

Sixième Conférence Africaine sur la Population

Ouagadougou – Burkina Faso, 5 – 9 Décembre 2011

La Population Africaine: Passé, Présent et Futur

Organisée par le Gouvernement du Burkina Faso et l'Union pour l'Etude de la Population Africaine (UEPA)

Thème

Impact socioéconomique du VIH/SIDA sur le secteur éducatif au Bénin

Par

Gilles **GOHY**

Démographe & Sociologue-Anthropologue & Spécialiste en Gouvernance & Démocratie

Expert en Suivi-évaluation des Projets SIDA et Chercheur au Centre de Formation et de Recherche en matière de
Population (CEFORP)

ENEAM/Université d'Abomey-Calavi (UAC)

BP 78

Abomey-Calavi

Bénin (Rép. Du)

Téléphone: (229) 90 02 88 90 / 93 05 00 50 / 95 56 99 66 / 97 29 94 76

E-mail : gohyfr@yahoo.fr

Résumé exécutif

La présente étude contribue à la réflexion sur l'impact socioéconomique du VIH/SIDA sur le système de l'éducation des pays comme le Bénin où la pandémie du Sida a une prégnance indiscutable. Le premier cas de VIH/SIDA est apparu au Bénin en 1985. Après une progression inquiétante qui est allée jusqu'à 4.2% au début des années '90, la pandémie a beaucoup reculé, du fait des actions diverses énergiques (IEC/CCC; programmes d'intervention, ...), pour se stabiliser à 2% depuis 2006. Pourtant, l'impact du mal sur les secteurs porteurs de l'économie et de la reproduction sociale comme le secteur éducatif y est encore perceptible à nos jours.

Utilisant la littérature disponible et les données inédites de l'étude intitulée "*Etude d'impact socio-économique du VIH/SIDA/IST sur les secteurs de l'éducation et de l'agriculture au Bénin*" financée par la Banque Africaine du Développement (BAD) et exécutée par le *Projet d'Appui à la Lutte contre le Sida au Bénin (PALS-BAD)* coordonné par Dr Valentine MEDEGAN-KIKI, cette étude montre la nécessité de continuer les efforts déployés pour que la prévalence de la pandémie qui stagne au Bénin à 2% aille en-deçà pour le bien de tous les secteurs vitaux de l'économie béninoise. En effet, du fait de cette prévalence, le système éducatif en subit les contrecoups déjà préjudiciables au secteur de l'éducation béninois : la proportion d'orphelins et enfants vulnérables (OEV) du fait du sida et celle des enfants chefs de ménages n'ont jamais été aussi élevées dans la société béninoise dont la structuration sociale est traditionnellement protectrice de l'enfant, de la veuve et de l'orphelin. L'impact socioéconomique du VIH/SIDA dans le secteur éducatif béninois induit de nouveaux arrangements résidentiels à issues indéterminées : le confiage ou la délinquance

potentielle dans la rue ou de nouveaux aménagements fonctionnels des nouveaux types de ménages et une notable altération de la perception initiale du chef de ménage. Mais que peut cette dynamique sociale dans un contexte socioculturel de désorganisation profonde des structures sociales traditionnelles ? L'étude dégage ainsi des perspectives non alarmistes mais assez troublantes pour le développement socioéconomique du Bénin, en cas d'hypothèse forte de recrudescence de la pandémie ou des mauvais comportements d'une part, ou de la pénurie des antirétroviraux (ARV) d'autre part.

INTRODUCTION

Quand le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) apparut au début des années 1980, le monde des hommes imaginait certainement à peine le prix à payer pour vivre avec cet événement perturbateur, les conséquences qu'il aura sur leur vie, les bouleversements qu'il entraînerait sur leurs comportements individuels et collectifs et les divers impacts qu'il aura sur les divers secteurs porteurs des économies nationales. Ainsi, l'aspect médical, dans sa dimension prise en charge thérapeutique, a majoritairement mobilisé les efforts et les esprits, réduisant à leur portion congrue, mais presque à son corps défendant, les impacts social et économique du sida dans le vécu quotidien des communautés, les aménagements ou les réaménagements nécessaires à la poursuite de la vie communautaire, quand le sida s'est très tôt révélé comme un importun intrus venu s'installer de façon pérenne dans les communautés. Pourtant, ces impacts sont déterminants pour les communautés, parce que dirimants à la dynamique sociale *stricto sensu*, maintenant que le sida est bien là, réalité intangible et toute-puissante des organisations sociales africaines.

Toutefois, les informations précises sur les diverses facettes de l'impact socioéconomique du sida sur les secteurs vitaux des économies nationales africaines ne foisonnent pas et cela crée même des soucis à de nombreuses autorités politico-administratives. Et dans le cas spécifique du Bénin où cette préoccupation remonte pourtant à 1998, les informations fiables du genre de celles que nous utilisons à présent ne sont disponibles qu'en 2010, permettant la présente étude. Celle-ci constitue pour ainsi dire une première car, si les diverses éditions de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) ont pu montrer quelques manifestations du sida sur les structures des ménages, les informations devant permettre d'approfondir la compréhension de l'impact socioéconomique du sida sur les secteurs vitaux des économies, comme celui de l'éducation, faisaient cruellement défaut.

Cette étude qui comble donc un vide incontestable, comporte trois parties. Après les informations nécessaires sur la méthodologie, l'analyse empirique des données renseigne de façon inédite sur certains aspects la situation épidémiologique du VIH/SIDA au Bénin, tenant compte de son impact socioéconomique sur le secteur éducatif. La troisième partie "*Discussions*" en élargit les dimensions, en intégrant dans le référentiel global de la connaissance épidémiologique du VIH/SIDA au Bénin, de nouveaux éléments d'analyse d'impact du sida dans le pays ; il en est ressorti des constats troublants.

I- METHODOLOGIE

Cette partie aborde la problématique et la démarche méthodologique de l'étude.

a- Problématique et hypothèses

- Objet de l'étude et problématique de recherche

Cette étude est une contribution à l'analyse de l'impact socio-économique de la pandémie du VIH/SIDA sur le secteur éducatif béninois. Fort de cet objet, notre problématique se dégage de la manière suivante : même stabilisée à 2% au Bénin, la prévalence du sida dans ce pays n'est-elle pas de nature à perturber gravement la structure de l'éducation primaire et la structure sociale des ménages et les formes traditionnelles de solidarités et de prise en charge des orphelins et enfants vulnérables (OEV) au Bénin ?

- Hypothèses de recherche

Il se dégage de cette problématique les hypothèses suivantes :

- **H₁** : L'impact social et économique du VIH/SIDA au Bénin frappe fortement le secteur éducatif béninois et perturbe de manière significative les ménages dont sont issus les acteurs de ce système. *On s'attend ainsi à ce que les ménages comportent de plus en plus d'orphelins et enfants vulnérables (OEV) ou à ce que les enfants chefs de ménages du fait du sida soient bien remarquables dans le pays.*
- **H₂** : L'impact socioéconomique du VIH/SIDA sur le secteur éducatif béninois constaté, induit les arrangements résidentiels et les aménagements institutionnels des nouveaux ménages nécessaires à la reproduction sociale. *On s'attend ainsi à ce que le relâchement ou la défaillance des structures familiales traditionnelles hypothèque la prise en charge de ces enfants, les obligeant en réaction, à adopter de nouvelles stratégies de survie, même au niveau résidentiel.*

b- Démarche méthodologique

Les définitions opérationnelles et la méthode utilisée constituent la substance de cette partie.

- Définitions opérationnelles

On entendra par "*impact socioéconomique*", "*impact social et impact économique*", tenant ainsi compte de la précaution méthodologique de l'ONUSIDA. En effet, conformément à la documentation existante au niveau de cet organisme des Nations Unies sur les études d'impact du VIH/SIDA, il n'est pas facile de séparer l'impact social de l'impact économique car, la maladie et les décès ont une influence incontestable sur la manière dont les biens et services sont produits et sur la réalité même de la production. En d'autres termes, la maladie et le décès ont un effet sur *les rapports sociaux de la production, sur la manière dont les individus se rassemblent pour produire, sur la coordination et la chronologie de la production, sur les décisions déterminant qui fait quoi, quand et comment*¹.

Au regard de ce qui précède, l'ONUSIDA part du principe que l'impact du SIDA découle de l'augmentation de la morbidité et de la mortalité précoces qu'il entraîne pour envisager de façon empirique l'*impact*

"comme un coup porté au système existant de sources de revenus aux niveaux national, régional, communal et familial, qui réduit le niveau et les perspectives de vie et de bien-être. Il peut impliquer la dissolution de l'unité sociale de base et la perte de certains individus pour des raisons liées à la pauvreté plutôt que par la conséquence directe des maladies ou des décès liés au VIH/SIDA. Il s'agit en fait d'une série de modifications lentes mais complexes dans le système social et économique, due aux effets d'une série de causes identifiables (maladies et décès liés au VIH/SIDA)" (ONUSIDA, 2001:40).

Cette institution mondiale a ainsi laissé comprendre l'*impact social* comme

"tout choc soudain ou une série d'événements à action lente et cumulative susceptible de désorganiser les systèmes existants de soutien social" (ONUSIDA, 2001:45).

Dans le même élan, on a pu appréhender l'*impact économique* comme

"le détournement des ressources vers des usages qui ne se seraient pas présentés en l'absence du VIH/SIDA et c'est une baisse de la production due à l'épidémie" (ONUSIDA, op. cit).

Le secteur éducatif béninois constitue dans cette étude le creuset de manifestation de la chaîne éducative béninoise, depuis l'enseignement de base (maternel et primaire) jusqu'au supérieur, en passant par les enseignements secondaire (général ou technique et professionnel), et tout l'arsenal

¹ C'est une allusion à l'hétérogénéité non observée entre les variables en jeu dans cette situation.

administratif qui en constitue le sous-bassement. Il s'agit donc du secteur de l'éducation dans toute sa plénitude au Bénin².

- Méthode utilisée

Fort de ces définitions, la méthode utilisée pour cette étude est **l'analyse de données primaires et secondaires** qui a permis d'apprécier l'impact du VIH/SIDA sur le secteur éducatif de façon dynamique, c'est-à-dire aussi bien du point de vue social que du point de vue économique, tenant compte de la prééminence des interactions politiques. Cette analyse consiste à examiner les variables des jeux de données quantitatives et à déterminer si l'analyse des variables utilisées procurera des informations utiles à l'analyse descriptive de l'impact social et économique du VIH/SIDA sur le secteur éducatif au Bénin.

- Source d'informations et limite

Les informations utilisées sont principalement issues de l'étude d'impact du PALS-BAD, l'EDSB III et de la littérature pertinente disponible.

Réalisée par LAMEN en 2011, l'étude du PALS-BAD a essentiellement porté sur les différentes catégories de cibles suivantes : les *enseignants*, les *apprenants* et les *ménages*, c'est-à-dire les familles des personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVIH). Aussi, l'analyse a-t-elle été faite par sous-secteur (primaire, secondaire et supérieur). Toutefois, par manque de données, l'analyse n'a pu toujours être réalisée de façon différentielle entre le secteur privé et public. De plus, la non possession de la base de données de cette étude PALS-BAD n'a pas permis d'envisager des analyses multivariées de causalités ou d'interactions. Quant à l'EDSB-III réalisée en 2006, seul son rapport publié a servi de source de triangulation possible. Les récentes données de la Banque Mondiale et celles des publications de Perspectives Monde et de The World Factbook & CIA ont souvent été privilégiées, fussent-elles des estimations, pour leur fiabilité et leur actualité incontestables, au détriment de l'ancienneté d'autres sources nationales connexes, comme celles de l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE) ou du Ministère de la Santé, par exemple.

- Plan d'analyse

L'analyse descriptive des données disponibles a permis de rendre compte de la situation au Bénin, pour envisager des discussions multidimensionnelles.

II- RESULTATS DE L'ENQUETE EMPIRIQUE

L'impact socioéconomique du VIH/SIDA sera mieux apprécié après en avoir saisi l'impact social dans les ménages.

2.1. Impact social du VIH/SIDA dans les ménages

2.1.1. Caractéristiques des ménages enquêtés et leurs connaissances sur le VIH/SIDA

Les informations qui suivent sont importantes pour l'étude parce qu'elles renseignent sur le contexte social de la prégnance de la pandémie dans les ménages où vivent les sujets de l'impact étudié. L'impact social du VIH/SIDA sur les enseignants, les apprenants et les mécanismes de prise en charge

² Les restrictions sont apportées méthodiquement chaque fois que cela s'est avéré nécessaire.

est ainsi apprécié à partir des données fournies au niveau central par les 27 responsables et les agents des services centraux et déconcentrés de ministères intervenant dans l'éducation à divers niveaux (écoles, collèges et universités) publics et privés, dans les communes de l'étude, ainsi que par les 23 responsables des associations de PVVIH et des 32 élus locaux³.

Par contre, pour l'impact socio-économique sur les ménages, 1021 ménages ont été enquêtés. Une certaine proportion exploitable a été prise (743 ménages) pour une analyse comparative comprenant 470 ménages PVVIH (soit 63%) et 273 ménages non PVVIH (soit 37%).

2.1.2. Caractéristiques sociodémographiques des ménages enquêtés

97,25% des 1021 ménages ont été enquêtés, soit 993 chefs de ménage. Leur répartition par sexe donne : 825 hommes (87,51%) contre 168 femmes (12,49%). Les 36 ménages restants sont représentés par les conjointes, les fils ou les filles. La répartition par sexe et par tranche d'âge des 993 chefs de ménages enquêtés se présente comme suit :

Tableau n°1: Répartition par sexe et par tranches d'âges exacts des chefs de ménage enquêtés.

Age Sexe	0-15 ans	16-20 ans	21-30 ans	31-40 ans	41-50 ans	51-60 ans	61ans +	Total
Masculin	83,3	90	85,6	79,6	81,4	85,4	88,7	83,1
Féminin	16,7	10	14,4	20,4	18,6	14,6	11,3	16,9
Total	100% (18)	100% (40)	100% (153)	100% (304)	100% (258)	100% (123)	100% (97)	100% (N= 993)

Source : Données de l'étude PALS BAD, décembre 2010. Les effectifs sont entre parenthèses dans le tableau

Ce tableau montre ainsi que 1,8% des chefs de famille sont des enfants de moins de 16 ans, et 4% ont entre 16 et 20 ans : 06% des chefs de famille sont donc âgés de moins de 21 ans. Toutes choses égales par ailleurs, cette proportion était de moins de 1% au RGPH II de 2001.

La répartition des personnes enquêtées montre que 66,4% (n=678) sont chrétiens, 22,3% (n=228) musulmans et 10% (n=101) de religions endogènes.

La situation matrimoniale est telle que l'échantillon donne 62,4% de ménages monogames (n₁=637); 16,6% (n₂=169) de ménages célibataires; 8,91% (n₃=91) de veufs ; 8,4% (n₄= 86) de polygames et 2,9% (n₅=30) de divorcés.

En ce qui concerne le niveau d'instruction des enquêtés, 41% déclarent avoir le niveau secondaire achevé et supérieur, tandis que 18,2% n'ont jamais été scolarisés, ce qui n'a pas été un handicap à leur participation à l'enquête (tableau 02).

Tableau 02 : Répartition des personnes enquêtées selon leur niveau d'instruction (N= 1021).

Niveau scolaire	Pourcentage (%)
Non scolarisés	18,2

³ Ces effectifs représentent les répondants aux sollicitations de l'équipe de recherche pour la collecte des données en entretiens individuels.

Primaire inachevé	10,9
Primaire achevé	4,2
Secondaire inachevé	22,1
Secondaire achevé	14,7
Supérieur	26,3
Alphabétisés	1,2
Autres	2,4
Total	100

Source : Données de l'étude PALS BAD, décembre 2010.

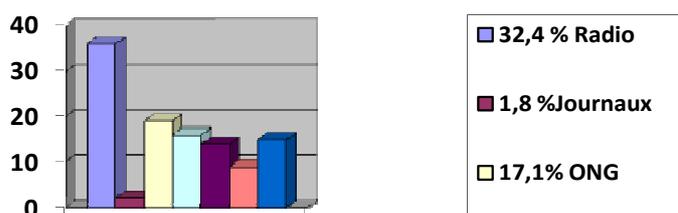
2.1.3. Connaissance du VIH/SIDA dans les ménages enquêtés

Sur 947 répondants, 0,4% n'ont guère entendu parler du VIH/SIDA; 0,3% n'ont pu donner de réponse. Le restant, soit 99,3% en ont entendu parler et leurs sources d'informations à ce propos se présentent comme il suit.

➤ Sources d'informations.

Dans les ménages qui ont entendu parler du VIH/SIDA, leurs sources d'information sont variées ; et comme le montre le graphique ci-dessous, la *radio* constitue la première source d'information sur le VIH/SIDA, les *ONG* viennent en deuxième position et en troisième position, la *télévision*.

Graphique N°01: Sources d'informations sur le VIH/SIDA.

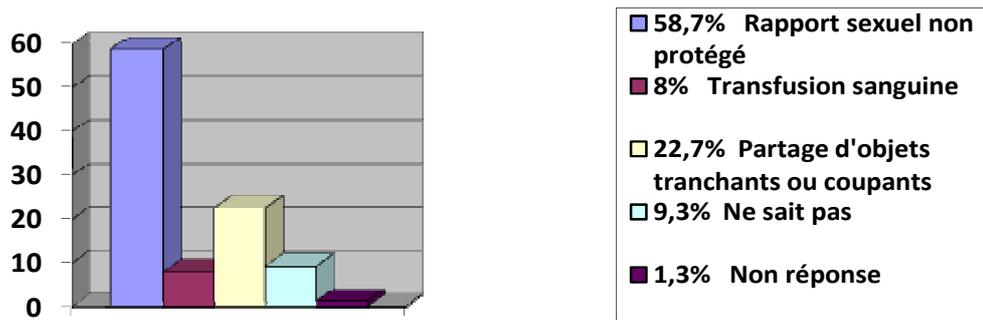


Source : Données de l'étude PALS BAD, décembre 2010.

➤ Voies de transmission.

En ce qui concerne les différentes voies de transmission, c'est la *voie sexuelle lors des rapports non protégés* qui vient en première position avec 58,7% des répondants. Le *partage des objets tranchants* occupe la deuxième place avec 22,7% des répondants. La *transfusion sanguine* vient en troisième position avec 8% des répondants.

Graphique N° 2 : Modes d'infection selon les enquêtés.

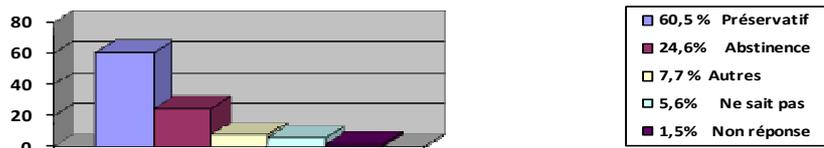


Source : Données de l'Etude, décembre 2010.

➤ *Modes de prévention.*

Quant à la prévention contre le VIH/SIDA, 60,5% des enquêtés ont cité le port du préservatif et 24,6% ont fait état de l'abstinence (Voir graphique 3).

Graphique N°3: Modes de préventions cités.



Source : Données de l'étude PALS BAD, décembre 2010.

➤ *Modes de transmission mère/enfant.*

Selon près de 8 personnes sur 10 enquêtées (79,5%), une mère vivant avec le virus d'immunodéficience humaine (MVIH) peut transmettre ce virus (VIH) à son enfant pendant la grossesse. Par contre, 85,4% ont affirmé que la transmission du VIH peut se faire de la mère VVIH à l'enfant pendant l'accouchement. Aussi, 81,9% ont-ils affirmé que la transmission peut se faire au cours de l'allaitement.

➤ *Dépistage.*

71,6% des personnes interrogées déclarent avoir fait le dépistage (685/957)⁴. A cet effet, 28,36% ont révélé avoir été reconnus positifs au VIH lors du test, tandis que 41,4% ont déclaré avoir été jugés négatifs. Les 30% restants n'ont pas répondu.

2.1.4 Situation des malades enquêtés dans les ménages

➤ *Membres des ménages souffrant de maladies/symptômes graves.*

⁴ Ce pourcentage 71,6% va à 73,3% quand on soustrait des 957 les 22 cas indéterminés.

Les informations relatives aux maladies ont mis en évidence que sur 8.613 personnes interrogées dans les ménages, 600 ont déclaré avoir été malades pendant les 12 mois précédant l'enquête, soit environ 7% de l'effectif. L'analyse des informations fournies par l'enquête sur le nombre de malades et la durée de la maladie montre que, au nombre des maladies dont les patients déclarés ont eu à souffrir au cours des 12 précédents mois, le VIH/SIDA vient en **deuxième position**. Les maladies les plus récurrentes rencontrées sont : le *paludisme* (56,4% des cas) suivi du **sida** (5,3%), de la *fièvre typhoïdique* (3,6%), et la pneumonie. On note en fait que le VIH/SIDA continue de frapper ou de sévir, dans un environnement où pourtant, l'on continue inlassablement de parler de prévalence stabilisée à 2%! Les ruptures d'ARV signalées au cours des dernières années⁵ et/ou une certaine recrudescence des mauvais comportements (comportements à risques d'infections) due au déni ou à la banalisation de la pandémie seraient-elles des raisons explicatives de cette situation ?

➤ *Traitement des maladies.*

Sur les 600 patients qui ont répondu à la question relative à la recherche ou non de traitement, 89,7% ont déclaré avoir recherché un traitement tandis que **9,2% (près d'un malade sur 10) ne s'en sont pas préoccupés**. Les raisons pour lesquelles certains patients n'ont pas fait de traitement sont : **27,3%** pour manque d'argent, **43,6%** pour auto traitement, et **21,8%** pour achat des médicaments au marché. On note ainsi que pour **49,1%, soit près d'un malade sur deux**, l'indigence dont une dimension importante est l'incapacité à se faire soigner en cas de maladie, est un important facteur dirimant aux soins en cas de maladies au Bénin. De même, l'auto traitement ou l'automédication qui est parfois considérée comme une des faillites du système de soins ou la forte prégnance de l'ignorance dans les processus décisionnels en matière de soins de santé, montre que, plus de 4 malades sur 10 n'ont pas foi – ou ne peuvent accéder – aux soins de santé modernes. Il y a peut-être lieu d'**envisager une nouvelle pédagogie de l'information en matière de soins de santé modernes au Bénin**.

➤ *Décès dans les ménages au cours des douze derniers mois.*

A propos des décès survenus au cours des 12 derniers mois, 717 répondants ont signalé 53 décès, soit 7,4% comprenant 28 hommes et 24 femmes. Leur ventilation selon leur âge connu se présente comme il suit dans le tableau suivant.

Tableau n°3: Répartition des décès par tranche d'âges.

<i>Tranche d'âges</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Pourcentage cumulé</i>
Moins d'un an	3	6,2	-
1 à 15 ans	15	31,2	6,25
16 à 25 ans	2	4,2	37,5
26 à 35 ans	4	8,3	41,67
36 à 49 ans	18	37,6	50
50 ans et plus	6	12,5	87,5
Total	48	100	100

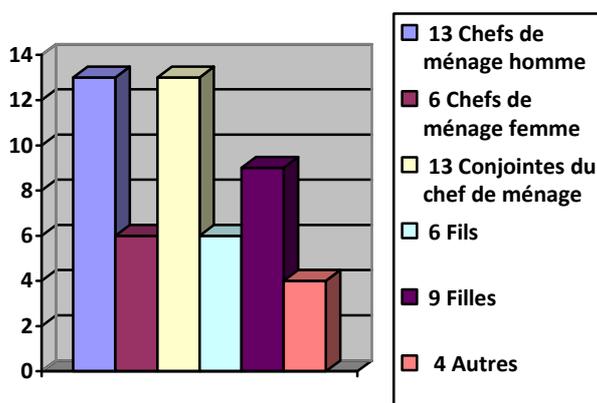
Source : Données de l'étude PALS BAD, décembre 2010.

⁵ Pour diverses raisons obscures, les associations de PVVIH ont eu à manifester de façons répétées, leur mauvaise humeur au Président de la République et au Ministre de la Santé, depuis 2009-2010.

De l'analyse de ce tableau, on note que si 37,6% et 31,2% des décès sont respectivement compris dans les tranches d'âges actifs et scolaires "36 à 49 ans" et "1 à 15 ans", on note qu'au moins 50% de ces décès surviennent avant 50 ans ; ce qui permet de constater que l'impact social du VIH/SIDA porte un sérieux coup à la structure par sexe et âge de la population béninoise, tout en affaiblissant de façon significative les possibilités de croissance économique de développement, puisqu'il s'étend dans les tranches d'âges normalement porteuses d'activité économique génératrice de richesse. *Comment dès lors se pourvoir d'un optimisme objectif sur le développement du pays dans de pareilles conditions de prédation de forces productives par le VIH/SIDA, au lieu de se soucier ou de froncer les sourcils? On devrait en fait s'inquiéter.*

La répartition des décès selon le sexe et le statut dans le ménage sont présentés par le graphique suivant.

Graphique N°05 : Répartition des décès selon le sexe et le statut dans le ménage.



Source : Données de l'étude PALS BAD, décembre 2010.

On constate ainsi que les chefs de ménages de sexe masculin sont décédés dans la même proportion que les conjointes de chefs de ménages, soit 25,5%.

Par ailleurs, ce qui est intéressant à souligner, ce sont les 8% de la modalité "Autres" qui inclut aussi bien les orphelins et enfants vulnérables (OEV) du fait du sida qu'autres décès.

➤ *Survie et résidence des parents des enfants de moins de 15 ans.*

Parmi les 1085 personnes ayant répondu sur la survie des mères vivant dans les ménages, 92,8% (1007) sont vivantes et 6,4% (71) sont décédées. Parmi les mères vivantes, 98,6% (923) résident dans leur ménage et 8,2% (83) vivent en dehors de leur ménage.

Les 71 mères de familles ne vivant plus sont toutes décédées à la suite d'une maladie.

Les pères de familles qui vivent sont au nombre de 954 et ceux qui sont décédés, au nombre de 109, soit 11,4%. Parmi eux, 88 soit (81%) sont morts des suites d'une maladie opportuniste du sida, 12 après un accident de circulation (11%) et pour les 9 derniers (08%), la cause des décès n'a pu être déterminée.

2.1.5 Caractéristiques des ménages selon leur statut sérologique et impact du VIH/SIDA

➤ *Répartition des chefs de ménages par sexe et selon le statut sérologique.*

Il y a une différence nettement significative entre la proportion des femmes chefs de ménage chez les hommes vivant avec le VIH/SIDA (HVVIH) et celle des femmes chefs des témoins (χ^2 de Pearson, $p=10^{-4}$). On en déduit que l'affection du VIH/SIDA a un impact plus important sur le décès des hommes.

➤ Répartition des chefs de ménages par tranche d'âge et selon le statut sérologique.

La répartition par tranche d'âge des ménages affectés a montré que **près de 2% des chefs de ménages chez les PVVIH sont des enfants de moins de moins de 16 ans**. Par contre, *il n'y a pas de chefs de ménage ayant moins de 15 ans chez les témoins*. Il en résulte que **l'impact de l'épidémie du VIH/SIDA sur le statut social des chefs ménages de PVVIH, est important** (voir tableaux 04 et 05).

Tableau n°04: Répartition par tranches d'âge des chefs de ménages PVVIH et chefs de ménages témoins.

Répartition par tranches d'âge des chefs de ménages PVVIH								
0-15 ans	16-20 ans	21-30 ans	31-40 ans	41-50 ans	51-60 ans	61ans +	NSP	Total
8	11	47	128	144	60	56	16	470
Répartition par tranches d'âge des chefs de ménages témoins.								
3	3	57	88	51	35	25	11	273

Source : Données de l'étude PALS BAD, décembre 2010.

➤ Répartition des ménages par niveau d'instruction et selon le statut sérologique.

Le statut sérologique selon le niveau d'instruction laisse apparaître des écarts légers chez les PVVIH et les témoins sauf au niveau de l'enseignement supérieur où l'écart est plus grand : 20% chez les PVVIH contre 39% chez les témoins. Cette différence est statistiquement significative (χ^2 de Pearson, $p=10^{-4}$). L'analyse de ces écarts donne à comprendre que *l'impact social du VIH/SIDA est inversement proportionnel au niveau d'instruction*.

2.2 Impact social du VIH/SIDA sur le secteur de l'éducation

L'impact social du VIH/SIDA a été analysé au niveau des sous-secteurs ci-après : (i) maternel et primaire ; (ii) secondaire général ; (iii) secondaire technique et professionnel ; (iv) supérieur et recherche scientifique. Ensuite, l'analyse de cet impact a été faite sur les enseignants, les apprenants, les mécanismes de prise en charge, ainsi que sur les ménages des PVVIH. Enfin, cette analyse concerne aussi bien le secteur public que privé.

2.2.1 Impact social du VIH/SIDA sur le sous-secteur des enseignements maternel et primaire.

Au Bénin, l'enseignement maternel et primaire concerne essentiellement les enfants de 0 à 15 ans. Les adultes impliqués dans ce sous-secteur sont les enseignants et les parents d'élèves.

L'enquête de surveillance sentinelle de l'infection du VIH/SIDA et de la syphilis au Bénin (PNLS, 2009), a montré que le taux brut de prévalence du VIH est de 2%. Les résultats de l'enquête ont montré que bien des enfants sont souvent abandonnés par leurs proches parents en cas de décès. Ces derniers deviennent donc des personnes à charge de l'assistance publique ou des Organisations de la Société Civile (OSC) impliquées dans la prise en charge des OEV. L'action recommandée à ce niveau s'adresse prioritairement aux femmes enceintes, puisque c'est la contagion de la mère à l'enfant qui domine dans ce sous-secteur : les actions de sensibilisation à l'adresse des femmes doivent se poursuivre. Selon certains enquêtés, le manque de soutien de ces enfants les conduit vers la délinquance juvénile. Un autre impact social du sida est la persistance du phénomène des enfants de rue, surtout en milieu urbain. *Toutefois, il n'est pas possible dans le cadre de cette étude, de dénombrer*

de façon exacte, l'effectif d'enfants de rue, dû au VIH/SIDA. Seule une autre étude d'envergure nationale et spécifiquement orientée vers cet objectif permettra d'appréhender la situation.

2.2.2 Impact social du VIH/SIDA sur le sous-secteur de l'enseignement secondaire.

Le sous-secteur de l'enseignement secondaire concerne l'enseignement général (1^{er} et 2nd cycle), l'enseignement technique et professionnel (1^{er} et 2nd cycle) et les unités informelles qui regroupent tous les dispositifs d'apprentissage. Ces différentes dimensions du sous-secteur de l'enseignement secondaire rassemblent diverses catégories d'intervenants : les *élèves*, les *parents d'élèves*, les *membres du corps enseignant* et le *personnel administratif*. Pour les premiers concernés (les élèves et les apprentis), la tranche d'âge se situe d'une part entre 0 et 15 ans, d'autre part, de 15 à 19 ans et, enfin les jeunes de 20 à 24 ans.

L'enseignement secondaire public général a mobilisé 436 511 élèves en 2007 contre 433 850 en 2006. Dans le secteur privé, l'effectif des élèves en 2005 était de 64 543, soit 17,09% de l'effectif de l'enseignement secondaire général. En 2006, cet effectif était en baisse, soit 56 437 élèves selon le tableau de bord social de l'INSAE publié en 2010. Les sous-secteurs de l'éducation regroupent les tranches de populations allant de 0 à 49 ans et plus, des hommes, des femmes, des jeunes, des enfants et des personnes âgées.

Selon les affirmations des enquêtés, le problème de l'impact du sida dans le secteur éducatif au Bénin va de pair avec la problématique de la pauvreté. En effet, le sida n'épargne aucune couche sociale au Bénin, bien que son taux de prévalence soit bas, comparé à ceux de plusieurs pays africains. En milieu scolaire, elle sévit plus que l'on ne l'imagine. Parmi les causes identifiées en milieu scolaire, la pauvreté occupe une place non négligeable. Cette pauvreté conduit les jeunes à la délinquance sexuelle. Plusieurs conséquences du VIH/SIDA s'observent sur le plan social : aggravation de la déscolarisation des jeunes infectés, phénomène des enfants de rue, rejet des malades par leurs camarades et leurs familles. En ce qui concerne les enseignants, les conséquences sociales du VIH/SIDA vont de la discrimination et de la stigmatisation jusqu'à la perte de leur emploi.

2.2.3 Impact social du VIH/SIDA sur le sous secteur de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique

L'effectif des étudiants dans les établissements de l'enseignement supérieur public (UAC et UniPAR) connaît une augmentation d'année en année, passant de 27 614 étudiants en 2002 à 61 964 étudiants en 2009 soit une augmentation de 124% (source : INSAE). En 2008, l'effectif des étudiants (46 671) a baissé par rapport à l'année 2007. L'Université d'Abomey-Calavi compte 88% des étudiants du secteur public en 2009. Le ratio étudiants/enseignants après avoir enregistré une baisse de 5 points en 2008, a augmenté en 2009 pour atteindre le niveau de 67 étudiants pour un enseignant, *dans un contexte social général de très faible utilisation contraceptive dans le secteur éducatif, qu'il s'agisse du personnel étudiant ou non.*

Nonobstant quelques avancées quant à la lutte contre le VIH dans le sous-secteur de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique au Bénin, les effets néfastes du VIH/SIDA demeurent notables. Les conséquences dans ce sous-secteur sont similaires à celles du sous-secteur de l'enseignement secondaire. De la même manière que chez les collégiens, le VIH/SIDA conduit les jeunes étudiants à abandonner les cours.

2.2.4 Impact du VIH/SIDA sur les enseignants des secteurs public et privé

Les paramètres mis en évidence dans l'analyse de l'impact social du VIH/SIDA sur les enseignants (secteurs public et privé), et sur la base des indicateurs ciblés par l'ONUSIDA, sont de quatre ordres, à savoir : (i) *la méfiance* ; (ii) *la sécurité* ; (iii) *la capacité à planifier* et (iiii) *la prise en charge des enseignants malades*.

- **Méfiance**

Selon les informations reçues de toutes les catégories de personnes interrogées, ***la méfiance vis-à-vis de la maladie*** est assez forte dans le secteur éducatif où les enseignants qui savent que le mal existe, semblent s'en méfier. Mais aucun relâchement de la communication pour un changement continué de comportement n'est envisageable, de peur de tomber dans une aggravation de la situation actuelle ou une banalisation du mal, dans la rhétorique blasée du découragement ou du défaitisme.

- **Sécurité**

Par rapport à ***la sécurité***, les personnes interrogées ont déclaré que les PVVIH manifestent une attitude caractérisée par un *manque de sécurité* aisément compréhensible au regard des prismes sociaux ou des angles de lecture de la perception sociale de ces personnes. En réalité, aux dires des personnes vivant avec le VIH/SIDA, la stigmatisation et la discrimination dont ils font l'objet persistent et déterminent leurs comportements sociaux. Ceci met en péril la vie sociale de la personne infectée par le VIH/SIDA qui ne se sent plus en sécurité, dans l'isolement du manque, socialement persécutée et marginalisée sur le plan sanitaire, donc souvent partagée entre le stoïcisme de l'impuissance et la mise en application du principe selon lequel : *"c'est à traiter l'homme en fauve qu'il devient un loup pour l'homme !"*

- **Capacité à planifier**

En ce qui concerne ***la capacité à planifier***, les informations recueillies ont révélé que les malades tout comme les non malades de la société, n'ont pas l'habitude de planifier leurs actions. En d'autres termes, ce paramètre n'est pas pertinent par rapport à l'analyse de l'impact social. Mais en fait, leur manque de planification est emblématique d'un choix de vie. En effet, *comment planifier, c'est-à-dire faire des projets, dans un contexte social bourré d'incertitudes du lendemain et de préjugés fatals?* Au demeurant, ces personnes sont étonnamment pragmatiques, dans un réalisme qui n'a d'égale que l'implacabilité de leur seule certitude : *l'issue fatale de leur maladie qui amène certains d'entre eux à brutalement devenir farouchement égoïstes ou égocentristes, dans leurs choix et motivations*. Ce qui a obligé le PALS BAD à redoubler ses efforts d'appui aux activités génératrices de revenus (AGR) au profit des associations et réseaux de PVVIH et de multiplier ses stratégies de persuasion à privilégier la pérennisation des acquis. Une post évaluation de ce projet qui a beaucoup fait pour les PVVIH en matière d'ARV et diverses interventions visant leur intégration sociale, permettra d'apprécier cette durabilité.

- **Enseignants infectés et prise en charge**

S'agissant du ***travail des enseignants infectés et leur prise en charge***, les résultats des enquêtes font état de l'inexistence d'informations sur les enseignants porteurs de la maladie et ce, au niveau de tous les secteurs : par conséquent, il n'y a aucune structure de leur prise en charge spécifique. Les informations reçues, cette situation est due au fait que les enseignants infectés sont très peu connus de l'administration scolaire, bien que des cas d'absences fréquentes soient souvent enregistrés. Aussi, cette situation est-elle due au diagnostic mis en évidence par l'étude réalisée, en 2004, par la Direction de la Promotion de la Scolarisation du Ministère des Enseignements Primaire et Secondaire, avec

l'appui de l'USAID, à travers le Projet EQUIPE et Care Bénin, intitulée « *Etude de l'impact du VIH/SIDA sur l'enseignement primaire au Bénin* ». En effet, cette étude a révélé que le Système d'Information et de Gestion (SIG) a encore du chemin à faire pour être en mesure de générer et mettre à la disposition du ministère les données indispensables pour une gestion stratégique de l'impact du VIH/SIDA sur les enseignants, les élèves et le personnel administratif du MEPS : il n'est pas encore proche le moment où on assistera à une sous-estimation chronique de la prégnance du VIH/SIDA dans ce sous-secteur de l'enseignement.

2.2.5 Impact social du VIH/SIDA sur les apprenants des secteurs public et privé.

L'impact social du VIH/SIDA sur les apprenants (secteurs public et privé) a été analysé en tenant compte de : (i) *la scolarisation des enfants rendus orphelins par le VIH/SIDA* et (ii) *la déscolarisation des enfants orphelins du fait du VIH/SIDA*.

- Scolarisation des enfants rendus orphelins par le VIH/SIDA

A l'enquête, les personnes interrogées sont presque unanimes à affirmer que *la scolarisation des enfants rendus orphelins par le VIH/SIDA* est entièrement prise en charge par des ONG, des associations, des centres sociaux et d'autres structures confessionnelles caritatives intervenant dans la lutte contre le VIH/SIDA.

Par contre, certaines personnes interrogées ont soutenu que l'effectif des déscolarisés augmente du fait des enfants *dont les parents sont malades du VIH/SIDA ou qui sont rendus orphelins par le VIH/SIDA*, ce qui du coup, entraîne *l'augmentation du nombre des enfants de rues qui ne se distinguent pas souvent des enfants mendiants*. En d'autres termes, le décès des parents malades du VIH/SIDA ou la maladie des parents atteints par le VIH/SIDA, a engendré une augmentation du nombre de déscolarisés et par conséquent le nombre des enfants orphelins ou vulnérables (OEV), du fait de l'effritement des structures traditionnelles de solidarités.

2.2.6 Impact social du VIH/SIDA sur les mécanismes de prise en charge

En tenant compte des indicateurs de l'ONUSIDA, deux paramètres sont analysés ici : (i) *l'augmentation du nombre d'échecs et des difficultés de prise en charge des orphelins* et (ii) *le type de structure de prise en charge*.

- Augmentation du nombre d'échecs et des difficultés de prise en charge des orphelins

96% des personnes interrogées ont reconnu *l'augmentation du nombre d'échecs et des difficultés de prise en charge des orphelins*, ce qui traduit l'échec et les difficultés des mécanismes traditionnels de prise en charge.

- Type de structure de prise en charge

Pour les responsables d'association de PVVIH, *les structures traditionnelles chargées de la prise en charge des personnes vulnérables sont essentiellement non familiales*. Pour eux, la famille s'est transformée et refuse désormais de prendre en charge les enfants et les personnes âgées rendues vulnérables par le VIH/SIDA. Et cette mutation de la famille béninoise doit se mesurer à l'aune du recentrage des ressources allouées préférentiellement en direction des siens ou de ses proches parents. On constate ainsi, de façon générale, la nécessité d'envisager une nouvelle dynamique de la prise en charge des PVVIH ; une dynamique qui envisage des interventions ciblées selon les

spécificités catégorielles, avec une attention particulière aux malades des secteurs porteurs de l'économie.

2.2.7 Impact social du VIH/SIDA sur les ménages des PVVIH

Les facteurs clés analysés au niveau de l'impact social sur les ménages des PVVIH du secteur de l'éducation portent sur : (i) le *démantèlement de l'ordre social* ; (ii) les *troubles sociaux* ; (iii) *l'augmentation du nombre des orphelins et des décès* ; (iv) *les modifications des pratiques funéraires* ; (v) *l'assistance aux personnes malades du VIH/SIDA*, (vi) *le statut social du chef de ménage* ; (vii) *le niveau d'instruction des membres des ménages PVVIH*.

- Le démantèlement de l'ordre social

98% des PVVIH interrogées ont déclaré que la pandémie a véritablement engendré un *démantèlement de l'ordre social* dans la mesure où elle a provoqué dans plusieurs cas : la dislocation familiale, la perte des valeurs traditionnelles de solidarités, le renvoi des PVVIH des familles, le divorce, le suicide, l'abandon des enfants, le changement de religion, la stigmatisation.

- Les troubles sociaux

En ce qui concerne *les troubles sociaux*, la quasi-totalité des PVVIH interrogées (93%) ont déclaré que le VIH/SIDA a plusieurs conséquences sur le plan social dont notamment: les conflits entre les familles, les mésententes conjugales, le manque de solidarité, l'insécurité sanitaire, la peur de mourir, la pauvreté et la famine. Pour certains, encore, le VIH/SIDA a engendré la peur, le suicide, les divorces, la dislocation des relations entre familles, la perte d'emploi, la discrimination et la stigmatisation, la dégradation des communautés, le bouleversement des mœurs.

- L'augmentation du nombre des orphelins et des décès

Pour ce qui est de *l'augmentation du nombre des orphelins et des décès*, les informations recueillies attribuent l'accroissement des décès et l'augmentation des orphelins, à une bonne part pour le VIH/SIDA parmi les causes. Les causes probables ainsi évoquées sont, entre autres, *la sorcellerie et le VIH/SIDA*⁶. Toutefois, le niveau de cet impact n'est pas statistiquement significatif, au seuil de 5%.

- Modifications des pratiques funéraires

Quant aux *modifications des pratiques funéraires*, les enquêtés ont fait observer qu'elles n'ont aucun lien avec la pandémie du VIH/SIDA. Pour les uns comme pour les autres, les modifications observées dans les cérémonies funéraires sont essentiellement liées à l'amenuisement des revenus : on continue d'enterrer les décédés du VIH/SIDA de la même manière que ceux qui sont morts autrement.

- Assistance aux personnes malades du VIH/SIDA

Pour *l'assistance aux personnes malades du VIH/SIDA*, du fait de l'affection du VIH/SIDA, l'aide apportée aux malades a été plus importante chez les PVVIH que chez les autres personnes. L'information disponible montre que l'effectif des PVVIH qui ont reçu de l'aide est plus important que l'effectif des autres bénéficiaires. En effet, l'aide reçue par les PVVIH en argent, en médicaments et autres, est nettement supérieure à celle reçue par les cas témoins, et c'est une différence statistiquement significative qui est observée entre les deux échantillons. Pour ce qui est de l'origine de

⁶ On se souviendra que dans les représentations de la maladie dans les cosmogonies béninoises, certaines formes de maladies opportunistes, curieuses et bizarres, donc inexplicables au demeurant, sont d'office cataloguées comme des manifestations diaboliques ou sorcières.

l'aide, les parents et les ONG sont plus actifs en direction du malade du VIH/SIDA, que d'autres acteurs, permettant de nuancer quelque peu l'effritement des valeurs de solidarités traditionnelles signalé un peu plus haut.

- **Le statut social du chef de ménage**

Du fait du VIH/SIDA, le chef de ménage traditionnellement pris comme porteur de vie, de prospérité, de production de richesse et de reproduction sociale est désormais perçu comme nocif puisque détenteur de mort dans la structure familiale ; celui par qui la maladie et la mort ont introduit le désarroi, le deuil et la haine dans la famille. Les stigmates jetés sur la famille d'origine se mesurent à l'aune du discrédit reçu par la belle-famille qui ne voit pas ce qu'il peut faire avec les enfants de celui ou de celle par qui la maladie est venue détruire. Le degré de ressentiment peut considérablement varier, selon le niveau d'instruction des membres des ménages.

On assiste en fait à un changement structurel de la perception du statut social du chef de ménage malade du sida. Ainsi, le chef de ménage initialement pourvoyeur de denrées et de ressources en est désormais le prédateur, le plus grand consommateur parasite, du fait de sa maladie. Auparavant respecté et/ou vénéré parce que figure dominante du ménage, le chef de ménage malade est désormais, sinon pathétique du moins pitoyable, parce que vulnérable du fait du VIH/SIDA.

De même, auparavant source de sécurité pour les siens parce que garant de prospérité et de munition, ce chef de ménage malade n'est plus que source d'insécurité, de précarité et d'indigence, parce que frappé par le sida. Et contrairement au fauve de la jungle blessé au flanc qui s'empresse d'aller se mettre sous la protection des siens pour guérir et se remettre⁷, le chef de ménage malade du sida devient plutôt un important facteur de la déstabilisation de l'ambiance et de l'ordre régnants. Il n'est pas le patriarche cacochyme à qui l'on doit assistance et vénération comme la récompense bien méritée d'un parcours exemplaire à la tête et au profit du ménage ou du clan, mais il est plutôt devenu l'ombre d'une autorité qui ne s'affirme plus aux confins du ménage, mais qui s'infirme plutôt à l'orée d'une déchéance irréversible induite par la maladie : pour tout le monde, le VIH/SIDA est pervers. Et quand ils sont plongés dans leurs pensées angoissées ou stressées, les membres de sa famille (y compris ceux de son ménage) se disent certainement que grandeur et décadence riment à diapason et constituent chez l'Homme les deux facettes d'une même réalité : la vie de l'Homme sur terre !

On assiste ainsi à un avatar de préséance, donc à une recomposition de la structuration du ménage ainsi infecté et affecté par le VIH/SIDA. Le chef de ménage démissionnaire malgré lui, est d'emblée suppléé par un autre "chef" non nécessairement préparé à assumer sa charge et ses nouvelles responsabilités, dans une incontestable altération de l'image ou de la perception de l'ancien chef de ménage.

- **Le niveau d'instruction des membres des ménages PVVIH**

Ce niveau joue un rôle non négligeable car il permet l'adoption en temps opportun des comportements appropriés. Dispensateur de moins de tabous et de préjugés dans la gestion de la maladie et de la mort du fait du VIH/SIDA, une plus grande magnanimité semble être observée par les membres instruits envers les PVVIH de leur environnement de vie.

2.3 Impact économique du VIH/SIDA sur le secteur de l'éducation

⁷ - Le fauve de la savane, moins fort, recourra à des solutions ou vengeances mesquines, souvent inefficaces.

L'appréciation de l'impact économique du VIH/SIDA sur le secteur de l'éducation a été faite sur les sous-secteurs de l'éducation, mais aussi et surtout sur le statut du chef de ménage, la production, le revenu des ménages et enfin, sur la sécurité alimentaire.

2.3.1 Impact économique du VIH/SIDA sur les sous-secteurs de l'enseignement au Bénin

Les personnes interrogées soutiennent que l'impact économique du sida sur le secteur éducatif béninois ne fait aucun doute car, *les enseignants, les agents administratifs et les apprenants malades du VIH/SIDA, voient automatiquement leurs potentialités baisser et leur force de travail s'amenuiser. Ce qui par ricochet, tend à diminuer le rendement des établissements scolaires.* Néanmoins, les personnes interrogées précisent ne pas pouvoir fournir d'informations plus précises ou des données chiffrées. Toutefois, elles ont signalé qu'il existe par ailleurs, d'autres raisons autres que le sida, qui sont à la base de la baisse du rendement scolaire des établissements.

S'agissant des interactions constatées entre le VIH/SIDA, la pauvreté et les sous-secteurs de l'éducation, les personnes interrogées ont soutenu que l'incapacité de certaines PVVIH à demeurer dans le système productif engendre la baisse de la productivité et du rendement attendus du système éducatif béninois ; ce qui est source de pauvreté.

De façon spécifique, l'analyse des données économiques collectées a mis en évidence que, d'une année à l'autre :

- les enseignants malades (PVVIH) du primaire, ont vendu pour presque quatre (4) fois leurs biens comparativement aux personnes non malades ;
- les PVVIH du secondaire (comparativement aux personnes non malades), ont vendu le double des biens des témoins ;
- l'impact chez les enseignants du supérieur n'est pas établi.

En substance, l'analyse des données a montré que, d'une année à une autre, les enseignants du primaire et du secondaire, infectés par le VIH/SIDA, ont vendu des biens plus que les témoins et ce pour pouvoir mobiliser les ressources nécessaires à la prise en charge de leurs soins de santé, mais aussi et surtout pour subvenir aux besoins de la famille dont les frais de scolarité.

2.3.2 Impact économique du VIH/SIDA sur le statut des enfants chefs de ménages

L'analyse des données recueillies révèle que les enfants chefs de ménages mènent leurs propres activités. En effet, 79% des personnes enquêtées affirment ainsi que l'enfant chef de ménage a ses propres activités de production et 54% des personnes interrogées soutiennent que ces activités sont bien gérées et bien gardées. En d'autres termes, le VIH/SIDA a rendu très tôt responsables (dans le sens de la production), les enfants devenus à leur corps défendant chefs de ménages, induisant d'office des *aménagements fonctionnels des nouveaux types de ménages qui n'ont aucune garantie à la poursuite de la scolarité ou à l'apprentissage de ces enfants.*

Il est important d'observer que la sous-population d'enfants chefs de ménages ne rend pas entièrement compte de la situation des enfants orphelins du VIH/SIDA au Bénin. En effet, quand ils ne sont pas chefs de ménages, les enfants orphelins n'ont qu'un choix parmi les trois trajectoires suivantes : (i) vivre chez des adultes de plus de 55 ans (généralement leurs grands-parents) ; ou (ii) chez des aînés (frères ou sœurs plus âgés) ou enfin (iii) dans la rue où ils vont grossir le nombre de jeunes délinquants, des criminels potentiels ou des victimes collatérales de criminels dangereux en mal de sensations fortes. On note ainsi que *l'impact socioéconomique du VIH/SIDA dans le secteur éducatif béninois induit de nouveaux arrangements résidentiels à issues incertaines : le confiage ou la délinquance potentielle dans la rue.*

En outre, les ménages des enfants chefs de ménages ont fatalement des besoins spécifiques dont un soutien psychologique et économique permanent. Mais *comment espérer qu'ils en bénéficient dans un contexte social comme le leur où la stigmatisation et le déficit de structures de prise en charge ou de soutien y ont leurs lits bien établis ?* A défaut, il est fort à craindre que ces enfants versent dans la consommation de substances psychotropes ou autres, nocives à leur santé (drogues ou succédanés) ou vivent simplement d'expédients. Ils sont dès lors plus enclins à des comportements suicidogènes ou erratiques, ou à des idées suicidaires, devenant du coup, des proies faciles pour des adultes pervers, mal intentionnés et prédateurs d'enfants sans défense, donc vulnérables à de nombreux points de vues (sexuels, matériels, psychologiques, etc...).

Ces enfants chefs de ménages dont la scolarité a de ce fait des lendemains incertains, sont généralement des orphelins doubles ou des orphelins simples (décès d'un seul géniteur) dont la santé ou la précarité du géniteur vivant ne permet pas de lui assurer une prise en charge conséquente ou d'envisager susciter la prise en charge sociale appropriée. Solidarité, oui mais, répartition des ressources recentrées préférentiellement en direction des siens. On n'a pas de raisons de penser que la solidarité des structures familiales traditionnelles éprouvées par l'impact socioéconomique du sida puisse infléchir le cours des égoïsmes qui se cristallisent davantage à l'aune des réactions communautaires à la crise économique générale. Ces égoïsmes livrent plutôt les personnes infectées et affectées du sida à elles-mêmes, sans préparation initiale ; sans pratiquement aucune possibilité d'apprendre un métier ou d'aller à l'école. *L'éducation pour tous "EPT" n'a-t-elle pas potentiellement du plomb dans l'aile ?*

Comme conséquences plausibles de l'impact socioéconomique du VIH/SIDA sur le secteur de l'éducation, il y a donc eu des arrangements résidentiels ou des aménagements fonctionnels des nouveaux types de ménages. De façon générale, on note que le ménage voit sa dimension traditionnelle se transformer et il devient pour ces victimes innocentes du VIH/SIDA une sorte de *"famille sociale ou sociétale"* qui privilégie et légitime la convivialité, un creuset de vie collective (ou communautaire) exempte de lien de parenté, de consanguinité ou de filiation, mais à travers lequel les personnes concernées se sentent pourtant *"en famille"*, parce que admises/acceptées, aimées et intégrées. *"... c'est ma famille !"*, clament facilement ces personnes rassemblées pour la circonstance en communauté par la vie et pour la vie, dans ce référentiel de vie auquel elles doivent leur survie et leur intégration sociale spécifique. Il n'est pas nécessaire de s'interroger sur le contenu qu'elles donnent au concept *"famille"* ici aussi contextuellement bourré de sens et de puissance⁸.

Une étude spécifique sur les trajectoires des OEV au décès de l'un ou des deux parents sociaux (biologiques ou non) fournira certainement des données intéressantes sur les solidarités communautaires africaines actuelles.

2.3.3 Impact économique du VIH/SIDA sur les activités des ménages et l'éducation des enfants

Deux cinquièmes (soit 40%) des ménages de PVVIH ont soutenu que leur activité économique est affectée par le VIH/SIDA ; ce qui les empêche pratiquement de survenir à d'autres besoins comme ceux liés à la scolarisation des enfants. Mais 10% seulement chez les ménages non malades ont déclaré que leur activité a été affectée par la maladie. En ce qui concerne les services rendus dans la communauté, 42% des ménages PVVIH ont été affectés par le VIH/SIDA, alors que 36% l'ont été chez les témoins.

⁸ Entité socialement construite et constituée de personnes qui reconnaissent l'autorité d'une figure dominante (chef du ménage), qu'elles soient affiliées (ménage/famille nucléaire) ou non (ménage/famille nucléaire élargi aux apparentés ou aux alliés, le ménage devient ainsi une réalité sociale de membres (êtres humains vivant les outrages du temps et les vicissitudes de la vie) qui décrètent souverainement leur propre fraternité pour vivre.

Pour 65% des ménages PVVIH, l'épidémie a contribué à augmenter leur pauvreté et la précarité de l'éducation des enfants, tandis 64% des ménages témoins l'ont confirmé.

Ce résultat non statistiquement significatif est quelque peu troublant et semble postuler que le sida est considéré comme l'aurait été toute autre maladie, dans les interactions qui existent entre l'activité économique des ménages et l'impact du VIH/SIDA sur l'éducation des enfants.

2.3.4 Impact économique du VIH/SIDA sur le revenu des ménages et l'éducation des enfants

Selon 78% des personnes interrogées, le VIH/SIDA a affecté les revenus des ménages touchés par la maladie, ce qui les met dans l'incapacité de couvrir les besoins du ménage, dont ceux liés à la scolarisation des enfants. Par conséquent, il a été constaté que 9% des personnes interrogées ont vendu des biens l'année passée pour payer les frais scolaires de leurs enfants et faire face aux dépenses de santé. Dans le même temps, 14% des personnes interrogées ont déclaré que leurs parents ont vendu des biens au cours des douze derniers mois et ce, pour subvenir aux frais de scolarité et de santé. Par ailleurs, il a été noté un accroissement important de la moyenne des biens chez les enseignants non PVVIH qui est estimé à 141,6% alors que l'accroissement des biens des enseignants PVVIH est plus modeste, 8,65%.

Les biens estimés ont connu une baisse, aussi bien chez les parents des apprenants que les témoins. Chez les parents des apprenants la baisse est estimée à 12,46% tandis que chez les témoins, elle est 13,92%.

2.3.5 Impact économique du VIH/SIDA sur la sécurité alimentaire des ménages

Par rapport à la situation alimentaire dans les ménages affectés par le VIH/SIDA, 29,8% des personnes interrogées ont évoqué l'insuffisance alimentaire à incidence directe sur la scolarité des enfants, alors que 17,2% ont évoqué la non satisfaction des besoins fondamentaux comme l'éducation des enfants. Dans ce contexte, 30,2% des ménages de PVVIH sont dans une situation de dépendance alimentaire, à telle enseigne qu'ils sont obligés de brader leurs biens pour se nourrir et satisfaire d'autres besoins vitaux qui ne sont pas nécessairement liés à l'éducation (29,1%). Enfin, 23% des ménages de PVVIH sont dans l'incapacité de produire pour vivre et prendre en charge la scolarité des enfants.

III- DISCUSSIONS

Pays d'une superficie de 114.763 km² et situé sur le golfe de Guinée, la République du Bénin (ex-Dahomey et "le Bénin" dans tout le document) est un Etat de la sous-région ouest africaine. Limité au nord par le fleuve Niger, au nord-ouest par le Burkina Faso, à l'ouest par le Togo, à l'est par le Nigéria et au sud par l'océan Atlantique, la République du Bénin s'étend sur une longueur de 700 km. Sa largeur varie de 125 km (le long de la côte) à 325 km (latitude de Tanguiéta) et présente de vastes étendues sous peuplées au nord (Alibori : 20 habitants/km², Atacora : 27 habitants/km²) et des zones méridionales surpeuplées (Ouémé : 570 habitants/km², Littoral : 8419 habitants/km²).

Ancienne colonie française, le Bénin a pour langue de travail le *français* mais on note chez les dirigeants du pays une molle volonté politique d'alphabétiser les communautés béninoises dans leurs langues natales. Avec sa population estimée à 9.195.297 habitants en 2010⁹, le Bénin fait partie des grands ensembles sous-régionaux et régionaux comme le Conseil de l'Entente, la Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO), l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA), la Communauté des Etats Sahélo Sahéliens (CEN-SAD) et de l'Union Africaine (UA).

- Brève présentation de la taille et de la structure de la population béninoise

La structure par sexe et par âge de la population béninoise est celle d'une population jeune, du fait de sa base élargie qui s'effile régulièrement au fur et à mesure que l'âge de la population augmente. A dominance féminine (51,4% de femmes), elle se caractérise par des rapports de masculinité favorables au sexe masculin jusqu'à 15 ans avant de se renverser à 15-64 ans (0,97 homme/femme) pour devenir 0,69 homme/femme après 65 ans. L'espérance de vie à la naissance est estimée à 61,4 ans en 2008 par la Banque mondiale, avec un différentiel favorable aux femmes : 66,06 ans et 62,67 ans pour les hommes (The World Factbook & CIA (2006)).

La répartition par grands groupes d'âges de cette population montre que les moins de 15 ans représentent 44,1% ; ceux des 15-64 ans révolus constituent 53,5% de la population totale.

Le tableau qui suit donne une idée de certaines statistiques utiles à notre étude.

Tableau ... : Quelques données démographiques sur le Bénin.

Données démographiques	Niveaux
Structure par âge <ul style="list-style-type: none">• 0-14 ans :• 15-64 ans :	<ul style="list-style-type: none">• 44,1%• 53,5%
Rapport de masculinité <ul style="list-style-type: none">• A la naissance :• Moins de 15 ans :• 15-64 ans :• 65 ans & + :	<ul style="list-style-type: none">• 1,03 homme/femme• 1,02 homme/femme• 0,97 homme/femme• 0,69 homme/femme
Taux d'alphabétisation <ul style="list-style-type: none">• Hommes :• Femmes	<ul style="list-style-type: none">• 46,4%• 22,6%
Taux de séropositivité au VIH/Sida (chez les adultes)	1,9%

⁹ Source : Perspectives Monde, 2007

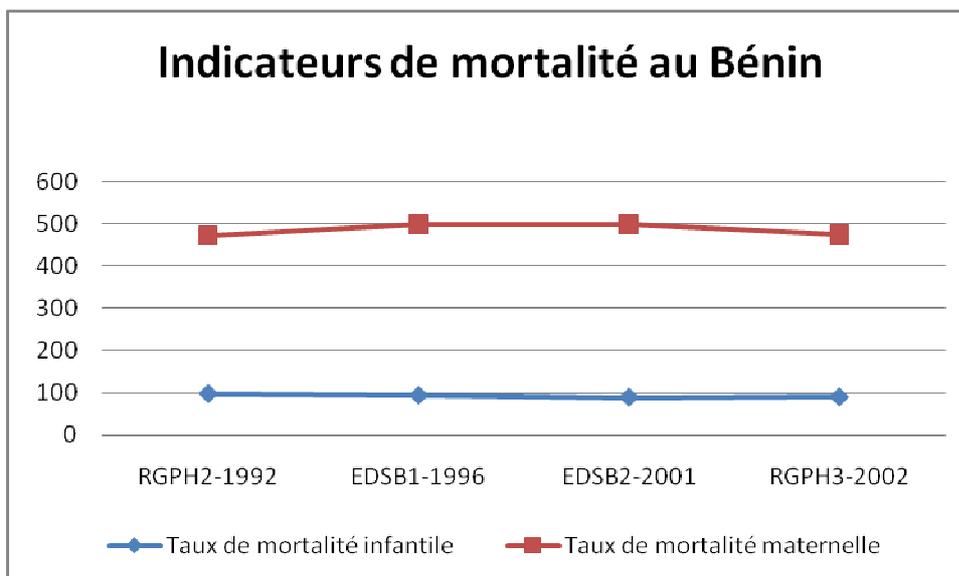
- **Examen de la situation du Bénin dans les indicateurs de développement humain ainsi que les normes et niveaux de l'assistance sociale**

Depuis le début des années 90, le Bénin a changé de modèle de développement économique en optant pour une économie de marché. Pays à faible développement humain, il a un revenu par tête d'habitant qui est de l'ordre de 540 US \$. Selon les données récentes de l'enquête sur la pauvreté, l'indicateur composite de Développement Humain (IDH) est de l'ordre de 0.437 au Bénin. Cet indice se situe sur une tendance haussière depuis 1975 où il était estimé à 0,312, traduisant ainsi les efforts entrepris en matière d'éducation et de santé. Cependant, en dépit de ces progrès, le Bénin est demeuré en 2009 au 161^{ème} rang sur 182 au niveau mondial en matière d'Indice de Développement Humain (IDH) égal à 0,492. Il fait partie des pays les moins avancés du monde et est classé parmi les Pays Pauvres Très Endettés (PPTÉ). Quant à l'Indice de Pauvreté Humaine (IPH), il était de 43,2% en 2007. La pauvreté touche encore une partie importante de la population dans la mesure où 33,3% des Béninois vivent en dessous du seuil de pauvreté, avec de fortes inégalités selon le genre.

Des progrès importants ont été réalisés dans le domaine de l'éducation, où la scolarité "gratuite" a permis d'atteindre un taux brut de scolarisation de 76.2% en 2007 (avec un niveau d'achèvement du primaire de 65% pour la même année).

L'indice de participation des femmes demeure encore très faible (0,454 en 2006) ainsi que la proportion des femmes au parlement (7%).

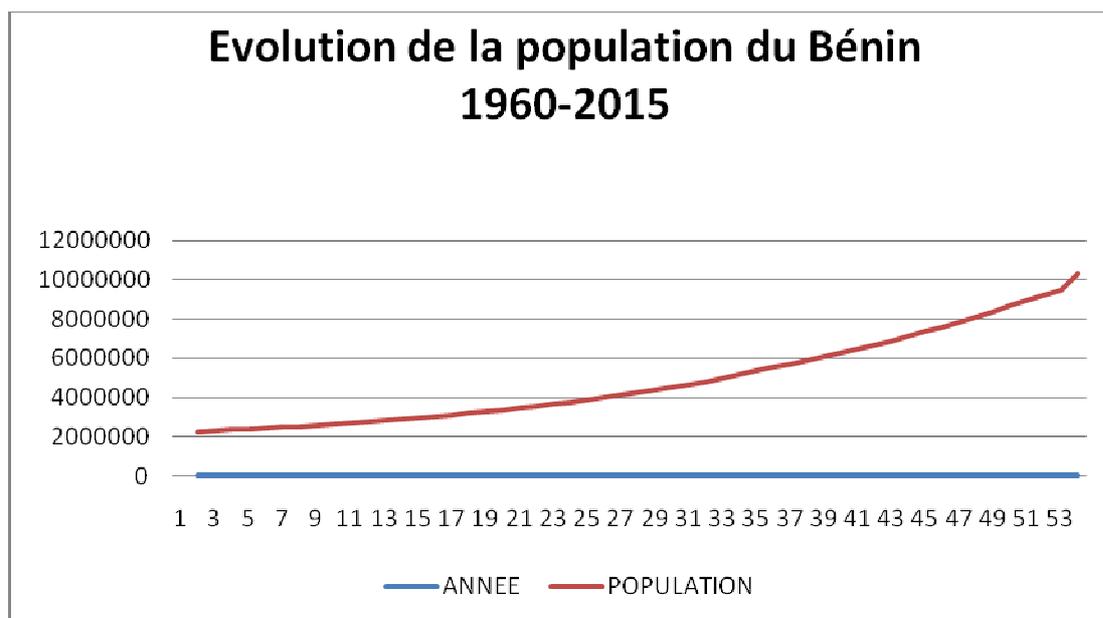
En matière de santé, le paludisme demeure encore la première cause de morbidité et de mortalité dans les groupes les plus vulnérables au Bénin (110 décès pour 1000 habitants en 2006), alors que le taux de prévalence du VIH/SIDA chez les femmes enceintes de 15-24 ans a sensiblement baissé (1,8 % en 2008). Les taux de mortalité infantile et maternelle restent quant à eux encore très élevés, quoique en baisse progressive et régulière.



L'accès à l'eau potable qui est un autre facteur de réduction de la mortalité par voie hydrique, bien qu'étant en progression constante (63,4% en 2006 à 66,3% en 2008), reste inégalitaire entre les différentes régions du pays.

- **Description de la démographie du pays soulignant les caractéristiques spécifiques par secteur et par sous-secteur (maternel, primaire et secondaire): nombre inhabituel de jeunes ou de personnes âgées, le déséquilibre sexospécifique ainsi que les indications relatives à l'espérance de vie avec ou sans SIDA et les taux de mortalité par âge**

La population du Bénin est passée de 3,4 millions d'habitants en 1980 à 4,7 millions en 1990 et elle était estimée se situer à quelque 6,2 millions en 1999. Le rythme actuel de croissance annuelle de l'ensemble de la population est estimé à environ 2,7 %, ce qui conduirait à une population de l'ordre de 8,2 millions d'habitants en 2010. Selon *The World Factbook & CIA (2006)*, du fait des effets conjugués des programmes de santé et de planification familiale, de la baisse de la force de la mortalité, des maladies traditionnelles (paludisme, rougeole, tuberculose, ...) toujours combattues résolument, des épidémies (Sida), des pandémies (choléra) et des maladies émergentes (maladies non transmissibles, par exemple) constamment affrontées avec des succès relatifs, le taux de croissance de la population béninoise est estimée en 2005 à 2,73%. Cette croissance projetée par la Banque mondiale s'établit à 2,6% en 2010 ; *ce qui révèle que la population béninoise continuera de croître, de moins en moins jeune, du fait des effets conjugués de l'évolution de la pandémie du SIDA et du recul toujours ambiant du recul de l'âge à la première naissance*. Sa population est estimée en 2015 à 10.352.000 habitants environ (voir graphique suivant).



Source : Perspectives Monde, 2007

Au Bénin, la prévalence du VIH/SIDA oscille autour de 2% depuis 2002. Le pourcentage des personnes infectées croîtra donc régulièrement du fait de la persistance des comportements à risques qui sont indéniablement un facteur de risque d'extension de la maladie et un indicateur de la moindre prégnance des dynamiques de sensibilisation sur les communautés concernées. S'y ajoutent la prévalence élevée des autres infections sexuellement transmissibles (IST) relativement banalisées par rapport au VIH/SIDA et la forte mobilité des populations (migrations internes et externes) qui ont pour vue de propager la transmission de l'infection.

Un élément d'inquiétude réside dans le fait que les zones rurales sont devenues un milieu à risque élevé comme le milieu urbain du fait des interactions sociales et des brassages démographiques catégoriels qui bouleversent parfois les habitudes traditionnelles, et les mauvaises pratiques dans la

gestion communautaire du VIH/SIDA¹⁰. La pandémie du VIH/SIDA atteint ainsi les populations de plus en plus jeunes de ces deux milieux de vie désormais confrontés aux modes de vie urbains sans toujours disposer de l'arsenal nécessaire pour éviter les comportements à risques du VIH/SIDA. Il s'ensuit un important cortège d'orphelins et d'actifs adultes infectés (enseignants, élèves et actifs économiques) qui alourdit la charge des familles et des communautés dont il précarise la vie quotidienne (Ministère de la Santé & PNUD, 1998). Si la tendance ne s'infléchit point, il est à craindre que l'extension du fléau affecte de manière durable les potentialités éducatives et économiques des communautés béninoises, *multipliant les stratégies de survie qui demeurent en dernière instance des stratégies de désespoir d'une communauté de personnes désemparées dans la stigmatisation du vécu.*

Ainsi, la pandémie du sida constitue incontestablement une contrainte pour le secteur scolaire, car si l'on veut avoir une idée de ce que pourrait être le système éducatif béninois avec le sida dans dix ans par exemple, il est clair que la grande majorité des élèves qui y sont inscrits peut être doublement affectée sans que l'on ne puisse guère influencer sur le nombre des effectifs scolaires dans les trois ou quatre années à venir. La pandémie du sida se pose ainsi comme un défi majeur à la famille et à l'école, deux institutions de base et de pérennisation de la société humaine. A court terme, les jeux sont très largement faits et c'est en tant que contrainte exogène que la démographie tenant compte du sida pèse sur le système éducatif béninois.

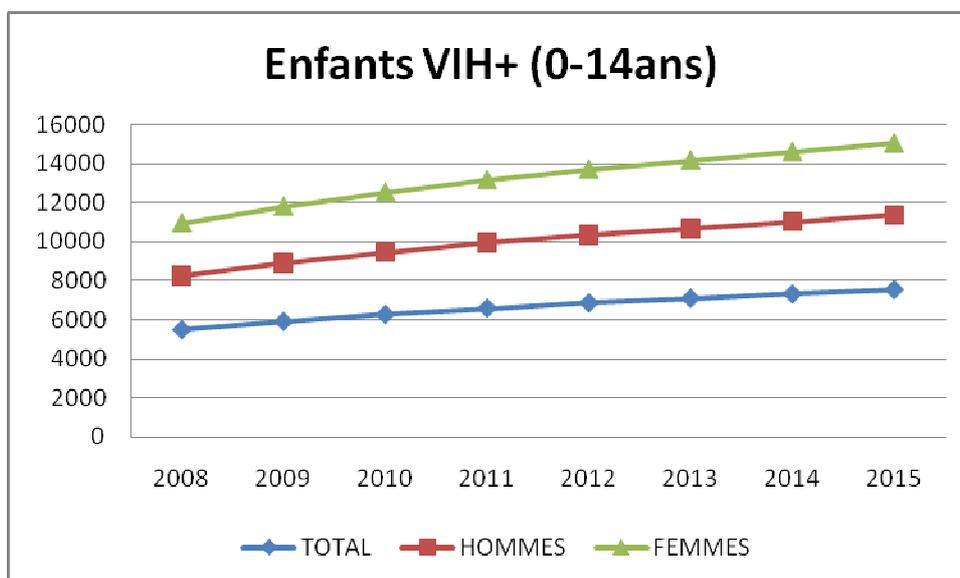
A moyen-long terme, son paysage démographique tenant compte du sida est à la fois plus incertain et plus susceptible d'évolutions dues à des politiques ciblées aussi bien sur la prise en charge des mères séropositives et leurs enfants que sur la prévention de la transmission mère-enfant. Et même si cela relève des actions classiques concernant la population et la santé comme des actions dans des domaines aussi importants que l'accès à l'eau potable ou l'éducation des filles, il est utile de souligner que c'est de la survie de l'espèce humaine dont il s'agit ici. De quelle prétention de société peut-on se prévaloir quand la communauté même est sapée dans ses fondements régénérateurs ? De quel développement du Bénin peut-on parler à la longue quand les paramètres de base devant y concourir se noient dans les flots ravageurs du fléau qu'est le Sida ? En fait, dans la société béninoise, le sida affecte aussi bien le système scolaire que la demande scolaire au niveau des enfants et des familles et aucune maîtrise du flux des enfants susceptibles d'aller à l'école à moyen-long terme ne sera possible ; *ce qui perturberait gravement toute planification sérieuse de l'économie de l'éducation au Bénin.*

Comme dans de nombreux pays de la région ouest-africaine, la structure de la population béninoise se caractérise par une forte proportion de jeunes et d'enfants: on estime que les moins de 15 ans représentent environ 47 % de la population et qu'il y a à peu près un adulte de 15-65 ans par enfant de moins de 15 ans. On estime déjà que le taux de croissance annuel (2,6%) de la population jeune d'âge scolaire pourrait être un peu inférieur à celui de la population de l'ensemble du pays au cours des dix prochaines années, sans que la prégnance de la maladie chez les moins de 15 ans soit négligeable (Ministère de la Santé, PNLIS (2008)). Elle continue en fait de suivre la tendance de 2001 : stagnation de la prévalence généralisée non synonyme d'éradication du mal qui rampe, insidieux.

En effet, le nombre d'enfants de moins de 15 ans infecté par le VIH/SIDA de 1980 à 1991 au Bénin n'était que de 270. Ce nombre connut un accroissement rapide pour atteindre environ 5200 en 2001. A ce rythme, ce nombre d'enfants de 0 à 14 ans porteur de VIH/SIDA pourrait dépasser 7000 en 2011 en cas d'épidémie contrôlée et plus de 8000 en cas d'épidémie non contrôlée. Un plus grand nombre d'enfants pourrait encore être infecté au-delà de cette date et les nouveaux cas pourraient aisément

¹⁰ Malgré les efforts significatifs fournis par les partenaires techniques et financiers comme la Banque Mondiale, la Banque Africaine de Développement, l'ONUSIDA – la liste n'est pas exhaustive – les communautés rurales animées de bonne volonté dans la compréhension et la lutte contre le VIH/SIDA ne bénéficient pas toujours de l'appui et de l'assistance nécessaires dont elles ont-elles ont besoin des ONG payés et commis à cette tâche.

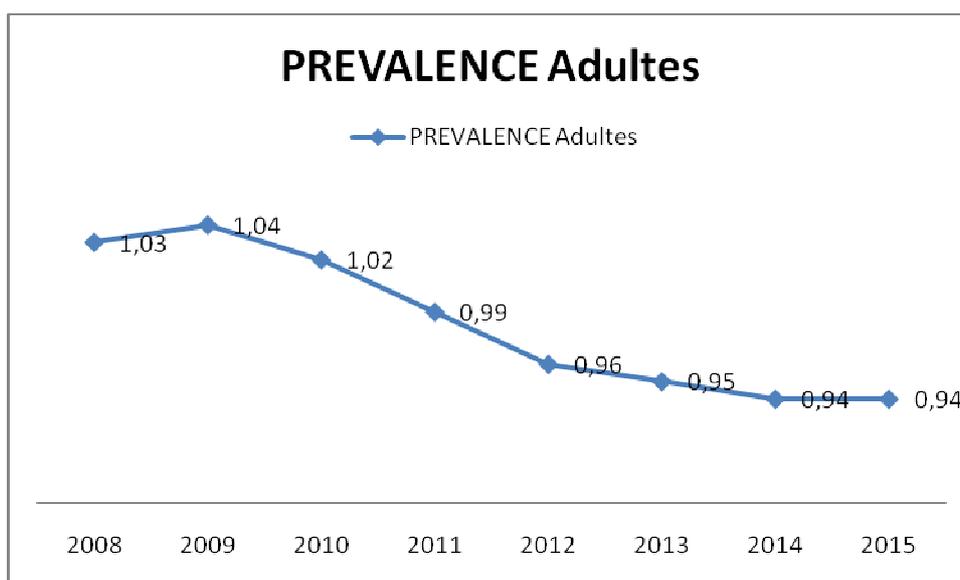
dépasser les 1300, si des mesures énergiques ne sont pas prises pour juguler l'épidémie. En fait, ces nouveaux cas désorganiseront inexorablement les ménages et exerceront fatalement une pression considérable sur les services de santé déjà confrontés à de nombreux problèmes.



Source : Ministère de la Santé, PNL (2008)

Alors, si le sida devait encore frapper dans la tranche d'âges 15-64 ans, ce pourrait être aussi dans la masse des enseignants généralement jeunes et sexuellement très mobiles et très actifs. Cette tranche d'âges exposée au déclin par l'effet accélérateur du sida peut s'avérer catastrophique pour tout le corps social. En République Centrafricaine par exemple, on estime qu'au moins 200 personnes meurent chaque année dont 92% à cause du VIH/SIDA. Cette tendance avait déjà été révélée par une étude de l'ONUSIDA en 1999 mentionné par Ouédraogo (2004) qui relevait que plus de 75% des décès d'enseignants étaient liés au VIH/sida.

Au Bénin, les projections démographiques visent une sorte de stabilisation de la séroprévalence adulte à 0,94 en 2015, comme le montre le graphique suivant :



Source : Ministère de la Santé, PNL (2008)

Toutefois, il est important de souligner qu'en 1991, le nombre de personnes infectées par le VIH/SIDA au Bénin n'était que de 8000 environ. Ce nombre a connu un accroissement fulgurant pour atteindre 70000 en 2001, soit une multiplication par 9 en l'intervalle de 10 ans. Le rythme adopté par le fléau laisse présager que le nombre de personnes porteuses de VIH/SIDA pourrait dépasser les 100000 en 2011 en cas d'épidémie contrôlée et près de 120000 en cas d'épidémie non contrôlée. Un plus grand nombre de personnes pourrait encore être infecté au-delà de cette date et avoisiner les 100000 en 2011, avec tout ce qu'on peut imaginer de contraintes socioéconomiques et de précarisations pour les ménages et les communautés (CNLS, 2007).

Et au vu de l'évolution du nombre de nouveaux cas de Sida, les décès imputables à cette épidémie connaîtront une forte croissance future, si des mesures plus énergiques ne sont prises à temps pour en infléchir la tendance. En effet, la faible prévalence actuelle du VIH/SIDA au Bénin est inversement proportionnelle au nombre élevé de décès dus au Sida.

Par ailleurs, le nombre de femmes enceintes séropositives au Bénin qui était d'environ 800 a été multiplié par 7 en l'intervalle de 10 ans, soit plus de 6000 femmes en 2001. En cas de non maîtrise de l'épidémie, ce nombre dépasserait 9000 en 2011, augmentant outre l'aggravation générale de la santé maternelle, le risque d'avoir de plus en plus d'enfants orphelins et/ou séropositifs (CNLS, 2007).

- **Caractéristiques démographiques spécifiques à l'éducation et à l'agriculture**

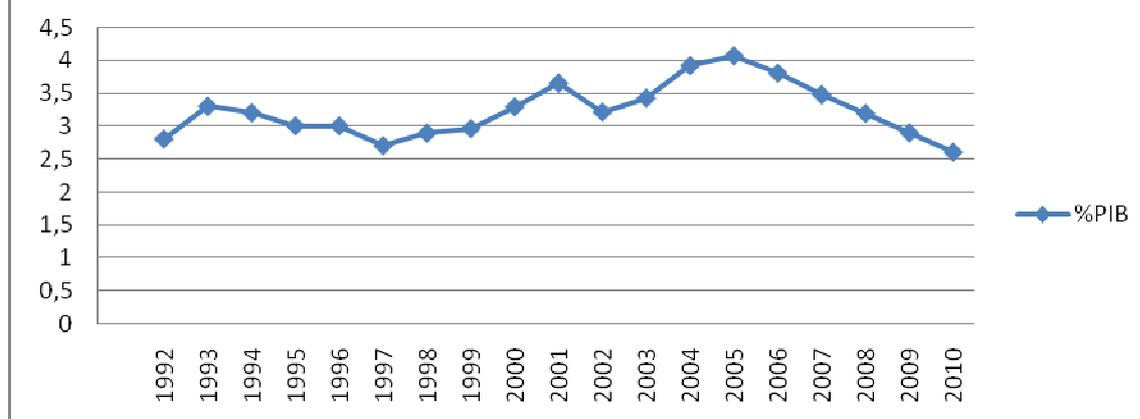
Au plan macroéconomique béninois, le taux de croissance économique qui a été en moyenne de 5% sur la période 1991-2002, a baissé à 3% en moyenne tout au long de la période 2003-2005 en raison des caractéristiques structurelles de l'économie béninoise: avec près de 95% de la population active exerçant dans le secteur informel et une population à majorité rurale (47,1%), le Bénin tire une grande partie de sa richesse du secteur primaire (38% du Produit Intérieur Brut (PIB)) de la culture du coton (plus de 85% des exportations béninoises), sans que cela constitue pour son économie une rente génératrice de croissance pour le développement. En effet, il y a des secteurs essentiels de développement qui demeurent, sinon des goulots d'étranglement de la croissance, du moins des domaines budgétivores insatiables.

D'où l'utilité de réfléchir à un domaine d'arbitrage important: au niveau de l'enseignement primaire par exemple. Le coût unitaire y représente environ 12 % du PIB par tête ; mais cette valeur résulte d'une combinaison entre un rapport moyen élèves-maîtres de 54/1 et un niveau moyen de salaire des enseignants égal au moins à 6 fois le PIB par tête. Le salaire payé étant déjà estimé supérieur au salaire d'équilibre sur le marché du travail béninois, la situation est en fait aggravée par le paiement de ces salaires sur la base indiciaire réelle¹¹. Deux éléments de comparaison sont nécessaires ici : a) le salaire moyen des enseignants du primaire est estimé représenter plus de 4 fois le PIB par tête dans les pays de même niveau de développement que le Bénin ; b) il n'existe aucun pays au monde qui ait obtenu la scolarisation primaire universelle en allouant moins de 6 % de son PIB au financement public de l'éducation (2,9 % actuellement pour le Bénin) et où le niveau de salaire des enseignants excède 3,8 % du PIB. Le graphique qui suit rend compte de la situation.

Graphique : Part du secteur de l'éducation dans le PIB au Bénin.

¹¹ La situation était de 4,7 fois le PIB quand les salaires des travailleurs n'étaient pas payés sur leurs indices réels.

EDUCATION dans le PIB



Source : Banque Mondiale et Perspectives Monde, 2010

Les dépenses publiques totales dont il s'agit ici sont les dépenses consacrées à l'éducation publique en plus des subventions aux écoles privées de niveau primaire, secondaire et tertiaire, en pourcentage du Produit intérieur brut (PIB)¹². On constate ainsi que la part financière consacrée au secteur de l'éducation au PIB n'a jamais cessé de décroître depuis 2005¹³.

Outre l'existence incontestable d'une inadéquation de l'éducation aux besoins de l'économie nationale, le secteur de l'éducation est, depuis l'installation du sida dans la vie des communautés béninoises, l'objet de diverses perturbations. Cette épidémie bouleverse la structure par sexe et par âge des enseignants et ne cesse d'augmenter le nombre d'orphelins et d'enfants vulnérables du fait du sida. Ainsi ; comme les autres secteurs porteurs de l'économie, le secteur éducatif est significativement menacé de déstructuration par le fléau du sida qui y réduit quotidiennement le nombre d'enseignants et d'actifs éducatifs séropositifs qui meurent du sida. On note ainsi que la perte des jeunes personnes des deux sexes du fait du sida a un grave impact sur le secteur éducatif, de façon générale. Les effectifs scolaires attendus ne seront jamais atteints, empêchant du coup toute sérieuse planification de l'éducation pour jeter les bases matérielles d'une main-d'œuvre appropriée au développement du Bénin.

L'alphabetisation semble encore favorable au sexe masculin, mais une analyse de séries chronologiques de statistiques scolaires sur une longue période permet de constater que la situation scolaire des filles est depuis quelque temps perturbée par l'épidémie du VIH/SIDA. Le sida a donc une incidence négative sur l'éducation, surtout celle des filles. On remarque que depuis que l'épidémie fait des ravages, moins d'enfants en particulier des filles sont en mesure d'aller à l'école : *déjà moins scolarisées que les garçons, elles sont de plus les cibles privilégiées pour garder les malades du sida, quand elles ne sont pas elles-mêmes infectées, par ignorance ou par mauvaises pratiques*. Par ailleurs, le nombre des enseignants devant leur fournir l'éducation appropriée s'amenuise du fait de leurs comportements inducteurs du VIH/SIDA, depuis l'apparition des maladies opportunistes jusqu'à l'avènement de la maladie sida. Ils s'illustrent par plus d'absentéisme sur leurs lieux de travail, préoccupés qu'ils sont d'affronter les crises de maladies auxquelles les rend vulnérables le VIH/SIDA.

¹² La part accordée à l'enseignement supérieur ne vaut guère mieux.

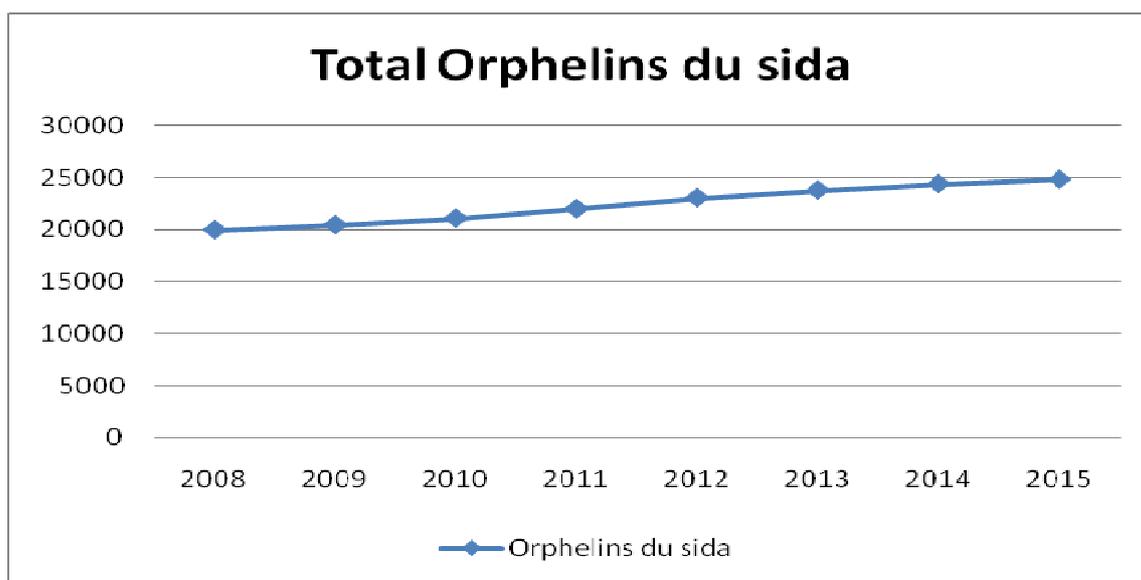
¹³ Les données de 2008 à 2010 sont des estimations à partir d'un modèle de régression linéaire simple.

De plus, les bras valides pouvant faire évoluer le secteur éducatif (force productive) sont fauchés par la mort induite par le sida : *les conséquences socioéconomiques ne peuvent qu'être désastreuses pour les communautés dépendantes de la reproduction sociale de ces bras.*

En 2011, on comptera plus de 18000 décès de jeunes gens en cas de sida non maîtrisé contre 11000 décès dans un environnement sans sida. Il est donc normal de *craindre la réduction du nombre d'actifs agricoles béninois, dans un contexte socioéconomique bien dépendant d'eux.*

- **Projection des structures démographiques selon différents niveaux supposés d'infection au VIH/SIDA, indiquant les effets de ces niveaux d'infection sur les rapports de dépendance en fonction de l'âge, sur le nombre des orphelins et des personnes âgées à charge.**

L'évolution de la population béninoise telle que décrite auparavant pourrait bien être perturbée du fait de l'épidémie du VIH/SIDA. En effet, la réalité telle que présentée dans les paragraphes précédents pourrait être inférieure aux chiffres de sida présentés dans la mesure où l'on prévoit que, d'après les projections démographiques de la Banque mondiale, le taux de croissance annuel du Bénin pourrait s'établir en 2010 aux alentours de 2,6 % et la pandémie du sida intervenir dans le pays comme un déstabilisateur non négligeable des secteurs producteurs de main d'œuvre et/ou porteurs de l'économie jusqu'en 2015 ; *ce qui fera accroître le nombre d'orphelins du Sida dans le pays.*



Source : Ministère de la Santé, PNLS (2008)

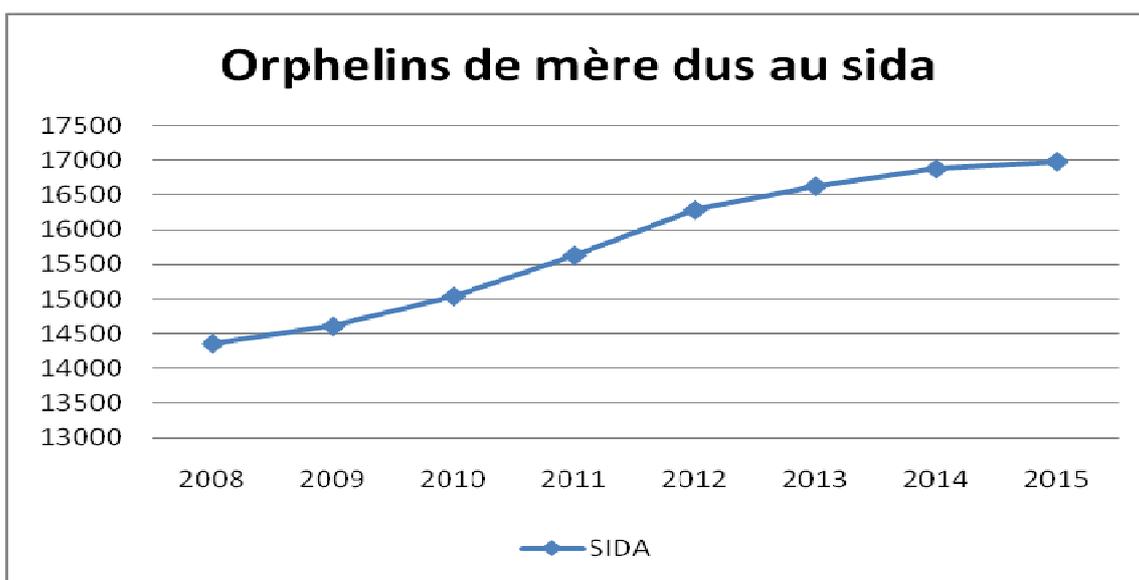
La tendance est la même, quelque soit le sexe du parent décédé du fait du sida. Ainsi, les deux courbes des orphelins de mère ou de père s'accordent parfaitement dans la même tendance.

En effet, à cause du statut polémique de la femme dans les sociétés béninoises, on note *une féminisation du fléau*: en 2007, sept cas notifiés de Sida sur dix sont enregistrés dans les tranches d'âges de 20 à 44 ans (CNLS, 2007) et le rapport de masculinité révèle globalement une prédominance féminine. La prédominance féminine est bien remarquée pour les tranches d'âges de 15-19 ans, 25-29 ans (4 femmes pour 01 homme) et 20-24 ans (02 femmes pour 01 homme) mais il reste une prédominance à partir de 35 ans.

Les jeunes personnes des deux sexes sont la couche sociale la plus vulnérable parce qu'ils (i) manquent d'informations sur le VIH/SIDA ; (ii) ont de plus en plus une sexualité précoce et (iii) se

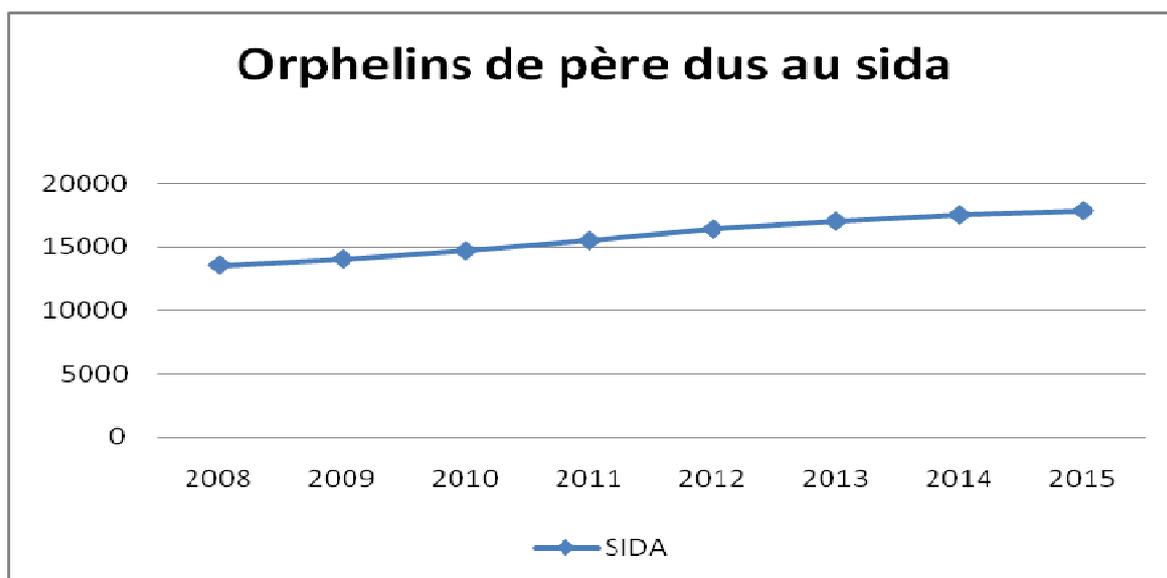
marié de plus en plus tardivement ; ce qui allonge leur temps d'exposition à l'infection du VIH. En fait, les patients de 25 à 50 ans représentent plus des deux tiers des cas de sida notifiés au cours de l'année 2005 et 01 malade sur 10 a moins de 20 ans. Quel que soit le sexe, *les cas notifiés sont surtout enregistrés dans les tranches d'âges de 20 à 39 ans, celle qui est emblématique de branche active devant prendre la relève pour la création de la richesse nationale.*

Par ailleurs, une cartographie des sites d'accueil des orphelins et enfants vulnérables (OEV) a révélé une proportion de plus en plus élevée d'OEV du fait du sida qui a entretemps frappé dans la communauté de ces enfants (MFFE & UNICEF, 2007). On estime ainsi à 258000 environ le nombre d'orphelins en 2011, s'il n'y a pas d'épidémie de Sida. Ce nombre irait à 307000 du fait de cette épidémie, soit un écart considérable de 49000 orphelins (voir graphique suivant).



Source : Ministère de la Santé, PNLS (2008)

La même tendance pour 2015 s'observe chez les orphelins de père



Source : Ministère de la Santé, PNLS (2008)

Outre certaines pratiques socioculturelles qui les exposent plus spécifiquement (lévirat, sororat, mariage forcé, excision, ...) qui augmentent le risque de transmission de l'infection, *les filles et les femmes*

souffriront plus particulièrement des effets pervers du sida dans les communautés. Ce sont elles en effet qui portent le plus la charge des soins aux personnes malades, avec de nombreuses conséquences socioéconomiques, notamment : non scolarisation des filles et réduction du temps consacré par les femmes à leurs activités économiques les exposant à la pauvreté.

Leurs jeunes enfants, adultes de demain, emportés tôt par le VIH/SIDA, les parents deviennent rapidement des personnes âgées invalides sans soutien, donc à la charge d'une communauté certes éventuellement solidaire, mais déjà confrontée à d'importants problèmes quotidiens de survie du fait de la prégnance de la grande force de mortalité occasionnée par le VIH/SIDA.

CONCLUSION

Au terme de cette contribution, on peut retenir les principaux points suivants :

En ce qui concerne ***l'impact social du VIH/SIDA sur le secteur de l'éducation***, on peut retenir que :

- par rapport aux enseignants, il a été constaté que l'existence de l'épidémie engendre une attitude de méfiance chez les usagers du système éducatif ainsi qu'un comportement de manque de sécurité chez les PVVIH ;
- par rapport aux apprenants, les résultats ont mis en évidence que la scolarisation des enfants rendus orphelins par le VIH/SIDA, est prise en charge par des ONG, des associations, des centres sociaux et autres structures confessionnelles caritatives intervenant dans la lutte contre le VIH/SIDA ; cependant, bon nombre de ces orphelins n'accèdent pas à de telles opportunités ; déscolarisés malgré eux, ces derniers se retrouvent dans la rue ; le sida apparaît ainsi comme une cause réelle de l'augmentation du nombre de déscolarisés et d'enfants de rues ;
- par rapport aux mécanismes de prise en charge, l'épidémie du VIH/SIDA a engendré de multiples échecs et des difficultés de prise en charge des orphelins ; (iv) en ce qui concerne les ménages des PVVIH, les résultats ont permis de constater que dans le secteur de l'éducation, la maladie a créé un démantèlement social caractérisé par la dislocation familiale, le renvoi des PVVIH des familles, le divorce, le suicide, l'abandon des enfants, le changement de religion, la stigmatisation ; il en découle des troubles sociaux de plusieurs ordres dont notamment, les conflits familiaux, le manque de solidarité, la peur de mourir, la pauvreté, la discrimination, la famine, la perte d'emploi ; en ce qui concerne le statut des chefs ménage de PVVIH/SIDA, la proportion des femmes chefs de ménage chez les PVVIH est supérieure à celle des femmes chefs des témoins ; il en résulte que l'affection du VIH/SIDA a un impact plus important sur le décès des hommes.

Pour ce qui est de ***l'impact économique du VIH/SIDA sur ce système***, la synthèse des résultats obtenus se présente comme suit :

- par rapport aux revenus des ménages des populations employées dans les sous-secteurs de l'éducation, il a été clairement établi que l'épidémie a rendu très tôt responsables (dans le sens de la production), les enfants chefs de ménages, qu'elle a contribué à augmenter la pauvreté chez les PVVIH et a affecté les revenus des ménages touchés ; par conséquent, bien des malades ont vendu des biens pour payer les frais de scolarité de leurs enfants et faire face aux dépenses de santé ; environ 30% des ménages de PVVIH sont dans une situation de dépendance alimentaire, à telle enseigne qu'ils sont obligés de vendre leurs biens pour se nourrir ;
- par rapport au sous secteur de l'enseignement maternel et primaire, on peut retenir que le manque de soutien aux enfants orphelins, engendre la persistance du phénomène des enfants de rue, surtout en milieu urbain et conduit inéluctablement vers la délinquance ;

- par rapport au sous-secteur de l'enseignement secondaire (formation technique et professionnelle et enseignement général), il est établi que l'impact du sida va de pair avec la problématique de la pauvreté ; ainsi, plusieurs conséquences du VIH/SIDA s'observent sur le plan social : aggravation de la déscolarisation des jeunes infectés, phénomène des enfants de rue, rejet des malades par leurs camarades et leurs familles ; en ce qui concerne les enseignants, l'impact du VIH/SIDA va de la discrimination et de la stigmatisation jusqu'à la perte de leur emploi (surtout dans le secteur privé) ;
- par rapport au sous-secteur de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique, l'impact du VIH/SIDA est similaire à celui du sous-secteur de l'enseignement secondaire ;
- par rapport à l'ensemble des sous-secteurs de l'éducation au Bénin, il a été établi que, d'une année à une autre, les enseignants du primaire et du secondaire, infectés par le VIH/SIDA, ont bradé leurs biens pour pouvoir mobiliser les ressources nécessaires pour subvenir aux besoins de la famille en général et, en particulier aux charges scolaires des enfants.

Il est dès lors possible de faire les recommandations suivantes **pour une meilleure orientation des actions en direction des populations cibles.**

✓ **Dans le sous-secteur maternel et primaire**

Les problèmes identifiés dans le sous-secteur maternel et primaire, ont fait l'objet de recommandations ci-après :

- le Gouvernement, avec l'appui des Partenaires Techniques et Financiers doit (a) accroître et renforcer les capacités des structures et centres ayant pour vocation, la prise en charge des OEV et des orphelins du VIH/SIDA, (b) renforcer les capacités des structures existantes en matière d'assistance juridique aux enfants en difficulté et (c) accroître l'appui matériel et financier apporté aux OSC intervenant dans le domaine de la sauvegarde de l'enfance et dans les soins aux OEV ;
- le Ministère en charge de l'enseignement maternel et primaire doit stabiliser l'itinéraire scolaire des OEV à travers la mise en place, (a) d'une offre de formations adaptées aux enfants, (b) d'un environnement scolaire et pédagogique favorable à la scolarisation et au maintien des OEV dans le système éducatif et (c) d'une assurance médicale et psychique des OEV.

✓ **Sous-secteur secondaire général et de la formation technique et professionnelle**

En ce qui concerne ce sous-secteur, les recommandations ci-après peuvent être faites :

- le Ministère en charge de l'enseignement secondaire et de la formation technique et professionnelle, avec l'appui des Partenaires Techniques et Financiers, doit : (a) offrir un environnement scolaire et pédagogique favorable aux élèves orphelins et malades du VIH/sida, (b) renforcer les capacités financières, techniques et organisationnelles des structures existantes en matière d'assistance juridique aux enfants en difficulté ;
- les associations et ONG intervenant dans la lutte contre le VIH/SIDA doivent accroître leurs actions de sensibilisation à l'endroit des lycées, collèges et familles pour réduire l'ampleur de la stigmatisation ; concrètement, elles doivent (a) organiser des séances de sensibilisation dans les lycées et collèges et (b), créer des cellules d'assistance et de suivi des élèves orphelins et malades du VIH/SIDA ;

- les ONG et associations qui luttent contre le VIH/SIDA doivent organiser des séances de sensibilisation et de vulgarisation de la loi portant prévention, prise en charge et contrôle du VIH/SIDA en République du Bénin ;
- le Ministère en charge du sous-secteur et le Ministre en charge de la santé doivent procéder au renforcement des capacités et à l'amélioration des modalités de fonctionnement du mécanisme d'aide financière et de prise en charge des enseignants PVVIH.

✓ **Sous-secteur enseignement supérieur et recherche scientifique**

Pour ce sous-secteur, il a été proposé d'accroître les actions de sensibilisation à l'endroit des établissements universitaires pour réduire l'ampleur de la stigmatisation et sensibiliser les familles. Spécifiquement les ONG et associations qui luttent contre le VIH/SIDA doivent organiser des séances de sensibilisation au sein des établissements universitaires et des campagnes de sensibilisation des communautés sur le droit à la vie et au bien-être des PVVIH.

Il est recommandé que le Système d'Information et de Gestion (SIG) du Ministère en charge de l'enseignement secondaire général (et ou technique et professionnel) soit revu et adapté pour être en mesure de générer et mettre à la disposition des acteurs de tout le système éducatif (tous sous-secteurs confondus) les données indispensables pour une gestion stratégique de l'impact du VIH/SIDA sur les enseignants (tous ordres), les élèves, les étudiants et le personnel administratif des différents ministères chargés de l'éducation au Bénin.

Il ressort de tout ce qui précède qu'au Bénin, beaucoup d'actions sont menées pour réduire la prévalence du VIH/SIDA dans le pays. Depuis les divers projets financés par les instances de coopération bi ou multilatérale (institutions des Nations Unies (Banque Mondiale, PNUD, FNUAP), Banque Africaine du Développement, Coopération Danoise, ...) jusqu'à ceux des organisations internationales comme GIP-ESTHER, Médecins du Monde, Plan Bénin, *Catholic Relief Services* (CRS), ... en passant par les campagnes de sensibilisation nationale, le bon sens suggère l'optimisme, quant au recul prochain de la prévalence de la pandémie. Pourtant, on a des raisons de s'inquiéter pour une nouvelle pédagogie de l'information, de l'éducation et de la communication (IEC), en vue d'une communication pour un changement de comportement (CCC) revisitée, du fait (i) de la banalisation de plus en plus prononcée de la maladie "*enfin, n'est-ce pas une maladie comme les autres?*", (ii) des comportements sexuels à risques qui reviennent en force (relâchement de l'utilisation préservative, promiscuité de plus en plus en grande entre PVVIH et autres, par exemple), dans une gestion de l'information relative au VIH/Sida souvent déficiente...

Au Bénin, on a conscience de cette dynamique nouvelle et l'on fonde beaucoup d'espoir sur la prochaine édition de l'ESDG (enquête de surveillance de deuxième génération), pour renseigner sur des indicateurs importants de la lutte contre le sida, apportant ainsi de nombreuses réponses à moult interrogations.

Enfin, le ministère en charge de la famille et de l'enfant devra, de son côté, s'atteler à renseigner sur la situation des OEV au Bénin, de façon à ce que des études spécifiques sur leurs trajectoires biographiques soient menées pour avoir une idée exacte de leurs situations dans les ménages. Il est clair que les structures par sexe et par âge de la population béninoise connaissent des bouleversements au cours des prochaines décennies, si la tendance actuelle se maintient.

Annexe 1 : Les indicateurs d'impact de l'ONUSIDA (Les indicateurs généraux d'impact du VIH/SIDA dans le secteur de l'éducation)

Niveau	Indicateur	Groupe cible
Ménage et individuel	% des jeunes ayant connaissance des méthodes de prévention du VIH	Education maternelle et primaire : Personnel enseignant, personnel administratif, élèves et autres
Ménage et individuel	% de la population cible ayant des comportements sexuels à risques d'infection	Education secondaire : Personnel enseignant, personnel administratif, élèves et autres
		Education supérieure : Personnel enseignant, personnel administratif, étudiants et autres
National, départemental, communal et en zone sanitaire	Réduction de la prévalence au VIH (actions menées seules ou conjointement avec les partenaires à la lutte)	Personnels des services centraux et déconcentrés des ministères intervenant dans l'éducation à divers niveaux, les établissements (écoles, collèges et universités) publics et privés ; les partenaires à la lutte (ONG locales ou internationales)
Individuel	Taux de pratique des rapports sexuels (à risques ou non) chez les jeunes de moins de 15 ans	Education maternelle et primaire : Personnel enseignant, personnel administratif, élèves et autres
		Education secondaire : Personnel enseignant, personnel administratif, élèves et autres
		Education supérieure : Personnel enseignant, personnel administratif, étudiants et autres
Individuel	Utilisation du préservatif par les jeunes lors de rapports sexuels avec des partenaires (occasionnels ou non)	Education maternelle et primaire : Personnel enseignant, personnel administratif, élèves et autres
		Education secondaire : Personnel enseignant, personnel administratif, élèves et autres
		Education supérieure : Personnel enseignant, personnel administratif, étudiants et autres
National, départemental, communal et en zone sanitaire	Nombre d'enfants orphelins scolarisés	Personnels des services centraux et déconcentrés des ministères intervenant dans l'éducation à divers niveaux, les établissements (écoles, collèges et universités) publics et privés
National, départemental, communal et en zone sanitaire	Nombre de personnes infectées sous traitement	Personnels des services centraux et déconcentrés des ministères intervenant dans l'éducation à divers niveaux, les établissements (écoles, collèges et universités) publics et privés

Source : ONUSIDA (2001).

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Banque Mondiale (2006), "The World Factbook & CIA", Washington, D.C.
- 2- CNLS-Comité National de Lutte contre le Sida (2007), "Impact du Sida au Bénin", Cotonou, Mai 2007.
- 3- CNLS, Etude d'inventaire des ONG intervenant dans la lutte contre le VIH/SIDA au Bénin ;
- 4- CNLS, Impact du VIH au Bénin, Mai 2007 ;
- 5- CNLS, Cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA/IST, 2007-2011 ;
- 6- CNLS, Rapport général d'activités du Comité National de Lutte contre le sida, 2007 ;
- 7- CNLS, Rapport général d'activités du Comité National de Lutte contre le sida, 2008 ;
- 8- PNLS, Rapport de Surveillance de l'Infection par le VIH et de la Syphilis au Bénin, 2004;
- 9- PNLS, Rapport de Surveillance de l'Infection par le VIH et de la Syphilis au Bénin, 2005;
- 10- IFAD, Guide pratique pour les enquêtes d'impact, 2005 ;
- 11- Ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfant & UNICEF (2007), "Document de Politique de Protection de l'Enfant", Cotonou, 2007
- 12- Ministère de la Santé & PNUD (1998), "Impact socio-économique du VIH/SIDA sur les secteurs porteurs de l'économie au Bénin", Cotonou, juin 1998, 107 pages.
- 13- LAMEN, "Etude d'impact socio-économique du VIH/SIDA/IST sur le secteur de l'éducation", Rapport d'étude, Cotonou, Bénin, Mars 2011, 161 pages.
- 14- OUEDRAOGO, Amadou (2004), "VIH/SIDA et le secteur de l'éducation au Burkina Faso : Revue des politiques et de la recherche, 1999-2002", ROCARE – Burkina Faso, mai 2004, 11 pages.
- 15- Programme des Nations Unies pour le Développement/PNUD (2009), "Progrès vers l'atteinte des OMD", Cotonou, 2009
- 16- PNLS, Cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA/IST, 2001-2005 ;
- 17- PNLS, Cartographie des sites de CDV, PTME et Prise en charge, 2005&2009 ;
- 18- PNLS et INSAE, Enquête Démographique et de Santé (EDS), 2006 ;
- 19- PNLS, Enquête de Surveillance des Comportements à risque d'infection à VIH/SIDA/IST au Bénin, 2001 ;
- 20- PNLS, Enquête de Surveillance de Deuxième Génération des IST/VIH/SIDA au Bénin, 2005 ;
- 21- PNLS, Enquête de Surveillance de Deuxième Génération des IST/VIH/SIDA au Bénin, Tome1 : Travailleuse de sexe, Routiers et Clients de travailleuses, 2008 ;
- 22- PNLS, Enquête de Surveillance de Deuxième Génération des IST/VIH/SIDA au Bénin, Tome2 : Adolescents, jeunes scolaires et travailleurs non mariés de 15 à 24 ans, 2008 ;
- 23- Plan d'accélération des efforts de prévention de l'infection à VIH 2006-2007 ;
- 24- ONUSIDA, Principes directeurs applicables aux études de l'impact social et économique du VIH/SIDA, 2001;
- 25- PNLS, Rapport de Surveillance de l'Infection par le VIH et de la Syphilis au Bénin, 2006;
- 26- PNLS, Rapport de Surveillance de l'Infection par le VIH et de la Syphilis au Bénin, 2007;
- 27- PNLS, Rapport de Surveillance de l'Infection par le VIH et de la Syphilis au Bénin, 2008 ;
- 28- CNLS, Rapport National de Situation à l'Intention de UNGASS Bénin, 2008 ;
- 29- CNLS, Rapport National de Situation à l'Intention de UNGASS Bénin, 2010 ;
- 30- CNLS, Revue du cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA/IST au Bénin, 2001-2005 ;
- 31- CNLS, Revue des progrès pour le passage à l'échelle de l'Accès Universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien au Bénin, 2010 ;
- 32- ROCARE-Burkina Faso, VIH/SIDA et le secteur de l'éducation au Burkina Faso : Revue des politiques et de la recherche 1999-2002, 2004 ;
- 33- Le développement du secteur rural : communication à la conférence Nationale Economique (Décembre 1996 par YEBE et consorts) ;
- 34- MAEP, Rapport de l'Etude sur l'évaluation des reformes dans les services agricoles (Juin 2007) ;
- 35- Programme des Nations Unies pour le Développement/PNUD (2009), "Progrès vers l'atteinte des OMD", Document de Travail, Cotonou, 2009 ;
- 36- Synergie Paysanne (2010), « Déclaration de Politique », Cotonou, 2010 ;
- 37- Lori Bollinger et John Stover, l'impact économique du sida au Bénin, Résultats d'un examen de la littérature, septembre 1999 ;
- 38- Lori Bollinger et John Stover, l'impact économique du sida au Burkina Faso, Résultats d'un examen de la littérature, septembre 1999 ;
- 39- Assemblée Parlementaire de la Francophonie et ONUSIDA, Les Parlementaires s'engagent. Partenariat international contre le sida en Afrique, juillet 2000, 32 p ;
- 40- Ministère des Enseignements Primaire et Secondaire, Politique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST en milieu scolaire, septembre 2006 ;
- 41- Ed-SIDA et al, Modélisation de l'impact du sida sur les systèmes d'éducation : Manuel de formation, série de publication Education et VIH/SIDA, Novembre 2000 ;
- 42- PNLS, Impact socio-économique du VIH/SIDA sur les secteurs porteurs de l'économie au Bénin, juin 1998 ;
- 43- PNUD, Rapport sur le développement humain 2010, Edition du 20^{ème} anniversaire ;

- 44- Banque Mondiale (2006), "The World Factbook & CIA", Washington, D.C.
- 45- Comité National de Lutte contre le sida (2007), "Impact du sida au Bénin", Cotonou, Mai 2007.
- 46- Ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfant & UNICEF (2007), "Document de Politique de Protection de l'Enfant", Cotonou, 2007
- 47- Ministère de la Santé & PNUD (1998), "Impact socio-économique du VIH/SIDA sur les secteurs porteurs de l'économie au Bénin", Cotonou, juin 1998, 107 pages.
- 48- OUEDRAOGO, Amadou (2004), "VIH/SIDA et le secteur de l'éducation au Burkina Faso : Revue des politiques et de la recherche, 1999-2002", ROCARE – Burkina Faso, mai 2004, 11 pages.
- 49- Programme des Nations Unies pour le Développement/PNUD (2009), "Progrès vers l'atteinte des OMD", Cotonou, 2009 ;
- 50- Ministère du Plan, INSAE ; Annuaire statistiques du Bénin, 2009;
- 51- Ministère des Finances et de l'Economie, Direction du Budget, 2009.