des impacts sur un tableau de conférence. À la fin du temps imparti, chaque pays présentera son travail. Les thèmes communs seront inscrits sur un autre tableau de conférence.

L'instructeur ajoutera ensuite tout autre point que les participants auront omis et récapitulera l'impact que la maladie et la mort ont sur la vie familiale, l'inscription, la fréquentation et la performance scolaire (de nouveaux points sont soulignés dans l'Annexe 4.)

Étant donné que très peu a été fait jusqu'à présent pour soutenir les enfants quand ils perdent un parent ou des parents, il faudrait mettre l'accent sur l'impact psychosocial.

La session se poursuit avec une discussion sur l'impact psychosocial du VIH/SIDA sur les familles et les communautés (Annexe 5.)

Section 4 – Qu'est-ce qui a été fait pour améliorer l'accès à l'éducation des OEV ?

Cette section présente les différentes stratégies qui ont été mises en œuvre pour accroître l'accès à l'éducation des OEV. Certaines stratégies sont spécifiques aux enfants orphelins du SIDA et d'autres s'adressent à tous les enfants en général mais profitent aussi aux orphelins du SIDA. Des cas de projets dans deux pays illustrent comment les fonds circulent du bailleur de fonds ou du gouvernement aux bénéficiaires. Elle décrit comment les interventions sont contrôlées et évaluées. La section conclut avec une discussion sur des questions liées au calibrage de l'aide aux enfants orphelins du SIDA—faudrait-t-il donner de l'aide aux orphelins du SIDA ou bien aux foyers de placement/membres de famille ? L'aide devrait-elle être pour les enfants orphelins du SIDA ou bien pour tous les enfants vulnérables et devrait-elle être fournie directement?

Introduction

Des efforts ont été entrepris pour atténuer l'impact de la maladie et de la mort causée par le VIH/SIDA sur l'accès à l'éducation des enfants. Jusqu'ici, il n'apparaît pas de données claires pour indiquer que les OEV ont moins accès à l'éducation ou que leur taux de fréquentation scolaire est plus faible, mais il est évident que les enfants pauvres ont un accès et une fréquentation plus faibles par rapport aux enfants riches.

Dans certains pays, les groupes communautaires locaux et les organisations non gouvernementales et religieuses ont reconnu l'impact négatif du VIH/SIDA sur l'éducation et le bien-être des enfants et ont entrepris des actions concrètes. La majorité des interventions en faveur des OEV et leur accès à l'éducation est assez récente et n'a pas encore été évaluée pour tester l'efficacité du programme. Cette section examine certaines de ces interventions.

Stratégies pour améliorer l'accès à l'éducation

Plusieurs interventions peuvent être exécutées en faveur des OEV pour leur permettre d'accéder à l'éducation (Deininger, Garcia, et Subbarao, 2001; Hepburn, 2001.) Hepburn (2001) a examiné ces interventions et les a regroupées dans quatre catégories (voir Appendice 1.3.)

- La subvention pour des dépenses liées à la scolarité—par exemple, le paiement des frais scolaires ;
- La restructuration du système d'éducation traditionnel—par exemple, la création d'écoles communautaires ;
- L'accroissement indirectement de l'accès à l'éducation—par exemple, en mettant en place une prise en charge des enfants au niveau de la communauté et de la maison ;
- L'amélioration de la qualité de l'éducation—par exemple, à travers la mise à jour du programme d'études, la formation des enseignants et l'octroi des fournitures de base.

Certaines des interventions dans ces catégories sont spécifiques aux OEV tandis que d'autres profitent à tous les enfants. Ces interventions sont regroupées et présentées dans l'Encadré 4.1 comme suit :

Encadré 4.1. Interventions pour améliorer l'accès à l'éducation

Interventions spécifiques aux OEV

- Subvention pour des coûts liés à la scolarité – frais scolaires et octroi de bourses d'études et/ou bons scolaires ;
- Plans générateurs de revenu ;
- Solutions qui proviennent de la communauté et des ménages ;
- Enseignants qui acceptent d'assumer le travail psychosocial et la méthode de travail ;
- Soutien en nature pour les écoles qui admettent les orphelins et enfants vulnérables.

Interventions pour la population générale

- Suppression des frais de scolarité ;
- Ouverture d'écoles communautaires ;
- Accroître la capacité d'accueil des écoles de formation des enseignants pour augmenter le nombre d'enseignants ;
- Mise à jour du programme d'études pour inclure la formation professionnelle et l'enseignement des aptitudes à la vie ;
- Amélioration générale de la qualité de l'éducation ;
- Programmes d'alimentation en milieu scolaire.

Interventions spécifiques aux OEV

1. Subvention des coûts liés à la scolarité et octroi de bourses d'études

Comme il a été vu dans les sections précédentes, le coût des frais de scolarité, d'uniformes, de manuels scolaires, et autres dépenses entravent l'accès à l'éducation de plusieurs OEV. L'une des stratégies les plus couramment utilisées pour surmonter cette barrière consiste à éliminer certains de ces coûts. Ces actions de réduction incluent l'octroi de bourses d'études ou de subventions aux ménages, pour permettre de couvrir le coût des livres, fournitures et uniformes scolaires. Ces mesures peuvent être des motivations suffisamment importantes pour que les ménages inscrivent les enfants vulnérables à l'école, y compris les orphelins et particulièrement les filles. Dans certains cas les manuels scolaires ont été offerts gratuitement aux écoles, mis à leur disposition à travers un système de location de manuels ou bien vendus à des tarifs subventionnés.

Dans beaucoup de pays en développement d'Afrique Subsaharienne, le système d'éducation est sous-financé et les écoles doivent mobiliser leurs propres ressources. Cela se fait souvent en demandant aux parents de combler le déficit par la voie des Associations Parents-Enseignants. Les stratégies d'intervention peuvent aider les parents à faire face à ces dépenses d'études supplémentaires. Il a été proposé de fournir directement certains de ces nécessaires scolaires, pour faciliter l'accès à l'éducation des OEV, au Zimbabwe et Burundi et cela est examiné dans les histoires de cas, plus loin dans cette section (Gouvernement de la République du Burundi, 2002, non publié ; Gouvernement du Zimbabwe, 2001, non publié).

Au Brésil, il a été observé que le taux de fréquentation scolaire avait augmenté après l'introduction du programme *Bolsa Escola*. Ce programme vise à réduire le travail de l'enfant et encourager les familles à envoyer leurs enfants à l'école en offrant des aides financières aux familles qui ont des enfants âgés de 7 à 14 ans. La fréquentation scolaire était un critère de sélection: pour être qualifié comme bénéficiaire de l'aide, l'enfant doit aller à l'école pendant un minimum de jours par mois (90%). Il a été observé que le taux d'avancement à la classe supérieure des enfants vivant dans les ménages bénéficiaires de l'aide était de 80%, au lieu de à 72% pour les ménages non bénéficiaires. Il a aussi été observé qu'un plus grand nombre d'enfants vivant dans ces

ménages bénéficiaires était inscrit à l'école à l'âge convenable (Guilherme, Nadeem et Gustafsson, 2000).

Le programme *Progres*a a été mis en place par le gouvernement fédéral du Mexique en vue d'offrir des bourses d'études et un soutien financier pour l'achat des fournitures scolaires. Ce programme utilise le ciblage géographique pour sélectionner les municipalités les plus pauvres et ensuite fait la moyenne des résultats du test dans la localité choisie pour déterminer les ménages bénéficiaires. Les bénéficiaires du programme sont choisis après d'une enquête conduite auprès des ménages. Le montant de l'aide financière varie en fonction de la classe et du sexe de l'enfant ; les filles reçoivent une initiation plus importante pour aller à l'école et les enfants dans une classe avancée recevront une aide financière supérieure à celle offerte aux enfants en classe inférieure. Les aides financières sont distribuées aux mères tous les deux mois pendant l'année scolaire, et tous les enfants âgés de 7 à 18 ans sont éligibles. Pour recevoir cette aide financière, les parents doivent inscrire leurs enfants à l'école et s'assurer qu'ils y vont régulièrement (c'est-à-dire que les enfants doivent avoir un taux de fréquentation minimum de 85%, tant mensuel qu'annuel) (Guilherme et autres, 2000).

Après avoir analysé les données rassemblées dans le programme *Progres*a, et les caractéristiques du contrôle de la communauté, des ménages et écoles, Guilherme et autres (2000) ont noté que le taux d'inscription scolaire était en hausse de 2,2% (sur une base de 92%) dans les régions ayant le programme par rapport aux autres régions. Le programme a eu un impact considérable sur le taux d'inscription, augmentant à la fois le nombre d'élèves qui poursuivaient leurs études ainsi que celui de ceux qui reprenaient les études de 61% en 1998 à 82% en 1999. Ce plan n'était pas idéal aux yeux de la communauté, qui éprouvait du ressentiment à ne pas être plus impliquée dans la sélection des bénéficiaires (Adato et autres, 2000.)

Dans les pays d'Amérique latine, certaines autorités locales ont offert des subventions et financé l'éducation des filles. Étant donné le nombre d'OEV en Afrique SubSaharienne et la limitation des ressources disponibles, cette approche n'est peut être pas faisable. La durabilité dans cette région africaine ne serait peut être pas possible sans un soutien extérieur continu. Au Burundi, par exemple, il est estimé que le programme de subvention coûterait à 148 \$ par famille et par an (Subbarao, Mattimore, et Plangemann,

2001) et il serait difficile pour le Burundi d'auto financer un tel programme. Un autre moyen d'accroître les chances de durabilité serait d'offrir des fonds aux familles pour financer des projets générateurs de revenu (Donahue, 2000.)

Cibler les orphelins en leur offrant une aide pour financer les coûts liés à la scolarité présume que leur faible taux d'inscription est uniquement dû à leur incapacité de payer les frais scolaires. Il est peu probable que cela soit le cas pour les raisons abordées dans les chapitres précédents. Devoir s'occuper d'un parent malade, les écoles de mauvaise qualité et la distance entre la maison et l'école et d'autres facteurs ont aussi un impact négatif sur le taux d'inscription. Dans une enquête portant sur 62 écoles en Tanzanie, les responsables scolaires ont affirmé que les difficultés financières étaient la raison la moins importante pour expliquer l'absentéisme des enfants à l'école (Oulai et Carr-Hill 1993, p. 18.) Il serait plus approprié d'améliorer l'ensemble du système d'éducation pour accroître le taux d'inscription chez les enfants de manière équitable.

2. Les projets générateurs de revenu

Les foyers de placement nécessitent souvent une aide financière pour pouvoir envoyer à l'école les OEV dont ils ont la charge. Le micro-financement et l'octroi de fonds pour financer les projets générateurs de revenu ont été utilisés comme des stratégies pour améliorer leur situation économique (Donahue, 2000.) Les projets générateurs de revenu ont été entrepris dans les pays comme l'Ouganda et l'Erythrée. Pour être efficaces, cependant, ces projets doivent être accompagnés d'une formation et d'un soutien en matière de techniques de commercialisation (Deininger et autres, 2001.) Dans les endroits où les projets générateurs de revenu ont été mis en place, les gains sont parfois maigres par rapport aux efforts et ressources investis (ONUSIDA/UNICEF, 1999.) Il faut veiller à ce que ces projets générateurs de revenu ne requièrent pas des enfants de travailler au lieu d'aller à l'école et que les enfants aient suffisamment de temps libre pour étudier en dehors de l'école.

Il est aussi possible d'offrir aux foyers de placement un virement de fonds conditionnel ciblé, mais cela ne serait pas durable sans une participation substantielle du gouvernement. Dans certains cas, les foyers de placement ont reçu des prêts pour lancer une petite entreprise génératrice de revenu. Donahue (2000) et Hepburn (2001) ont découvert que le micro-financement, qui a été mis en place dans plusieurs pays

africains, aide les ménages à maintenir ou accroître leur revenu et diminue leur vulnérabilité à la faillite financière. La plupart des crédits de micro-financement ou de plans de prêts ciblent les femmes parce qu'elles ont plus de chance de rembourser l'argent et d'utiliser ce revenu pour le bien du ménage, y compris des OEV (Williamson, 2000a.) Dans un projet pour enfants vulnérables dans deux localités gouvernementales à Benue State au Nigeria, 250 ménages accueillant des orphelins et enfants vulnérables reçoivent de l'aide à travers des activités génératrices de revenu et des projets de micro-crédits, et 350 OEV reçoivent une éducation et une formation professionnelle (USAID, 2001, pp. 30–31.)

3. Solutions initiées par des communautés et les ménages

Après la famille étendue, la communauté est un second filet de sécurité pour les OEV. Les interventions de la communauté ont joué un rôle important dans la prévention et le contrôle du VIH/SIDA aussi bien que dans la prise en charge des besoins des orphelins et enfants dont les parents souffrent des maladies liées au VIH/SIDA (Hunter et Williamson, 2000a.) La communauté dans ce cas-ci représente des personnes qui ont quelque chose en commun et qui sont préparées pour agir ensemble dans leur intérêt commun, par exemple, un groupe de femmes, un groupe religieux ou une coopérative de travailleurs. Ces groupes accordent la priorité au contrôle des orphelins et aux besoins psychosociaux des OEV et offrent de l'aide aux écoles et garderies dans la communauté (Gilks et autres, 1998.)

Comme il a été indiqué plus tôt, lorsqu'un parent est malade ou succombe au VIH/SIDA l'éducation des OEV en pâtit. La communauté peut trouver les moyens d'identifier les ménages dans le besoin et les enfants qui ne vont pas à l'école, ainsi que les raisons pour lesquelles ils n'y vont pas. La communauté devra se mobiliser pour aider les OEV dans les activités domestiques afin que l'enfant ait suffisamment de temps pour aller à l'école. De telles activités incluent l'aide dans les tâches ménagères, le travail dans les champs et la surveillance du bétail et fournir des soins à la maison au parent malade. Au Zimbabwe, le programme communautaire Chief Charumbira de soins aux orphelins établi en 1994 dans la province de Masvingo, utilise les bénévoles fournis par les comités du village pour s'assurer que les OEV vont à l'école et y demeurent. Les bénévoles ont pris en charge certaines tâches ménagères pour permettre aux enfants d'aller à l'école et les comités du village ont demandé aux membres de la communauté

de contribuer au paiement des frais de scolarité (ONUSIDA/UNICEF, 1999.) Au Nigeria, le projet de soins Renforcés aux Orphelins de l'Etat de River a fourni des soins à 500 ménages accueillant des OEV. Des Plans sont en cours pour venir encore en aide à 300 pourvoyeurs de soins et inscrire 300 orphelins supplémentaires dans les écoles (USAID, 2001, p. 29.)

La communauté peut aussi assumer le rôle de défenseur des droits de l'orphelin dans ses rapports avec les parents/membres de la famille, le Ministère de l'Éducation et l'école afin de résoudre certains des problèmes qui empêchent les enfants, particulièrement les OEV, de s'inscrire à l'école. Des campagnes de soutien au niveau communautaire et national ont été utilisées avec succès en Zambie pour suspendre les frais d'inscription scolaires pour les orphelins pendant un an (USAID, UNICEF, et SIDA, cités par Hepburn, 2001.)

4. Conseil psychosocial et au travail par les enseignants

Plusieurs des OEV qui continuent d'aller à l'école manquent du soutien matériel et psychosocial dont ils ont besoin pour réussir. Dans de nombreux cas ou a fait peu pour offrir une aide psychosociale aux OEV, souvent pour les raisons suivantes (Sengendo et Nambi, 1997) :

- Les enseignants sont incapables d'identifier les problèmes psychologiques et sociaux ;
- Il est culturellement accepté que les enfants n'ont pas de problèmes émotionnels ;
- Il existe peu de connaissance sur la manière de gérer ces problèmes même s'ils sont identifiés ;
- Les problèmes psychologiques ne sont pas toujours très évidents ;
- L'information sur la nature et l'ampleur des problèmes psychosociaux est inadéquate.

Pour répondre aux besoins psychosociaux des enfants orphelins du SIDA, des efforts ont été entrepris pour former les enseignants aux aptitudes de conseil ainsi qu'aux méthodes de promotion de l'intégration sociale pour les enfants en peine et isolés et aux stratégies de gestion de la salle de classe pour minimiser la stigmatisation des OEV

(Gilborn, 2001.) Si le conseil doit être intégré à part entière dans les responsabilités des enseignants, il sera nécessaire de revoir leur volume de travail. Les maîtres d'école devront consacrer une grande part de leur temps à dispenser des conseils en rapport avec le traumatisme psychosocial et comment demeurer à l'école. Il n'y a pas d'habitude de gain supplémentaire pour les enseignants qui acceptent la fonction de conseiller (ère) et cela fait qu'il est difficile de susciter l'intérêt. Il sera important d'explorer les possibilités d'autres personnes de la communauté qui pourraient jouer ce rôle, comme les conseillers, responsables communautaires et enseignants semi-professionnels qui ont reçu une formation sur les aptitudes à la vie et la communication. Des programmes pilotes sont actuellement en cours au Zimbabwe et en Tanzanie pour tester cette approche (ONUSIDA, 2001a.)

Il faudrait former des groupes de soutien de parents et de dirigeants communautaires pour les OEV qui ne vont pas à l'école et former les parents au conseil afin qu'ils puissent parler de leur situation avec leurs enfants. Des groupes de soutien pour les enfants peuvent aussi être établis. En Ouganda, un projet de survie de l'enfant soutenu par l'USAID et mis en oeuvre par « The AIDS Support Organization » (TASO) a déjà formé 22 enseignants, et 55 autres enseignants scolaires sont en cours de formation en conseil pour la période 2001–2002 (USAID 2001, p. 44). Le tableau suivant souligne certaines des questions sociales et psychosociales dont les conseillers devraient avoir conscience lorsqu'ils aident les OEV.

Encadré 4.2. Questions psychosociales que le conseiller devrait connaître au sujet des enfants :

- Ils se soucient de leur avenir, d'habitude en silence
- Ils craignent d'être infectés
- Ils se sentent différents des autres enfants
- Ils perdent des opportunités—comme l'éducation
- Ils regardent leurs parents souffrir et mourir
- Ils perdent aussi d'autres personnes— oncles, enseignants, frères et sœurs
- Ils changent d'habitation, parfois plus d'une fois
- Ils manquent de l'amour, de l'orientation et de la protection d'un adulte
- Ils sont confrontés aux taquineries, à l'isolement, aux rumeurs et même à la négligence et à la brimade

Ces circonstances peuvent entraîner :

- La honte
- Le repliement sur soi
- La dépression
- Le chagrin et la tristesse
- La peur et l'anxiété
- Le « jeu de rôle » – souvent mal compris

5. Soutien aux écoles qui admettent les OEV

Comme il a été mentionné plus tôt, dans la plupart des pays en développement, il existe toujours un déficit dans le financement du secteur éducatif. L'admission des OEV qui sont incapables de contribuer aux finances de l'école est toujours difficile. Dans un effort pour améliorer la qualité de l'éducation, certains projets ont essayé de surmonter cet obstacle en offrant aux écoles les fournitures nécessaires à condition qu'elles admettent un certain nombre d'orphelins sans leur faire payer les frais d'inscription (Hepburn, 2001.) Le Zimbabwe a mis cette stratégie en œuvre. Ces organisations qui offrent de l'aide sont aussi impliquées dans la rénovation physique des infrastructures. Cependant, cela est très coûteux et difficile à poursuivre. Qui plus est, cela n'empêcherait pas les écoles de solliciter des fonds auprès des parents pour compenser les frais de scolarité non perçus des orphelins. Toutefois, bien que coûteuse, cette intervention offre des avantages non seulement pour les orphelins mais aussi pour tous les enfants qui vont à l'école.

Interventions Générales

1. Suppression des frais de scolarité

La suppression des frais de scolarité est un exemple du genre d'interventions générales qui profitent à tous les enfants y inclus les OEV. Dans un effort pour accroître les taux d'inscription, un certain nombre de pays ont adopté les politiques de l'Éducation Primaire Universelle (EPU), qui suppriment le paiement des frais de scolarité dans l'enseignement primaire. Par exemple, la politique EPU de l'Ouganda qui abolit le paiement des frais scolaires pour les quatre premiers enfants dans une famille, a vu les taux d'inscription quintuplés en une année. Cette politique couvre tous les groupes vulnérables, et pas seulement les enfants orphelins du SIDA (Tumushabe, Barasa, Muhanguzi, et Otim-Nape, 1999.) Le Malawi a aussi supprimé les frais de scolarité, ce qui a entraîné une hausse du taux d'inscription malgré le coût des uniformes, des livres et les autres contributions qui demeuraient en vigueur (Kadzamira, Chibwana, Chatsika, et Khozi, 1999.) La Zambie, en revanche, continue de faire payer les frais de scolarité, mais les orphelins ont droit aux subventions (Kasonde-Ng'andu, Chilala, et Imutowana-Katukula, 1999.) En Indonésie, Tanzanie, et au Kenya, le taux d'inscription a augmenté de manière substantielle après la suppression des frais de scolarité dans l'enseignement primaire pour tous les enfants (Lockheed et autres, 1991, p. 162). Cependant, les secteurs de l'éducation sont sous-financés, ce qui pousse la plupart des écoles à solliciter une participation financière des parents pour couvrir certains coûts scolaires. En outre, les gouvernements sont incapables de s'adapter au taux accru d'inscriptions résultant de l'élimination des frais de scolarité. Cette situation a contribué à dégrader davantage la qualité de l'éducation. Au Kenya, le gouvernement a éliminé le paiement des frais de scolarité ce qui a entraîné une croissance du taux d'inscription des enfants pauvres. Malheureusement, les autorités n'avaient pas prévu de plans pour compenser la perte du revenu généré par ces frais et les écoles ont commencé à imposer d'autres types de frais pour couvrir leurs dépenses ; le coût a augmenté pour les parents et le taux d'inscription des enfants pauvres a baissé en conséquence (Lockheed et autres, 1991).

2. Ouverture d'écoles communautaires

L'une des stratégies qui a été utilisée pour améliorer l'accès à l'éducation des OEV consiste à accroître la couverture pour avoir des écoles disponibles pour les enfants qui

vivent hors des zones couvertes par le système d'éducation formelle. Les enfants qui ont interrompu leurs études peuvent aussi avoir accès à un programme d'éducation générale en dehors du système traditionnel. Les écoles communautaires ont été créées pour résoudre le problème.

Les écoles communautaires sont créées par les membres de la communauté au niveau local et parfois soutenues par les organisations non-gouvernementales (ONG) et les églises. Ces écoles n'imposent pas de frais de scolarité ou le port d'uniformes pour les enfants. Elles adaptent parfois leur calendrier aux besoins locaux et emploient des enseignants bénévoles. Les inconvénients sont que l'éducation fournie par des enseignants bénévoles n'est peut être pas de première qualité et les enseignants peuvent démissionner s'ils trouvent un meilleur emploi ailleurs. De plus, le bailleur peut récupérer ses bâtiments à tout moment pour d'autres activités. La viabilité dans des conditions pareilles est incertaine. Les écoles communautaires utilisent le même programme d'études que les écoles publiques, quoique modifié. Elles se concentrent aussi sur les éléments qui affectent la qualité de vie dans la communauté et peuvent offrir plus de cours de formation professionnelle. La Tanzanie a eu les écoles communautaires depuis la fin des années 1970 (Ministère de l'Éducation, 1980), non pas à cause des orphelins mais pour assurer une éducation adaptée aux besoins de la communauté. En Zambie, plus de 200 écoles communautaires ont été ouvertes dans les zones lointaines privées d'écoles publiques (Banque Mondiale, 2002.)

3. Accroître la capacité des écoles normales de formation pour augmenter le nombre des enseignants

L'accès à l'éducation peut aussi être entravé par le manque d'enseignants dans les salles de classe. Beaucoup d'enseignants ont aussi succombé au VIH/SIDA et lorsque les enseignants tombent malades en raison du VIH/SIDA, ils peuvent s'absenter de l'école pendant de longues périodes. Plus de 30% des enseignants dans certaines régions d'Ouganda et du Malawi sont séropositifs (Coombe, 2000.) Un examen de la situation dans six pays africains révèle des taux élevés d'infection et de décès dus au SIDA parmi les enseignants. Sur l'ensemble des enseignants qui sont morts en République centrafricaine entre 1996 et 1998, 85 % étaient séropositifs. Au Kenya, le nombre d'enseignants ayant succombé au SIDA a augmenté de 450 en 1995 à 1.500 en 1999 (Gachuhi, 1999.) Les projections sur la situation actuelle indiquent que le

Zimbabwe perdra environ 2,1% de ces enseignants, la Zambie 1,7%, et le Kenya 1,4% entre 2000 et 2010 (Banque Mondiale, 2000.) Ces projections ont de sérieuses implications pour la fourniture des enseignants aux écoles et la réalisation des objectifs de l'Éducation pour Tous (EPT) (Kelly, 2001.)

Les pays qui ont déjà perdu un grand nombre d'enseignants ont dû prendre des mesures immédiates pour remplacer les enseignants décédés ou absents. Plusieurs ont choisi d'embaucher des enseignants temporaires, non-qualifiés ou des enseignants retraités. Au Botswana, il est rapporté que 12% des enseignants sont des temporaires non qualifiés (Banque Mondiale, 2002.) Les efforts en vue d'accroître les effectifs d'enseignants à long terme incluent une augmentation du nombre d'entrants dans les écoles normales de formation basée sur les modèles de planification stratégique. En attendant, d'autres stratégies comme l'emploi d'enseignants non qualifiés ou retraités dans la communauté ou bien le tutorat des pairs sont utilisées. Une autre stratégie qui n'est pas directement liée au VIH/SIDA mais concourt à l'accroissement du nombre d'enseignants, consiste à augmenter la capacité de formation des écoles normales et par conséquent leurs sortants. Par exemple, la Guinée a décuplé le nombre d'enseignants sortant de ses écoles normales et a raccourci la durée des cours de formation de l'enseignant. En Gambie, le nombre d'enseignants sortant des écoles normales a triplé. Il a aussi été rapporté que la Zambie a doublé le nombre d'enseignants sortant de ses écoles normales (Banque Mondiale, 2002, p. 38).

L'Équipe de Travail Mobile sur l'Éducation et le VIH/SIDA, basée en Afrique du Sud, et soutenue par l'USAID, travaille en collaboration avec les gouvernements du Malawi, Namibie et de la Zambie pour déterminer les besoins en enseignants en fonction de la situation actuelle des enseignants et du taux de prévalence du VIH/SIDA dans ces pays. L'initiative Éducation et VIH/SIDA (ED-SIDA/AIDS), soutenue par la Banque Mondiale, le Département pour le Développement International, l'Institut International pour la Planification de l'Éducation et le Partenariat pour le Développement de l'Enfant, travaille aussi avec les Ministères de l'Éducation dans dix pays africains (Bénin, Burkina Faso, Gambie, Ghana, Guinée, Niger, Nigeria, Sénégal, Togo et Zambie) pour projeter le nombre d'enseignants qui seront nécessaires dans les cas de taux de prévalence bas ou élevé afin que ces pays puissent réaliser les objectifs de l'Education pour Tous (EPT).

4. Mise à jour du programme d'études pour inclure la formation professionnelle et l'enseignement des qualifications pour la vie

Les écoles doivent aborder la formation professionnelle et les matières techniques plus tôt dans le programme d'études. Les enfants orphelins du SIDA n'ont plus de parent (Ntozi et autres, 1999), et auront donc besoin de soutien pour faire presque tout par eux-mêmes. Ils auront besoin de savoir calculer ainsi que lire et écrire pour survivre économiquement et socialement quand ils auront quitté l'école. Ces compétences sont en liaison avec le travail et la génération de revenu, aussi bien que l'autonomie fonctionnelle en ce qui concerne les facteurs psychosociaux clefs (Gachuhi, 1999). Une mise à jour du programme d'études sera donc nécessaire pour garantir que ce savoir-faire est enseigné. Certains programmes ont essayé de s'adapter pour inclure la formation professionnelle et le développement de l'autonomie fonctionnelle. Cependant, il faut prendre garde à ne pas surcharger le programme d'études et avoir à l'esprit que les enfants en formation sont peut-être trop jeunes pour comprendre les implications de l'acquisition des compétences professionnelles. On considère qu'en rendant les diplômés de l'enseignement primaire aptes à travailler ce changement dans le programme d'études augmentera les avantages de l'enseignement primaire et incitera certaines familles à envoyer leurs enfants à l'école.

5. Amélioration de la qualité de l'enseignement

Ainsworth et autres (2002) ont découvert que certaines des raisons de la scolarisation retardée des enfants dans le Nord-Ouest de la Tanzanie sont la surcharge des effectifs dans les écoles, le faible rendement dans l'enseignement primaire, la limitation des chances pour l'enseignement secondaire et les coûts d'opportunité du temps des enfants. Cette même étude (p. 23) a aussi découvert que les facteurs qui pourraient réduire les problèmes de scolarisation retardée et les taux d'abandon dans l'enseignement primaire incluent un meilleur accès à l'enseignement secondaire, la réduction du nombre d'enfants dans les salles de classe, des infrastructures de meilleure qualité et de meilleurs ratios enseignant-élève. Dans d'autres cas, après l'enseignement primaire il n'existe pas d'opportunités d'études à une distance raisonnable de la maison.

6. Programmes d'alimentation en milieu scolaire

Les programmes d'alimentation en milieu scolaire sont une stratégie qui a été adoptée pour réduire les dépenses en éducation des parents, les incitant ainsi à envoyer leurs enfants à l'école, c'est aussi un moyen d'améliorer l'état de nutrition des enfants scolarisés. Dans les situations où l'enfant vit dans les zones de pénurie alimentaire et/ou doit parcourir de longues distances pour aller à l'école où il n'est pas nourri, les effets sur ses facultés cognitives, sa mémoire à court terme, sa fluidité verbale et sa capacité de concentration sont négatifs (Janke, 2001.)

L'alimentation en milieu scolaire et les rations à emporter à la maison sont utilisées comme une motivation (l'alimentation à l'école) et une récompense (rations à emporter à la maison). Elles augmentent le taux d'inscription et de fréquentation scolaire et réduisent les taux d'abandon. Les taux d'inscription et de fréquentation scolaire augmentent considérablement au début du programme d'alimentation scolaire et se stabilisent par la suite. Les taux d'abandon diminuent également, mais pas autant que les taux d'inscription et de fréquentation augmentent. Une aide alimentaire de cette nature équivaut à un virement de fonds aux ménages dont le travail des enfants a un coût d'opportunité élevé. Le volume, la composition et la fréquence de la distribution des rations devraient être suffisantes pour répondre au problème des coûts d'opportunité des familles ciblées. L'un des inconvénients du programme est que les enfants vont à l'école non pas pour l'attrait de l'éducation mais à cause de l'alimentation qui y est offerte, et l'inscription et la fréquentation scolaire chutent lorsque les programmes d'alimentation sont interrompus. Dans l'ensemble, les programmes d'alimentation en milieu scolaire n'améliorent pas nécessairement la nutrition et les résultats scolaires. Pour soutenir les avantages éducatifs à long terme, il est conseillé de prévoir des programmes d'alimentation scolaire pour une durée d'au moins dix ans et qu'ils ne s'exécutent pas de façon isolée mais impliquent les partenaires locaux (Janke, 2001).

Les programmes d'alimentation scolaire fonctionnent dans plusieurs pays, en particulier dans les zones de pénurie alimentaire. Par exemple, en Ethiopie, le programme d'alimentation scolaire fonctionne dans les régions affectées par la sécheresse et la famine. On rapporte que le programme a eu un impact significatif sur les taux d'inscription, d'abandon et les résultats scolaires. Des programmes identiques existent en Côte D'Ivoire et dans les régions au Nord du Ghana. Ces programmes ont encouragé

les parents à envoyer leurs enfants à l'école et ils peuvent aussi entraîner une amélioration de la santé et de la performance scolaire.

Histoires de cas—Le Burundi et le Zimbabwe

Le Burundi

Au Burundi, l'aide est orientée vers les enfants qui ont perdu un ou deux parents et qui sont âgés de moins de 16 ans. Cela a pour but d'éviter de marginaliser les enfants orphelins du SIDA. Étant donné que les ressources sont limitées, il est souvent impossible de cibler tous les orphelins sur l'ensemble du territoire national. Certaines provinces et communautés sont choisies en fonction du nombre d'orphelins qui y vivent, des conditions de sécurité, de l'existence d'une agence capable d'exécuter le projet dans la communauté, et de la présence d'un comité de développement communautaire. Parce qu'il est difficile de cibler tous les OEV, les priorités sont établies en fonction des besoins présumés de l'enfant. La première priorité est donnée aux orphelins des deux parents qui ne reçoivent aucune aide; en second lieu les enfants qui vivent dans les camps de réfugiés séparés de leurs parents. En troisième lieu les orphelins de père ou de mère qui ne reçoivent aucune aide de l'autre parent vivant. En quatrième lieu, les orphelins de père ou de mère qui vivent dans des familles adoptives très pauvres (Gouvernement de la République du Burundi, 2002, non publié).

Les communautés sont activement impliquées dans l'identification des OEV bénéficiaires. Dans chaque communauté, l'agence qui a été sélectionnée pour aider les OEV tient une réunion avec l'ensemble de la communauté et fournit une liste d'orphelins qui ont besoin d'aide. Dans le cas des enfants qui vivent dans les camps de réfugiés, le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés est responsable de produire la liste d'enfants séparés qui ont besoin d'une aide scolaire. Il est important de souligner que dans certains cas, les Ministères de la protection sociale ont déjà des listes d'orphelins qui, même incomplètes, peuvent servir de point de départ.

L'aide aux orphelins est directement faite aux écoles par l'agence d'exécution basée dans la communauté qui a la responsabilité d'assurer que les bénéficiaires vont à l'école régulièrement. Si l'aide offerte concerne les uniformes, les manuels et fournitures

scolaires, l'agence d'exécution est responsable de les acheter et de les distribuer aux bénéficiaires (Schéma 4.1).

Dans le cas où les orphelins ont besoin d'être placés dans les foyers, particulièrement les orphelins qui vivent dans les camps de réfugiés, l'agence d'exécution contractante s'assurera que les membres de la famille étendue accueillent premièrement les orphelins classés dans les groupes prioritaires. Lorsque cela n'est pas possible avec un membre de la famille étendue, les orphelins sont placés dans les familles adoptives capables de payer les frais de scolarité. Un ménage qui a pour chef de famille un enfant reçoit de l'aide pour maintenir sa viabilité économique. Il est important de souligner ici que l'aide s'adresse uniquement à l'orphelin, et pas à tous les enfants dans le foyer de placement. Des projets générateurs de revenu ont également été initiés pour accroître le revenu des familles et leur permettre d'acheter les manuels et uniformes scolaires pour les autres enfants du ménage. La famille qui reçoit une aide devra contribuer en nature ou en espèces pour 20% du coût du projet générateur de revenu. Cela a pour but de garantir qu'une relation de dépendance n'est pas créée, que la famille respecte le projet, et qu'elle ne le perçoit pas comme une subvention. Les expériences du terrain montrent que les projets générateurs de revenu au niveau de la communauté n'engendrent pas suffisamment de gain par rapport aux efforts et ressources investis, pour permettre à une famille adoptive de prendre en charge l'orphelin en plus des membres du ménage. L'incapacité de venir en aide aux autres enfants dans le ménage risque de créer des conflits et la jalousie entre les autres enfants et l'orphelin recevant l'aide.

Le Zimbabwe

La situation au Zimbabwe est assez différente de celle du Burundi. Le Zimbabwe a un Module d'Aide à l'Éducation de Base, qui aide à financer les frais de scolarité pour près de 426.000 enfants vulnérables âgés de 6 à 19 ans. Ce module fait partie du Enhanced Social Protection Project (Projet de Protection Sociale Accrue) financé par l'Association de Développement International. Le module couvre l'ensemble du territoire et est accessible aux enfants inscrits dans toutes les écoles primaires et secondaires à l'exception des écoles d' « Élités » (Gouvernement du Zimbabwe 2001, non publié.) Le coût du projet est estimé à 6,8 \$ millions par an.

L'aide est offerte uniquement aux enfants qui ont des difficultés à payer les frais de scolarité, frais de construction et autres contributions. Les enfants qui peuvent recevoir de l'aide sont répartis en trois catégories :

- i) Les enfants scolarisés qui n'arrivent pas à payer ou ont des difficultés à payer les frais de scolarité ou les contributions ;
- ii) Les enfants qui ont abandonné leurs études en raison de difficultés économiques ;
- iii) Les enfants qui n'ont jamais été inscrits à l'école en raison de difficultés économiques mais sont d'âge scolaire.

Aucune mention n'est spécifiquement faite pour les enfants orphelins du SIDA parce qu'il est considéré que tout enfant dans le besoin fera partie de l'une des trois catégories.

L'identification des enfants pauvres qui nécessitent de l'aide est un processus bureaucratique contrôlé par le gouvernement. Un Comité de Sélection Communautaire élu, utilise les directives fournies par le projet, pour faire des appels d'offre d'aide, recevoir et examiner les demandes d'aide, pour les enfants de la communauté inscrits dans les écoles primaires et secondaires. Parfois les Ministères de la protection sociale ont déjà des listes d'orphelins qui peuvent être incomplètes. L'agence d'exécution et les communautés tiennent des réunions, au cours desquelles une liste d'orphelins dans le besoin est établie (Gouvernement du Zimbabwe, 2001, non publié). Les comités de sélection communautaires choisissent les bénéficiaires et envoient la liste au Responsable de l'Éducation dans le District, qui à son tour envoie cette liste à l'Unité de Contrôle du Projet. Cette unité effectue ensuite le paiement des frais exigés, contributions et frais de construction dans le compte bancaire des écoles où sont inscrits les bénéficiaires (Schéma 4.1.)

Ce processus est extrêmement lourd et embrouillé. Le gouvernement a beaucoup d'autres programmes qui pourraient fournir de l'aide aux enfants, mais il y a encore du travail à faire pour éviter la duplication des tâches. L'aide continue à l'enfant dépend de la fréquentation scolaire et non pas de ses résultats scolaires. Cela peut créer une situation où les enfants vont à l'école sans réellement rien apprendre. Un élément de

performance aurait dû être inclus dans l'évaluation qui détermine la continuité de l'aide à l'enfant. Le processus d'identification des groupes cibles qui ont besoin d'aide sera compliqué, et exigera beaucoup de documents pour prouver que les enfants concernés ont effectivement des difficultés à payer les frais de scolarité ou qu'ils ne sont pas inscrits à cause de problèmes économiques. La participation des autorités locales et du Ministère dans la mise en œuvre du projet est une source de préoccupation. Bien que le choix des bénéficiaires soit déterminé par le comité de sélection communautaire, il existe le risque que la classe politique et ceux qui détiennent le pouvoir dans les communautés fassent pression sur les membres du comité pour offrir de l'aide à des enfants de leur connaissance ou à des enfants qui ne sont pas éligibles.

La plupart des interventions en faveur des OEV et leur accès à l'éducation sont assez récentes et n'ont pas encore été évaluées pour juger de l'efficacité de leur programme. Mais il a pu être observé que la décentralisation au niveau de la communauté et la participation active de la communauté dans l'établissement de la liste d'orphelins éligibles à l'aide est très importante. Cette participation empêche le succès de comportements opportunistes, particulièrement parce que les membres de la communauté savent qui est orphelin et qui ne l'est pas. Elle est aussi une garantie contre l'usage frauduleux de fonds pour des bénéficiaires et familles non méritants. Pour que cette approche fonctionne, il faudrait mettre en place des mécanismes appropriés de ciblage. Toutefois, il serait encore nécessaire d'avoir une forme de mécanisme de contrôle externe pour déceler les errements possibles qui peuvent résulter de politiques internes à la communauté.

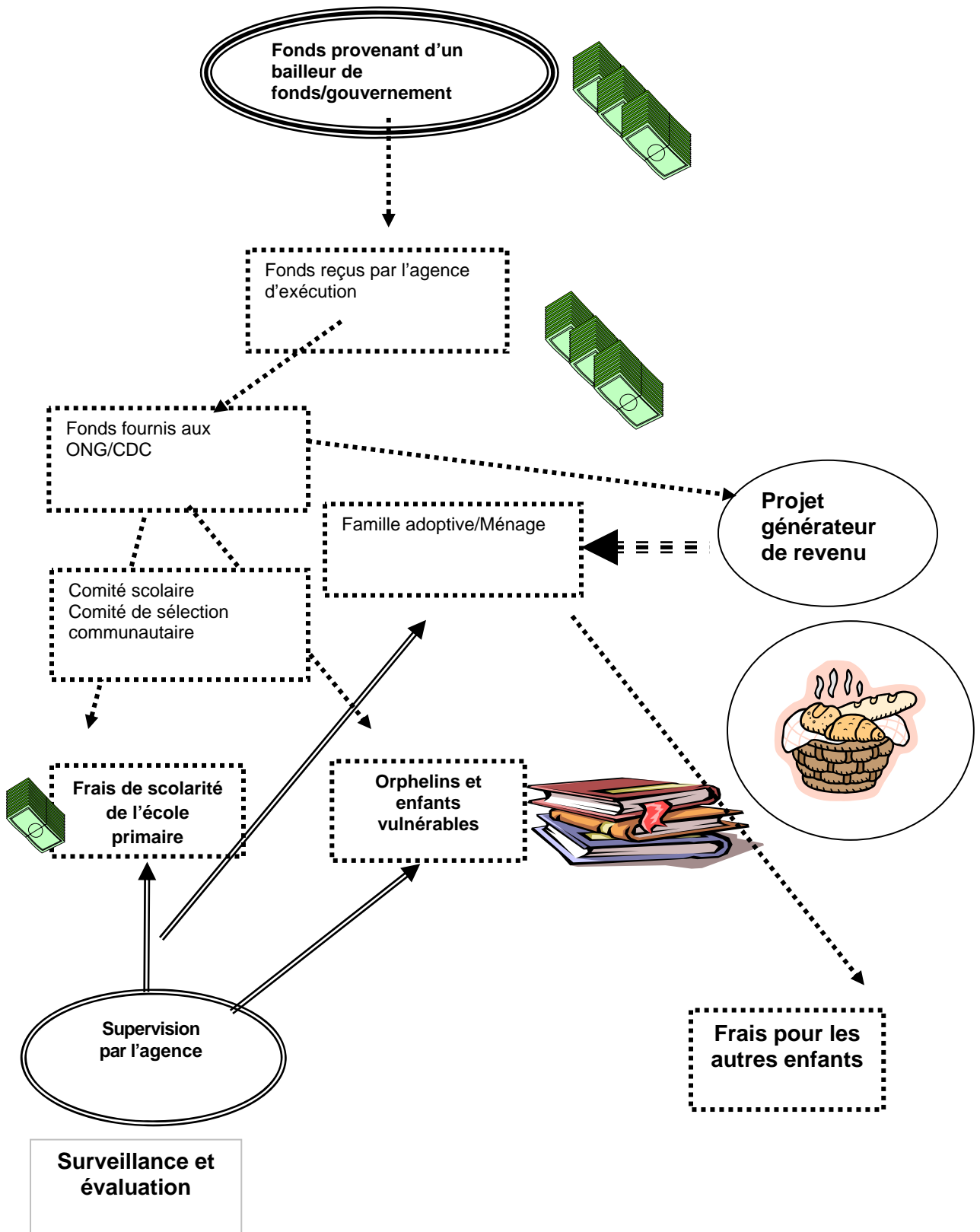
Quels sont les méthodes de ciblage des bénéficiaires et les mécanismes de l'assistance financière?

Étant donné les ressources limitées et le nombre croissant des OEV, des décisions difficiles devront être prises quant au ciblage des ressources, là où on en a le plus besoin et éviter d'offrir de l'aide aux enfants ou familles qui n'en ont pas vraiment besoin. Si l'objectif est d'aider tous les enfants vulnérables, alors il faut faire des efforts pour garantir que tous les OEV sont inclus, même si cela peut conduire à donner de l'aide à des enfants qui n'en ont pas réellement besoin. Définir les critères d'éligibilité et organiser l'assistance pour s'assurer que seules les personnes qualifiées reçoivent de l'aide peut prendre trop de temps. Il est recommandé de cibler les communautés où

l'impact du VIH/SIDA est le plus élevé et où la capacité des familles à mieux répondre aux besoins de leurs enfants est la plus basse. En outre, les enfants et les familles qui ont été identifiés par les résidents comme les plus vulnérables, devraient recevoir de l'aide (Hunter et Williamson, 2000a). La méthode de ciblage choisie dépendra des circonstances du pays, de la nature et de l'intensité du problème auxquels sont confrontés les OEV.

Le diagramme suivant illustre les voies possibles pour offrir l'aide financière aux OEV :

Schéma 4.1. La circulation des fonds pour aider les OEV



Cibler les familles adoptives uniquement pourrait créer des comportements opportunistes, où tout à coup les enfants deviennent « orphelins » alors que les parents sont encore vivants—les enfants des ménages d'accueil qui prétendent être orphelins alors que leurs parents vivent. L'aide remise à l'enfant pourrait ne pas être suffisante si elle est partagée entre tous les enfants dans le ménage. Pourtant l'argument opposé serait que si l'on devait aider les OEV uniquement, les autres enfants dans le ménage éprouveraient du ressentiment et cela pourrait provoquer des conflits au sein du ménage. Pour éviter cette situation, il faudrait offrir au ménage la possibilité de venir en aide à tous les enfants, mais cela n'est possible que si le revenu du ménage augmente.

Si le but est d'encourager l'accueil des d'orphelins, les foyers de placement peuvent être éligibles pour recevoir des subventions directes (virement de fonds) et des subventions indirectes (comme la suspension des frais de scolarité et l'aide alimentaire). La suspension des frais de scolarité est préférable parce que cela est facile à contrôler pour garantir que l'orphelin en est le bénéficiaire. Il existe des moyens de minimiser les pertes ; la communauté pourrait être supervisée par des ONG ; les groupes religieux peuvent identifier les ménages et OEV à assister et l'aide aux OEV pourrait être offerte en nature (Gouvernement de la République du Burundi, 2002, non publié).

Comment contrôler et évaluer les interventions?

Le contrôle

L'aide fournie aux OEV, aux familles adoptives, et à toute autre école a pour but de garantir l'accès à l'école des orphelins. Il sera donc nécessaire de veiller à ce que les OEV aient effectivement accès à l'école. Le contrôle peut être effectué chaque trimestre ou bien une fois par an. Pour le contrôle trimestriel et annuel, il est proposé que les éléments suivants soient contrôlés au niveau de l'école et de la communauté par l'école elle-même, l'agence d'exécution, le comité de développement communautaire ou le comité de sélection communautaire selon le cas:

Contrôle trimestriel

- Le nombre total d'élèves à l'école par classe et sexe au début et à la fin du trimestre ;
- Le nombre des bénéficiaires à l'école par classe, sexe et l'objectif de l'aide au début et à la fin du trimestre ;
- La présence régulière des OEV à l'école –fiches de fréquentation des bénéficiaires ;
- Le montant des fonds versés à chaque école pour le compte de chaque enfant et l'objet du paiement ;
- La vérification que l'orphelin ne travaille pas à plein temps ;
- La vérification que l'orphelin n'est pas objet de violence physique.

Contrôle annuel

- La situation économique du foyer d'accueil de l'orphelin ;
- La condition des OEV – mesures anthropométriques.

Il faudrait rassembler des données sur les non-orphelins aussi bien que sur les OEV afin de pouvoir effectuer une comparaison en vue de déterminer l'impact de l'aide sur les OEV. Le contrôle sera facilité si les données requises sont incorporées dans la collection de données déjà existante au Ministère de l'éducation. Il est entendu que les données collectées seront transmises à l'agence d'exécution responsable de la mise en œuvre du programme d'aide qui, à son tour, rassemblera toutes les données reçues et enverra l'ensemble au Ministère de l'éducation.

Evaluation

Des processus ont été mis en place pour identifier les bénéficiaires et ces processus devront être évalués. Il est recommandé que l'évaluation soit conduite par une agence externe. Les indicateurs suivants peuvent être utilisés lors d'une évaluation annuelle :

Le processus

- Le processus à travers lequel les bénéficiaires étaient/sont identifiés (satisfaction avec le processus d'identification et de sélection des bénéficiaires) ;

- L'organisation de groupes de discussions avec des orphelins bénéficiaires pour découvrir comment ils sont traités dans le foyer de placement où ils vivent et s'ils reçoivent l'aide accordée pour leur permettre d'accéder plus facilement à l'éducation.

L'impact

- Les taux d'inscription ;
- Les taux de redoublement pour les orphelins scolarisés ;
- La fréquence de déménagement d'une année à l'autre ;
- Le pourcentage d'orphelins qui vont à l'école à plein temps ;
- Le taux d'absentéisme à l'école ;
- L'état de nutrition des orphelins par rapport aux autres enfants dans le ménage.

Exercices d'atelier

Les objectifs

À la fin de la présente section, les participants seront capables de :

- Décrire les différents mécanismes disponibles pour venir en aide aux orphelins et enfants vulnérables pour garantir qu'ils ont un meilleur accès à l'éducation ;
- Décrire les avantages et inconvénients d'adresser l'aide à l'orphelin du SIDA ou au ménage ou à la communauté ou aux autres enfants qui vivent dans la famille de la communauté d'accueil ;
- Décrire le processus de sélection des bénéficiaires et qui est responsable de cette sélection ;
- Expliquer pourquoi il est nécessaire d'améliorer l'accès à l'éducation des orphelins et enfants vulnérables ;
- Définir les processus de contrôle et d'évaluation et discuter des indicateurs qui devraient être utilisés dans un programme pour fournir de l'aide aux orphelins du SIDA et enfants vulnérables ;
- Analyser et commenter un programme de pays qui vise à aider les orphelins et enfants vulnérables.

Chaque participant devrait recevoir une copie de l'Annexe 6.

Instructions pour l'activité 6

Répartissez les participants en petits groupes (pas nécessairement par groupes de pays).

Pensez à un enfant dans votre communauté qui a perdu un parent à cause du VIH/SIDA. Quelles types d'interventions proposeriez-vous pour cette famille pour garantir que les enfants ont accès à l'enseignement primaire ? Examinez « L'histoire d'enfant 2 : l'orphelin qui gère un ménage ».

Comment procéderiez-vous pour fournir de l'aide ? L'aide sera t-elle distribuée à tous les enfants dans le village ou bien aux orphelins uniquement ? L'aide sera t-elle versée directement à l'école ou bien faudra-t-il passer par les orphelins ou les membres de la communauté ? Justifiez votre réponse. Comment contrôlerez-vous et évaluerez-vous le programme ?

Assurez-vous de prendre en compte les besoins physiques, de développement, spirituels et émotionnels de l'enfant lorsque vous examinez cette question.

Demandez à une personne de chaque groupe de noter les réponses du groupe. Quand tous les groupes ont terminé, demandez à chaque groupe de présenter ses résultats à l'ensemble des participants.

Histoires de cas pratiques de pays

Activité 7 : Expériences Pratiques de Pays

Répartissez les participants en deux groupes. Donnez à un groupe le manuel de fonctionnement sur le Zimbabwe et donnez à l'autre groupe le manuel sur le Burundi. Demandez à chaque groupe de préparer une présentation.

Devant l'ensemble des participants, les deux groupes présentent leur travail et font des commentaires sur les projets (le ciblage, la sélection, le mécanisme des bourses d'études, la gestion des fonds, la viabilité, le contrôle et l'évaluation, etc...)

L'instructeur récapitule par la suite, en prenant en compte les différentes questions de politique présentées dans l'Annexe 7 et les principes généraux de l'Annexe 8.

Identification et ciblage des orphelins et enfants vulnérables et autres questions de politique :

Les points suivants devraient être examinés s'ils n'ont pas été abordés dans les Activités 6 et 7 :

- Quels sont les moyens les plus efficaces d'acheminer les fonds aux écoles/bénéficiaires ?
- Quel rôle jouent les communautés et comités communautaires dans la fourniture d'assistance aux orphelins du SIDA et enfants vulnérables ?
- Est-il préférable de faire des virements de fonds conditionnels ciblés ou bien de soutenir la famille d'accueil ?

D'autres questions importantes de politique sont présentées dans l'Annexe 7 pour la discussion.

Activité 8 : Contrôle et Evaluation des interventions en vue d'améliorer l'accès à l'éducation

Discutez de comment peut se faire un contrôle et une évaluation participatifs. L'accent devrait être mis sur les méthodes qualitatives.

Section 5 – Questions Clés Émergentes et Marche à Suivre

Cette section aborde certaines questions clés concernant l'accès des OEV à l'éducation. Celles-ci incluent :

- *La nécessité d'arriver à un consensus sur la définition des termes orphelins et enfants vulnérables ;*
- *Le nombre croissant d'enfants d'âge scolaire qui sont orphelins du SIDA ;*
- *La relation entre l'état d'orphelin et l'inscription, la fréquentation et la performance scolaires ;*
- *La nécessité de réaliser les objectifs de l'Éducation pour Tous (EPT).*

Cette section s'achève sur une discussion sur la manière de procéder. Elle souligne que tout ce qui a été fait jusqu'à présent pour améliorer l'accès à l'éducation ne peut qu'être considéré comme une solution de court terme. À long terme, il sera nécessaire de réaliser les objectifs de l'EPT. Il est mis l'accent sur le fait que l'aide devrait être fournie à tous les enfants vulnérables y inclus les orphelins et en fonction des besoins, au lieu de cibler uniquement les enfants orphelins du SIDA.

Les questions clés émergentes:

Certaines questions clés émergent dans les discussions sur l'accès à l'éducation des OEV. Parmi ces questions clés l'on note :

- ***La nécessité d'arriver à un consensus sur la définition des termes orphelins et enfants vulnérables***

Il existe un risque de confusion dans la définition des OEV. Cette situation a entraîné la présentation de chiffres contradictoires sur les enfants orphelins du SIDA dans le monde en général et en Afrique SubSaharienne en particulier. Il faut absolument un consensus sur la définition pour une question aussi importante. Dans une perspective politique, il est plus approprié de parler d'OEV, étant donné le stigmate lié au SIDA dans plusieurs pays et la difficulté d'identifier la cause de la mort des parents. Il est nécessaire de mener des études d'incidence sur les orphelins au fil du temps pour permettre des interventions non discriminatoires. Étant donné la difficulté qu'il y a à distinguer les enfants orphelins du SIDA des autres, les approches basées sur la communauté sont probablement les plus utiles pour identifier les OEV.

- ***Le nombre croissant d'enfants d'âge scolaire qui sont orphelins du SIDA :***

Il est évident que le nombre d'OEV est à la hausse à cause du SIDA et des conflits. Le nombre d'enfants d'âge scolaire qui sont orphelins du SIDA augmente à un moment où le mécanisme traditionnel de soutien se distend en raison du taux de mortalité élevé chez les adultes. Les implications psychosociales de l'état d'orphelin ne sont pas évidentes pour beaucoup de personnes dans le secteur de l'éducation. Il est nécessaire de vérifier si les conseils par l'enseignant et l'éducation communautaire peuvent être de quelque utilité dans le traitement des problèmes psychosociaux des orphelins.

- ***La relation entre l'état d'orphelin et l'inscription, la fréquentation, et la performance scolaire***

À moins qu'une action immédiate soit entreprise, le nombre d'OEV qui ont peu ou pas d'accès à l'éducation augmentera de manière significative. En conséquence, le développement socioéconomique de la plupart des pays stagnera pendant longtemps dans l'avenir. Les politiques qui accroissent le taux d'inscription parmi les enfants pauvres augmenteront en même temps les inscriptions chez les OEV et fourniront aux enfants pauvres les outils pour prévenir l'infection du VIH tandis qu'ils deviennent adultes (Ainsworth & Filmer, 2002.) Jusqu'ici, les efforts entrepris sont insuffisants pour garantir que les OEV sont inscrits suffisamment tôt, demeurent à l'école et n'abandonnent pas les études. Il est nécessaire de conduire plus de recherches et de trouver des solutions innovatrices et efficaces pour les problèmes de l'accès à l'éducation des OEV. De plus, il faut aussi améliorer la documentation des approches pour partager les expériences couronnées de succès.

Il existe de petits projets pilotes prometteurs qui offrent des soins et de l'assistance aux OEV. Dans certains cas, l'assistance a inclus l'accès à l'éducation (USAID, 2001). Les communautés et les familles font beaucoup pour s'occuper des enfants orphelins du SIDA en leur offrant l'accueil, mais elles seront bientôt incapables de faire face au nombre sans cesse croissant d'enfants orphelins du SIDA en Afrique SubSaharienne.

- ***La nécessité de réaliser les objectifs de l'EPT :***

Dans les situations où il existe des barrières financières à l'accès des OEV à l'éducation même s'il y a en place un système de subventions, il demeure le problème des contributions à aborder, comme les contributions pour l'Association Parent-Enseignant. L'Éducation Universelle de Base, par exemple, supprime les frais de scolarité mais maintient le paiement des contributions, ce qui peut représenter un obstacle à l'accès

à l'éducation pour les familles pauvres. Il est donc nécessaire pour les pays de cibler les OEV en fonction de la situation dans leur secteur de l'éducation. Réaliser « l'Éducation pour Tous » apparaît comme la solution la mieux appropriée au problème de l'accès des OEV à l'éducation.

Quelle est la marche à suivre ?

Beaucoup de personnes dans le secteur de l'éducation pensent que ce dernier n'a pas un rôle à jouer dans l'atténuation de l'impact du VIH/SIDA sur les enfants en général et les OEV en particulier. Le VIH/SIDA a été avant tout considéré comme un problème sanitaire. Un engagement politique est indispensable pour rassembler les ressources qui permettent d'aider les OEV à accéder à l'éducation. Il est nécessaire d'avoir les données adéquates pour persuader les autorités de s'engager davantage dans la cause des OEV.

L'ampleur de la crise des OEV surpasse la capacité des pays de l'Afrique Subsaharienne à traiter ce problème. Les ressources financières nécessaires pour affronter cette crise sont telles qu'une seule organisation ou seul un pays ne peut pas les rassembler. Par conséquent, la coordination est nécessaire au niveau communautaire, national, et international pendant la planification et la mise en œuvre des activités et la délégation des tâches. À un moment où les ressources disponibles augmentent, la coordination devient plus que jamais impérative pour concentrer les efforts et éviter la duplication. Le partenariat avec les communautés, les parents et les dirigeants locaux est une nécessité, tout comme les discussions avec les organisations internationales pour soutenir les gouvernements et les communautés. Malgré ce qui vient d'être dit, les programmes extérieurs devraient compléter, plutôt que remplacer, les programmes communautaires existants.

L'examen des différentes interventions dans la Section 4 faisait référence à l'atténuation de l'impact du VIH/SIDA à court terme. Dans le long terme, la réalisation de l'Éducation pour Tous est une nécessité. Il sera donc nécessaire que tous les pays, particulièrement ceux de l'Afrique Subsaharienne, oeuvrent en vue de la réalisation des objectifs de l'Éducation pour Tous (EPT) (Gachuhi D., 1999 ; UNESCO, 2000 ; UNESCO, 2002 et Banque Mondiale, 2002), ce qui est une politique qui peut jouer un rôle important dans la réduction de la propagation du VIH/SIDA et par conséquent la réduction du nombre d'orphelins.

Exercices d'atelier

Activité 9 Évaluation du module

Passez en revue les objectifs du module. Vérifiez qu'ils ont tous été atteints. Auriez-vous des suggestions sur un meilleur moyen de réaliser ces objectifs?

Références

- Adato, M., D. Coady, and M. Ruel. 2000. An Operations Evaluation of Progesa from the Perspective of Beneficiaries, *Promotoras*, School Directors, and Health Staff. Final Report, International Food Policy Research Institute. Washington D.C.: International Food Policy Research Institute, 10 August.
- Ainsworth, M., K. Beegle, and G. Koda. 2002. "The Impact of Adult Mortality on Primary School Enrolment in Northwestern Tanzania." Africa Region Human Development, Working Paper Series. Washington, D.C.: World Bank. (Also available at <http://www.coregroup.org/resources/schooling.pdf>).
- Ainsworth, M., and D. Filmer. 2001. "Poverty, AIDS, and Children's Schooling: A Targeting Dilemma." Paper presented at Town Hall meeting on Responding to the Education Needs of Children and Adolescents Affected by AIDS in Sub-Saharan Africa. Informal Donors Technical Working Group on Orphans and Vulnerable Children. Washington, D.C., 23 October.
- Ainsworth, M., and D. Filmer. 2002. "Poverty, AIDS, and Children's Schooling: A Targeting Dilemma." Paper presented at the annual meetings of the Population Association of America. Atlanta, Ga., 9–11 May 2002 (revised 23 May 2002).
- Ainsworth, M., and M. Over. 1992. "The Economic Impact of AIDS: Shocks, Responses, and Outcomes." Africa Technical Department, Population, Health, and Nutrition Division, Technical Working Paper No. 1. Washington, D.C.: World Bank.
- Ainsworth, M., and A.A. Rwegarulira. 1992. "Coping with the AIDS Epidemic in Tanzania: Survivor Assistance." Background paper for the Tanzania AIDS assessment. Technical Working Paper No. 6. Washington, D.C.: World Bank.
- Ainsworth, M., and I. Semali. 1998. "Who Is Most Likely To Die of AIDS? Socio-Economic Correlates of Adult Deaths in Kagera Region, Tanzania." In: M. Ainsworth, L. Fransen, and M. Over, eds., *Confronting AIDS: Evidence from the Developing World*. Selected background papers for the World Bank Policy Research Report, *Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic*. Washington, D.C.: The World Bank, and Brussels: The European Commission. Pp. 95 - 109.
- Andvig, J. S., 2000. An essay on child Labor in sub-Saharan Africa: A bargaining approach, Oslo, June 7, 2000. (Available at WWW.Cmi.no/NCDE/Papers/Paper_Jens_Christian_Andvig.pdf)
- Aspaas, R.A. 1999. "AIDS and Orphans in Uganda: Geographical and Gender Interpretation of Household Resources." *Social Science Journal* 36(2): 201–226.
- Barnett, T., and P. Blakie. 1992. "AIDS in Africa: Its Present and Future Impact". London: Bellhaven Press.
- Bhargava, A. And Bigombe, B, 2002. Formulating policies for orphans of AIDS and vulnerable children in African countries: [A draft] report from a mission to Ethiopia, Malawi, and Tanzania for the Africa Region social protection unit, and the Bank's Multi-Sectoral Team Learning group (MTL). ACTAfrica, World Bank, Unpublished.

- Bechu, N. 1998. "The Impact of AIDS on the Economy of Families in Côte D'Ivoire: Changes in Consumption Among AIDS-Affected Households". Chapter in M. Ainsworth, L. Fransen, and M. Over, (eds). *Confronting AIDS: Evidence from the Developing World*, selected background papers for the World Bank Policy Research Report, *Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic*. Washington, D.C.: The World Bank, and Brussels: The European Commission. Pp. 341 – 348.
- Black, D. 1998. "Coping with Loss: Bereavement in Childhood." *British Medical Journal* 316: 931–933.
- Boerma, J.T., A.J. Nunn, and J.A.G. Whitworth. 1998. "Mortality Impact of the AIDS Epidemic: Evidence from Community Studies in Less Developed Countries." *AIDS* 12(suppl 1): S3–S14.
- Bongaarts, J. 1995. "Global Trends in AIDS Mortality." Population Council Research Division Working Paper No. 80. New York. The Population Council.
- Bunnell, R.E., S. Yaupaisarni, R.H. Kilmark, et al. 1999. "HIV-1 Sero-Prevalence Among Childbearing Women in Northern Thailand: Monitoring a Rapidly Evolving Epidemic." *AIDS* 13(4): 509–515.
- Coombe, C. 2000. "Keeping the Education System Healthy: Managing the Impact of HIV/AIDS on Education in South Africa." *Current Issues in Comparative Education* (online) 3(1). E-journal of Teachers' College Columbia, December. Available at www.tc.columbia.edu/cice/vol03nr1/ccart1.htm. Accessed May 2002
- Connelly, M. 2001. "Principles to Guide Programming for Orphans and Other Vulnerable Children". UNICEF/UNAIDS/USAID, Draft April 2001, UNICEF, New York. Available at <http://www.nai.uu.se/sem/conf/orphans/connolly.pdf> and <http://www.unicef.org/programme/lifeskills/reference/links.html>
- Deininger, K., M. Garcia, and K. Subbarao. 2001. "AIDS-Induced Orphanhood as a Systemic Shock: Magnitude, Impact, and Program Interventions in Africa." Paper presented at the International Conference on Crises and Disasters: Measurement and mitigation of their Human Costs, organised by the International Food Policy research Institute, and the Inter-American Development Bank, November 13 – 14, Washington, D. C.
- Donahue, J. 2000. "Microfinance and HIV/AIDS:.....It's time to talk," Displaced Children and orphans Fund, August 2000 (10 pages). Available at http://www.usaid.gov/pop_health/dcofvvf/reports/creditreps.htm. Accessed June 2002.
- Dunn, A., S. Hunter, C. Nabongo, et al. 1991. "Enumeration and Needs Assessment of Orphans in Uganda: A Survey Report." Kampala: Save the Children Fund and Makerere University.
- Family Health International/Implementing AIDS Prevention and Care/ United States Agency for International Development (FHI/ IMPACT/USAID). 2000. *The Situation of Orphans in Haiti: A Summary Assessment*. A preliminary assessment of orphans and vulnerable children with a focus in children affected by HIV/AIDS. Work supported by the United States Agency for International Development (USAID) as part of Family Health International's (FHI) Implementing AIDS Prevention and

Care (IMPACT) Project (Cooperative Agreement HRN-A-00-97-0017-00). USAID, Washington D.C

- FHI (Family Health International) and SCOPE OVC 2002. Psyc-social Baseline Survey (data highlights). FHI, Lusaka, March 2002
- Forsyth, B., L. Damour, S. Nagler, and J. Adnopoc. 1996. "The Psychological Effects of Parental Immunodeficiency Virus Infection on Affected Children". *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*: 150:1015–1020.
- Foster, G., C. Makufa, R. Drew, and E. Krahe. 1997. "Factors Leading to the Establishment of Child-Headed Households: The Case of Zimbabwe." *Health Transition Review* 7(suppl 2): 155–168.
- Foster, G., and J. Williamson. 2000. "A Review of Current Literature on the Impact of HIV/AIDS on Children in Sub-Saharan Africa." *AIDS* 2000 14(suppl 3): S275–S284. 7
- Fylkesnes, K., R.M. Musonda, K. Kasumba, et al. 1997. "The HIV Epidemic in Zambia: Soci-Demographic Prevalence Patterns and Indications of Trends Among Childbearing Women". *AIDS* 11(3):339–345.
- Gachuhi, D. 1999. "The Impact of HIV/AIDS on Education Systems in the Eastern and Southern Africa Region and the Response of Education Systems to HIV/AIDS: Life Skills Programmes." Paper prepared for UNICEF Presentation at the All Sub-Saharan Africa Conference on Education for All 2000, December 6 – 10 1999, Johannesburg, South Africa.
- Gilborn, L. 2001. "Influencing of Family and Community in School Attendance and Performance of Children Affected by HIV/AIDS." Presentation at Town Hall meeting on Responding to the Education Needs of Children and Adolescents Affected by AIDS in Sub-Saharan Africa. Informal Donors Technical Working Group on Orphans and Vulnerable Children. Washington, D.C., 23 October.
- Gilborn, L., R. Nyonyintono, R. Kabumbuli, and G. Jagwe-Wadda, 2001. "Making a Difference for Children Affected by AIDS. Baseline findings from operation research in Uganda." Horizons Program and Makerere University. The Population Council. Available at <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/orphansbsln.pdf> and <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/rs/re-stigma.pdf>
- Gilks C., K. Floyd, D. Haran, et al. 1998. "Sexual Health and Health Care: Care and Support for People with HIV/AIDS in Resource-Poor Settings". Health and Population Occasional Paper. Department for International Development, London.
- Gouvernement de la République du Burundi. 2002. "Programme Multisectoriel de Lutte Contre le VIH/SIDA (PMLS)." Projet de manuel d'exécution, 23 février (Draft Version).
- Government of Zimbabwe (Ministry of Public Service, Labour, and Social Welfare). 2001. "Enhanced Social Protection, Basic Education Assistance Module (BEAM)." Operational manual, draft version. 7, January.

- Gregson, S., G.P. Garnett, and R.M. Anderson. 1994. "Assessing the Potential Impact of HIV-1 Epidemic on Orphanhood and the Demographic Structure of Population in Sub-Saharan Africa." *Population Studies* 48: 435–458.
- Guilherme, S., I. Nadeem, and E. Gustafsson. 2000. "Targeted Conditional Transfer Program in Latin America: An Early Study." Paper prepared for the regional study, Office of the Chief Economist, Latin American and Caribbean Region. Washington, D.C.: World Bank, 11 June.
- Hepburn, A. 2001. "Primary Education in Eastern and Southern Africa: Increasing Access for Orphans and Vulnerable Children in AIDS-Affected Areas." Durham, N.C.: Terry Sanford Institute of Public Policy, Duke University. This report was prepared for a thesis project as a Master's candidate in the Terry Sanford Institute of Public Policy, Duke University. April. As of 20 June 2002, available at http://www.usaid.gov/pop_health/dcofwwf/reports/hepburn.html.
- Hunter, S., and Williamson, J. 1997. "*Children on the Brink: Strategies To Support Children Isolated by HIV/AIDS*". Washington, D.C.: USAID.
- Hunter, S., and Williamson, J. 1998. "Responding to the Needs of Children Orphaned by HIV/AIDS. Health Technical Service Project". Discussion Papers on HIV/AIDS Care and Support. Discussion Paper Number 7. Washington, D.C.: USAID, June.
- Hunter, S., and Williamson, J. 2000. "*Children on the Brink. Executive Summary: Updated Estimates and Recommendations for Intervention*". Washington, D.C.: USAID.
- Hunter, S., and Williamson, J. 2000a. "*Children on the Brink: Strategies to support a generation isolated by HIV/AIDS*". Washington, D.C.: USAID.
- Child Labor Survey, Country Report, Zambia, 1999, CSO/Zambia, ILO).
- Janke, C. 2001. "*Food and Education: Background and Considerations for Policy and Programming*". Baltimore: Catholic Relief Services. Education Development Center, Washington, D.C. July 2001. Available at http://www.synergyaids.com/files.fcgi/3350_CRS_paper_on_food_and_ed.doc
- Johnston, T., Ferguson, A. and Akoth, C. 1999. "A Profile of Adolescent children orphaned by AIDS". Nairobi: Population Communication Africa.
- Kadzamira, E.C., M.P. Chibwana, M. Chatsika, and J.L. Khozi. 1999. "*Gender and Primary Schooling in Malawi*". Report sponsored by the Forum for African Women Educationalist, Ministry of Education, Malawi, and Institute of Development Studies, University of Sussex, Sussex, U.K.
- Kasonde-NNNg'andu, S., W.N. Chilala, and N. Imutowana-Katukula. 1999. "*Gender and Primary Schooling in Zambia*". Report sponsored by the Forum for African Women Educationalist. Ministry of Education, Zambia, and Institute of Development Studies, University of Sussex, Sussex, U. K.
- Kelly, M.J. 2001. "Challenging the Challenger: Understanding and Expanding the Response of Universities in Africa to HIV/AIDS." A synthesis report for the Working Group on Higher Education, Association for the Development of Education in Africa. Washington, D.C.: World Bank.
- Levine, A., 2001. "Orphans and Other Vulnerable Children: What Role for Social Protection?" Proceedings of a World Bank/World Vision Conference, Washington, D.C., 6–7 June.

- Kelly, M.J 2002 " Children in Distress: The AIDS Legacy of Orphans and Vulnerable Children" Paper for Presentation at Ireland Aid Education Forum, Bishop's Square, Dublin, 4th October 2002.
- Kifle A, (2002) Ethiopia, Child Domestic Workers in Addis Ababa: a Rapid Assessment (UNICEF)
- Lockheed, M.E. and A.M. Verspoor, 1991. "*Improving Primary Education in Developing Countries*". New York: Oxford University Press for the World Bank, pp.162–163.
- Mayans, M.V., A. Maguire, M. Miret, J. Alcaide, I. Parron, and J. Casabona. 1997. "The Spread of AIDS and the Re-Emergence of Tuberculosis in Catalonia, Spain." *AIDS* 11(4): 499–505.
- Ministry of Education, Tanzania. 1980. "Basic Education in Tanzania: A Community Enterprise." *Assignment Children*, 51/52: 163 – 181.
- Monk, N. 2002. Enumerating children orphaned by HIV/AIDS: Counting a Human cost. A critique of statistical accounts of the HIV/AIDS orphan crisis. Association Francois-Xavier Bagnoud. Available at www.aegis.com/news/pr/2002/PR020745.html
- Mugabe M., M. Sterling, and A. Whiteside, 2002. Future Imperfect: Protecting Children on the Brink. Discussion paper presented to Africa Leadership Consultation: Acting for Children on the Brink. Johannesburg, 10th September 2002.
- Nalugoda, F., M.J. Wawer, J.K. Konde-Lule, et al. 1997. "HIV Infection in Rural Households, Rakai District, Uganda." *Health Transition Review* 7(suppl 2): 127–140.
- Ntozi, J.P.M., F.E. Ahimbisibwe, J.O. Odwe, et al. 1999. "Orphan Care: The Role of the Extended Family in Northern Uganda." *The Continuing African HIV/AIDS Epidemic*, 225–236.
- Oulai, D., and R. Carr-Hill. 1993. "The Impact of HIV/AIDS on Education." Report of an International Institute for Educational Planning seminar. Paris: International Institute for Educational Planning/Swedish International Development Authority/International Development Research Centre (IIEP/SIDA/IDRC), 8–10 December.
- Sengendo, J., and J. Nambi 1997. "The Psychological Effect of Orphanhood: A Study of Orphans in Rakai District." *Health Transition Review* 7(suppl 1): 105–124.
- Shaeffer, S. 1994. "The Impact of HIV/AIDS on Education: A Review of Literature and Experience". Background Paper Presented to an International Institute for Educational Planning (IIEP) Seminar, Paris, 8 – 10 December, 1993. Paris: International Institute for Educational Planning.
- Shaeffer, S.1996. (Professor A. Barnett, Mr. E. Blas, Professor A. Whiteside, Series Eds.). "AIDS Brief for sectoral planners and managers: Education Sector". Academy of Education Development, Washington, D.C. (Available at http://www.sara.aed.org/publications/hiv_aids/1996_aids_briefs/Educat.pdf)

- Subbarao, K., A. Mattimore, and K. Plangemann. 2001. "Social Protection of Africa's Orphans and Other Vulnerable Children: Issues and Good Practice Program Options." Human Development Working Paper series, Africa Region. Washington D.C.: World Bank, August.
- Todd, T., R. Balira, H. Grosskurth, et al. 1997. "HIV-Associated Adult Mortality in a Rural Tanzania Population". *AIDS* 11(6): 801–807.
- Tumushabe, J., C.A. Barasa, C.A. Muhanguzi, and J.F. Otim-Nape. 1999. "*Gender and Primary Schooling in Uganda*". Report sponsored by the Forum for African Women Educationalist. Ministry of Education, Uganda, and Institute of Development Studies, University of Sussex, Sussex, U.K.
- UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS). 2000. "*Report on the Global HIV/AIDS Epidemic*". Geneva, UNAIDS, June.
- UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS) (S. Fox, S. Anderson, C. Sozi, and R. Delate). 2001a. "*Investing in Our Future: Psycho-Social Support for Children Affected by HIV/AIDS: A Case Study in Zimbabwe and the United Republic of Tanzania. UNAIDS Case Study, July 2001*". *UNAIDS Best-Practice Collection, Pretoria, Republic of South Africa*. Available at <http://www.UNAIDS.org/publications/documents/children/children/JC606-InvFuture-E.pdf>
- UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS) in collaboration with Wellcome Trust Centre for Epidemiology of infectious diseases, 1999a; p9. "*Trends in HIV incidence and prevalence: natural course of the epidemic or results of behavioural change?*". UNAIDS Best Practice Collection, UNAIDS, Geneva, Switzerland
- UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS) and UNICEF (United Nations Children's Fund), 1999. "*Children orphaned by AIDS: Frontline Responses from Eastern and Southern Africa*". New York and Washington D.C.
- Children on the Brink, 2000. Updated estimates and recommendations for Intervention, Executive Summary, (Hunter and Williamson, USAID)
- Children on the Brink, July 2002. A joint report on Orphan Estimates and Program Strategies. (UNAIDS, UNICEF, USAID)
- UNAIDS(United Nations Programme on HIV/AIDS)/WHO(World Health Organisation) 2001. "*AIDS Epidemic Update*". Geneva. December 2001.
- UNESCO (United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organisation) (U.P. Barry, K. Brun, S. Baeyens, et al.). 2000. "The Dakar Framework for Action on Education for All: Meeting Our Collective Commitments." Adopted by the World Education Forum, Dakar, Senegal, 26–28 April, including six regional frameworks for action.
- UNESCO (United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organisation) 2002. "Education for All: An International Strategy to Operationalize The Dakar Framework for Action on Education for All." April 2002. Available at http://www.Unesco.org/education/efa/ed_for_all/framework.html
- UNGASS 2001. *Declaration of Commitment on HIV/AIDS*. United Nations General Assembly, 26th Special Session, 27th June 2001. New York: United Nations.

- United Nations. 1989. "Convention on the Rights of the Child." GA Res 44/25, UN GAOR, 44 Session, 41 plenary meeting, Annex, United Nation Document No. A/44/25.
- Urassa, M., T. Boerma, T.J. Ties, et al. 1997 "Orphanhood, Child Fostering, and the AIDS Epidemic in Rural Tanzania." *Health Transition Review* 7(Suppl 2): 141–153.
- USAID (United States Agency for International Development). 2001. "USAID Project Profiles: Children Affected by HIV/AIDS." Report produced by the Synergy Project. Washington, D.C. October, 2001.
- USAID/UNICEF/UNAIDS 2002. "Children on the Brink 2002. A joint report on orphan estimates and program strategies." Report produced by the Synergy Project. Washington, D.C. July 2002. (Report available on WWW.UNAIDS.org/Barcelona/presskit/childrenonthebrink/childrenonthebrink.pdf)
- Webb, D. 1997. "The Impact of AIDS on Households and Children in Zambia." Paper presented to the Save the Children Fund HIV/AIDS Workshop, London, 23–29 November. Lusaka: UNICEF.
- Williamson, J. 2000a. "What Can We Do To Make a Difference? Situation analysis on children and families affected by AIDS". Displaced Children and Orphans Fund, Washington D.C. United States Agency for International Development (USAID), October (Available at http://www.usaid.gov/pop_health/dcofvwf/dcwvprogs.html)
- Williamson, J. 2000b. "Finding a Way Forward: Principles and Strategies to Reduce the Impacts of AIDS on Children and Families." Draft, November 2, 1999. (As of January 2001, available at http://www.usaid.gov/pop_health/dcofvwf/reports/orphanreps/dcfindingwayforward.html)
- Williamson, J. 2001. "Principles to Guide Programming for Orphans and Other Vulnerable Children." Draft discussion paper, 23 October. Available at http://www.synergyaids.com/files.fcgi/3504_OVC_principles_williamson.doc
- Wößmann, L. 2000. "Schooling Resources, Educational Institutions, and Student Performance: The International Evidence." Kiel Working Paper No. 983. Kiel Institute of World Economics, Kiel (Germany). December.
- World Bank. 1995. "AIDS and Development: Moving Beyond the Partial Paradigm". New York: Oxford University Press for the World Bank.
- World Bank. 1999. "Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic". Revised edition. Washington, D.C.: Oxford University Press.
- World Bank. 2000. "Exploring the Implications of the HIV/AIDS Epidemic for Educational Planning in Selected African Countries: The Demographic Question." The AIDS Campaign Team for Africa, The World Bank. Washington D.C.: The World Bank.

World Bank. 2001. *Costs of scaling HIV Program Activities to a National Level in Sub-Saharan Africa: Methods and Estimates*. AIDS Campaign Team for Africa (ACTAfrica), March 31, 2001. Washington DC: The World Bank.

World Bank. 2002. "*Education and HIV/AIDS: A Window of Hope*. Washington", D.C.: International Bank for Reconstruction and Development/World Bank.

APPENDICES

Appendice 1.1. Nombres (en milliers) et pourcentages des différents types d'orphelins du SIDA

Année	Enfants orphelins de mère par le SIDA	Enfants orphelins de père par le SIDA	Enfants orphelins des deux parents par le SIDA	Autres orphelins non-liés au SIDA	Total
2001	6.278 (13,9%)	7.770 (17,1%)	3.579 (7,8%)	27.698 (61,1%)	45.3257 (100%)
2005	9.927 (18,4%)	11.125 (20,6%)	5.240 (9,7%)	27.732 (51,3%)	54.024 (100%)
2010	12.166 (20,3%)	13.910 (23,2%)	8.497 (14,2%)	25.470 (42,4%)	60.043 (100%)

Source : USAID/UNICEF/ONUSIDA (2002).

Appendice 1.2. Nombre estimé d'orphelins par pays en l'an 2000

	(a)	(b)				©
Pays	De mère+Dp	De mère +Dp	De père	De mère	Total	Total
Afrique	SIDA	SIDA	Toutes causes	Autres causes	Toutes causes	Toutes causes
L'Angola	98000	0	0	0	0	537000
Le Bénin	22000	14650	184595	136382	335627	242000
Le Botswana	66000	37852	57231	7209.9	102293	34000
Le Burkina Faso	320000	148104	398713	178116	724933	500000
Le Burundi	230000	113965	283864	118142	515971	306000
Le Cameroun	270000	111950	310972	142482	565404	531000
La RCA	99000	95232	216926	80798	392956	154000
Le Tchad	68000	0	0	0	0	322000
Les Comores	0	0	0	0	0	0
Le Congo	53000	23729	86388	27301	137418	102000
La Cote d'Ivoire	420000	314161	685668	246840	1E+06	597000
La RD du Congo	680000	447110	735064	1E+06	2E+06	2E+06
Djibouti	7200	0	0	0	0	25000
La Guinée Équatoriale	860	0	0	0	0	18000
l'Erythrée	0	0	0	0	0	169000
L'Éthiopie	1E+06	1E+06	3E+06	1E+06	5E+06	3E+06
Le Gabon	8600	4316	25001	16139	45456	37000
La Gambie	9600	0	0	0	0	46000
Le Ghana	170000	28398	330558	242057	601013	655000
La Guinée	30000	0	0	0	0	330000

	(a)	(b)				©
Pays	De mère+Dp	De mère +Dp	De père	De mère	Total	Total
Afrique	SIDA	SIDA	Toutes causes	Autres causes	Toutes causes	Toutes causes
La Guinée Bissau	6100	0	0	0	0	54000
Le Kenya	730000	377789	669191	169731	1E+06	951000
Le Lesotho	35000	14362	40896	19753	75011	73000
Le Liberia	31000	0	0	0	0	116000
Madagascar	2600	0	0	0	0	585000
Le Malawi	390000	273336	521181	153085	947602	524000
Le Mali	45000	0	0	0	0	468000
La Mauritanie	0	0	0	0	0	0
Maurice	0	0	0	0	0	0
Le Mozambique	310000	252715	911437	347558	2E+06	845000
La Namibie	67000	33161	68992	21923	124076	56000
Le Niger	31000	0	0	0	0	458000
Le Nigeria	1E+06	564682	3E+06	2E+06	5E+06	4E+06
La Réunion	0	0	0	0	0	0
Le Rwanda	270000	129404	515180	292107	936691	414000
Le Sénégal	42000	0	0	0	0	374000
La Sierra Leone	56000	0	0	0	0	248000
La Somalie	0	0	0	0	0	0
L'Afrique du Sud	420000	358593	705766	218852	1E+06	1E+06
Le Soudan	0	0	0	0	0	1E+06
Le Swaziland	12000	18932	41245	14814	74991	28000
Le Togo	95000	33908	94700	42119	170727	159000
L'Ouganda	2E+06	585809	1E+06	473520	2E+06	1E+06

	(a)	(b)				©
Pays	De mère+Dp	De mère +Dp	De père	De mère	Total	Total
Afrique	SIDA	SIDA	Toutes causes	Autres causes	Toutes causes	Toutes causes
Le Soudan	0	0	0	0	0	1E+06
Rép. Unie de Tanzanie	1E+06	426300	924084	182700	2E+06	1E+06
La Zambie	650000	429124	677599	133293	1E+06	405000
Le Zimbabwe	900000	3430.1	595686	486586	1E+06	370000
TOTAL	1E+07	6E+06	2E+07	8E+06	3E+07	2E+07

LÉGENDE:

(a) Orphelins de mère et des deux parents en raison du SIDA (ONUSIDA, 2000)

(b) De mère, des deux parents en raison du SIDA,

Orphelins de père pour toutes causes, orphelins de mère pour d'autres causes

que le SIDA et nombre total d'orphelins pour toutes causes

(Susan et Williamson, 2000a)

© Nombre total d'orphelins pour toutes causes (USAID/UNICEF/ONUSIDA, 2002)

Appendice 1.3 : Initiatives pour accroître l'accès des orphelins et enfants vulnérables à l'enseignement primaire

Subventionner les coûts liés à la scolarité

- Fournir des bourses d'études/ou des bons scolaires
- Éliminer les frais de scolarité
- Une aide en nature pour les écoles qui acceptent les orphelins et enfants vulnérables

Restructuration du système d'enseignement traditionnel

- Ouverture d'écoles communautaires

Accroître indirectement l'accès à l'éducation

- Offrir des soins dans la communauté et les ménages
- Développement de projets générateurs de revenu
- Instauration de programmes d'alimentation en milieu scolaire

Améliorer la qualité de l'éducation

- Former les enseignants pour qu'ils assument les responsabilités d'orientation psychologique et de travail
- Mise à jour du programme d'études pour inclure l'enseignement de qualifications professionnelles et de compétences pour la vie
- Amélioration générale de la qualité de l'éducation

Source: Adapté de A. Hepburn (2001.)

Annexe 1.

Première Histoire d'Enfant: Histoire d'un orphelin qui gère un ménage

Je m'appelle William. Je suis un jeune garçon. Mes parents sont morts il y a trois ans. Je vis dans le village de Gikongo avec mes deux sœurs et mon frère dans cette hutte. C'est la hutte où nous vivions avec nos parents. Cela a été difficile quand mes parents sont morts. Ils avaient tous les deux été malades pendant longtemps et personne d'entre nous ne savait ce qui se passait, alors nous avons peur. Nous ne savions pas ce qui nous arriverait quand ils seraient partis. Quand ils étaient malades, toute activité dans la maison s'arrêtait parce que la plupart de notre temps était consacré à prendre soin d'eux. En conséquence, la famille est devenue de plus en plus pauvre et nous avons dû vendre certains de nos biens pour rassembler de l'argent afin de payer les factures de l'hôpital. Nous avons arrêté d'aller à l'école.

Maintenant mon frère aîné (16 ans) ne vit plus avec nous. Il vit dans une ville voisine. Il travaille dans un moulin à maïs mais il vient nous rendre visite presque chaque jour. Il apporte de l'argent pour nous aider à nous en sortir. Il vient d'acheter deux chèvres pour nous aider. Il a aussi réparé la hutte. Ma sœur aînée (15 ans) s'occupe de nous. Nous essayons de l'aider à la maison. Le matin, elle s'assure que nous avons quelque chose à manger avant d'aller à l'école. C'est le cas lorsqu'il y a de la nourriture à la maison. Seuls ma plus jeune sœur Kathy et moi allons à l'école. Mon plus jeune frère Peter a abandonné l'école l'an dernier parce qu'il n'avait pas une paire de culottes courtes en bon état. Même maintenant avec la « nouvelle » paire qu'il a, il ne va toujours pas à l'école.

Il se promène autour du village essayant de trouver quelques petits boulots qu'il peut faire, pour que nous ayons de l'argent pour survivre. Mais ce n'est pas facile. Après l'école, Kathy, prépare à manger pour nous tous. Elle va aussi à la rivière pour chercher de l'eau et laver les vêtements. Parfois, nous les garçons lavons nos propres vêtements. Après cela, elle lave les plats et aide ensuite notre sœur aînée pour les tâches ménagères à faire. Si sa présence n'est pas nécessaire, alors elle fait ses devoirs scolaires ou bien elle va jouer avec ses amis. Au début de l'année dernière, elle avait à s'occuper de notre petite sœur, mais elle est morte. Mon frère et moi aidons aussi notre sœur à la maison. D'habitude nous balayons la cour extérieure ou nous travaillons dans

le petit jardin que nous avons. Quand la situation est mauvaise, nous louons notre portion de terre aux gens du village pour avoir de l'argent et l'utiliser pour d'autres choses, mais alors nous n'avons pas assez de vivres.

Nous avons deux oncles qui vivent dans le voisinage, mais ils ne nous aident pas. Dans de rares occasions, ils nous aident avec un peu d'argent lorsque nous n'avons pas eu à manger depuis quelques jours. Si nous avons des problèmes, d'habitude ils ne font rien pour nous aider même si nous allons les voir. Souvent, ce sont nos voisins qui nous aident. Si nous sommes malades, ils peuvent nous donner des médicaments et s'ils n'en ont pas, ils peuvent nous amener voir le guérisseur traditionnel ou bien à l'hôpital. La plupart du temps nous allons chez le guérisseur traditionnel parce que l'hôpital est très loin et il n'y a personne pour nous accompagner. Si nous y allons, il n'y a d'habitude pas de médicaments et nous n'avons pas l'argent pour en acheter. Il existe un hôpital missionnaire, mais ils font payer pour le traitement et nous n'avons pas d'argent, donc nous allons chez le guérisseur traditionnel. Parfois il nous soigne gratuitement ou bien nos voisins le payent. S'il ne s'agit pas d'une maladie grave, nous utilisons les plantes pour nous soulager. La plupart du temps c'est notre sœur aînée qui s'occupe de nous quand nous sommes malades. Si nous sommes gravement malades, alors elle et mon frère aîné décident de ce qu'il faut faire.

La vie est difficile. Nous n'avons pas de parents comme les autres enfants, et devons faire tout par nous-mêmes. Nous devons réparer la hutte quand elle s'écroule, essayer de trouver de petits boulots pour rassembler de l'argent pour acheter des vêtements et pour vivre, et la plupart du temps nous nous baignons sans utiliser de savon. Nous allons juste à la rivière et nous nous lavons. Nous souffrons de faim la plupart du temps, particulièrement si nous ne pouvons pas trouver un travail temporaire pendant la journée. Mon frère cadet Peter a quitté l'école pour chercher de petits boulots dans le village. Au moins de cette manière nous sommes en mesure de manger et acheter des vêtements, mais bien qu'il ait abandonné les études, il n'est pas facile de trouver du travail. Parfois il essaye de chasser les oiseaux, mais d'habitude il n'en attrape pas.

Notre défi le plus grand est de survivre. Mais, même si nous y arrivons par-dessus tout, l'attention de nos parents nous manque. La plupart de nos amis sont orphelins. Cela vaut mieux parce que quand nous jouons avec d'autres enfants, leurs parents sont

toujours là pour les soutenir. Mais nous n'avons personne. Quand nous avons tous joué joyeusement, les autres enfants rentrent chez leurs parents, mais nous n'avons personne d'autre que nous-mêmes chez qui rentrer. Quand je suis assis seul, je rêve de devenir un enseignant ou un homme d'affaires. Parfois je souhaite être un artisan. Je pourrais au moins tisser des nattes ou construire des huttes. Mon frère Peter voudrait être un conducteur d'autobus. Bien que nous les garçons nous souffrions, je pense que ce sont les filles qui souffrent le plus. Nous les garçons pouvons nous débrouiller seuls, mais les filles ne peuvent pas. Elles n'ont qu'à prendre ce que les gens leur font. Kathy a quelques problèmes à l'école parce que les gosses l'appellent orphelin tout le temps et elle n'a personne pour se plaindre quand elle rentre à la maison parce que nous ne pouvons rien faire. Nous sommes tous des orphelins. Ainsi tout comme nous, elle a des amis qui sont aussi des orphelins. Elle est forte au jeu « cliquetis » et s'amuse bien.

Parfois, elle joue à la marelle et au jeu des « poulets dans la cage ». Nous les garçons aimons jouer au football et nous ébattre dans l'eau de la rivière. Mais la vie n'est pas si facile. En soirées, particulièrement les fins de semaine, nous nous asseyons en rond et chantons des chansons. Parfois nous chantons les chansons qui passent à la radio, mais la plupart du temps nous chantons les cantiques de l'église, comme dans une chorale. Mais nos parents nous manquent, parce qu'ils pourraient faire toutes ces choses difficiles pour nous, mais surtout ils pourraient nous raconter des histoires le soir. Parfois, je rêve de ma mère. La dernière fois que j'ai rêvé d'elle, elle rentrait à la maison après une visite en ville avec un panier sur sa tête, et je courais pour la rencontrer joyeusement, mais alors je me suis réveillé. Mon frère Peter a aussi rêvé d'elle un autre jour. Elle était debout dans le jardin près de la maison et chantait des cantiques, mais elle n'est pas venue à la maison. Il s'est aussi réveillé. Nos parents nous manquent. Maintenant tout ce que nous pouvons faire c'est de rêver.

Annexe 2

Histoire de la mère d'Elizabeth

Mon mari est mort à l'hôpital au début de l'année dernière, il n'y avait pas le temps d'aller chez le guérisseur traditionnel. Quand il était malade, toute activité dans la maison s'arrêtait parce que notre temps était consacré en grande partie à prendre soin de lui. En conséquence la famille est devenue de plus en plus pauvre et nous avons dû vendre certains de nos biens pour rassembler de l'argent afin de payer les factures d'hôpital. Il n'avait pas de frère cadet et les membres de sa famille ne voulaient pas s'occuper de moi, alors mes enfants et moi avons déménagé pour vivre ici. J'ai deux filles et un fils. Elizabeth est l'aînée et elle a quitté l'école parce que son oncle ne peut plus subvenir à ses besoins et nous ne pouvons pas obtenir une aide financière. Elle m'aide pour les tâches ménagères à la maison, et tôt le matin, elle travaille dans le jardin.

La vie n'a pas été facile depuis le décès de mon mari. Regardez ma hutte; elle est en ruine. Je devrai trouver un boulot pour pouvoir acheter les poteaux et de la paille pour le toit. De cette manière les hommes du village peuvent réparer la maison. Je n'ai pas d'emploi, alors quand nous avons besoin de vêtements, de nourriture et d'autres produits de première nécessité je vais à l'extérieur travailler dans les jardins des autres. Parfois Elisabeth m'aide. J'utilise l'argent que je gagne pour acheter ce dont nous avons besoin. Quand mes enfants sont malades, je les emmène voir le guérisseur traditionnel, qui les soigne parfois gratuitement. L'hôpital est trop loin. J'ai besoin de l'argent du transport pour y aller et rentrer à la maison, alors je ne les amène là-bas que quand ils sont gravement malades.

En ce moment, la situation est très difficile, alors nous n'avons qu'un repas par jour. Je m'assure d'habitude que nous mangions tard dans l'après-midi pour que mes enfants aient au moins l'estomac plein quand ils vont se coucher. Elisabeth est presque une femme maintenant et peut se marier. Si tel est son désir, je ne peux pas l'empêcher. Au moins son mari la prendra en charge. Dans le passé, nous étions capables de contrôler les événements. Les filles avaient la permission de se marier à l'âge de 15 ou 16 ans et elles devaient participer aux cérémonies d'initiation où elles recevaient des conseils concernant notre culture. Mais aujourd'hui les enfants mûrissent si vite que nous ne pouvons pas les arrêter. Ils ne sont initiés qu'après ou quand ils se marient. C'est

honteux, mais avec tous les problèmes, les parents d'aujourd'hui n'ont pas grand chose à dire.

Annexe 3. Résumé des effets sur les enfants de parents malades et morts du SIDA

A accru	A réduit
La pauvreté	L'accès à l'alimentation
La responsabilité de ménage	L'accès aux services sanitaires
Le désarroi psychosocial	L'accès à l'école
La vulnérabilité à la violence physique, au travail de l'enfant et au risque sexuel	Les biens matériels, comme les vêtements, les vivres
Le stigmatisme et l'isolement	L'orientation, la protection, et l'amour des adultes
La faim, la malnutrition	

Source: L. Gilborn (2001.)

Annexe 4. Impact de la maladie liée au VIH/SIDA des parents sur la fréquentation et les résultats scolaires des enfants.

- Les enfants abandonnent les études parce qu'il y a peu ou pas d'argent pour payer les frais de scolarité
- Doivent s'occuper des autres frères et sœurs
- Doivent assumer plus de responsabilités dans le ménage
- Doivent rester à la maison pour s'occuper du parent malade (s'applique particulièrement aux filles)
- Eprouvent un traumatisme psychosocial
- Les résultats baissent à cause de leur absence à l'école
- Manquent de l'attention et du soutien des parents

Annexe 5. Problèmes psychosociaux des orphelins et enfants vulnérables dont l'enseignant devrait avoir conscience :

- Ils s'inquiètent de leur avenir, d'habitude en silence
- Ils craignent d'être infectés
- Ils se sentent différents des autres enfants
- Ils perdent des opportunités, comme l'éducation
- Ils regardent leurs parents souffrir et mourir
- Ils perdent aussi d'autres personnes : oncles, enseignants, frères et sœurs
- Ils changent d'habitation, parfois plus d'une fois
- Ils manquent de l'amour, de l'orientation et de la protection d'un adulte
- Ils sont confrontés aux taquineries, à l'isolement, aux rumeurs et même à la négligence et à la brimade.

Ces circonstances peuvent entraîner

- La honte
- Le repliement sur soi
- La dépression
- Le chagrin et la tristesse
- La peur et l'anxiété
- Le « jeu de rôle » – souvent mal interprété

Source: L. Gilborn (2001.)

Annexe 6

Deuxième Histoire d'enfant – L'orphelin qui gère un ménage

Je m'appelle Rwugantamazam, et j'ai 18 ans. J'ai trois sœurs et deux frères. Mon frère aîné ne vit pas avec nous. Il se déplace pour chercher des petits boulots et vient de temps à autre pour nous donner de l'argent. Ma sœur aînée est mariée. Elle a 20 ans et vient nous rendre visite chaque jour pour voir si nous avons à manger. Ce n'est que vers la fin de l'an dernier qu'elle s'est mariée. Felicia (16 ans), Mary-Anne (14 ans), Andrew (12 ans) et moi vivons ensemble. Tous les trois vont à l'école. J'ai quitté l'école parce qu'il n'y avait pas d'argent pour payer les frais de scolarité. Mon frère aîné a aussi quitté l'école à cause du même problème. Mon père a construit la maison dans laquelle nous vivons, mais il est mort avant de l'avoir terminée. Mon père est mort en 1995 et ma mère est morte l'année suivante. C'est ma sœur aînée qui s'est occupée d'eux pendant leur maladie.

Les autres membres de la famille ne voulaient rien d'autre que nos biens. Ils avaient l'habitude de nous dire que nous souffririons une fois que nos parents seraient morts. Ma sœur aînée était intelligente. Quand elle a vu que la situation se dégradait, elle a caché la plupart de nos meubles chez le voisin, ainsi il n'y avait rien à prendre pour eux. Nous avons toujours la plupart de ces meubles. Quand ma mère est morte, nous sommes allés vivre avec notre grand-mère mais ils étaient tellement cruels envers nous. Ils voulaient toujours nos meubles et ils voulaient cette maison. Ma sœur se disputait avec eux chaque jour à ce sujet. À la fin, nous avons décidé d'aller vivre par nous-mêmes dans la maison qu'ils désiraient. Pendant les premiers mois, les choses n'étaient pas faciles. Mon oncle nous visitait presque chaque jour en essayant de nous faire vendre la maison ou de la lui donner, mais ma sœur et mon frère se sont disputés avec lui. Non, ils ne nous aident pas. Nous sommes livrés à nous-mêmes.

Nous rencontrons beaucoup de problèmes. Nous manquons de nourriture, de vêtements et d'argent pour les frais de scolarité. Les frais de scolarité sont un problème réel. Même lorsque nous travaillons dur, il n'y a pas moyen de rester à l'école parce que nous n'avons pas assez d'argent pour payer l'école. Nous devons payer 500,00 RWF par mois. Marie-Anne vient de passer ses examens du CM2 et elle est inquiète. Elle ne sait pas si elle a réussi et elle ne sait pas comment elle trouvera une place dans un collège

d'enseignement général. Elle a de grands rêves. Elle veut aller à l'université et obtenir un diplôme dans le tourisme. Elle veut visiter tous les pays qu'elle a étudiés.

Felicia ne se soucie pas ce qu'elle fait. Elle veut juste obtenir un boulot ou gérer sa propre affaire. Andrew veut devenir pilote, mais son maître ne cesse de se plaindre de son mauvais comportement à l'école. Il ne prête jamais attention à ce qui se passe en classe. Andrew se plaint constamment parce qu'il n'a plus son thé le matin. Je suppose qu'il ne comprend pas que les temps sont difficiles. Ce n'est pas le seul repas dont on se prive. Parfois nous n'avons absolument rien à manger. Quand nous arrivons à manger, c'est d'habitude un plat de maïs et des légumes bouillis avec du sel. Pour les jours où nous pouvons dire que nous avons eu un bon repas, celui-ci consiste en un plat de maïs et du poisson. Ce qui est rare.

Je dois m'occuper de ces trois enfants. Le soin que je leur donne n'est pas comparable à celui que mes parents nous ont donné. Je souhaite que nos parents soient encore vivants. Chaque matin je me réveille et essaye de penser aux moyens d'avoir un repas. Quand nos vêtements sont usés, je dois penser aux moyens d'en obtenir d'autres. Je sais que ma sœur s'est mariée pour fuir ces problèmes. Au moins elle essaye de partager avec nous le peu qu'elle a, mais elle n'a pas grand' chose. Peut-être qu'un jour je serai chanceux et travaillerai dans un bureau, mais vu comment les choses sont, cela est peu probable.

Quand nous sommes malades, nous nous occupons de nous-mêmes. Je les emmène d'habitude à l'hôpital à bicyclette. C'est le mieux que je puisse faire. Nous avons tous des amis mais n'avons pas beaucoup de temps à passer avec eux parce que nous avons du travail à faire à la maison. Les filles travaillent à la maison tandis qu'Andrew travaille dans un magasin au marché pendant le week-end. Je cherche du travail chaque jour pour que nous ayons à manger. Nous avons mis à louer un côté de la maison après l'avoir libéré pour que le loyer ainsi généré nous aide. La plupart des gens ici sont gentils envers nous, mais certains d'entre eux nous disent de déguerpir de leur vue parce que nous sommes des orphelins. Cela nous blesse, mais que pouvons-nous faire? Il n'y a rien que nous puissions faire parce qu'après tout nous sommes des orphelins. Nos parents nous manquent vraiment, particulièrement quand nous n'avons

rien à manger. Pendant longtemps nous avons l'habitude de rêver de nos parents, mais aujourd'hui nous ne le faisons plus.

Parfois, nous nous asseyons et parlons d'eux et de ce que nous avons l'habitude de faire avec eux. Je me rappelle que mon père a souffert énormément pendant sa maladie, mais sa maladie a été de courte durée. Les membres de sa famille étaient tellement contents de sa maladie, c'était horrible. Bien qu'ils l'aient traité de cette manière, il a laissé dans son testament de l'argent pour mes grands-parents, mais ceux-ci continuent à ne pas nous traiter gentiment. Je souhaite que nos parents soient vraiment vivants. Au moins ils sauraient que faire.

Annexe 7. Questions de politique intéressantes pour la discussion

Cibler les bénéficiaires

- Quels sont les objectifs de la politique ?
- Quels sont les groupes dont l'accès est compromis ?
- A t-on décidé quels groupes recevront de l'aide ? Est-ce que les cibles sont les orphelins du SIDA, tous les enfants vulnérables ou bien les pauvres en général?
- Quels groupes faut-il inclure ?
- Comment identifiez-vous le groupe cible ?
- Quels mécanismes de ciblage devraient être utilisés pour les atteindre ?
- Quel est le rôle de la communauté ?
- Est-ce que les conditions culturelles permettent l'introduction de l'aide à ce groupe ? Quelles sont les implications culturelles et économiques ?

Les mécanismes de l'aide

- De quel type d'aide le groupe cible a-t-il besoin ?
- Quels sont les meilleurs moyens d'acheminer les fonds vers les écoles/bénéficiaires ?
- Comment sont effectués les paiements ?
- L'aide doit être égale pour tout le monde ou devrait-elle être proportionnée au besoin ?
- Quel est le rôle des comités communautaires ?
- Quel est le rôle des enseignants et de l'administration scolaire ?
- Quelles sont les meilleures pratiques qui ont fonctionné ailleurs ?
- Est-ce que les virements de fonds sont la voie la plus rentable ?
- Est-ce qu'un mécanisme a été adopté pour décider des allocations de fonds ?
- Est-ce que des contrôles ont été faits pour détecter d'éventuelles duplications avec des services disponibles d'autres bailleurs de fonds ou fournisseurs ?
- Quel est le rôle des membres de la famille et des parents adoptifs dans ce processus ?
- Existe-t-il des cadres d'action/lois et des procédures de mise en vigueur pour soutenir l'aide ?

Le mélange d'interventions

- Quel est le rôle de l'alimentation en milieu scolaire? Est-ce viable ?
- Parmi les interventions d'éducation sanitaire, de nutrition et psychosociales, quelles sont celles qui devraient combinées pour mieux soutenir les orphelins du SIDA et les enfants vulnérables ?
- Qu'en est-il du soutien à la santé scolaire comme le traitement par les vermifuges ?

La mise en oeuvre et les mécanismes de gouvernance

- Comment fonctionneront les fonds ?
- Comment seront régis les fonds ? Y a t-il suffisamment d'indépendance par rapport au gouvernement ?
- Comment peut t-on éviter les risques de mauvaise pratique comme l'utilisation frauduleuse de fonds pour des destinataires et familles inéligibles ?
- Est-ce que l'infrastructure est adéquate pour assurer que les fonds atteignent ceux qui sont vraiment dans le besoin ?

La viabilité et les aspects financiers

- Comment peut-on pérenniser ces activités ?
- Quel est le rôle des partenariats ?
- Est-il faisable d'enregistrer et de rassembler des contributions auprès des membres de la communauté ?
- Quel est le rapport entre les services gouvernementaux et les agences – Quels sont les rôles des différents acteurs ?
- Connaît-on la somme d'argent qu'il faudra pour réaliser ces objectifs ?

Le contrôle accru et l'évaluation

Est-ce qu'une évaluation des besoins a été conduite?

- Comment peut-on contrôler ce programme ?
- Comment peut-on utiliser les techniques participatives pour déterminer les évaluations des bénéficiaires ?
- Y a-t-il des structures en place pour contrôler et réglementer le programme ?

- Est-ce que les structures administratives/procédures existantes offrent des mécanismes de contrôle et d'évaluation ?

Annexe 8. Principes qui devront guider la programmation pour les orphelins et autres enfants affectés par le VIH/SIDA

1. Renforcer la protection et le soin aux orphelins et aux autres enfants vulnérables au sein de la famille étendue et de la communauté ;
2. Renforcer les capacités économiques des familles et des communautés ;
3. Accroître la capacité des familles et des communautés à répondre aux besoins psychosociaux des orphelins, enfants vulnérables et de ceux qui s'occupent d'eux ;
4. Lier les activités de prévention du VIH/SIDA, la prise en charge et le soutien aux personnes qui vivent avec le VIH/SIDA avec les efforts entrepris pour soutenir les orphelins et autres enfants vulnérables ;
5. Accorder la priorité aux enfants et aux communautés les plus vulnérables et pas uniquement aux orphelins du SIDA ;
6. Prêter une attention particulière aux rôles joués par les garçons et les filles, les hommes et les femmes et traiter de la discrimination entre les sexes ;
7. Assurer la pleine participation des jeunes comme partie intégrante de la solution ;
8. Renforcer les écoles et assurer l'accès à l'éducation ;
9. Réduire le stigmate et la discrimination ;
10. Accélérer l'apprentissage et l'échange de l'information ;
11. Renforcer les partenaires et les partenariats à tous les niveaux et développer des coalitions entre les principaux acteurs ;
12. S'assurer que l'aide extérieure renforce, et ne mine pas l'initiative et la motivation de la communauté.

Source: J. Williamson (2001.)