



Organisation
des Nations Unies
pour l'éducation,
la science et la culture

Éditions
UNESCO

Éducation et VIH

Évolution et perspectives

L'ÉDUCATION EN DEVENIR



Organisation
des Nations Unies
pour l'éducation,
la science et la culture

Éditions
UNESCO

Éducation et VIH

Évolution et perspectives

Publié en 2014 par l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation,
la science et la culture
7, place de Fontenoy, 75352 Paris 07 SP, France

© UNESCO 2014

ISBN 978-92-3-002226-6



Œuvre publiée en libre accès sous la licence Attribution-ShareAlike 3.0 IGO (CC-BY-SA 3.0 IGO) (<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/igo/>). Les utilisateurs du contenu de la présente publication acceptent les termes d'utilisation de l'Archive ouverte de libre accès UNESCO (www.unesco.org/open-access/terms-use-ccbysa-fr).

Titre original : *Charting the course of education and HIV*

Publié en 2014 par l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation,
la science et la culture

Les désignations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'UNESCO aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

Les idées et les opinions exprimées dans cette publication sont celles des auteurs ; elles ne reflètent pas nécessairement les points de vue de l'UNESCO et n'engagent en aucune façon l'Organisation.

Graphisme de la couverture : Corinne Hayworth

Crédit de couverture : © Peter Jurik / Panther Media / GraphicObsession

Mise en page et impression dans les ateliers de l'UNESCO

Imprimé en France

Table des matières

Avant-propos	5
Éducation et VIH – Que reste-t-il à accomplir ?	7
Chapitre 1. Retour sur l'évolution de la réponse	23
Le rôle du secteur de l'éducation dans la réponse au VIH.....	24
Les fondements théoriques de l'éducation au VIH.....	30
Des perspectives en évolution	33
Un contexte mondial en mutation	38
Les mutations de la réponse du secteur de l'éducation au VIH	43
La réponse actuelle du secteur de l'éducation	50
Chapitre 2. Défis et débats actuels.....	59
Une qualité et un mode d'enseignement médiocres.....	60
Point de vue : Des cours sur le VIH à l'école, le chaînon manquant ?.....	76
Une éducation sexuelle complète dans les pays où l'épidémie est de faible niveau ou concentrée	83
Point de vue : L'enseignement supérieur, toujours aux prises avec la réalité du VIH.....	93
Les lacunes et le sous-financement du système.....	101
L'éducation dans le Cadre d'investissement de l'ONUSIDA.....	106
Assurer le suivi de la réponse du secteur de l'éducation au VIH	111
Chapitre 3. Nouvelles tendances et opportunités	123
Les engagements et objectifs mondiaux	124
Les nouvelles tendances affectant le secteur de l'éducation.....	127
Pérenniser le financement de l'éducation et notamment de l'éducation au VIH	136
Chapitre 4. Vers une nouvelle approche	141
S'adapter à une épidémie en évolution	142
Redéfinir l'éducation au VIH	154
L'après-2015.....	167
Conclusion	169
À propos des auteurs	176
Acronymes	181
Glossaire	183
Références.....	186

Encadrés et figures

Encadré 1 :	Les coparrainants de l'ONUSIDA	39
Encadré 2 :	Les événements liés à l'éducation et les événements majeurs de la lutte contre le VIH	41
Encadré 3 :	L'évolution du rôle de l'UNESCO dans la réponse du secteur de l'éducation.....	44
Encadré 4 :	Les conditions requises pour une réponse efficace du secteur de l'éducation au VIH.....	48
Encadré 5 :	L'EDUSIDA	52
Encadré 6 :	Les réponses au questionnaire de l'ONUSIDA sur les Engagements et moyens d'action nationaux	53
Encadré 7 :	L'enseignement des compétences à la vie courante.....	54
Encadré 8 :	La réponse du secteur de l'éducation dans les Caraïbes	61
Encadré 9 :	L'intégration du VIH dans le programme scolaire.....	67
Encadré 10 :	Les politiques de la région Asie et Pacifique.....	85
Encadré 11 :	La lutte contre la discrimination en Europe orientale et en Asie centrale.....	88
Encadré 12 :	La collecte de données sur les jeunes populations clés au Cambodge.....	98
Encadré 13 :	L'impact du soutien du Fonds mondial au secteur de l'éducation.....	104
Encadré 14 :	Tableau descriptif du Cadre d'investissement	107
Encadré 15 :	Les objectifs internationaux de l'éducation (EPT et OMD).....	124
Encadré 16 :	Les dix actions clés de l'Initiative mondiale pour l'éducation avant tout	126
Encadré 17 :	Les conclusions et recommandations de l'étude de l'UNESCO sur les coûts et le rapport coût-efficacité de l'éducation sexuelle.....	137
Encadré 18 :	Les facteurs contribuant à une promotion efficace de la santé à l'école.....	152
Figure 1 :	Les caractéristiques d'une éducation au VIH efficace.....	16
Figure 2 :	L'intégration de l'éducation au VIH et à la sexualité dans le programme scolaire des 39 pays de l'enquête GPS.....	86

Avant-propos

Cet ouvrage fait partie de la collection L'éducation en devenir de l'UNESCO qui a été créée dans le but de fournir aux décideurs, aux professionnels de l'éducation et aux autres parties prenantes les analyses les plus récentes sur des questions de notre temps. Plus de trois décennies après le début de l'épidémie de VIH, l'éducation au VIH et le rôle du secteur de l'éducation dans ce domaine entrent dans le champ de ces questions contemporaines qui méritent d'être étudiées.

Depuis le début de l'épidémie, le secteur de l'éducation joue un rôle primordial dans la réponse mondiale. Il a contribué à prévenir de nouvelles infections, soutenu le dépistage, le traitement et la prise en charge, et fait reculer la stigmatisation et la discrimination que subissent si souvent ceux qui vivent avec le VIH ou le SIDA ou qui y sont vulnérables. Selon l'ONUSIDA, le nombre de nouvelles infections à VIH en 2012 a diminué de 33 % chez les adultes et les enfants par rapport à 2001, et le nombre de décès liés au SIDA a lui aussi chuté de 30 % par rapport au pic de 2005. Il s'agit là de progrès majeurs dans lesquels le secteur de l'éducation a sa part, mais la tâche est loin d'être achevée.

De 2001 à 2012, seuls 26 pays ont réussi à réduire de 50 % le nombre annuel de nouvelles infections chez les adultes et les adolescents. Un certain nombre d'autres pays sont loin d'atteindre cet objectif adopté au niveau mondial de réduire de moitié le nombre de transmissions sexuelles du VIH d'ici à 2015. Ajoutons à cela qu'avec 2,3 millions de nouvelles infections en 2012, il reste au monde un chemin considérable à parcourir pour faire en sorte que chaque nouvelle génération de jeunes dispose des connaissances, adopte les comportements et détienne les compétences nécessaires pour se protéger et protéger les autres, ce qui souligne encore à quel point il est important de pérenniser et d'améliorer les efforts de prévention actuels.

Dans un tel contexte, il est essentiel de réfléchir à ce que nous avons appris et comment mieux tirer parti de nos succès. L'objectif est de redoubler d'efforts dans le secteur de l'éducation afin de contribuer efficacement et sans relâche à prévenir de nouvelles infections, à réduire le nombre de décès liés au SIDA et à faire reculer la stigmatisation et la discrimination.

À l'issue de plusieurs décennies d'engagement dans ce domaine, l'un des enseignements les plus importants est que l'éducation ne se résume pas à apprendre à lire, écrire et compter. L'éducation peut changer une vie. Elle a le pouvoir de créer des citoyens ouverts sur le monde qui soient capables de trouver leur voie et de s'épanouir dans leur environnement, de prendre des décisions saines et de bâtir un monde plus juste, plus inclusif, plus sûr et plus durable.

Cette conception holistique de l'éducation établit plus clairement les liens entre l'éducation et la santé – deux secteurs indissociables qui jouent l'un et l'autre un rôle de premier plan dans le développement des individus et des pays. L'un ne saurait aller sans l'autre, au risque de condamner un pays et son peuple à la misère.

Le présent ouvrage passe en revue ces différents aspects ainsi que bien d'autres enseignements issus des interventions d'éducation au VIH et identifie, sur cette base, les stratégies et les approches qui sont susceptibles d'être reproduites pour lutter contre d'autres problèmes sanitaires et vitaux, et favoriser le développement d'une citoyenneté mondiale.

Il s'appuie sur l'expérience et les connaissances du personnel de l'UNESCO dans les régions Amérique latine et Caraïbes, Afrique, Europe orientale et Asie centrale, Moyen-Orient et Afrique du Nord, Asie et Pacifique, et intègre des contributions de quelques-uns des grands théoriciens et professionnels de terrain spécialisés dans ce domaine. L'UNESCO leur est très reconnaissante pour leur contribution, ainsi que pour le temps et les efforts consacrés à cet ouvrage par nos réviseurs externes, Mme Margherita Licata et M. Oliver Liang de l'OIT, le Dr Rafael Mazin de l'OPS et M. David Clarke (consultant indépendant).



Qian Tang, Ph.D.

Sous-Directeur général pour l'éducation

Éducation et VIH – Que reste-t-il à accomplir ?

L'ONUSIDA estime que 35,3 millions d'individus vivent avec le VIH dans le monde, parmi lesquelles 2,3 millions ont été infectées en 2012¹. En dépit d'une réduction de 34 % du nombre de nouvelles infections en Afrique subsaharienne depuis 2001, cette région demeure la plus touchée : elle représente 70 % de l'ensemble des nouvelles infections pour 2012. Les jeunes sont particulièrement affectés. En Afrique orientale et australe, par exemple, 50 jeunes sont infectés chaque heure². Dans d'autres régions – Europe orientale et Asie centrale (EOAC) et Moyen-Orient et Afrique du Nord – le nombre de nouvelles infections augmente³. Onze organismes des Nations Unies, dont l'UNESCO, participent à la riposte au VIH en tant que coparrainants de l'ONUSIDA. La contribution de l'UNESCO se concentre sur le rôle primordial de l'éducation dans la prévention, le traitement et la prise en charge du VIH et pour faire reculer la stigmatisation et la discrimination. Comme l'a déclaré le Directeur exécutif de l'ONUSIDA lors du lancement de l'Initiative mondiale pour l'éducation avant tout, le 27 septembre 2012, « mettre fin au SIDA est possible et l'éducation est l'une des clés du succès ».

L'éducation au VIH contribue à la prévention, au traitement et à la prise en charge (y compris au dépistage), et aide à lutter contre la stigmatisation et la discrimination. Son contenu doit être en adéquation avec le contexte épidémiologique, c'est-à-dire, par exemple, avec l'impact de la maladie et les modes de transmission. Dans cette publication, le terme d'éducation au VIH fait référence au VIH comme au SIDA.

Cet ouvrage offre une vue d'ensemble de la manière dont le rôle du secteur de l'éducation et ses approches de l'éducation au VIH ont évolué, de ce que l'on a appris, des problèmes et des opportunités qui se font jour et des orientations à venir. Il aborde notamment les thèmes des politiques et du financement, de la formation des enseignants, du contenu et des méthodes d'éducation au VIH, ainsi que du suivi et de l'évaluation. La question du rôle du secteur de l'éducation dans la réponse au VIH, et celle de la contribution qu'apporte l'éducation au VIH en milieu scolaire, ont été et demeurent très controversées. Cet ouvrage examine ces débats et propose des pistes pour l'avenir.

Les débats dont il est question dans cet ouvrage portent notamment sur l'importance de la pédagogie interactive pour promouvoir les compétences à la vie courante – par opposition aux méthodes d'enseignement didactiques, sur l'intérêt d'une éducation sexuelle adaptée à chaque âge pour prévenir de nouvelles infections à VIH – par opposition à la rigidité des leçons de morale inculquées dans le cadre des politiques d'abstinence totale, et sur les limites qu'il convient d'établir concernant le rôle de l'éducation dans la modification des comportements. Cet ouvrage vise à mettre en évidence à la fois la contribution du secteur de l'éducation à la réponse au VIH et les grands enseignements qui ont été tirés de cette réponse au sein du secteur de l'éducation. Il s'appuie sur des contributions émanant du personnel de l'UNESCO basé au Siège et dans les bureaux régionaux, de membres d'autres organismes des Nations Unies et d'universitaires qui possèdent tous une large expérience de l'éducation et, en particulier, de l'éducation au VIH. L'objectif est de fournir un socle de référence aux décideurs, aux professionnels de terrain et aux chercheurs exerçant dans le domaine du VIH et de l'éducation, que ce soit dans le secteur de l'éducation ou dans celui de la santé.

Cette publication aborde de nombreux aspects de l'éducation, y compris l'enseignement informel, supérieur et pour adultes, mais privilégie les approches formelles de l'éducation au VIH en milieu scolaire. Cela tient au constat que l'école est particulièrement bien positionnée pour toucher un grand nombre de jeunes et que les programmes éducatifs en milieu scolaire ont démontré leur efficacité pour développer des attitudes et des compétences saines chez les jeunes. Cela permet par ailleurs de tirer parti de l'avantage comparatif de l'UNESCO dans son soutien aux ministères de l'Éducation. Cependant, comme nous le verrons dans la suite de cet ouvrage, l'éducation au VIH est dispensée de manière inégale, avec des disparités entre les régions et au sein des pays, et se révèle souvent sans commune mesure avec l'impact de la maladie. Le choix de privilégier l'enseignement formel, et en particulier dans le primaire et le secondaire, découle en partie des efforts qui ont été déployés dans le monde pour atteindre les objectifs de l'Éducation pour tous et ont entraîné une hausse de la scolarisation dans le primaire – laquelle devrait également s'observer pour la scolarisation dans le secondaire. Cette tendance devrait persister dans l'agenda du développement post-2015 dans la mesure où l'éducation demeure une priorité mondiale. Cette augmentation du nombre d'enfants scolarisés nécessite que les secteurs nationaux de l'éducation prennent leurs dispositions et se tiennent prêts à faire face à la multiplication des besoins, la scolarité formelle restant l'un des moyens les plus efficaces pour toucher systématiquement et durablement le plus grand nombre possible de jeunes.

Publié dans le cadre de la collection L'Éducation en devenir de l'UNESCO, cet ouvrage étudie au travers de quatre chapitres les problèmes, les approches et les débats liés à l'éducation au VIH afin d'éclairer les professionnels œuvrant principalement dans le monde de l'éducation. Cependant, étant donné que ces questions sont tout aussi primordiales pour le secteur de la santé, nous espérons que cet ouvrage sera également utile aux professionnels de santé. Le VIH est un enjeu très particulier pour le secteur de l'éducation : il constitue à la fois une crise de santé publique et un problème de développement. Les questions et les débats portant sur la pédagogie, sur le rôle de l'école vis-à-vis de la vie sexuelle des jeunes et sur le rôle de l'éducation en faveur de la modification des comportements sont analysés. Le chapitre un décrit la manière dont la réponse a évolué en présentant le contexte mondial et la réponse du secteur de l'éducation dans celui-ci. Le chapitre deux expose les problèmes systémiques et présente les points de vue de responsables mondiaux dont l'expertise sur ces sujets est reconnue. Le chapitre trois pose des jalons pour l'avenir en présentant les tendances nouvelles et les opportunités. Le chapitre quatre propose des pistes autres pour l'éducation au VIH. Il identifie des tendances nouvelles à l'échelle mondiale qui permettent de surmonter un certain nombre d'obstacles, telles que l'éducation à la citoyenneté mondiale, les nouvelles conceptions de l'évaluation des apprentissages et l'apparition de nouvelles techniques d'apprentissage efficaces et très accessibles. Ensemble, ces tendances contribuent à offrir de nouvelles opportunités pour répondre aux besoins des jeunes et développer leurs compétences en matière de santé. L'ouvrage parvient à la conclusion que l'éducation est fondamentale pour permettre à chacun d'acquérir les connaissances, les attitudes, les valeurs et les compétences requises pour vivre sainement.

Retour sur l'évolution de la réponse

L'ouvrage commence par exposer la logique qui sous-tend le rôle de l'éducation dans la réponse au VIH et par décrire la contribution de l'éducation au VIH. Il souligne les liens existants entre éducation et santé, qui sont tous deux des droits humains fondamentaux promus par les organismes des Nations Unies. Par exemple, le fait d'être en bonne santé peut avoir un impact bénéfique sur les résultats de l'éducation en faisant progresser les taux de scolarisation, en réduisant les taux d'absentéisme et d'abandon en cours d'études, et en améliorant la performance cognitive et la réussite scolaire. L'éducation est de son côté un déterminant essentiel de la santé. Elle permet d'acquérir les connaissances, les valeurs, les attitudes et les compétences nécessaires pour faire des choix éclairés et adopter des comportements plus sains⁴. Si

les connaissances ne suffisent généralement pas à elles seules à modifier les comportements, elles sont un préalable indispensable à l'adoption de comportements sexuels plus sûrs et forment, par conséquent, le socle de toute réponse efficace au VIH. Les compétences pour savoir réagir au plan cognitif, psychosocial et affectif et pour prendre soin de soi – qui sont au cœur de l'éducation au VIH et à la sexualité – peuvent également servir à aborder un certain nombre d'autres questions de santé telles que la prévention de la violence, la prévention de la consommation de drogues et la promotion de l'hygiène.

L'éducation est également primordiale pour le développement humain et social, et sert de catalyseur des droits humains et de l'égalité de genre. La sexospécificité est un facteur clé de l'épidémie de VIH. Les rôles que les garçons, les hommes, les filles et les femmes sont supposés incarner dans de nombreuses sociétés peuvent aggraver les comportements à risque et la vulnérabilité au risque. L'éducation peut permettre de sensibiliser aux inégalités de genre, de lutter contre les normes de genre préjudiciables et aider à faire reculer la discrimination et la violence fondées sur le genre. Ces retombées sont importantes en soi, parce qu'elles contribuent à édifier des sociétés égalitaires, justes et prospères, et en tant que catalyseurs essentiels d'une réponse efficace au VIH.

Le premier chapitre fournit également une vue d'ensemble de l'évolution qu'ont connue le contexte mondial, la réponse du secteur de l'éducation et les approches de l'éducation au VIH déployées depuis le début de l'épidémie. Il explique dans quel contexte l'éducation au VIH a été intégrée à la riposte mondiale contre l'épidémie. La propagation rapide du virus et l'absence de traitement dans les premières années ont nécessité une réponse urgente pour prévenir les nouvelles infections, notamment chez les jeunes qui devenaient sexuellement actifs et encourageaient par conséquent un risque. La mobilisation du seul secteur de la santé ne pouvant suffire, le secteur de l'éducation est devenu un acteur important d'une réponse qui s'est faite de plus en plus multisectorielle avec l'essor de l'engagement et des financements internationaux en faveur de la lutte contre le VIH.

À l'origine, l'éducation au VIH consistait avant tout à fournir aux jeunes des connaissances sur le virus. L'enseignement sur le VIH et le SIDA était abordé, dans la plupart des approches, comme s'il s'agissait de questions scientifiques ou morales. Dans de nombreux contextes, l'enseignement formel utilisait des tactiques alarmistes pour tenter de dissuader les jeunes d'avoir une activité sexuelle, ou bien elle promouvait des messages « d'abstinence totale ». Ces méthodes n'ont pas eu l'effet escompté et les taux d'infection ont continué

d'augmenter. Quand l'éducation au VIH est devenue mieux établie et mieux évaluée, il est clairement apparu aux yeux de beaucoup que les connaissances sur le VIH ne suffisaient pas à elles seules à engendrer des comportements plus sains. Des approches fondées sur les compétences, telles que l'éducation axée sur les compétences à la vie courante – qui mettent l'accent sur les compétences cognitives mais aussi sur les capacités à communiquer et à réagir, ont par conséquent été adoptées.

Cependant, s'il est admis que les connaissances et les compétences sont une base indispensable pour modifier les comportements, il est également de plus en plus reconnu que la capacité des jeunes à faire des choix sains est aussi influencée par l'environnement dans lequel ils vivent et par des facteurs de genre, de culture ou de situation socioéconomique, notamment. C'est pour cette raison qu'un intérêt croissant s'est fait jour pour des approches plus globales agissant également sur les facteurs structurels. Ainsi, une étude récente a montré que les programmes d'éducation ciblés sur les inégalités de genre, les rapports sexuels contraints, la consommation d'alcool et de stupéfiants, ainsi que sur les facteurs économiques, pouvaient conduire à réduire l'incidence des infections sexuellement transmissibles⁵. Il existe une évolution du même ordre dans le secteur de la santé, où l'idée d'une santé publique sociale qui s'emparerait de ces questions de structures a pris de l'ampleur en raison du fait qu'« une prévention efficace [...] exige que la santé publique ne s'adresse pas aux gens uniquement en tant qu'individus, mais aussi en tant que membres interconnectés de groupes, de réseaux et de collectifs... »⁶.

Initialement, l'éducation au VIH était, dans les faits, synonyme de prévention du VIH. Mais avec le développement de l'accès au traitement antirétroviral, elle s'est élargie à l'éducation au traitement. Dans le même temps, la prise de conscience de plus en plus forte du rôle que peuvent jouer la stigmatisation et la discrimination en empêchant, notamment, les gens de solliciter les services de prise en charge du VIH, a conduit à multiplier les efforts d'éducation pour les faire reculer. Et au fur et à mesure que la connaissance de l'épidémie s'est développée, concernant en particulier les différences épidémiologiques et de facteurs de transmission qui existent d'une région et d'un pays à l'autre, il est devenu clair également que l'éducation au VIH devait être modifiée en fonction de ces différences : les approches adaptées pour les pays où l'épidémie est généralisée n'étaient pas pertinentes dans les pays où ce sont des populations spécifiques – les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe et leurs clients, et les personnes qui s'injectent des drogues, par exemple – qui étaient le plus menacées. Cependant, cette adaptation est d'ampleur inégale et il est

nécessaire d'aller plus loin pour faire en sorte que l'éducation au VIH soit en adéquation avec les réalités locales de l'épidémie.

Plus récemment, l'éducation au VIH a cessé d'être une matière autonome pour s'intégrer à une approche de santé plus globale fondée sur les compétences incluant, notamment, une éducation sexuelle complète. Un événement important à cet égard fut la réunion des ministres de la Santé et de l'Éducation de la région Amérique latine et Caraïbes qui s'est tenue parallèlement à la Conférence internationale sur le SIDA de Mexico en 2008 et a eu une influence majeure sur la réponse du secteur de l'éducation. Lors de cette réunion, les ministres ont pris l'engagement de placer l'éducation sexuelle au cœur de la réponse du secteur⁷. Cet engagement soulignait la nécessité de faire de l'éducation sexuelle une composante essentielle de tous les programmes scolaires de l'enseignement formel, compte tenu de son importance vis-à-vis d'aspects déterminants de la santé et des droits à la santé.

Au niveau global, il y a eu une prise de conscience croissante du fait que la réponse du secteur de l'éducation devait devenir plus systématique, qu'il lui fallait tenir compte de l'impact de l'épidémie sur le secteur lui-même ainsi que sur les enseignants et les élèves, en particulier dans les pays les plus gravement touchés. Cela s'est accompagné d'une série d'initiatives destinées à soutenir le secteur de l'éducation et à renforcer sa capacité à gérer et atténuer l'impact de l'épidémie, ainsi qu'à dispenser une éducation au VIH efficace dans les établissements scolaires. En dépit de ces initiatives, les premiers progrès ont été lents à se manifester en raison, pour partie, d'évolutions d'ordre plus général et notamment de la priorité accordée à l'enseignement primaire universel – lequel a fait peser des exigences considérables sur les systèmes éducatifs. Par la suite, les coparrainants de l'ONUSIDA, les bailleurs de fonds bilatéraux et les organisations de la société civile ont déployé des efforts concertés au niveau mondial en vue d'accélérer les réponses globales du secteur de l'éducation au VIH. De ce fait, un nombre croissant de pays ont entrepris d'élaborer des politiques et des plans, d'améliorer la formation des enseignants en matière de VIH et d'élargir le champ de l'éducation au VIH. Cependant, une mise en œuvre insuffisante des politiques et des plans continue de poser problème.

Enseignements et difficultés en matière de diffusion de l'éducation au VIH

Étant donné que les jeunes représentent un groupe démographique en plein essor et que, chaque année, une nouvelle cohorte devient sexuellement

active, il est impératif que tous les adolescents et les jeunes reçoivent une éducation au VIH, à la sexualité et à la santé de bonne qualité. Mais au terme de trois décennies d'épidémie, en dépit de la baisse des taux d'infection dans un certain nombre de pays et bien que de nombreux jeunes reçoivent un enseignement adapté, le niveau des connaissances des élèves concernant la manière de se protéger de l'infection à VIH demeure intolérablement bas. En de nombreux endroits, l'enseignement et la qualité de l'éducation au VIH pâtissent de conflits de priorités, de pénuries d'enseignants (et d'une mauvaise préparation de ces derniers), de programmes scolaires surchargés et du caractère inadapté des programmes scolaires et des supports d'enseignement de l'éducation au VIH.

De plus, les efforts se sont concentrés sur l'éducation au VIH dispensée dans les établissements secondaires alors que de solides arguments militent pour que l'on débute cet enseignement au niveau de l'école primaire, à l'âge où les comportements et les valeurs des enfants se développent et avant qu'ils n'atteignent la puberté et ne deviennent sexuellement actifs. Ces points, ainsi que d'autres problèmes, sont évoqués brièvement ci-après et plus en détail au chapitre 2.

Nous savons ce qu'il est nécessaire d'intégrer dans les programmes scolaires⁸ et comment le VIH et la sexualité devraient être traités. Pourtant, les éléments factuels disponibles indiquent que de nombreux programmes scolaires actuels présentent des lacunes. Ils fournissent notamment des références insuffisantes sur des aspects essentiels des rapports sexuels et de la sexualité et manquent d'informations sur les points d'accès aux services. En outre, ils accordent peu d'attention aux facteurs sociaux et culturels, aux droits sexuels et à la diversité sexuelle⁹. Ces lacunes sont liées à la fois au temps nécessaire pour transformer les programmes scolaires et à l'opposition politique, religieuse et sociétale que suscite le fait d'enseigner certains sujets aux jeunes. Même lorsque le programme scolaire est plus complet, il existe souvent des problèmes d'enseignement sélectif, en particulier dans les cas où les enseignants ne se sentent pas habilités ou soutenus par l'école ou la communauté pour donner un cours sur la sexualité, les relations de couple et les rapports sexuels en général, ou s'ils se sentent mal à l'aise vis-à-vis de sujets sensibles, ou mal préparés à les aborder.

Pour être efficace, l'éducation au VIH requiert des méthodes participatives et d'autres approches centrées sur l'élève, ainsi qu'un enchaînement logique basé sur les connaissances et les compétences qui introduit des contenus adaptés à chaque âge et pertinents par rapport à la situation sociale et au développement cognitif de l'élève. L'enseignement destiné aux jeunes enfants,

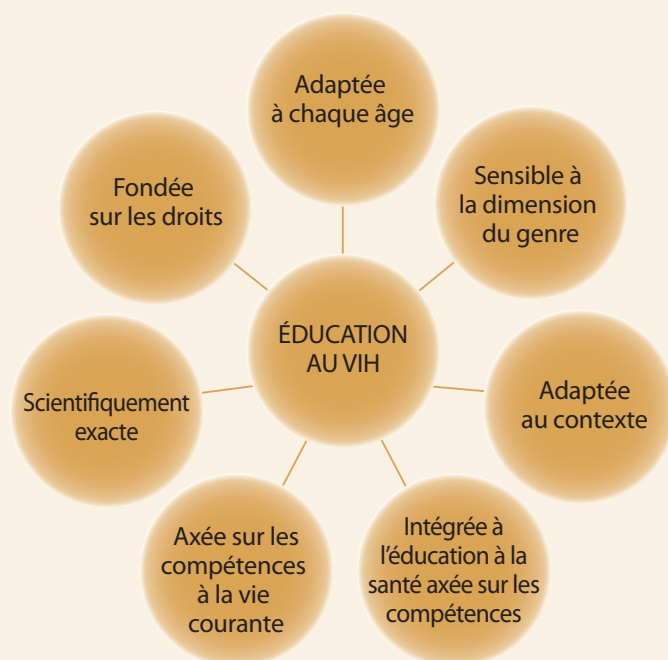
qui peut commencer dès l'âge cinq ans, doit comporter des informations élémentaires, des opérations cognitives peu sophistiquées et des activités peu complexes. En d'autres termes, l'acquisition des connaissances, des attitudes, des valeurs et des compétences commence à un âge précoce et devrait se déployer tout au long de l'éducation de l'élève. Cela pose problème dans les établissements scolaires où les enseignants ne possèdent pas les compétences ou l'assurance nécessaires pour utiliser ces approches, où les classes ont des effectifs importants et où l'enseignement est centré sur les examens. Il est possible de faire évoluer les modes d'organisation et d'animation des classes grâce à un certain nombre de techniques¹⁰, mais cela nécessite de renoncer aux modèles de gestion de classe autoritaires au profit d'approches collaboratives associant les enseignants et les élèves¹¹ – ce qui peut être difficile pour des enseignants qui ne sont pas familiers de ce genre d'approches et sont en charge d'effectifs importants. Au tout début de l'épidémie, c'est principalement dans le cadre de leur formation continue que les enseignants ont été préparés à dispenser l'éducation au VIH. Cette formation était souvent de durée et de portée limitées, et elle reposait dans bien des cas sur un modèle de formation en cascade dans lequel la formation peut parfois devenir de mauvaise qualité aux niveaux inférieurs de la cascade¹². Il est apparu de plus en plus évident qu'au regard du caractère sensible et complexe de l'éducation au VIH et à la sexualité, le cadre de la formation continue était insuffisant. Les enseignants doivent bénéficier d'une formation initiale, d'une formation continue complémentaire et d'un soutien de qualité. Il est par ailleurs clairement apparu que les types de formation les plus efficaces sont ceux qui permettent aux enseignants de participer à leur conception, qui renforcent leurs propres connaissances, leurs compétences et leur assurance, qui leur permettent d'analyser et de revoir leurs attitudes et leurs valeurs, qui tiennent compte de leurs vulnérabilités et qui contribuent à développer leurs compétences à la vie courante pour qu'ils soient capables de se protéger et de protéger les autres. Il faut également que la formation des enseignants ainsi que des autres personnels exerçant en milieu éducatif aborde des sujets tels que les droits humains, le genre, la sexualité et la diversité sexuelle, et les pratiques d'inclusion et de non-discrimination¹³.

La formation des enseignants doit leur donner les moyens de faire face aux réalités du monde contemporain, et notamment au développement spectaculaire de l'accès à l'information que permettent les nouvelles technologies de la communication et les médias. Les enseignants ne sont plus les seuls gardiens de la connaissance, mais sont à même d'aider les élèves à démêler le sens des informations qu'ils reçoivent. Les enseignants ont aussi la responsabilité d'aider les élèves à interpréter l'information et

le monde qui les entoure, conformément aux quatre piliers de l'éducation proposés par la Commission internationale sur l'éducation pour le vingt-et-unième siècle – Apprendre à connaître, Apprendre à faire, Apprendre à vivre ensemble et Apprendre à être – qui constituent le socle de la mission éducative de l'UNESCO¹⁴. Mais une fois encore, si la formation est inadéquate, cela signifie que de nombreux enseignants sont mal préparés à jouer ce rôle.

Nous avons appris¹⁵ que lorsqu'une éducation sexuelle complète, incluant la question du VIH, est adaptée à chaque âge, attentive à la dimension du genre, fondée sur les droits, appropriée au contexte, scientifiquement exacte, basée sur les compétences à la vie courante et dispensée dans le cadre d'une approche modulaire, elle ne conduit pas à une première expérience sexuelle précoce mais peut aider les élèves à acquérir et à conserver des comportements plus sûrs tout en faisant reculer la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des personnes touchées par et vivant avec le VIH. Mais l'inadéquation des méthodes d'éducation au VIH et d'éducation sexuelle complète de bonne qualité représente toujours un problème majeur, et relativement peu de pays mettent en œuvre une éducation sexuelle complète à grande échelle¹⁶. Cela révèle un manque d'engagement politique, un faible niveau de planification et d'investissement à long terme et un manque de clarté quant à la manière dont il convient de mettre en œuvre une éducation sexuelle complète¹⁷, mais aussi des problèmes plus larges au niveau du système éducatif et des capacités éducatives. Dans des pays qui s'efforcent avec peine d'améliorer la qualité de l'enseignement et de faire face à la hausse des taux de scolarisation dans le primaire engendrée par la promotion de l'Éducation pour tous, l'éducation au VIH, à la sexualité et aux compétences à la vie courante est susceptible de passer au second plan des priorités.

Figure 1 : Les caractéristiques d'une éducation au VIH efficace



En outre, le financement de la lutte contre le VIH s'est de plus en plus orienté vers les traitements et d'autres interventions biomédicales, et une part relativement faible des financements disponibles est affectée à la prévention dans le cadre de l'enseignement scolaire. Cela est dû en partie au fait que la réponse mondiale met aujourd'hui l'accent sur des interventions qui permettent d'améliorer les résultats biologiques ou comportementaux. C'est une source de difficultés pour le secteur de l'éducation, car il est extrêmement difficile de mesurer la manière dont les connaissances contribuent à modifier les comportements et, en particulier, d'attribuer cette modification à l'effet de l'enseignement formel plutôt qu'à d'autres interventions. De plus, l'un des objectifs de l'éducation au VIH est de faire acquérir les connaissances, les attitudes et les compétences qui forment le socle de comportements sains ; à ce titre, elle ne peut pas être tenue de produire à elle seule des résultats comportementaux. Ce problème, comme le chapitre 2 l'évoque plus en détail, se retrouve également dans les indicateurs actuellement utilisés pour le suivi et l'évaluation (S&E) de la réponse mondiale, qui n'évaluent pas complètement la contribution du secteur de l'éducation.

Les tendances récentes dans un contexte international en mutation

Le chapitre 3 expose comment l'évolution plus large du contexte mondial et les nouveaux enjeux qui se font jour seront à la fois source d'opportunités et de difficultés pour la réponse au VIH du secteur de l'éducation et pour l'éducation au VIH.

Le contexte mondial évolue tandis que la communauté internationale débat des priorités qui prendront le relais des objectifs du Millénaire pour le développement. Le processus d'élaboration de l'agenda du développement mondial post-2015 a mis en évidence l'importance de remédier aux problèmes les plus urgents de la planète, et notamment à ceux auxquels sont confrontés les enfants, les adolescents et les jeunes¹⁸. L'éducation est reconnue comme étant le socle du développement durable compte tenu de son rôle moteur pour le développement humain inclusif, la croissance économique, la durabilité environnementale, la paix et la sécurité. L'éducation sexuelle complète, et notamment l'éducation au VIH, occupe également une place de premier plan dans les discussions sur l'agenda du développement mondial post-2015, et la pression s'intensifie pour que l'éducation sexuelle complète soit reconnue comme un droit humain fondamental¹⁹.

Lancée en septembre 2012 par le Secrétaire général des Nations Unies, l'Initiative mondiale pour l'éducation avant tout (GEFI) vise à remobiliser la communauté mondiale en vue de la réalisation des objectifs de l'Éducation pour tous et des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) relatifs à l'éducation fixés pour 2015. Elle vise à lutter contre les problèmes qui nuisent à la qualité de l'enseignement et des acquis d'apprentissage, et à développer la citoyenneté mondiale en favorisant une éducation qui induise de profondes transformations, développe les valeurs communes et promeuve le respect et la responsabilité au sein des cultures, des pays et des régions. Elle met l'accent sur le rôle fondamental d'un enseignement de bonne qualité, notamment en matière d'éducation au VIH, pour améliorer la situation sanitaire, faire progresser l'égalité de genre, ouvrir des débouchés économiques et parvenir à un développement durable. Elle défend également une vision nouvelle de l'enseignement afin de mettre les compétences de base au service de l'empathie et de la bonne gouvernance mondiale, et de donner aux élèves les capacités de « répondre aux grandes interrogations de notre temps »²⁰.

Actuellement en pleine évolution, l'agenda mondial pour l'éducation propose des pistes prometteuses et innovantes en matière d'enseignement et d'apprentissage. Ainsi les travaux du Comité de réflexion sur la métrique

des apprentissages, qui est coanimé par l'UNESCO par le biais de son Institut de statistique (ISU) et par le Centre pour l'éducation universelle (CEU) de la Brookings Institution, sont en mesure de réorienter les débats mondiaux sur l'éducation au-delà de la simple notion d'accès à la scolarité pour privilégier celle de la qualité de l'apprentissage, en se concentrant sur les compétences et les aptitudes. Le Comité de réflexion propose sept domaines d'apprentissage recouvrant ce que tout enfant a besoin d'apprendre – le bien-être physique, le social et l'émotionnel, la culture et les arts, l'alphabétisation et la communication, les approches d'apprentissage et la cognition, le calcul et les mathématiques, et la science et la technologie. Ce cadre holistique des domaines d'apprentissage offre la possibilité de placer l'enseignement des compétences à la vie courante, et notamment l'éducation au VIH et à la santé, au cœur de l'apprentissage. Cette possibilité ne se concrétisera cependant qu'au prix d'un changement systémique au sein du secteur de l'éducation.

Parmi les nouveaux enjeux qui sont appelés à avoir des répercussions significatives sur le secteur de l'éducation, et en particulier sur l'éducation au VIH et à la sexualité, figurent notamment l'évolution démographique, la nécessité de lutter contre les disparités scolaires, l'importance grandissante accordée à l'accès universel à l'enseignement secondaire, et le rôle des nouvelles technologies. Au cours des 60 dernières années, le nombre d'adolescents a augmenté de manière spectaculaire dans le monde, passant d'un peu moins de 500 millions en 1950 à un peu plus de 1,2 milliard en 2010, et les Nations Unies²¹ prévoient qu'à l'avenir, c'est dans les pays les moins avancés qu'auront lieu les principales explosions démographiques. Avec l'augmentation du nombre d'élèves intégrant l'enseignement formel, les établissements scolaires représenteront plus que jamais le cadre prédominant de l'éducation au VIH et à la sexualité. Cela posera dans le même temps des difficultés majeures aux ministères de l'Éducation, en termes de diffusion de l'enseignement en général et de l'éducation au VIH et à la sexualité en particulier, car il sera nécessaire d'investir davantage pour faire face à l'augmentation de la demande et pour s'assurer que les enfants et les jeunes reçoivent une éducation de bonne qualité.

En dépit des progrès réalisés en termes d'augmentation des taux de scolarisation dans le primaire, un nombre significatif d'enfants demeurent exclus du système scolaire. Des efforts supplémentaires seront requis pour lutter contre les disparités qui existent entre régions dans l'accès à l'école et les acquis d'apprentissage, et également contre les disparités géographiques, socioéconomiques et de genre qui existent au sein des pays dans l'accès, l'achèvement et les acquis d'apprentissage de l'enseignement primaire.

Il conviendra aussi de faire en sorte que ceux qui ne vont pas à l'école reçoivent une éducation au VIH et à la sexualité efficace. L'enseignement secondaire formel est le meilleur moyen d'acquérir des compétences pour la vie pratique et la vie professionnelle, et il est par conséquent indispensable pour le développement futur des individus et des pays. Cependant, la priorité accordée à l'accès universel à l'enseignement primaire a conduit à ne pas mettre suffisamment l'accent sur la scolarisation au niveau secondaire. En réaction, l'agenda mondial pour l'éducation en vient désormais à donner davantage de place à l'enseignement secondaire. Cette réorientation devrait permettre à davantage d'adolescents et de jeunes de recevoir une éducation au VIH et à la sexualité de bonne qualité, mais cela soumettra les systèmes éducatifs à une pression supplémentaire.

Dans le domaine de l'éducation, l'essor rapide des nouvelles technologies peut contribuer à l'accès universel, à l'équité, à la diffusion d'un apprentissage et d'un enseignement de qualité, à la formation professionnelle des enseignants, ainsi qu'à rendre la gestion, la gouvernance et l'administration du secteur de l'éducation plus efficaces. Le développement de l'accès à l'Internet et aux télécommunications, et l'utilisation croissante des médias sociaux, peuvent être des facteurs d'amélioration de l'enseignement, et notamment d'une éducation sexuelle complète. Les technologies remettent également en cause les approches pédagogiques traditionnelles de l'enseignement, dans la mesure où elles favorisent la participation, l'interactivité et la créativité des jeunes et où elles fournissent aux enseignants de nouveaux outils pour développer et évaluer les compétences en temps réel. Les salles de classe virtuelles offrent aux professionnels de l'éducation de nouveaux moyens d'enseigner et aux jeunes de nouveaux moyens d'assimiler les connaissances, deux aspects particulièrement intéressants en termes d'éducation sexuelle.

Vers une nouvelle approche

Le chapitre 4 se projette dans l'avenir en expliquant en quoi il est nécessaire de faire évoluer l'éducation au VIH, et en particulier la manière dont elle est conçue et dispensée, pour répondre aux difficultés et aux tendances nouvelles et pour la rendre efficace et pertinente vis-à-vis des besoins des élèves.

Il faudra tout d'abord que l'éducation au VIH s'adapte aux mutations de l'épidémie, aux tendances et aux approches nouvelles – et notamment aux progrès récents de la prévention et des traitements – ainsi qu'aux besoins des adolescents et des jeunes vivant avec le VIH. La mise à disposition des

traitements antirétroviraux a permis à une génération d'enfants nés avec le VIH de devenir adolescents. Ces adolescents et futurs jeunes adultes ont des besoins spécifiques en termes de relations de couple et de sexualité, qui souvent ne sont pas traités dans l'éducation au VIH et à la sexualité actuelle.

Deuxièmement, il faudra que les ministères de l'Éducation et leurs approches de l'éducation au VIH répondent à la demande croissante des jeunes et des parents qui réclament la mise en place d'une éducation sexuelle complète et de services associés. Cela imposera au secteur de l'éducation d'intégrer l'éducation au VIH au sein d'une éducation à la santé axée sur les compétences globale, incluant notamment une éducation sexuelle complète, et de renforcer les liens entre l'enseignement et les services intégrés de lutte contre le VIH et de santé sexuelle et reproductive. De nouveaux modes d'action et de nouveaux partenariats à tous les niveaux s'avèreront également nécessaires.

Troisièmement, nous devons repenser la manière de dispenser l'éducation au VIH et à la sexualité. Au cours des deux dernières décennies, les ministères de l'Éducation ont déployé une série de réponses pour lutter contre le VIH. La plupart ont privilégié des interventions axées sur les programmes scolaires, destinées à doter les enfants et les jeunes des connaissances et des compétences dont ils ont besoin, sur la formation initiale et continue des enseignants en la matière, et sur l'élaboration de supports d'enseignement et d'apprentissage. Comme le montrera cet ouvrage, les programmes d'éducation au VIH et d'enseignement des compétences à la vie courante se heurtent à de nombreux problèmes de mise en œuvre et de couverture, ce qui signifie que beaucoup d'élèves quittent l'école sans être préparés à mener une vie sexuelle saine. L'expérience a permis de mettre en évidence l'importance des méthodes d'enseignement participatives centrées sur l'élève, et la nécessité absolue pour les enseignants d'être bien préparés et aidés à dispenser l'éducation au VIH. Les enseignants devraient être capables de personnaliser chaque enseignement et chaque leçon de manière à répondre aux besoins de leurs élèves et à développer leurs aptitudes à surmonter les problèmes et les vulnérabilités qu'ils rencontrent au quotidien dans leur communauté.

Quatrièmement, il nous faut définir clairement ce que l'éducation peut apporter à la réponse au VIH ainsi que ce qu'il est inutile d'en attendre, et préférer les indicateurs de l'éducation à ceux de la santé pour évaluer sa contribution. Le secteur de l'éducation mesure des résultats tels que les connaissances, les attitudes et les compétences acquises, qui peuvent

contribuer à des pratiques plus saines mais qui ne se concrétiseront que sur le long terme.

En conclusion, cet ouvrage affirme que l'éducation est fondamentale pour une réponse efficace au VIH et que les enseignements de l'expérience acquise en matière d'éducation au VIH peuvent contribuer à moderniser l'éducation et à la rendre plus pertinente pour les élèves en développant les compétences de ces derniers à affronter les nombreuses difficultés auxquelles ils sont confrontés. L'éducation au VIH entre dans une nouvelle phase, une phase qui s'appuie sur l'expérience et qui permet aux élèves de faire des choix plus sains tout au long de leur existence. Des progrès substantiels ont été réalisés. Il faudra du temps pour poursuivre le changement, mais ce processus permettra de faire en sorte que l'éducation aide les élèves à réaliser pleinement leur potentiel et à surmonter les difficultés à venir en promouvant une bonne santé et en faisant reculer le nombre des nouvelles infections à VIH ainsi que la mortalité, la stigmatisation et la discrimination liées au virus.





Chapitre 1

Retour sur l'évolution de la réponse

Le rôle du secteur de l'éducation dans la réponse au VIH

Ce chapitre dresse un panorama de la logique qui sous-tend l'implication du secteur de l'éducation dans la réponse au VIH et, en particulier, l'éducation au VIH en milieu scolaire. L'éducation au VIH s'appuie sur trois composantes principales : la prévention, le traitement et la prise en charge, et l'éducation pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination.

L'éducation est primordiale pour le développement humain et social. À travers le monde, les investissements en faveur de l'éducation ont permis des avancées significatives dans ce domaine. Par exemple, le socle d'éléments factuels sur lequel repose l'Initiative pour l'éducation avant tout²² du Secrétaire général des Nations Unies montre que :

- Faire accéder tous les enfants à l'éducation de base tout en élevant le niveau des normes d'apprentissage pourrait faire gagner 2 % de croissance par an aux pays à revenu faible. Quelque 171 millions de personnes pourraient sortir de la pauvreté – ce qui ferait reculer le taux de pauvreté mondial de 12 % – si tous les écoliers des pays à revenu faible acquéraient les bases de la lecture.
- Certains pays perdent plus de 1 milliard de dollars É.U. par an faute de réussir à dispenser le même niveau d'instruction aux filles qu'aux garçons. Pour une femme, chaque année d'école supplémentaire peut se traduire par une augmentation de 10 à 20 % de ses revenus.
- Les femmes ayant bénéficié d'une instruction secondaire ont une probabilité plus forte de savoir comment prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant.
- Au cours des quatre dernières décennies, le développement de l'éducation des femmes dans le monde a permis d'éviter la mort de plus de 4 millions d'enfants. En Afrique subsaharienne, la vie de près de 1,8 million d'enfants aurait pu être sauvée en 2008 si leurs mères avaient toutes bénéficié d'une instruction secondaire au minimum.

L'éducation est un catalyseur essentiel des droits humains et de l'égalité de genre. Les enfants et les jeunes ont droit à l'éducation, et notamment à une éducation leur permettant de rester en bonne santé et de se protéger des risques. Pour atteindre les objectifs de l'Éducation pour tous (EPT),

l'éducation doit être inclusive. Et l'un des piliers majeurs de l'inclusion est la Convention concernant la lutte contre la discrimination dans le domaine de l'enseignement, qui a été adoptée par l'UNESCO en 1960 dans le but d'éliminer la discrimination dans l'enseignement. La Convention soutient également l'adoption de mesures en faveur de l'égalité des chances et de traitement. « Chaque enfant dispose du droit humain à l'éducation, à la santé et à la sécurité. Le premier rôle de l'école est d'apprendre et d'enseigner, mais c'est aussi un outil unique dont la communauté dispose pour promouvoir la santé et le développement des enfants, des familles et des enseignants. »²³

Le secteur de l'éducation peut contribuer de manière décisive à garantir que tous les enfants et les jeunes soient informés de leurs droits et des droits d'autrui, grâce à un enseignement formel et à un environnement scolaire propice. Il est possible, grâce à des mesures antidiscriminatoires au niveau sectoriel comme au sein des établissements, de faire en sorte que tous les élèves disposent du droit à l'éducation. Plus spécifiquement, l'enseignement peut contribuer tant en milieu scolaire que dans le cadre informel à lutter contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH auxquelles sont confrontés les enfants et les jeunes comme les enseignants, et il peut aider à développer des attitudes positives, la tolérance et le respect de la diversité.

Il est de plus en plus admis que les inégalités de genre jouent un rôle majeur dans l'épidémie de VIH, dans la mesure où les rôles que les hommes et les femmes sont supposés incarner dans de nombreuses sociétés peuvent aggraver les comportements à risque et la vulnérabilité au risque. Quand les femmes sont en position d'infériorité, leur capacité à choisir quand, où et avec qui elles ont des rapports sexuels et à négocier des pratiques moins risquées est amoindrie. De la même manière, les représentations sociales de la masculinité qui prévalent dans de nombreux pays peuvent conduire les hommes à prendre des risques, à adopter une posture dominante dans leurs relations avec les femmes et, dans certains cas, à commettre des actes violents à l'encontre de ces dernières.

L'éducation a des répercussions directes sur l'égalité des genres. La mobilisation mondiale en faveur de cette égalité dans l'éducation repose sur le constat que l'instruction des filles a des effets positifs sur les individus, les familles et les sociétés. L'éducation peut également sensibiliser aux inégalités de genre et lutter contre les normes de genre préjudiciables, ce qui aide en retour à faire reculer les risques que ces inégalités occasionnent pour les garçons comme pour les filles, mais aussi à faire reculer la discrimination et la violence fondées sur le genre. Ces retombées sont importantes en soi, parce

qu'elles contribuent à édifier des sociétés égalitaires, justes et prospères, et en tant que catalyseurs essentiels d'une réponse efficace au VIH.

Diverses études ont analysé le lien entre alphabétisation et lutte contre le VIH, et notamment la manière dont les programmes d'enseignement informel destinés à améliorer les taux d'alphabétisation pouvaient contribuer à la prévention du VIH^{24,25,26}. L'enseignement formel peut réduire la vulnérabilité en exposant les garçons et les filles à l'information, en renforçant l'estime de soi et les compétences, en ouvrant de meilleures perspectives économiques et en influant sur les rapports de force au sein des relations de couple. L'éducation offre en outre des avantages spécifiques aux filles et aux femmes sur le plan de la lutte contre le VIH. Des études ont montré que les filles ayant achevé un cycle secondaire risquaient moins d'être infectées par le VIH que celles qui n'ont effectué qu'un cursus primaire²⁷. Le fait de suivre une scolarité formelle retarde l'âge des premiers rapports sexuels, du mariage et de la procréation.

Des éléments factuels²⁹ commencent par ailleurs à montrer qu'une éducation au VIH qui tient compte de la dimension de genre peut aider les élèves à prendre conscience de leur vulnérabilité personnelle et sociale au VIH et à percevoir les dynamiques de pouvoir et de genre à l'œuvre dans les rapports sexuels. S'ils sont dotés de compétences de réflexion essentielles, les enfants et les jeunes peuvent être en mesure de remettre en cause les normes sociales existantes susceptibles de les mettre en danger, et de développer des relations hommes-femmes plus égalitaires. Ces compétences peuvent, par exemple, permettre aux jeunes d'analyser les difficultés qui les empêchent de négocier leurs rapports sexuels ou l'utilisation du préservatif (pour une fille ou un garçon), et de réfléchir à la manière de remédier à ces problèmes.

La manifestation la plus néfaste des inégalités de genre est la violence fondée sur le genre (VFG), qui a des effets physiques et psychologiques considérables pour la victime et qui atteint la société dans son ensemble. La VFG a des répercussions importantes sur la vulnérabilité et le risque d'exposition au VIH, que ce soit directement, par le biais de rapports sexuels traumatiques ou non protégés, ou indirectement³⁰. L'éducation est une composante majeure d'une réponse globale à la VFG. Plus spécifiquement, le fait d'avoir achevé un cycle secondaire a un effet protecteur pour les femmes³¹.

L'homophobie et la transphobie sont d'autres manifestations de la violence fondée sur le genre. Le harcèlement porte atteinte aux trois aspects constitutifs des approches de l'éducation basées sur les droits humains – accès à l'enseignement, qualité de l'enseignement et respect au sein

de l'environnement d'apprentissage³². Il est important que les efforts de lutte contre l'homophobie et la transphobie aillent de pair avec une éducation sexuelle complète et notamment avec l'éducation au VIH, car ces phénomènes affectent la santé physique et mentale et les droits de ceux qui en sont directement victimes. En Amérique latine par exemple, où les rapports sexuels entre hommes sont le premier vecteur de transmission du VIH (au Brésil, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont un risque onze fois plus élevé que la population générale d'être séropositifs au VIH), l'homophobie alimente l'épidémie en isolant les individus et en réduisant la probabilité qu'ils sollicitent de l'aide et du soutien³³. L'éducation peut aider à promouvoir des attitudes positives à l'égard de la diversité sexuelle et la nécessité d'évoluer pour combattre l'intolérance et lutter contre le harcèlement homophobe et transphobe. Ces problèmes ont pour corollaire un ensemble de répercussions négatives au sein de la jeunesse gay, lesbienne et transgenre, notamment de mauvais résultats scolaires, des abandons en cours d'études, de la violence, de l'angoisse et des dépressions. Les établissements scolaires de certains pays ont des politiques anti-harcèlement qui prévoient notamment des mesures de protection en fonction de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre. Grâce à la mise en place de ces politiques, des élèves ont déclaré se sentir davantage en sécurité, subir moins de maltraitances et se sentir mieux dans leur peau avec, notamment, une diminution extrêmement importante des automutilations, des penchants suicidaires et des tentatives de suicide³⁴.

En résumé, sa capacité à faire évoluer les choses dans le domaine de l'égalité de genre fait de l'éducation une pièce maîtresse de la réponse au VIH. Le maintien des filles à l'école, la mise en œuvre d'une éducation au VIH et à la sexualité, et l'adoption d'une approche qui tient compte de la dimension de genre dans l'éducation en général (et dans l'éducation au VIH en particulier) sont autant d'aspects qui peuvent jouer un rôle.

L'éducation est également essentielle pour être en bonne santé, et il est crucial d'être en bonne santé pour maximiser les bénéfices de l'éducation. Des élèves en bonne santé apprennent mieux et des élèves mieux instruits ont les connaissances et les compétences requises pour être en bonne santé. Il est primordial de se préoccuper de la santé des élèves pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) relatifs à la santé et à l'éducation – assurer à tous l'éducation primaire (OMD 2), promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (OMD 3), combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies (OMD 6)³⁵ – et les objectifs de l'EPT, ainsi que les nouveaux objectifs de développement qui se dessinent pour l'après-2015.

Le rapport de la Consultation thématique mondiale sur la santé³⁶, l'une des nombreuses consultations thématiques appelées à étayer l'agenda post-2015, souligne la nécessité de se concentrer plus largement sur la bonne santé et le bien-être au lieu de privilégier uniquement la prévention et le traitement de la maladie, ainsi que la nécessité de lutter contre les inégalités de genre et autres disparités, contre la discrimination et contre les violations des droits humains :

« L'éducation est un facteur clé de la santé. Le développement de la petite enfance est un catalyseur essentiel de la santé, car les expériences vécues pendant cette période ont un impact durable sur la santé mentale et physique des individus. La santé joue un rôle important dans le développement cognitif des années préscolaires, de la naissance à cinq ans. Le fait d'améliorer l'accès des enfants issus des couches socio-économiques les plus basses à une prise en charge nutritionnelle et sanitaire améliore leur assiduité et leur réussite scolaires. L'éducation des filles est l'une des pierres angulaires de l'amélioration de la santé féminine et infantile. De même, les femmes autonomisées grâce au fait d'être instruites et en bonne santé décident en général d'avoir moins d'enfants et sont capables d'investir davantage dans la santé et l'éducation de leurs enfants, initiant ainsi un cercle vertueux pour la croissance et le développement. L'école peut également inciter à adopter des comportements sains dès le plus jeune âge, et notamment à s'abstenir de consommer du tabac, à avoir davantage d'activité physique, à éviter l'alcool et à privilégier de bonnes habitudes alimentaires. L'éducation sexuelle a un effet bénéfique sur la santé sexuelle et reproductive. »³⁷

De plus en plus d'éléments montrent que le fait d'être en bonne santé peut avoir un effet positif sur les résultats de l'éducation, en augmentant les taux de scolarisation, faisant baisser l'absentéisme, réduisant l'abandon scolaire et améliorant les performances cognitives. Inversement, le fait d'être en mauvaise santé a un effet néfaste sur l'assiduité et la réussite scolaires. Par exemple, l'anémie ferriprive fait baisser les notes des enfants aux examens³⁸, et des enfants mal nourris ont une plus forte probabilité d'être scolarisés tardivement et de sortir du système scolaire précocément³⁹.

Le lien de corrélation entre le niveau d'études des filles et l'état de santé des enfants est lui aussi largement reconnu, et le degré d'éducation des mères a statistiquement un effet significatif sur la santé de l'enfant, même après neutralisation des autres facteurs^{40,41,42}. Le rapport mondial de suivi 2011 (RMS) de l'EPT a mis en avant des recherches montrant que chaque année

supplémentaire d'éducation des mères pouvait réduire de 7 % à 9 % le risque de mortalité infantile⁴³.

L'éducation est primordiale pour permettre aux gens de prendre des bonnes décisions pour la santé. Bien des choses ont été écrites sur la manière dont l'éducation fait office de « vaccin social » contre la maladie et le VIH, et sur le fait que des niveaux d'études plus élevés sont clairement un atout pour prévenir de nouvelles infections à VIH, pour promouvoir l'accès au traitement et pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination. L'éducation en soi, même en l'absence d'éducation spécifique au VIH, représente une protection importante contre ce virus⁴⁴. Les efforts déployés dans le monde pour parvenir à l'EPT continueront, par conséquent, d'avoir un impact significatif sur l'épidémie.

L'éducation est également primordiale pour acquérir les valeurs, les attitudes et les compétences qui permettent de faire des choix informés et d'adopter des pratiques saines, mais aussi d'apprendre à vivre avec le VIH dans les communautés et les sociétés touchées. Plus spécifiquement, il est essentiel de maîtriser les notions élémentaires de santé et les compétences à la vie courante pour avoir accès et recours aux méthodes et aux services de prévention et de traitement du VIH.

Le secteur de l'éducation a prouvé qu'il pouvait permettre aux jeunes d'acquérir les connaissances, de développer les attitudes et de consolider les compétences nécessaires pour prévenir le VIH. L'éducation au VIH en milieu scolaire peut améliorer les connaissances et permettre d'acquérir les comportements et les compétences qui s'imposent pour réduire le risque d'exposition au virus. L'impact de l'éducation au VIH sur les niveaux de connaissances a été confirmé par de nombreuses études⁴⁵. Par exemple, l'examen de 23 études réalisées en Afrique subsaharienne a conclu que des cours dispensés en milieu scolaire par des adultes suivant le programme scolaire permettaient aux jeunes de mieux maîtriser les connaissances dont ils ont besoin pour réduire leur risque d'exposition au VIH⁴⁶. L'amélioration des connaissances⁴⁷ est l'un des principaux fondements de la modification des comportements^{48,49}, mais n'est pas suffisante à elle seule pour que ceux-ci évoluent et il s'agit là d'un aspect primordial qui dépend de la contribution du secteur de l'éducation.

Comme le fait observer un auteur,

« Il est clair que, même si une connaissance correcte des modes de prévention et de transmission du VIH ne se traduit pas nécessairement par des comportements sexuels sans risque, le fait que les jeunes aient une certaine connaissance de ces modes de prévention et de transmission du VIH va de pair avec des comportements sexuels sans risque. Après tout, il faut au préalable connaître les comportements préventifs pour adopter un comportement sexuel sans risque. Les jeunes doivent être informés avant de devenir sexuellement actifs, et il est nécessaire de consolider et d'étoffer régulièrement ces informations. »⁵⁰

Convenablement mise en œuvre, l'éducation au VIH en milieu scolaire peut également aider à acquérir les compétences requises pour développer des comportements sains et des attitudes positives permettant de faire reculer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH⁵¹. La mise en place de comportements sains dès le plus jeune âge peut avoir des effets bénéfiques durables sur la santé et le bien-être.

L'éducation au VIH peut également être un point d'entrée pour lutter contre d'autres risques sanitaires. Les compétences pour savoir réagir au plan cognitif, psychosocial et émotionnel et prendre soin de soi, qui sont au cœur de l'éducation au VIH, peuvent aussi servir à lutter contre d'autres risques sanitaires tels que la violence et la consommation de drogues, ainsi qu'à promouvoir un mode de vie sain. Le fait d'intégrer l'éducation au VIH à une éducation sexuelle complète, elle-même composante d'une éducation à la santé axée sur les compétences et de l'approche holistique de la santé scolaire du secteur de l'éducation, peut par conséquent avoir des effets bénéfiques plus larges sur la santé, au-delà de la seule prévention du VIH. De plus, une approche plus globale de la prise en charge sanitaire des élèves permet d'utiliser des moyens limités avec davantage d'efficacité que des interventions distinctes luttant de façon isolée contre des problèmes de santé spécifiques⁵².

Les fondements théoriques de l'éducation au VIH

La théorie sous-tendant l'éducation au VIH a elle aussi évolué avec le temps. Les approches initiales décrites précédemment, et en particulier celles qui

mettaient l'accent sur les faits et sur la peur et celles qui optaient pour une approche moralisatrice, reposaient sur une conception dans laquelle l'élève est un « récipiendaire » de l'information. Les fondements théoriques de l'éducation au VIH reposaient en grande partie sur des modèles de modification des comportements basés sur cette conception, en partant de l'hypothèse que si un élève comprend X il fera Y. Le X, dans ce cas, peut faire référence à des principes moraux ou à des faits scientifiques concernant le VIH. Le Y afférent est une action ou un comportement du type, par exemple, s'abstenir d'avoir des rapports sexuels ou utiliser un préservatif. En matière d'éducation au VIH, les théories et modèles les plus répandus sont basés sur l'hypothèse que les connaissances conduiront à adopter des comportements sûrs. Par exemple, la théorie de l'action raisonnée⁵³ « repose sur le postulat que les intentions d'une personne dépendent de deux facteurs fondamentaux : son attitude à l'égard du comportement en question et les « normes subjectives » ou influence sociale »⁵⁴. La théorie du comportement planifié⁵⁵ a donné un prolongement à la théorie de l'action raisonnée en y ajoutant un aspect d'évaluation de l'aptitude perçue à agir. La théorie de l'apprentissage social ou théorie sociale cognitive⁵⁶ tient compte des influences sociales sur l'apprentissage, mais son lien avec le comportement n'est pas toujours clair. Le modèle des croyances relatives à la santé s'appuie sur la théorie de l'apprentissage social, tout en y injectant des aspects de croyance personnelle pour questionner les limites et l'efficacité du comportement.⁵⁷ Le modèle des stades du changement⁵⁸ prend en compte le processus complexe que traverse un individu entre le moment où il envisage de changer et celui où il le fait et s'y tient. De manière comparable, le modèle de réduction des risques du SIDA⁵⁹ « utilise des schémas issus du modèle des croyances relatives à la santé, de la théorie sociale cognitive et de la théorie de la diffusion de l'innovation. Ce modèle définit trois phases participant à la réduction du risque de transmission du VIH : l'identification du comportement, l'engagement à changer et l'entrée en action »⁶⁰.

Mais d'aucuns ont affirmé que ces théories et modèles basés sur l'attente d'une modification des comportements ne résistaient pas à l'examen. Ils soutiennent que chez les élèves, les connaissances, les compétences et l'intention de faire des choix sains ne représentent qu'une partie des conditions nécessaires pour réduire leur risque d'infection à VIH⁶¹. Les jeunes vivent dans des environnements complexes au sein desquels leur comportement est soumis à beaucoup d'influences qui échappent à leur contrôle personnel, comme des facteurs politiques, économiques et culturels par exemple⁶². Ces théories et modèles procèdent d'une conception individualiste du comportement humain qui n'est pas applicable partout, par exemple dans les sociétés où l'identité est liée à des structures de groupe

telles que la famille ou le village⁶³. Cette idée de la personne rationnelle, ou « agent néo-libéral », est confortée par les approches biomédicales de la prévention du VIH selon lesquelles l'individu, qui est abordé de façon parcellaire, peut être conseillé, dépisté, et « ce qui fonctionne » peut être reproduit⁶⁴. Cette approche sous-tend en permanence l'éducation au VIH et la quête illusoire d'un enseignement qu'il serait possible d'inculquer aux élèves avec la certitude qu'il aboutira à un certain type d'action ou de modification du comportement. Ce n'est pas possible. L'éducation peut donner aux jeunes la capacité d'acquérir et de conserver des comportements sains, mais la mise en application de ces comportements dépend de facteurs plus généraux tels que la culture, les normes sociales et de genre, et l'accès aux services.

Cette conception est confortée par une étude de 2008 sur les programmes d'enseignement des compétences à la vie courante intégrant la question du VIH. Les auteurs ont établi qu'il était « irréaliste de penser que des interventions de courte durée axées sur les compétences conduiront les jeunes à penser clairement et à veiller à leur sécurité compte tenu de tous les obstacles auxquels ils se heurtent pour avoir accès à l'information, à des préservatifs, à la contraception et pour surmonter la stigmatisation sociale qui entoure les rapports sexuels et les relations de couple »⁶⁵. Les compétences de l'individu ne représentent qu'une partie de l'équation. Les structures qui déterminent la capacité d'une personne à mettre ces compétences en application doivent elles aussi être prises en considération⁶⁶. Ce constat ne se limite pas au domaine de l'éducation : il s'est vérifié au travers de l'ensemble des actions de prévention du VIH, par le biais d'une mobilisation en faveur de l'approche écologique appelée « santé publique sociale » par S. Kippax. Cette chercheuse affirme qu'« une prévention efficace implique de développer les capacités de la communauté et exige que la santé publique ne s'adresse pas aux gens uniquement en tant qu'individus, mais aussi en tant que membres interconnectés de groupes, de réseaux et de collectifs qui interagissent (parlent, négocient, ont des rapports sexuels, consomment des drogues, etc.) ensemble »⁶⁷. Il s'agit là de ce que certains nomment la quatrième génération de gestion du VIH, où c'est la mobilisation de la communauté qui sert d'agent du changement et où « l'attention [...] s'est déplacée vers le haut [...] en direction des puissants, au lieu de descendre vers les exclus »⁶⁸.

Nous avons appris qu'il existe des points forts à exploiter. Le secteur de l'éducation a prouvé qu'il pouvait aider les jeunes à acquérir des connaissances, à développer des attitudes et à renforcer les compétences nécessaires pour prévenir le VIH^{69,70}. Et, comme exposé précédemment, le fait d'avoir une connaissance exacte des modes de prévention et de transmission

du VIH ne se traduit pas nécessairement par des comportements sans risque mais est un préalable. Ces conclusions, qui pourraient également s'appliquer à la consommation de drogues sans respect de l'hygiène, se retrouvent chez d'autres chercheurs qui affirment que l'amélioration des niveaux de connaissances et des compétences est un aspect essentiel de la modification des comportements⁷¹. L'éducation a par conséquent un rôle primordial dans la réponse au VIH.

Des perspectives en évolution

Dans de nombreux contextes, l'éducation au VIH va au-delà des interventions de courte durée et indépendantes du programme scolaire pour privilégier une approche plus intégrée, dans laquelle elle fait partie de l'enseignement des compétences à la vie courante et de l'éducation sexuelle. Cependant, dans les cas où la situation épidémiologique n'a pas entraîné de modification du programme scolaire et où l'éducation sexuelle est vue majoritairement sous un angle conservateur, la lutte contre le VIH est restée exclue du programme scolaire officiel. Quand l'épidémie est concentrée, la lutte contre le virus reste une priorité de second ordre pour le secteur de l'éducation. Mais l'expérience des pays où la maladie est généralisée et hyperendémique nous a appris que le fait d'intégrer la question du VIH dans le cadre général de l'enseignement des compétences à la vie courante et de l'éducation sexuelle aide à préparer les élèves à affronter les épreuves de leur propre existence, en réduisant par exemple leur risque d'infection à VIH, et les problèmes liés à l'entourage en faisant notamment reculer la stigmatisation et la discrimination.

Au sein de l'enseignement formel, les premières initiatives d'éducation au VIH ont suivi toute une série d'approches, même si la plupart avaient pour caractéristique d'aborder le VIH et le SIDA comme s'il s'agissait de sujets scientifiques ou médicaux ou de questions morales, en insistant fortement dans ce dernier cas sur les notions de péché et d'abstinence. Certaines reprenaient la tonalité des campagnes de sensibilisation du public, très largement basées sur la peur⁷². Dans les cas où le VIH était abordé comme un sujet scientifique, la sexualité, le comportement sexuel ou les aspects sensibles du sujet n'étaient souvent que peu ou pas du tout pris en compte⁷³. Dans les cas où l'accent était mis sur l'abstinence, cela était souvent en lien avec la stratégie défendue, les premières années, par le PEPFAR et par certaines églises⁷⁴. Il a fallu attendre que des preuves irréfutables des dégâts occasionnés soient présentées aux décideurs américains, en 2009, pour que la pression politique qui conduisait ce pays à privilégier l'abstinence

s'allège quelque peu⁷⁵. Dans quelques pays, le secteur de l'éducation a adopté une approche différente en déployant des programmes d'éducation au VIH fondés sur les notions de droits, destinés à donner aux élèves les moyens de prendre soin de leur santé. Il faut citer à cet égard les exemples de l'initiative sud-africaine « Today's Choices » et du programme namibien « My Future is My Choice »⁷⁶.

L'éducation au VIH a connu des points d'entrée différents dans le secteur de l'éducation, en fonction de la région et du stade du programme scolaire auquel les pouvoirs publics jugeaient opportuns de l'introduire. En Afrique subsaharienne par exemple, l'éducation axée sur les compétences à la vie courante – ou ses variantes – est devenue le cadre privilégié, ces compétences constituant soit une matière autonome soit un sujet intégré dans d'autres matières. De même, dans les Caraïbes, la région a principalement eu recours à une approche basée sur l'enseignement des compétences à la vie courante dans le cadre de l'éducation à la santé et à la vie familiale.

La mobilisation de plus en plus forte en faveur du principe « Connaître son épidémie, connaître sa riposte », qui a mis en évidence les différents visages de l'épidémie en Afrique subsaharienne et dans d'autres régions, a conduit à repenser la réponse du secteur de l'éducation et l'éducation au VIH ailleurs dans le monde de manière à ce qu'elle puisse être pertinente vis-à-vis de l'épidémie et du pays concernés⁷⁷. L'approche « Connaître son épidémie, connaître sa riposte »^{78,79,80} signifiait qu'il fallait comprendre le scénario épidémiologique – et notamment les modes de transmission du VIH et les facteurs clés de l'épidémie, les phénomènes d'ordre comportemental et social qui affectent la capacité de l'individu à avoir accès et recours à l'information et aux services de lutte contre le VIH, sans oublier l'environnement juridique et politique, les moyens disponibles et le coût des interventions ainsi que celles qu'il convient d'associer mutuellement pour obtenir l'effet escompté.

C'est ainsi, par exemple, que le rapport 2008 de la Commission Asie⁸¹ a réorienté la réponse de la région de manière à cibler les dynamiques de l'épidémie. Ce rapport a acté le fait que l'épidémie, en Asie, était d'une nature différente de celle de l'Afrique subsaharienne, la transmission du VIH – notamment chez les jeunes – intervenant largement dans le cadre de rapports sexuels non protégés entre hommes, de rapports sexuels tarifés non protégés et d'une consommation de drogues injectables sans respect de l'hygiène. Dans certains pays de la région tels que le Cambodge, l'Inde, le Népal, les Philippines, la Papouasie-Nouvelle-Guinée et la RDP lao, les enfants, les adolescents et les jeunes les plus exposés ont été désignés comme les groupes clés prioritaires du secteur de l'éducation. Ce choix a été rendu

possible grâce aux progrès qui ont été réalisés ces dernières années dans la connaissance de la situation épidémiologique, et notamment des modes de transmission, ainsi que dans la connaissance des besoins spécifiques des jeunes des populations clés.

En Europe orientale et en Asie centrale, les épidémies concentrées qui frappent ces mêmes populations sont devenues elles aussi de plus en plus prioritaires, bien que les questions de rapports sexuels entre hommes et de consommation de drogues demeurent difficiles à aborder dans les établissements scolaires de certains pays de la région. La prise de conscience accrue de la nécessité de mettre les réponses nationales en adéquation avec les priorités de la lutte contre l'épidémie a également conduit à débattre du rôle de l'éducation dans les contextes où la prévalence du VIH est faible et où ce sont d'autres infections sexuellement transmissibles, ainsi que les grossesses non désirées, qui préoccupent plus directement les jeunes et les populations.

L'amélioration constante de l'accès au traitement a également eu une influence sur l'éducation au VIH. Dans la mesure où le VIH est devenu, dans les faits, une maladie chronique gérable, l'éducation a tenu un rôle dans l'apprentissage du traitement. Obtenir l'information était aussi important que d'obtenir les médicaments : cet enjeu a été mis en avant par des militants lors de la 14^e Conférence internationale sur le SIDA de Barcelone en 2002 et ultérieurement⁸².

Plus récemment, l'éducation au VIH a connu une évolution à la faveur de laquelle la lutte contre le virus a cessé d'être abordée isolément pour être replacée dans le contexte global de l'éducation à la santé et à la sexualité en milieu scolaire. Un événement important à cet égard a été une réunion des ministres de la Santé et de l'Éducation de la région Amérique latine qui a coïncidé avec la Conférence internationale sur le SIDA 2008 de Mexico, et qui a eu une influence majeure sur la réponse du secteur de l'éducation. Les ministres, sous l'égide du Gouvernement mexicain et avec le ferme soutien de l'ONUSIDA et de coparrainants tels que l'UNESCO, l'UNFPA, l'OMS et l'UNICEF, ont pris l'engagement politique de placer l'éducation sexuelle au cœur de la réponse du secteur⁸³. Leur engagement a mis l'accent sur la nécessité de faire de l'éducation sexuelle, qui a des effets majeurs sur la santé et les droits à la santé, une composante incontournable de tous les programmes scolaires de l'enseignement formel. Quant à la manière dont il conviendrait de définir et de dispenser l'éducation sexuelle, la question demeure en suspens ; l'enjeu primordial était de s'assurer que les enfants et

les jeunes reçoivent un enseignement précis, factuel et adapté à chaque âge concernant les rapports sexuels, les relations de couple et le VIH.

Cette nécessité n'était pas limitée à l'Amérique latine. Il était manifeste dans d'autres régions que l'éducation au VIH ne traitait pas les enjeux fondamentaux du comportement sexuel, des rapports sexuels à moindre risque, de la contraception, et des relations de genre et de pouvoir⁸⁴. Mais l'évolution intervenue en Amérique latine a donné un nouvel élan à l'action politique, technique et programmatique des organismes des Nations Unies et des organisations de la société civile, qui s'est recentrée sur les réponses au VIH en milieu scolaire et a remis l'accent sur la nécessité de répondre de façon intégrée aux besoins des jeunes, notamment en mettant en relation les écoles et les services de santé. Il a été admis que la manière dont les réponses avaient coutume d'être gérées en matière de santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes posait problème : le secteur de la santé fournissait des services et des moyens matériels, le secteur de l'éducation de l'information et des compétences, mais les deux étaient rarement coordonnés.

S'il existait une collaboration des secteurs de l'éducation et de la santé en matière de programmes de santé à l'école, en s'inspirant d'initiatives telles que les Écoles-santé et les Écoles amies des enfants, l'initiative mexicaine a montré que ces deux secteurs devaient également travailler ensemble dans le domaine de la santé sexuelle. Elle a clairement fait apparaître que l'éducation sexuelle et les services liés à la sexualité devaient être envisagés dans un même continuum au sein duquel les programmes éducatifs en milieu scolaire sont liés à un accès à des services de bonne qualité et à un approvisionnement fiable et abordable en moyens matériels, sur lesquels ils reposent. L'expérience de pays tels que l'Estonie⁸⁵ a démontré, depuis, l'intérêt de nouer des liens entre l'éducation sexuelle en milieu scolaire et les services de santé.

Si l'Amérique latine possédait traditionnellement des programmes nationaux d'éducation sexuelle dans les établissements scolaires publics⁸⁶, l'une des difficultés majeures pour faire adopter cette approche dans d'autres régions a été l'absence de principes directeurs mondiaux susceptibles d'offrir des arguments convaincants en faveur de l'éducation sexuelle. Malgré l'existence de politiques et de programmes de santé sexuelle et reproductive bien établis à destination des jeunes en Afrique, en Asie et dans d'autres régions du monde en développement, beaucoup de décideurs de l'éducation n'étaient toujours pas convaincus de l'opportunité d'aborder l'éducation sexuelle en classe (voir aussi les chapitres 2 et 4).

L'UNESCO a procédé en 2008 à un examen systématique destiné à éclairer la rédaction des Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle⁸⁷, en s'appuyant sur les travaux consacrés par des chercheurs⁸⁸ et par diverses organisations promouvant les droits des jeunes à l'éducation, à la santé et à d'autres types de services⁸⁹. Tous les programmes intégrés à l'examen étaient destinés à faire reculer le nombre de grossesses non désirées ou d'infections sexuellement transmissibles (IST), dont le VIH. Cet examen a établi que « l'éducation sexuelle mène rarement, voire jamais, à une première expérience sexuelle précoce. L'éducation sexuelle peut conduire à développer plus tardivement un comportement sexuel plus responsable »⁹⁰. Il a également établi que la quasi-totalité de ces programmes avait permis d'améliorer le niveau de connaissances sur différents aspects de la sexualité et sur les risques de contracter une grossesse ou le VIH et autres IST. Certains programmes ont présenté par ailleurs d'autres avantages. Par exemple, plus d'un tiers d'entre eux a permis de reculer l'âge des premiers rapports sexuels et une même proportion a fait baisser la fréquence des rapports sexuels et le nombre de partenaires, tout en développant l'utilisation du préservatif.

Ces principes directeurs internationaux, qui ont été publiés en 2009⁹¹, étaient destinés à informer précisément les décideurs en charge de l'éducation et de la santé des raisons pour lesquelles l'éducation sexuelle est nécessaire, et des exigences requises en vue d'une approche globale. La publication ne fixe pas d'obligations concernant l'organisation possible des différents cours ; son propos est plutôt d'offrir un ensemble de normes adaptées à chaque âge et d'inciter à les aménager en fonction des besoins régionaux et nationaux. Depuis la publication de ces principes directeurs internationaux, un certain nombre de pays se sont dotés d'un programme d'éducation sexuelle dans leurs programmes scolaires officiels et étendent sa couverture au niveau des établissements scolaires⁹².

La manière d'enseigner l'éducation sexuelle⁹³ et différentes questions (telles que les relations de genre et de pouvoir⁹⁴ et la diversité sexuelle notamment) ont également fait l'objet d'un intérêt grandissant. La nécessité de dispenser une éducation sexuelle, tant dans le secteur de l'enseignement formel que dans celui de l'enseignement informel, pour répondre aux besoins des jeunes vivant avec le VIH en matière de santé sexuelle et reproductive, est elle aussi de mieux en mieux reconnue⁹⁵. Ceci est imputable à la fois au nombre significatif de jeunes vivant avec le VIH, et à la proportion importante de nouvelles infections à VIH chez les 15-24 ans. De plus, grâce aux progrès réalisés en matière de traitement et de prise en charge, beaucoup d'enfants infectés en phase périnatale atteignent aujourd'hui l'adolescence et entrent dans l'âge adulte. Comme tous les autres, les jeunes vivant avec le VIH ont

besoin d'informations et de compétences pour les aider à faire des choix sains et à moindre risque en matière de rapports sexuels, de relations de couple, de planification familiale et d'autres aspects de la santé reproductive⁹⁶. Ils ont, par conséquent, des besoins spécifiques dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, et les principes directeurs ont été élaborés pour faire en sorte que l'éducation sexuelle complète soit pertinente vis-à-vis d'eux aussi⁹⁷.

Un contexte mondial en mutation

Dès l'origine, la réponse mondiale au VIH s'est caractérisée par des débats sur les mérites respectifs d'une approche purement biomédicale par rapport à une approche multisectorielle. La réponse initiale était centrée sur le secteur de la santé, sous l'égide du Programme mondial de lutte contre le SIDA de l'OMS et, au niveau national, des programmes nationaux de lutte contre le SIDA des ministères de la Santé. Le Programme mondial de lutte contre le SIDA a offert un remarquable encadrement, mais il privilégiait la réponse biomédicale, était insuffisamment financé, et n'a pas été en mesure de mobiliser le soutien des Nations Unies et de la communauté internationale au niveau requis⁹⁸.

Tant qu'il n'existait aucun traitement, le secteur de la santé s'est efforcé tant bien que mal de faire face à l'épidémie au niveau national. Les réponses des pays se sont concentrées sur l'organisation de campagnes de sensibilisation et de prévention à destination du grand public, sur la distribution de préservatifs et sur les services de conseil et de dépistage. Les efforts pour inciter les gens à se faire conseiller et dépister, quand cela était possible, ont été fragilisés par des inquiétudes concernant les questions de confidentialité, à cause de la stigmatisation liée au VIH, et concernant l'utilité de connaître son statut sérologique s'il n'y a aucun espoir de recevoir un traitement efficace.

Compte tenu de la nature de la transmission du VIH, de la prévalence du virus parmi les jeunes adultes et de l'impact de l'épidémie sur les familles et les communautés, ainsi que du déni, de la peur et de la discrimination engendrés par le SIDA, il est devenu de plus en plus évident qu'il était nécessaire d'impliquer tous les secteurs de la société. Mais nombre de

ministères de la Santé n'avaient ni l'autorité ni la capacité requises pour mener des réponses nationales ou pour y associer d'autres ministères et acteurs non étatiques.

Dans les pays les plus gravement touchés, des organisations de la société civile et confessionnelles ont entrepris d'agir, à la fois pour empêcher la propagation du VIH en éduquant les populations et pour atténuer l'impact du SIDA en offrant une prise en charge et un soutien aux personnes infectées et aux enfants rendus orphelins et vulnérables. Cette mobilisation a pour une bonne part devancé la prise de conscience, mondiale ou nationale, de la nécessité d'agir dans un ensemble de secteurs et à tous les niveaux de la société.

En 1995, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) a été créé dans le but de coordonner la réponse multisectorielle. L'ONUSIDA comptait en tout dix organismes coparrainants des Nations Unies en 2004, et onze à partir de 2012 avec l'arrivée de l'ONU Femmes.

Encadré 1 : Les coparrainants de l'ONUSIDA

BM	Banque mondiale
OIT	Organisation internationale du travail
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU Femmes	Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes
PAM	Programme alimentaire mondial
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNHCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UNODC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime

La création de l'ONUSIDA a conduit à instituer, au niveau national, des commissions ou des conseils nationaux de lutte contre le SIDA – placés dans certains cas sous l'autorité du ministère de la Santé, et formant dans d'autres cas des entités distinctes – et à élaborer des plans multisectoriels nationaux. Cela a représenté une réorientation significative, puisqu'il s'est agi de passer d'une réponse médicale à une réponse tenant compte des

dimensions sociales, économiques et de droits humains de l'épidémie. Les campagnes de plaidoyer ont joué un rôle capital dans cette évolution, et en particulier le plaidoyer en faveur des droits humains des personnes les plus exposées au risque d'infection à VIH – les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes qui s'injectent des drogues et les professionnel(le)s du sexe. Ces personnes étaient déjà marginalisées et stigmatisées dans la plupart des sociétés avant même que leur vulnérabilité au VIH ne soit reconnue.

En 2000, les ripostes au VIH ont été intégrées dans les objectifs du Millénaire pour le développement. En 2001, lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida (UNGASS), 189 pays sont convenus que le VIH/SIDA représentait une priorité absolue du développement international et national. À la suite de cela, les financements internationaux de la lutte contre le VIH ont connu une augmentation spectaculaire, dépassant souvent les budgets nationaux de la santé. L'architecture de l'aide a elle aussi évolué rapidement avec la création en 2002 d'un mécanisme de financement majeur, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial), bientôt suivi de l'engagement du Gouvernement des États-Unis d'allouer 15 milliards de dollars É.U. en faveur du Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le SIDA (PEPFAR). Dans beaucoup de pays, cette rapide augmentation des moyens a conduit à développer des programmes de lutte contre le SIDA verticaux, indépendants du système de santé, ce qui traduit le caractère d'urgence de la réponse.

Des financements plus importants ont été mis à la disposition de secteurs extérieurs à la santé, celui de l'éducation notamment, et de la société civile. La Banque mondiale, par exemple, a lancé en 2000 son Programme plurinational de lutte contre le VIH/SIDA (PPS) afin de renforcer les stratégies nationales de lutte contre le VIH et les réponses multisectorielles par le biais d'un soutien aux ministères sectoriels et à la société civile, ainsi que d'une aide à l'intégration de la question du VIH aux activités. La réorientation de la lutte au profit d'une approche multisectorielle a provoqué une hausse spectaculaire du nombre de parties prenantes impliquées dans les réponses nationales. En 2004, afin d'inciter à coordonner les efforts et de parvenir à une utilisation des moyens aussi efficace et productive que possible, les coparrainants de l'ONUSIDA ainsi que d'autres grandes organisations internationales, les gouvernements nationaux et les bailleurs de fonds ont convenu de trois principes fondamentaux appelés les « Trois principes » :

- Un cadre national commun de lutte contre le VIH/SIDA fournissant la base d'une coordination des actions menées par l'ensemble des partenaires
- Un organisme national commun de coordination de la riposte au SIDA à représentation large multisectorielle
- Un système commun de suivi et d'évaluation (S&E) de la lutte contre le VIH/SIDA à l'échelon national pour garantir une coordination efficace des ripostes nationales au VIH et au SIDA.

Cette tendance à privilégier une réponse multisectorielle globale s'est poursuivie dans le nouveau millénaire et a contribué à faire apparaître des réponses émanant du secteur de l'éducation dans de nombreux pays.

Dans le même temps, des militants du monde entier – vivant avec le VIH pour nombre d'entre eux – ont joué un rôle déterminant dans le plaidoyer en faveur de la mise au point de médicaments permettant de traiter le VIH. Ce traitement n'était initialement accessible qu'aux patients des pays à revenu élevé, et les militants ont dès lors reporté leurs efforts sur la revendication d'un accès universel. Ceci, ajouté aux financements du Fonds mondial et du PEPFAR, a permis d'assister à une hausse spectaculaire au nombre de personnes vivant avec le VIH recevant un traitement.

Encadré 2 : Les événements liés à l'éducation et les événements majeurs de la lutte contre le VIH

1984	L'Ouganda commence à promouvoir la modification des comportements sexuels pour lutter contre le VIH.
1986	Le Rapport du ministère américain de la Santé sur le SIDA préconise de s'appuyer sur l'éducation et l'utilisation du préservatif.
1987	Le SIDA devient la toute première maladie à faire l'objet de débats dans l'enceinte de l'Assemblée générale des Nations Unies. L'Assemblée charge l'OMS de prendre la tête de la mobilisation mondiale contre le SIDA, et le Programme mondial de lutte contre le SIDA est lancé. Le Congrès des États-Unis adopte l'amendement Helms qui interdit d'utiliser des fonds fédéraux au profit de supports pédagogiques de lutte contre le SIDA « promouvant ou encourageant, directement ou indirectement, les pratiques homosexuelles ».
1988	La première Journée mondiale de la lutte contre le SIDA est proclamée par l'OMS.
1990	La Conférence mondiale sur l'éducation de Jomtien fixe pour objectif l'Éducation pour tous et met en avant le lien entre santé et éducation.

1993	La collaboration de l'UNESCO avec l'OMS conduit à la mise en œuvre de projets pilotes d'éducation au SIDA en milieu scolaire dans diverses régions, et à la création pour les concepteurs de programmes scolaires d'une trousse documentaire adaptée à différents contextes socioculturels et traduite dans plus de dix langues.
1995	Le traitement antirétroviral hautement actif (TAHA) est mis sur le marché. En deux ans, les taux de mortalité dus au SIDA vont chuter dans le monde développé. La fédération mondiale des syndicats d'enseignants, ou Internationale de l'éducation, adopte une résolution sur la santé en milieu scolaire et la prévention du VIH lors de son premier congrès mondial de Harare, au Zimbabwe.
1996	L'UNESCO se joint à quatre organismes des Nations Unies et à la Banque mondiale pour former un programme commun et coparrainé sur le VIH/SIDA, appelé ONUSIDA (composé de onze organismes en 2013). Les dépenses annuelles de lutte mondiale contre le SIDA dans les pays à revenu faible ou intermédiaire s'élèvent à 300 millions de dollars É.U. ⁹⁹ .
2000	Les objectifs du Millénaire pour le développement sont adoptés, avec notamment trois grands objectifs prévoyant d'enrayer la propagation du VIH/SIDA, du paludisme et la tuberculose (OMD 6), d'assurer l'éducation primaire pour tous (OMD 2) et de promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (OMD 3). Le Cadre d'action de Dakar est adopté lors du Forum mondial sur l'éducation, avec l'engagement de travailler en partenariat pour atteindre les objectifs et les cibles de l'EPT et notamment pour « mettre en œuvre d'urgence des activités et des programmes éducatifs pour lutter contre la pandémie de VIH/SIDA ». Le partenariat « Accorder la priorité à un programme efficace de santé scolaire » est lancé.
2001	Lors d'une Session extraordinaire des Nations Unies (UNGASS), les dirigeants de la planète fixent des objectifs à long terme en matière de lutte contre le VIH/SIDA. L'Organisation mondiale du commerce annonce la signature des Accords de Doha, qui autorisent les pays en développement à acheter ou à fabriquer des médicaments génériques pour faire face à des crises de santé publique telles que le VIH/SIDA. Le nombre de décès liés au SIDA chez les adultes et les enfants s'élève à près d'1,9 million.
2002	L'UNESCO crée un portail d'échange d'informations sur l'impact du VIH/SIDA sur l'éducation (au sein de l'IIPE) et sur les programmes scolaires de l'éducation préventive au VIH/SIDA (au sein du BIE). Création de l'Équipe de travail interinstitutions (IATT) de l'ONUSIDA sur l'éducation. Le Fonds mondial est créé afin d'intensifier la riposte au SIDA, à la tuberculose et au paludisme. Les premiers tests de dépistage rapide du VIH sont autorisés, ce qui permet d'effectuer le dépistage en dehors des laboratoires et donc d'en répandre plus largement l'utilisation.
2003	La campagne « 3 millions d'ici 2005 » est lancée par l'OMS afin d'élargir l'accès au traitement contre le SIDA. Le PEPFAR ou Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le SIDA, initiative dotée de 15 milliards de dollars É.U. pour combattre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme en priorité dans les pays durement touchés, est lancé.

2004	<p>Les Trois principes sont adoptés par les parties prenantes afin d'accélérer et d'améliorer les ripostes nationales.</p> <p>L'EDUSIDA, l'Initiative mondiale sur l'éducation et le VIH/SIDA, est lancée.</p>
2008	<p>Un rapport de la Commission sur le SIDA en Asie préconise de recentrer les réponses autour du principe « Connaître son épidémie, connaître sa riposte ».</p> <p>À Mexico, des ministres de la Santé et de l'Éducation prennent l'engagement politique de s'efforcer conjointement de placer l'éducation sexuelle au cœur de la réponse.</p> <p>Une somme estimée à 14,2 milliards de dollars É.U. est consacrée à la lutte contre le VIH et le SIDA dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (dont 57 % provenant de sources de financement internationales)¹⁰⁰.</p>
2010– 2011	<p>Les résultats de l'étude iPrEx font apparaître une baisse du nombre d'infections à VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui bénéficient d'une prophylaxie préexposition. Les résultats de l'étude HPTN 052 montrent qu'une administration précoce du traitement antirétroviral réduit de 96 % le risque de transmission du VIH chez les couples sérodiscordants.</p> <p>Des essais démontrent l'efficacité du traitement, mais cela risque de porter préjudice par la suite aux moyens alloués et aux besoins d'ordre éducatif.</p> <p>Une somme estimée à 16,8 milliards de dollars É.U. est consacrée à la lutte contre le VIH et le SIDA dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (dont 49 % provenant de sources de financement internationales)¹⁰¹.</p>
2012	<p>Lancement de l'Initiative mondiale pour l'éducation avant tout (GEFI), qui met en avant le fait qu'une éducation de qualité, notamment dans le domaine de l'éducation au VIH, est fondamentale pour améliorer la situation sanitaire, faire progresser l'égalité de genre, ouvrir des débouchés économiques et parvenir à un développement durable.</p> <p>Un Groupe de haut niveau sur l'agenda du développement post-2015 place l'éducation et la santé au cœur du programme de développement.</p>
2013	<p>Le Comité de réflexion sur la métrique des apprentissages formule des recommandations et propose sept domaines d'apprentissage recouvrant ce que chaque enfant a besoin d'apprendre.</p> <p>Les ministres de l'Éducation et de la Santé de l'Afrique orientale et australe s'engagent à s'efforcer conjointement d'améliorer l'éducation sexuelle complète et les services de santé sexuelle et reproductive à destination des adolescents et des jeunes.</p>

Les mutations de la réponse du secteur de l'éducation au VIH

Comme indiqué précédemment, la réponse initiale du secteur de l'éducation a reflété le caractère sans précédent de la crise de santé publique que représentait l'épidémie de VIH. Il était nécessaire de faire quelque chose pour prévenir de nouvelles infections et il est rapidement apparu que l'école offrait la possibilité de toucher de grands nombres de jeunes¹⁰², même si

certain, considérant que le VIH était un problème sanitaire, rejetaient l'idée d'une éducation au VIH en milieu scolaire¹⁰³.

La nécessité, pour le secteur de l'éducation, d'opposer une réponse méthodique au VIH a été soulignée dans un certain nombre de forums internationaux et régionaux, et particulièrement en Afrique, car c'est là que le secteur a été le plus durement touché par l'impact de l'épidémie. Les réponses se sont notamment traduites par l'organisation de la Conférence internationale sur le VIH/SIDA et les MST en Afrique, organisée à Lusaka en 1999, et du Forum mondial sur l'éducation de Dakar en 2000. Avec la réorientation de la réponse mondiale au VIH au profit d'une approche multisectorielle, la planification, le financement et la gestion de la réponse du secteur de l'éducation à l'épidémie sont devenus davantage prioritaires. Dans les pays les plus gravement touchés, l'impact subi par les systèmes éducatifs dans leur globalité (eu égard au taux de mortalité et de morbidité des enseignants, au nombre considérable et croissant d'enfants rendus orphelins et vulnérables en raison de l'épidémie, et à l'impact sur le taux de scolarisation, sur le taux d'abandon en cours d'études, sur le niveau d'études et sur la qualité de l'enseignement) est devenu un enjeu prépondérant. L'Institut international pour la planification de l'éducation de l'UNESCO a lancé une collection de publications consacrée à ces questions^{104,105,106}.

Encadré 3 : L'évolution du rôle de l'UNESCO dans la réponse du secteur de l'éducation

De 1988 à 1991, l'UNESCO a développé en collaboration avec le Programme mondial de lutte contre le SIDA de l'OMS un projet d'éducation au SIDA en milieu scolaire prévoyant notamment la création d'un portail d'échange d'informations sur le SIDA au Siège de l'UNESCO. Au milieu des années 1990, l'UNESCO s'est associée à quatre autres organismes des Nations Unies et à la Banque mondiale pour devenir l'un des coparrainants fondateurs de l'ONUSIDA¹⁰⁷. Suite au lancement de l'ONUSIDA, l'UNESCO a élargi ses actions de manière à y associer l'ensemble de ses secteurs de programme et notamment l'éducation, la culture, la communication et les sciences naturelles, sociales et humaines.

L'éducation préventive contre les drogues et le VIH a été intégrée par l'organisation dans son cadre principal de planification, en privilégiant à l'échelle régionale l'Amérique latine et Caraïbes et les États arabes. En Afrique, les points d'entrée prioritaires ont été la formation des enseignants et la conception des programmes scolaires. Il y a eu parallèlement un soutien aux programmes consacrés à la culture et aux médias, considérés comme des vecteurs de l'éducation préventive, ainsi qu'un soutien aux actions en faveur de la jeunesse, des filles et des femmes.

L'Institut international pour la planification de l'éducation de l'UNESCO a, en outre, lancé une initiative destinée à évaluer l'impact de l'épidémie sur le secteur et à aider les pays à gérer la réponse. Peu après, en 2002, l'UNESCO a créé un portail mondial global d'échange d'informations sur le VIH et l'éducation (voir <http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/fr/accueil.html>) et a pris la tête du Groupe de travail interinstitutions (IATT) de l'ONUSIDA sur le VIH et l'éducation. En 2004, l'action de l'UNESCO en matière de lutte contre le VIH a été regroupée sous la bannière de l'EDUSIDA, initiative mondiale conduite par l'UNESCO avec le soutien de l'ONUSIDA.

La stratégie 2011-2015 de l'UNESCO en matière de VIH et de SIDA stipule que l'action de l'UNESCO dans la lutte contre le VIH et le SIDA se concentre sur trois grandes priorités :

- Renforcer les capacités des pays pour des réponses éducatives efficaces et durables au VIH
- Renforcer une éducation globale en matière de VIH et de sexualité
- Faire progresser l'égalité de genre et protéger les droits humains.

Diverses autres initiatives ont été mises en place pour soutenir et renforcer la réponse du secteur de l'éducation. Parmi elles figurent les initiatives du Groupe de travail interinstitutions (IATT) de l'ONUSIDA sur l'éducation, qui a été créé en 2002 pour rassembler les coparrainants de l'ONUSIDA – dont l'UNESCO, les agences bailleuses de fonds et des acteurs de la société civile solidement engagés dans le domaine de l'éducation et du VIH. L'IATT s'est employé, avec l'Unité mobile d'intervention, à étudier l'impact du VIH et du SIDA sur l'éducation. Cette Unité est un réseau de soutien technique qui a pour objet d'aider les ministères africains de l'Éducation et leurs partenaires de développement à élaborer une politique et des plans sectoriels de lutte contre le VIH afin de gérer et d'atténuer l'impact de l'épidémie sur les systèmes éducatifs. Il faut citer également l'exemple de l'Initiative accélérée, créée en 2002 par l'IATT sur l'éducation, pour aider les pays d'Afrique subsaharienne à « accélérer la réponse de leur secteur de l'éducation » grâce à la mise en place de programmes activement pris en main et gérés par les acteurs locaux et pouvant bénéficier, à tous les niveaux du secteur de l'éducation, de mécanismes adaptés de financement et de mise en œuvre. Dans le cadre de l'Initiative accélérée, des réseaux de points focaux de la lutte contre le VIH et le SIDA au sein des ministères de l'Éducation ont été créés et ont servi à partager les politiques efficaces et les meilleures pratiques en vigueur.

L'UNESCO a pris par la suite la tête de l'Initiative mondiale sur l'éducation et le VIH & SIDA connue sous le nom d'EDUSIDA, qui a vocation à soutenir les réponses globales du secteur de l'éducation au VIH et, précisément, à utiliser l'éducation pour aider à prévenir la propagation de l'épidémie et à protéger les fonctions essentielles du système éducatif contre les effets de celle-ci. Une série de fiches techniques de l'EDUSIDA (portant sur l'éducation de qualité, les contenus, les programmes scolaires et les matériels d'apprentissage, la formation et le soutien des éducateurs, les politiques, la gestion et

les systèmes, les approches et points d'entrée ainsi que des directives pratiques¹⁰⁸) ont été publiés afin de soutenir le processus de mise en œuvre de la réponse du secteur de l'éducation au VIH au niveau national et local. Les syndicats d'enseignants se sont également impliqués de plus en plus fortement et, en 2006, l'Internationale de l'éducation, l'OMS et l'Education Development Center, Inc. ont lancé le Programme EPT/SIDA qui combine les efforts de plaidoyer des syndicats en faveur de l'EPT et leur engagement au service de l'éducation au VIH à l'école. Ce programme mis en œuvre dans près de 50 pays a permis d'apprendre à près de 200 000 enseignants comment préserver leur santé et celle de leurs élèves et comment soutenir leur profession.

Mais, parallèlement à ces évolutions, le secteur de l'éducation s'est transformé de façon spectaculaire, en particulier dans des régions telles que l'Afrique orientale et australe (AOA). L'Initiative pour la mise en œuvre accélérée (IMOA) de l'Éducation pour tous (EPT) a été créée en 2002 pour aider les pays à revenu faible à atteindre les OMD et les objectifs de l'EPT. Entre 2002 et 2013, l'IMOA (devenue par la suite le Partenariat mondial pour l'éducation) a injecté 1,6 milliard de dollars É.U. supplémentaires au profit de l'éducation¹⁰⁹. Lors de la réunion de décembre 2007 du Groupe de haut niveau sur l'EPT, les ministres, les hauts responsables des organisations multilatérales et bilatérales et les organisations de la société civile ont réaffirmé leur engagement de garantir financièrement la promesse qu'« aucun pays qui a pris un engagement sérieux en faveur de l'éducation de base ne verra ses efforts contrariés par le manque de ressources. »¹¹⁰ Le Groupe de travail sur l'IMOA-EPT de l'IATT de l'ONUSIDA sur l'éducation a analysé l'ampleur de la contribution des plans sectoriels de l'éducation des pays bénéficiaires de l'IMOA à la lutte contre le VIH et le SIDA, et aidé les partenaires de l'IMOA à intégrer la lutte contre le VIH dans ces plans sectoriels.

L'introduction, pour la première fois, de l'enseignement primaire universel et gratuit dans des pays tels que le Kenya, l'Ouganda, la Tanzanie et le Malawi a fait entrer un flot considérable de nouveaux arrivants dans les systèmes éducatifs. Cette évolution a été positive pour les nombreux enfants auparavant exclus de l'enseignement, mais elle a également accentué la pression sur des systèmes éducatifs déjà saturés et sous-dotés car elle aurait nécessité beaucoup d'établissements et d'enseignants supplémentaires.

Par conséquent, tout en reconnaissant le rôle essentiel du secteur de l'éducation pour que l'éducation au VIH parvienne à toucher les jeunes dans le cadre scolaire¹¹¹, mais aussi les enseignants et les autres personnels,

le secteur de l'enseignement formel a été lent à répondre, même dans les pays les plus gravement frappés¹¹². Ainsi une enquête mondiale sur l'état de préparation et les réponses au VIH du secteur de l'éducation, réalisée en 2004 pour le compte de l'IATT de l'ONUSIDA sur l'éducation, a établi que seuls 32 % des ministères de l'Éducation s'étaient dotés d'une politique sectorielle spécifique de lutte contre le VIH¹¹³. Au-delà des évolutions globales que connaît ce secteur, cela illustre également le fait que les systèmes éducatifs ont pour caractéristique d'être de grande envergure, complexes et lents à s'adapter au changement.

Dans de nombreux pays, des organisations de la société civile ont pris en main l'éducation au VIH en introduisant les premières approches d'enseignement informel et communautaires auprès des populations et des communautés les plus lourdement touchées par l'épidémie, et en intervenant aussi bien à l'école que par le biais d'activités extra-scolaires^{114,115}. Ces initiatives étaient nettement en avance sur le secteur formel et elles ont posé les premiers jalons de bien des réalisations ultérieures¹¹⁶. Des programmes actuels, comme REFLECT¹¹⁷, méthode participative d'enseignement pour adultes, se sont eux aussi emparés de la question du VIH et du SIDA, tandis que d'autres, comme Stepping Stones¹¹⁸, ont choisi d'associer la lutte contre le VIH et le SIDA aux questions de sexualité, de genre et de pouvoir. La Banque mondiale a documenté en 2004 treize programmes éducatifs destinés aux enfants et aux jeunes dans sept pays d'Afrique subsaharienne. La plupart étaient de petite envergure et mis en œuvre dans un cadre informel, ou bien privilégiaient la production et la diffusion de supports d'information, d'éducation et de communication. Peu d'entre eux étaient menés sous l'égide du ministère de l'Éducation et aucun ne faisait partie du programme scolaire officiel¹¹⁹. Le rôle des jeunes eux-mêmes dans l'éducation au VIH a également suscité un intérêt croissant, en particulier par le biais d'approches d'éducation par les pairs ; il s'agissait souvent, là encore, d'initiatives lancées par des organisations de la société civile.

Les tentatives de mise en place d'unités dédiées à la lutte contre le VIH au sein des ministères ont permis de donner davantage de visibilité à la réponse, mais sans toujours se préoccuper de la nécessité d'intégrer la lutte contre le VIH aux échelons politiques et administratifs. Cette situation a commencé à changer à partir de 2000, quand les ministères de l'Éducation d'un certain nombre de pays ont élaboré des politiques sectorielles définissant les missions et les responsabilités d'un ensemble de parties prenantes et ont opté pour une approche plus globale intégrant également les questions de

prévention, d'atténuation et de lutte contre le VIH en milieu professionnel, ainsi que la gestion de l'impact de l'épidémie sur le secteur¹²⁰.

Encadré 4 : Les conditions requises pour une réponse efficace du secteur de l'éducation au VIH

« Le premier objectif de l'éducation est que tous les élèves, sans considération de richesse, d'état de santé ou de sexe, puissent avoir accès à une éducation de bonne qualité dans un environnement sûr, et qu'ils reçoivent une éducation au VIH adaptée à chaque âge, scientifiquement exacte et appropriée au contexte les aidant à acquérir les connaissances et à développer les compétences requises pour adopter des comportements sains. L'éducation doit être fondée sur les droits, attentive à la dimension du genre et basée sur les compétences à la vie courante. Elle doit être dispensée par un enseignant bien formé, qui maîtrise les méthodes interactives et la pédagogie participative, et soit à l'aise pour parler de façon constructive du VIH et des sujets afférents, comme la sexualité, avec les élèves. Il faut que cet enseignant dispose lui-même des connaissances, des compétences et d'un accès aux services lui permettant de vivre sainement. Il faut que cet enseignant, de même que l'ensemble du personnel enseignant, soit protégé dans l'exercice de son métier, quel que soit son statut sérologique. Il doit pouvoir s'appuyer sur un programme scolaire et sur des documents de référence. Il doit bénéficier du soutien de l'administration et de mesures de protection. Il faut enfin que les parents et la communauté contribuent à soutenir et à consolider cet apprentissage. Tel est l'ensemble des conditions nécessaires et suffisantes pour une réponse du secteur de l'éducation au VIH qui contribue à un développement sain tout au long de la vie et à la citoyenneté mondiale. »

« Les conditions nécessaires suivent une tendance positive depuis 2004 ; ainsi, dans leur quasi totalité, les pays ont adopté une politique relative au VIH et au SIDA spécifique au secteur de l'éducation ; l'éducation au VIH occupe une place de plus en plus importante dans le curriculum et les enseignants sont plus nombreux à avoir suivi une formation sur l'éducation au VIH ; le nombre d'unités de SIGE est en progression et les apprenants comme les enseignants bénéficient d'un nombre accru de politiques et de services visant à assurer leur protection. »

Source : IATT de l'ONUSIDA sur l'éducation, Enquête mondiale 2011-2012 sur les progrès réalisés par le secteur de l'éducation face au VIH et au SIDA - Progrès, régression ou stagnation ? UNESCO, Paris, 2014.

La mise en place de l'IATT sur l'éducation susmentionnée a marqué le début, au niveau mondial, d'un effort concerté des coparrainants de l'ONUSIDA, des bailleurs de fonds bilatéraux et des organisations de la société civile pour accélérer les réponses globales du secteur de l'éducation au VIH. Les bailleurs de fonds ont encouragé les gouvernements, notamment en Afrique, à élaborer des politiques sectorielles, à s'impliquer en faveur de leur réponse nationale et à planifier des mesures d'atténuation de l'impact de l'épidémie¹²¹. Des politiques sectorielles ont vu le jour dans un certain nombre de pays durement frappés tels que, notamment, l'Afrique du Sud, la Namibie, le Kenya, la Zambie et l'Ouganda¹²².

Mais en dépit de l'importance des moyens déployés pour aider les pays à élargir l'accès à l'éducation et à généraliser en particulier l'enseignement primaire universel, deux évaluations des plans sectoriels de l'éducation menées en 2004¹²³ et en 2008¹²⁴ ont établi que ces plans ne s'attaquaient pas

de façon appropriée à la question du VIH et que peu d'éléments indiquaient que les pays utilisaient ces moyens supplémentaires au service de la réponse du secteur de l'éducation. Dans l'évaluation de 2008, seuls trois des huit plans sectoriels nationaux bénéficiaires de l'IMOA examinés comportaient une réponse globale au VIH et une ventilation détaillée du coût des activités de lutte contre le VIH¹²⁵. Les auteurs ont conclu qu'en dépit de références spécifiques à la lutte contre le VIH et le SIDA dans les directives des plans sectoriels de l'éducation relatives à l'évaluation de l'enseignement primaire, le processus d'évaluation et d'approbation de l'IMOA avait encore besoin d'une méthodologie cohérente pour soutenir l'élaboration de réponses au VIH du secteur de l'éducation fondées sur le concret¹²⁶. Les trois pays ayant élaboré les plans sectoriels les plus complets avaient reçu une assistance technique directe par le biais d'autres dispositifs.

La réponse initiale des ministères de l'Éducation de la plupart des pays a par ailleurs privilégié des programmes basés sur le programme scolaire : l'une des premières actions de l'IATT sur l'éducation¹²⁷ et de l'ONUSIDA¹²⁸ a été d'émettre des recommandations et des directives pratiques en vue d'intégrer l'éducation au VIH au niveau des établissements scolaires. Mais il était extrêmement difficile de donner les moyens aux enseignants et aux établissements de déployer une réponse basée sur le programme scolaire, le degré d'appropriation des ministères de l'Éducation était faible et les efforts dépendaient souvent des financements accordés par les bailleurs de fonds¹²⁹. Quant aux exigences supplémentaires incombant aux enseignants, chargés de dispenser l'éducation au VIH et de jouer un rôle global de mentorat dans la prise en charge et le soutien des élèves, elles ont souvent été sous-estimées, surtout dans le cas où les enseignants étaient déjà aux prises avec un programme scolaire surchargé, des classes nombreuses et un manque de formation, de supervision et de soutien.

Dans certains cas, des enseignants – ceux vivant avec le VIH en particulier – ont pris l'initiative d'attirer l'attention sur leurs besoins et de s'opposer au déni et à la stigmatisation¹³⁰. Le fait que des enseignantes aient souvent été en première ligne de ces initiatives met en évidence les dynamiques de genre liées au VIH et montre qui, à cette époque, avait la volonté de se faire dépister, de divulguer sa séropositivité au VIH et de se faire traiter dans le but de sensibiliser et de mobiliser des soutiens¹³¹.

La réponse actuelle du secteur de l'éducation

Les informations sur l'état actuel de la réponse du secteur de l'éducation sont lacunaires en raison du caractère limité des activités actuelles de suivi et d'évaluation (voir le chapitre 2 ci-après pour un approfondissement de cette question). Mais des enquêtes ont été effectuées, comme par exemple l'Enquête mondiale sur les progrès réalisés par le secteur de l'éducation face au VIH et au SIDA (GPS) menée en 2011-2012^{132,133} par l'IATT sur l'éducation, dans le but d'évaluer les progrès et les tendances à l'œuvre dans les réponses au VIH du secteur de l'éducation par rapport à l'Enquête mondiale sur l'état de préparation du secteur éducatif face au VIH et au SIDA¹³⁴ de 2004, et de dresser une analyse comparative des situations de 2004 et de 2011-2012¹³⁵.

L'enquête GPS a passé en revue l'état actuel de la réponse du secteur de l'éducation dans quatre principaux domaines :

- l'existence d'un environnement propice et l'intégration de la lutte contre le VIH au sein du secteur de l'éducation, et notamment le plaidoyer des décideurs de l'éducation en faveur de l'action publique, l'élaboration et la mise en œuvre de politiques, les systèmes d'information sur la gestion de l'éducation, les structures nationales dédiées du secteur de l'éducation pour piloter la lutte contre le virus, et l'ampleur de l'intégration de la réponse au VIH au sein des processus de gestion et de planification de l'éducation au niveau national ;
- les ressources humaines, et notamment les politiques de lutte contre le VIH en milieu professionnel, les dispositifs d'aiguillage et l'analyse des besoins et des recrutements d'enseignants ;
- le programme scolaire et l'enseignement, et notamment le contenu et la couverture des programmes généraux de compétences à la vie courante, la formation et l'orientation des enseignants, l'information des parents et des communautés, ainsi que l'éducation au VIH dans l'enseignement supérieur ;
- les orphelins et les enfants vulnérables, et notamment la couverture des programmes, l'alimentation scolaire, les exemptions et exonérations de frais de scolarité, et les jeunes non scolarisés.

Les principales conclusions sont exposées ci-après.

Les politiques se sont globalement améliorées, mais leur mise en œuvre a pris du retard. L'enquête GPS¹³⁶ a établi que le processus d'élaboration de politiques s'était considérablement amplifié. En 2004, sur trente ministères de l'Éducation, seuls dix étaient dotés d'une politique spécifique au VIH. En 2011-2012, ce chiffre était passé à dix-neuf sur trente et cinq nouveaux cadres politiques étaient en cours d'élaboration.

De plus, en 2011-2012, seuls deux pays où l'épidémie est généralisée n'avaient ni mis en place ni commencé à élaborer des politiques ; tous deux ont déclaré que la question du VIH était intégrée au sein de la politique nationale du secteur de l'éducation.

L'important niveau d'engagement des pays les plus touchés pour élaborer des politiques représente une amélioration considérable par rapport à 2004, qui est due en partie au fait que les pays ont adapté des politiques régionales pour accélérer le processus. Mais les pays où l'épidémie est concentrée ont pris du retard. Seuls 44 % de ces pays possédaient une politique en 2011-2012 et parmi ceux dont ce n'était pas le cas, 12 % déclaraient être en train d'en élaborer une.

Les conclusions de l'enquête GPS montrent que si l'action publique s'est beaucoup améliorée, la mise en œuvre des politiques continue de poser problème. Plus de la moitié des 22 pays ayant mis en place une politique ont fait état de taux de mise en œuvre inférieurs à 50 %. Seuls cinq des 12 pays où l'épidémie est généralisée et qui possèdent une politique ont fait état d'un taux de mise en œuvre supérieur à 75 %.

Les conclusions sont identiques concernant la mise en œuvre des plans d'action sectoriels en matière de VIH dans l'éducation. Sur les 22 pays ayant déclaré être dotés d'un plan d'action, plus de la moitié a fait état de taux de mise en œuvre inférieurs à 50 %. Seuls trois pays ont indiqué d'un taux de mise en œuvre supérieur à 75 %.

Le faible taux de mise en œuvre des plans d'action est souvent dû à un manque de financement. Seuls trois des 22 pays possédant un plan d'action ont déclaré qu'il était financé de 76 % à 100 %. Plus de la moitié des 22 pays ont fait état d'un taux de financement de 50 % ou moins. Ces conclusions viennent à l'appui d'autres recherches qui montrent que 3 % seulement des budgets nationaux en matière de VIH sont utilisés pour faire de la prévention à l'école à destination des jeunes, et 1 % seulement pour faire de la prévention à destination des jeunes non scolarisés¹³⁷. Faute de financements suffisants pour les mettre en œuvre, les politiques et les plans d'action ne présentent qu'un intérêt limité.

Encadré 5 : L'EDUSIDA

Qu'est-ce que l'EDUSIDA ?

L'EDUSIDA, l'Initiative mondiale sur l'éducation et le VIH/SIDA, est une initiative de l'ONUSIDA placée sous l'égide de l'UNESCO. L'EDUSIDA a vocation à encourager et à aider les pays à mobiliser le secteur de l'éducation pour concevoir et mettre en œuvre des réponses efficaces au VIH et au SIDA ; cette approche permet d'encadrer des actions planifiées et déployées dans le cadre de partenariats.

Si l'EDUSIDA est placée sous l'égide de l'UNESCO, sa réussite dépend en grande partie de la coopération effective de diverses parties prenantes clés telles que, par exemple, les gouvernements et les autorités nationales en charge de la lutte contre le SIDA, les organisations de la société civile, les syndicats d'enseignants, les réseaux de personnes vivant avec le VIH, et les organisations bilatérales et multilatérales parmi lesquelles figurent d'autres organismes et programmes des Nations Unies.

Quels sont les objectifs de l'EDUSIDA ?

L'EDUSIDA a deux principaux objectifs : prévenir la propagation du VIH par le biais de l'éducation et protéger les fonctions fondamentales des systèmes éducatifs des effets les plus néfastes de l'épidémie. Pour cela, l'EDUSIDA encourage, renforce et soutient le déploiement à grande échelle de réponses nationales efficaces au VIH et au SIDA émanant des secteurs de l'éducation. L'EDUSIDA centralise en son sein les nombreuses dimensions différentes qui caractérisent des réponses efficaces du secteur de l'éducation au VIH et au SIDA – et que représentent par exemple une éducation au VIH et au SIDA de qualité, des supports d'apprentissage, des politiques sur le lieu de travail, des programmes de formation des enseignants relatifs au VIH, etc. Elle envisage en outre l'impact du VIH et du SIDA et les problèmes qu'ils posent par rapport à la globalité du système éducatif. Elle était destinée à servir d'approche d'urgence de la réponse et a, par la suite, été remplacée par la réponse au VIH basée sur une éducation sexuelle complète.

Source: <http://www.unesco.org/new/fr/hiv-and-aids/>

Si le processus d'élaboration des politiques et des plans de mise en œuvre s'est amplifié entre les deux enquêtes, le nombre de pays possédant une structure de réponse dédiée – commissions ou unités spécialisées, notamment – a décliné au cours de la même période. En 2004, sur 71 pays, 72 % ont déclaré disposer d'une unité de gestion dédiée et 7 % ont déclaré être en train d'en créer une. En 2011-2012, seuls 54 % des 39 pays étudiés disposaient de telles structures. Sur les 17 pays où l'épidémie est généralisée, 14 ont déclaré disposer d'unités de gestion dédiées en 2011-2012, et l'on en dénombre 6 parmi les 16 pays où l'épidémie est concentrée. Cette diminution peut être imputable à un ensemble de facteurs et notamment au fait que la réponse au SIDA, après avoir connu un statut « d'exception » et une situation « de crise », s'est normalisée et orientée vers une réponse plus durable intégrée dans l'ensemble du secteur de l'éducation. Le fait que 29 pays sur 39 (74 %) aient déclaré que leur réponse au VIH est intégrée dans les processus de gestion et de planification de l'éducation au niveau national plaide en faveur de cette hypothèse. Cependant, si la réorientation apparente au profit d'une meilleure intégration est une évolution positive, il n'y a guère d'unanimité

sur la manière dont il convient de définir ce concept d'intégration et nul ne sait dans quelle mesure sa mise en œuvre est efficace.

L'enquête GPS a révélé d'autres éléments témoignant d'un niveau d'engagement politique plus important et d'un renforcement des systèmes, dont notamment une multiplication des déclarations publiques sur le VIH des ministres de l'Éducation et l'accroissement du nombre de systèmes d'information sur la gestion de l'éducation (SIGE) en activité – il en existait dans 19 pays sur 30 en 2004 et dans 29 des mêmes 30 pays en 2011-2012. Cependant, seuls 13 de ces pays ont pu confirmer que leur SIGE avait été revu ou modifié de manière à inclure des indicateurs tenant compte de la question du VIH.

Encadré 6 : Les réponses au questionnaire de l'ONUSIDA sur les Engagements et moyens d'action nationaux

Les réponses par pays au questionnaire de l'ONUSIDA sur les Engagement et moyens d'action nationaux (anciennement indice composite des politiques nationales) (NCPI) pour 2005, 2007 et 2010 confirment que des progrès ont été réalisés. De 2005 à 2010, parmi les répondants classés parmi les pays où l'épidémie de VIH est généralisée, concentrée ou de faible niveau (75 pays en 2005, 103 en 2007 et 107 en 2010) :

- Le pourcentage de pays où le secteur de l'éducation figure dans la stratégie multisectorielle de réponse au VIH est passé de 80 % à 95,3 %, celui des pays où les activités du secteur de l'éducation disposent d'un budget spécifique au VIH est passé de 0 % à 72,9 % et le pourcentage de pays se préoccupant d'améliorer l'environnement scolaire est passé de 0 % à 94,4 %.
- Le pourcentage de pays dotés d'une politique ou d'une stratégie visant à offrir aux jeunes une éducation à la santé sexuelle et reproductive axée sur la lutte contre le VIH est passé de 81,3 % à 96,3 %, et le pourcentage de pays dotés d'une stratégie d'éducation au VIH pour les jeunes non scolarisés est passé de 0 % à 80,4 %.
- Le pourcentage de pays déclarant que la réponse au VIH fait partie du programme scolaire est passé de 50,7 % à 75,7 % pour les écoles primaires, de 65,3 % à 92,5 % pour les établissements du secondaire et de 0 % à 84,1 % pour les écoles supérieures et les instituts de formation des enseignants.

Davantage de pays déclarent désormais dispenser une éducation au VIH. Il est essentiel que l'éducation au VIH soit intégrée dans le programme scolaire, que ce soit par le biais de l'enseignement des compétences à la vie courante ou dans le cadre d'autres matières, pour faire en sorte qu'elle soit abordée sérieusement et véritablement enseignée. En 2011-2012, 31 des 39 pays étudiés (79 %) ont indiqué dispenser un apprentissage général des compétences à la vie courante aux premier et deuxième cycles de l'école primaire, soit une légère augmentation par rapport à 2004. Ils ont été plus nombreux à déclarer dispenser l'enseignement des compétences à la vie courante dans les établissements du secondaire : 35 pays (90 %)

dispensaient l'enseignement de ces compétences dans le cadre du premier cycle de l'enseignement secondaire et 32 (82 %) dans le cadre du deuxième cycle de l'enseignement secondaire. La plupart des pays, mais pas tous, ont déclaré qu'il existait des documents de référence pour l'enseignement des compétences à la vie courante et l'éducation au VIH.

Ces conclusions trouvent un écho dans une évaluation de l'enseignement des compétences à la vie courante menée par l'UNICEF en 2012¹³⁸, qui a établi que la couverture de cet enseignement s'étendait à partir du moment où il était intégré dans les systèmes éducatifs et les programmes scolaires nationaux, ainsi que dans une étude récente¹³⁹ consacrée à l'état des lieux de l'éducation au VIH et à la sexualité en Afrique orientale et australe. Cette dernière fait apparaître que 12 pays sur 13 déclaraient avoir fait du VIH et des compétences à la vie courante afférentes un volet obligatoire du programme scolaire, soumis à examen dans huit d'entre eux.

Encadré 7 : L'enseignement des compétences à la vie courante

« L'enseignement des compétences à la vie courante est un outil important pour donner aux jeunes les moyens de négocier et d'arbitrer les difficultés et les risques de l'existence, et pour leur permettre de participer utilement à la vie sociale. L'UNICEF milite en faveur de l'enseignement de ces compétences et a apporté son soutien à des programmes d'enseignement des compétences à la vie courante dans de nombreux pays. Une évaluation mondiale a été commanditée par le Bureau d'évaluation de l'UNICEF afin d'estimer la pertinence, la couverture, l'efficacité, l'efficacé et la durabilité des initiatives d'éducation axée sur les compétences à la vie courante. (...) Cette évaluation a établi que ces programmes sont pertinents en ceci que chaque pays les a introduits dans le cadre des réponses nationales en fonction des priorités recensées, ce qui leur permet d'être parfaitement cohérents avec les politiques et plans nationaux et sectoriels. Des éléments factuels montrent que, grâce aux programmes d'éducation axée sur les compétences à la vie courante, les élèves ont pu acquérir des connaissances, des compétences et des attitudes appropriées, que ce soit dans les différentes thématiques du risque ou en termes de compétences à la vie courante générales. Cependant, à côté des examens traditionnels dans lesquels l'acquisition des connaissances tend à l'emporter sur le reste, il n'existe aucun effort de même ampleur pour assurer un suivi et une évaluation systématiques à l'échelle du secteur ou au niveau de l'élève pris individuellement. Par ailleurs, des éléments factuels témoignent de l'influence qu'exercent les normes sociales (qu'elles soient mobilisatrices ou contraignantes) sur la conception, la mise en œuvre et les résultats de l'enseignement des compétences à la vie courante à tous les niveaux. Malgré cela, peu d'interventions d'éducation à ces compétences ont entrepris d'analyser les normes sociales en détail pour connaître leurs répercussions, ou ont explicitement reconnu leur existence et trouvé des moyens adaptés d'y faire face. »

Source: Bureau d'évaluation de l'UNICEF, Global Evaluation of Life Skills Education Programmes, UNICEF, New York, 2012.

L'expression « compétences à la vie courante » tel qu'employée dans cet ouvrage se rapporte à des travaux fondateurs menés par les partenaires de l'initiative Concentrer les ressources sur une santé scolaire efficace (FRESH), parmi lesquels figurent notamment la Banque mondiale, l'OMS, l'UNESCO, l'UNICEF et des organisations de la société civile impliquées dans l'éducation

à la santé axée sur les compétences. Ces travaux se concentrent sur les compétences de communication et interpersonnelles, de prise de décision et de réflexion critique, ainsi que sur les compétences nécessaires pour savoir réagir dans différentes situations et prendre soin de soi. L'un des aspects connexes importants des compétences à la vie courante est la maîtrise des compétences de lecture, d'écriture et de calcul ainsi que d'autres compétences pratiques acquises dans le cadre de l'enseignement et de la formation techniques et professionnels (EFTP), qui sont essentielles pour faire reculer la pauvreté, relancer l'économie et parvenir à un développement durable.

De même, pour 2012, les rapports de pays du Rapport d'activité sur la riposte au SIDA dans le monde (RARSM : voir le chapitre 2 pour de plus amples précisions sur ce système d'établissement de rapport) révèlent que l'ensemble des 21 pays de la région AOA possèdent une politique ou une stratégie visant à promouvoir une éducation au VIH basée sur les compétences à la vie courante à destination des jeunes, et que ces stratégies comportent un volet de santé sexuelle et reproductive adaptée à chaque âge et tenant compte de la dimension de genre. Dans la région AOA, le soutien de l'UNESCO s'efforce en priorité de renforcer la conception des programmes scolaires, la formation des enseignants et les campagnes de plaidoyer en faveur du développement de l'éducation sexuelle.

La mise en œuvre demeure cependant inégale et il existe un décalage important entre les différents standards de qualité relatifs à la conception et à la mise en œuvre. Les conflits de priorités, les pénuries d'enseignants, les programmes scolaires surchargés, le manque de supports d'enseignement et la tendance à privilégier les matières traditionnelles soumises à examen font que l'apprentissage des compétences à la vie courante est souvent la première matière à être supprimée.

Les enseignants doivent être habilités, soutenus et compétents pour bien former les élèves à la lutte contre le VIH et à d'autres sujets « sensibles ». La formation des enseignants est un aspect primordial. L'enquête GPS a établi que le nombre de pays fournissant des orientations aux enseignants s'était accru depuis 2004, à une époque où seuls 16 pays sur 30 déclaraient le faire. En 2011-2012, les pays ont fait état de niveaux relativement élevés de formation continue et de niveaux un peu plus faibles de formation initiale¹⁴⁰. Ce mode de formation professionnelle va dans le bon sens, mais il nous faut dans le même temps tenir compte du contexte général et des conditions dans lesquelles les enseignants exercent leur métier – soutien administratif, versement d'une rémunération convenable et à date fixe, et charges de travail soutenables, entre autres – car cela peut soit favoriser soit ralentir

la mise en œuvre des compétences fraîchement acquises. L'information des parents et des autres membres de la communauté est elle aussi essentielle pour que les enseignants soient mieux acceptés et perçus comme légitimes. L'enquête GPS a établi que le nombre de pays assurant l'information des parents avait augmenté, passant de 8 sur 30 (27 %) en 2004 à 18 sur 30 (60 %) en 2011-2012.

Les données de l'enquête GPS montrent que l'ampleur des efforts consacrés par les pays à la réponse au VIH et à la gestion des ressources humaines varie considérablement. Les pays où l'épidémie est généralisée ont tendance à adopter une approche plus globale. Mais très peu de pays avaient analysé l'impact de l'épidémie sur leurs besoins et leurs recrutements de personnel dans le secteur de l'éducation, et la situation s'est peu améliorée depuis 2004. En 2011-2012, seuls 26 % des pays étudiés ont déclaré avoir procédé à une analyse de ce type.

Les améliorations apportées aux cadres politiques sont en revanche incontestables. Des politiques de non-discrimination et de confidentialité existaient dans la plupart des pays, et le nombre de pays dotés d'une politique de lutte contre le VIH en milieu professionnel a doublé – par rapport à un niveau de départ très faible toutefois. Comme pour d'autres aspects de la réponse, la mise en œuvre des politiques est source de difficultés. La proportion de pays mettant en œuvre des programmes de sensibilisation et de prévention à destination des personnels du secteur est passée de 33 % en 2004 à 50 % seulement en 2011-2012. Des dispositifs de distribution de préservatifs et d'aiguillage n'étaient proposés aux personnels que dans 50 % des pays en 2011-2012.

Des progrès ont été réalisés dans la prise en charge des besoins des enfants et des jeunes vulnérables. L'enquête 2011-2012 a établi que 94 % des pays où l'épidémie est généralisée avaient mis en place des programmes pour répondre aux besoins des orphelins et des enfants vulnérables. Sur les 39 pays, 95 % ont déclaré accorder la gratuité de l'enseignement à ces enfants, 77 % ont déclaré disposer d'un programme d'alimentation scolaire et 65 % ont déclaré que les enseignants étaient formés à prendre en charge les élèves infectés par le VIH. Mais ce soutien n'est pas nécessairement disponible dans tous les établissements scolaires ou dans toutes les régions, et certains programmes d'alimentation scolaire, par exemple, sont fonction des moyens disponibles mois par mois. De plus, nul ne sait quelle proportion d'enfants est concernée.

Enfin, une grande partie des pays étudiés a déclaré déployer des efforts pour toucher les jeunes déscolarisés. Sur les 17 pays où l'épidémie est généralisée, 15 ont fait état d'actions destinées à toucher ce groupe de population. Mais ce n'était le cas que dans un peu plus de la moitié des pays où l'épidémie est concentrée.

Résumé

Ce chapitre a décrit l'évolution de la réponse au VIH, qui était à l'origine une réponse d'urgence à une crise de santé publique caractérisée par des programmes disparates, avant de devenir une réponse intégrée dans le cadre général de la santé scolaire au sein, par exemple, de l'enseignement des compétences à la vie courante et de l'éducation sexuelle complète. Nous avons vu que l'éducation au VIH moderne bénéficie globalement d'un soutien systémique, tant au plan des politiques que de la formation ; mais comme le montrera le chapitre suivant, les missions et les approches de cet enseignement continuent de faire débat, de même que les problèmes de mise en œuvre.





Chapitre 2

Défis et débats actuels

Une qualité et un mode d'enseignement médiocres

Des problèmes considérables demeurent. L'un d'entre eux est de parvenir à pérenniser les efforts sur la durée pour faire en sorte que de nouvelles cohortes d'enfants et d'adolescents reçoivent une éducation au VIH. Se pose également le problème de l'amélioration des niveaux de connaissances, qui sont aujourd'hui intolérablement bas chez les jeunes. Cette faiblesse des connaissances tient à l'inadéquation de la qualité et de l'enseignement de l'éducation au VIH, mais est également imputable à l'incapacité à mettre en œuvre l'éducation sexuelle complète à grande échelle, notamment dans les pays où l'épidémie est de faible niveau et concentrée, ainsi qu'à tous les échelons du système éducatif. Cela est dû en partie aux problèmes sous-jacents du secteur tels que, par exemple, l'inertie et le manque de moyens des ministères de l'Éducation, et en partie au caractère controversé de l'éducation sexuelle. L'insuffisance des financements en faveur de l'éducation sexuelle complète est également imputable aux débats d'ordre général sur les résultats à attendre de ce type d'enseignement, et aux problèmes afférents pour démontrer et évaluer son impact.

De faibles niveaux de connaissances sur le VIH chez les jeunes

Au terme de trois décennies d'épidémie, en dépit de la baisse des taux d'infection dans un certain nombre de pays et bien que de nombreux jeunes reçoivent une éducation au VIH, les niveaux de connaissances des élèves demeurent intolérablement bas. En 2012, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, seuls 24 % des jeunes femmes et 36 % des jeunes hommes ont répondu correctement aux cinq questions sur la prévention du VIH et la transmission du VIH qui figuraient dans le baromètre international des connaissances sur le VIH des jeunes de 15-24 ans¹⁴¹. Paradoxalement, ces données montrent également qu'au cours des 30 dernières années des millions de jeunes ont été en contact avec ce qui peut être considéré comme un nouveau corpus de connaissances.

Encadré 8 : La réponse du secteur de l'éducation dans les Caraïbes

La réponse du secteur de l'éducation au VIH bénéficie dans les Caraïbes d'un niveau d'engagement important, et les efforts de consolidation de cet engagement ont été appuyés par le Réseau des coordinateurs de la lutte contre le VIH et le SIDA du secteur de l'Éducation (EduCan) qui a été créé en 2006 sous le patronage des ministères de l'Éducation caribéens et des autorités nationales de lutte contre le SIDA. Un bilan sommaire réalisé par l'EduCan en 2008 à Anguilla, à Antigua, aux Bahamas, à la Barbade, au Belize, à la Dominique, à la Grenade, au Guyana, à la Jamaïque, à Saint-Kitts-et-Nevis, à Sainte-Lucie, à Saint-Vincent-et-les-Grenadines et à Trinité-et-Tobago a établi que la réponse du secteur au VIH bénéficiait de politiques propices. Les ministères de l'Éducation de 10 des 13 pays s'étaient dotés d'un cadre permettant de gérer et d'intégrer leur réponse, ainsi que d'une politique nationale de gratuité de l'enseignement destinée à aplanir les difficultés pour les orphelins et les enfants vulnérables. Sur les 13 pays, 12 étaient dotés d'une stratégie nationale de lutte contre le VIH, 6 d'une stratégie sectorielle de lutte contre le VIH dans l'éducation et 9 d'un plan d'action sectoriel de lutte contre le VIH dans l'éducation.

Dans l'ensemble de ces 13 pays, le secteur de l'éducation dispense aux élèves et aux personnels des établissements scolaires une éducation axée sur les compétences à la vie courante comportant un volet de prévention du VIH, principalement dans le cadre de l'éducation à la santé et à la vie familiale. De plus, les approches des établissements en matière d'enseignement de ces compétences sont basées à la fois sur le programme scolaire et sur l'éducation par les pairs. Tous les pays ont par ailleurs déclaré que leurs enseignants étaient formés à dispenser une éducation préventive au VIH, même si cet apprentissage se fait bien plus largement dans le cadre de la formation continue que de la formation initiale. Les ministères de l'Éducation de 9 des 13 pays étaient dotés de politiques ou de réglementations de lutte contre le VIH en milieu professionnel permettant aux personnes touchées par le virus de bénéficier d'un environnement inclusif.

Source: EduCan et al., Strengthening the Education Sector. Response to School Health, Nutrition and HIV/AIDS in the Caribbean Region: A Rapid Survey of 13 Countries, EduCan, Christ Church, 2009.

En Afrique, environ 60 000 élèves de niveau de fin de primaire (grade 6) d'un âge moyen de 13,5 ans ont été soumis, ainsi que leurs enseignants, au test de connaissances sur le VIH et le SIDA (HAKT) – test commandité en 2007 par les quinze ministères locaux de l'Éducation en association avec le SACMEQ ou Consortium de l'Afrique australe et orientale pour le pilotage de la qualité de l'éducation – dans plus de 2 500 établissements des pays membres du consortiumSIDA. Il a été établi que seuls 36 % des élèves atteignaient le niveau de connaissances « minimal » et 7 % seulement le niveau « souhaitable ». De surcroît, ces moyennes masquent des disparités importantes entre les différents pays. La proportion d'élèves ayant un niveau de connaissances minimal s'échelonnait de 70 % à 7 %, et la proportion de ceux ayant un niveau de connaissances souhaitable de 24 % à 2 %. La proportion d'élèves atteignant le niveau de connaissances minimal se situait sous la moyenne des 36 % dans 7 des 15 pays, et la proportion d'élèves atteignant le niveau de connaissances souhaitable se situait sous la moyenne des 7 % dans 9 de ces 15 pays¹⁴².

Il existe toujours des niveaux d'ignorance élevés au sujet du VIH et des rapports sexuels en général dans d'autres régions telles que l'Asie et le Pacifique¹⁴³. Par exemple, une évaluation récente du Programme d'éducation des adolescents de l'Inde, qui est mis en œuvre depuis 2005 et concerne

chaque année près de 400 000 élèves, a établi qu'il restait beaucoup à faire pour « améliorer les niveaux de connaissances des élèves sur les questions relatives à la transmission et la prévention du VIH »¹⁴⁴. Au Viet Nam, seuls 30,5 % des jeunes femmes de 15-24 ans ont des connaissances complètes au sujet du VIH¹⁴⁵. En Chine, seuls 43 % des jeunes interrogés dans le cadre d'une étude récente ont déclaré savoir utiliser correctement un préservatif¹⁴⁶. Cela est peut-être dû en partie à la priorité accordée aux populations clés, qui conduit à négliger les besoins et les droits globaux des adolescents d'être informés sur les rapports sexuels, la sexualité et la santé reproductive¹⁴⁷.

Les données rapportées indiquent que les niveaux de connaissances sont également relativement bas dans les Caraïbes. Sur les six pays de la région qui ont rendu compte des connaissances des jeunes en matière de transmission du VIH lors de l'établissement des rapports de l'UNGASS en 2010, seuls Cuba, la Jamaïque et Trinité-et-Tobago ont fait état de niveaux de connaissances de plus de 50 %. Cinq pays ont rendu compte des connaissances sur le VIH des jeunes qui s'injectent des drogues, des jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des jeunes professionnel(le)s du sexe : les niveaux de connaissances s'échelonnaient de 5 % chez les jeunes professionnel(le)s du sexe en Haïti, à 65 % chez les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à Cuba.

Dans la plupart des pays de l'Europe orientale et de l'Asie centrale, les jeunes savent comment prévenir la transmission sexuelle du VIH, mais peu d'entre eux possèdent des connaissances complètes. Sur 14 pays pour lesquels des données sont disponibles, seul le Bélarus fait état d'un niveau relativement important de connaissances complètes sur le VIH chez les jeunes (62,7 %), tandis que dans les autres la proportion de jeunes de 15-24 ans ayant une connaissance correcte du VIH ne dépasse pas 40 %¹⁴⁸. Parallèlement, l'âge des premiers rapports sexuels est précoce chez une importante proportion de jeunes et le pourcentage de ceux qui déclarent avoir eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans a augmenté dans un certain nombre de pays^{149,150}.

En dépit de l'importance de la transmission du VIH par voie d'injection sans respect de l'hygiène dans certaines régions, il existe peu d'informations sur ce que les jeunes savent de ce mode de transmission et aucune donnée n'est recueillie à ce sujet dans le cadre du RARSM (voir plus loin dans ce chapitre pour de plus amples précisions sur ce mécanisme de compte rendu).

Les lacunes des programmes scolaires d'éducation au VIH et à la sexualité

L'expérience de la dernière décennie a généré un socle d'éléments factuels de plus en plus fourni concernant l'éducation au VIH et à la sexualité. De manière générale, les programmes couronnés de succès sont ceux qui ont adopté une approche globale¹⁵¹ et un apprentissage participatif centré sur l'élève, par opposition à une approche pédagogique plus traditionnelle centrée sur l'enseignant¹⁵². L'éducation sexuelle complète repose sur une conception élargie de la sexualité, qui intègre aussi bien les droits humains et l'égalité des genres que les rapports sexuels à moindre risque et la contraception. La sexualité y est considérée comme une dimension du potentiel humain, et l'objectif est d'aider les enfants et les jeunes à comprendre leur sexualité et à nouer des relations responsables et épanouissantes à chaque stade de leur existence, mais aussi à acquérir les compétences dont ils ont besoin pour se protéger contre les risques possibles¹⁵³.

Cette approche globale est différente des approches traditionnelles de l'éducation sexuelle, qui avaient tendance à privilégier les risques liés aux rapports sexuels que sont notamment le VIH, les autres IST et les grossesses non désirées, et à laisser de côté les dimensions de droits et d'égalité. Ce type d'approche traditionnelle a souvent été incapable d'apporter aux enfants et aux jeunes les informations et les compétences dont ils ont besoin, ou d'être en adéquation avec les réalités de leur existence. À rebours des tactiques alarmistes et autres approches choc de prévention de la maladie qui ont été employées lors des premiers stades de la riposte, l'éducation sexuelle complète peut aider les élèves à acquérir des attitudes et des compétences saines en matière de rapports sexuels et de relations de couple¹⁵⁴.

La faiblesse des niveaux de connaissances témoigne du manque d'envergure de l'éducation au VIH et à la sexualité. Les conclusions de l'enquête GPS montrent que les programmes scolaires et les supports d'enseignement de l'éducation au VIH et à la sexualité ne sont pas toujours complets. Par exemple, une étude récente des programmes de prévention du VIH en milieu scolaire en Chine a établi qu'ils avaient tendance à donner la priorité à une « approche d'abstinence totale » privilégiant « l'autodiscipline » et la « morale sexuelle », et incitant à retarder l'âge des premiers rapports sexuels¹⁵⁵.

Une évaluation des programmes scolaires de 10 des pays les plus gravement touchés de la région AOA¹⁵⁶ a mis en évidence un certain nombre de lacunes :

- Les références à la sexualité avaient tendance à être négatives et fondées sur la peur.
- D'autres aspects clés des rapports sexuels et de la santé sexuelle étaient absents, et il n'y avait notamment pas d'informations sur la procréation, les IST, l'avortement, et les lieux permettant d'avoir accès à des préservatifs et des services de santé sexuelle.
- La majorité des programmes scolaires traitait exclusivement du processus biologique que représente la puberté, sans aborder les transformations de l'environnement social (l'intensification du harcèlement ou la surveillance des parents, par exemple) qui peut elle aussi donner lieu à une gêne considérable et à des sentiments complexes chez les filles pubères.
- La majorité des programmes scolaires ne se préoccupait pas suffisamment d'autonomiser les jeunes, de leur donner les moyens d'agir ou de leur inculquer les compétences nécessaires pour protéger leurs intérêts.
- La majorité des programmes scolaires n'abordait pas la question des droits sexuels et aucun d'entre eux ne traitait correctement la question de la diversité sexuelle.

De plus, intentionnellement ou non, de nombreux programmes scolaires continuaient de privilégier l'abstinence et refusaient de tenir compte du fait qu'un nombre significatif d'adolescents et de jeunes sont sexuellement actifs ou peuvent décider d'être sexuellement actifs avant le mariage. L'évaluation a établi, par exemple, que la majorité des programmes scolaires ne contenait pas suffisamment d'informations de base sur la contraception et les préservatifs masculins et féminins, alors même que le fait d'être informé sur ces sujets est un facteur de protection majeur.

En 2010, sept pays de l'Europe orientale et de l'Asie centrale – Azerbaïdjan, Bélarus, Fédération de Russie, Kazakhstan, Kirghizistan, Ouzbékistan et Ukraine – ont déclaré que de 58 % à 100 % de leurs établissements scolaires dispensaient une éducation au VIH axée sur les compétences à la vie courante. Cela ne s'est cependant pas traduit par des niveaux élevés de sensibilisation des élèves. En Ukraine par exemple, bien que l'éducation au VIH figurât au programme scolaire de tous les établissements d'enseignement depuis 2001, seuls 40 % des jeunes de 15-24 ans possédaient des connaissances complètes en 2011. Les niveaux de connaissances étaient inférieurs à 40 % dans la Fédération de Russie, au Kazakhstan, au Kirghizistan et en Moldavie, et n'atteignaient que 12,5 % en Ouzbékistan. Les mauvais résultats d'apprentissage

de la région sont imputés à un ensemble de facteurs tels que, notamment, le caractère irrégulier et incohérent de l'enseignement, l'attribution d'un nombre insuffisant d'heures de cours, une pédagogie didactique centrée sur l'enseignant et le passage sous silence des sujets « sensibles »^{157,158}. Le temps consacré à l'éducation au VIH et à la santé sexuelle et reproductive dans des matières obligatoires comme la biologie ou l'apprentissage des compétences à la vie courante est généralement trop faible pour permettre aux élèves d'acquérir des connaissances approfondies ainsi que les compétences requises pour mener une existence saine et protégée. Les établissements d'enseignement sont souvent mal dotés en ressources documentaires et ne disposent pas de locaux adaptés pour favoriser des approches interactives d'enseignement et d'apprentissage.

La plus grande partie de l'enseignement dispensé en milieu scolaire ne traite pas de la sexualité, des comportements sexuels ou des droits reproductifs et sexuels, même s'il existe quelques exceptions. Dans les Caraïbes par exemple, le programme scolaire de l'éducation à la santé et à la vie familiale aborde la sexualité et la santé sexuelle. La diversité des genres, et en particulier la question des personnes transgenres, est souvent laissée de côté, et lorsque ce n'est pas le cas, elle est présentée comme une « anomalie »^{159,160}, comme par exemple dans les cours destinés aux élèves de niveau troisième (grade 9) en Serbie. Les manuels d'éducation sexuelle destinés aux enseignants qui ont été publiés au Bélarus en 2008-2010 définissaient l'homosexualité et la bisexualité comme un trouble psychosexuel¹⁶¹. En 2013, la Fédération de Russie a adopté une loi punissant d'une amende toute personne ou organisation qui partagerait avec des mineurs (moins de 18 ans) des informations évoquant des « rapports sexuels contraires à la tradition » et pouvant donner « l'impression fallacieuse » que les relations gays et lesbiennes sont « équivalentes sur le plan social » aux unions hétérosexuelles. En outre, l'éducation au VIH a également eu tendance à privilégier la transmission sexuelle, en négligeant le rôle joué par la consommation de drogues injectables sans respect de l'hygiène dans la transmission du VIH dans de nombreuses parties du monde.

Un autre défaut des programmes scolaires actuels d'éducation sexuelle et à la santé reproductive, et notamment d'éducation au VIH, est de trop souvent se concentrer exclusivement sur la prévention et de négliger, ce faisant, la prise en compte et le traitement des besoins et des droits spécifiques des jeunes hommes et femmes vivant avec le VIH en termes de santé sexuelle et reproductive. Les jeunes vivant avec le virus sont confrontés au quotidien à des stigmatisations et à des discriminations qui vont du harcèlement et de diverses pratiques d'appel à la vindicte publique, au refus

de les laisser accéder à l'éducation (quand la diffusion de l'enseignement est conditionnée à la divulgation du statut sérologique). En outre, en raison de la culpabilisation constamment et inextricablement associée au VIH, les élèves séropositifs subissent une autostigmatisation dont le poids s'ajoute au fardeau physique que représente l'infection. Pour être efficace, l'éducation sexuelle complète doit être à la fois inclusive et non stigmatisante, c'est-à-dire qu'elle doit combattre le harcèlement sexuel et fondé sur le genre et promouvoir l'égalité des genres, mais aussi prendre en considération l'existence, les besoins et les droits (droits à l'éducation, à la vie privée, à des relations amoureuses et sexuelles épanouissantes) de tous les jeunes vivant avec le VIH¹⁶².

Il existe également des débats constants pour déterminer si l'éducation au VIH et à la sexualité devrait constituer une matière autonome dispensée par des enseignants spécialisés, ou être intégrée dans le programme scolaire. Quelle que soit l'approche adoptée, cet enseignement ne peut être dispensé qu'à condition de lui allouer un temps suffisant. Une étude consacrée aux enseignants canadiens et à l'éducation au VIH^{163,164} a mis en évidence les problématiques liées au temps et à la place accordés tout particulièrement à l'éducation au VIH et à la sexualité dans le programme scolaire, dans la mesure où il ne s'agit pas d'une matière autonome mais d'un sujet intégré dans d'autres matières. Les enseignants avaient le sentiment de ne pas disposer de suffisamment de temps et de n'avoir ni la formation ni les moyens nécessaires pour dispenser un enseignement de qualité. Une étude sur l'éducation à la santé et à la vie familiale menée par l'UNICEF dans quatre pays de la région Caraïbes a identifié les mêmes problèmes de mise en œuvre. Malgré leur motivation, les enseignants ont indiqué que le temps dont ils disposaient pour ces cours était pour eux un sujet de préoccupation, et qu'ils rencontraient des difficultés constantes pour organiser leurs heures de cours par rapport aux autres priorités et aux contraintes de l'emploi du temps scolaire. De plus, beaucoup d'enseignants avaient peu d'expérience pratique des stratégies pédagogiques interactives qui font partie intégrante de l'Éducation à la santé et à la vie de famille (ESVF)¹⁶⁵.

Encadré 9 : L'intégration du VIH dans le programme scolaire

De nombreux pays de la région Asie et Pacifique déclarent intégrer la lutte contre le VIH dans leur programme scolaire (en fonction du pays, cet enseignement peut s'intituler éducation à la santé reproductive, éducation à l'adolescence, éducation à la vie familiale, éducation axée sur les compétences à la vie courante ou éducation sexuelle). Sur 28 pays, 12 déclarent aborder la lutte contre le VIH au niveau du primaire¹⁶⁶, et 2 autres pays indiquent avoir l'intention de le faire dans un avenir proche ; 22 des 28 pays¹⁶⁷ déclarent aborder la lutte contre le VIH dans le programme scolaire du secondaire. Il existe peu d'informations concernant l'intégration de ce sujet dans les programmes scolaires du supérieur. Un peu moins des deux tiers des pays déclarent intégrer des contenus relatifs à la lutte contre le VIH dans la formation des enseignants¹⁶⁸.

En Europe orientale et de l'Asiecentrale, par exemple, bien qu'il existe des différences significatives d'approche, de contenu et d'ampleur en matière d'éducation à la santé et à la sexualité axée sur les compétences à la vie courante, tous les pays ont intégré la prévention du VIH dans les matières obligatoires ou dans les cours optionnels. Mais la mise en œuvre est assez inégale, la proportion d'école ayant déclaré dispenser une éducation au VIH en 2009 s'échelonnant de 16,5 % en Bulgarie à 100 % en Azerbaïdjan et en Ouzbékistan.

Dans les pays d'Afrique australe, les ministères de l'Éducation ont adopté une politique d'imprégnation et d'intégration par volonté d'inclure cette thématique et de la conserver à l'ordre du jour des apprentissages. Voici les définitions données par un programme scolaire du Botswana :

« Imprégnation : Elle consiste à incorporer les questions relatives à la lutte contre le VIH et le SIDA dans le contenu d'autres matières en veillant à ce qu'elles s'harmonisent bien avec le reste de l'enseignement. Cette méthode permet de diffuser la lutte contre le VIH dans autant de matières que possible, de manière à ce que les élèves soient fréquemment en contact avec les questions traitées. L'imprégnation permet par conséquent de faire en sorte que la lutte contre le VIH fasse partie de chaque aspect du programme scolaire, comme les documents programmatiques et pédagogiques par exemple. L'imprégnation ne nécessitant pas d'affinités particulières entre les sujets, comme c'est le cas pour l'intégration, il est facile d'aborder les notions à inculquer.

Intégration : Elle consiste à combiner deux matières ou davantage pour ne faire plus qu'une seule discipline, les études scientifiques et sociales intégrées par exemple. L'intégration peut aussi consister à incorporer une matière mineure ou porteuse au sein de thématiques communes ou étroitement liées. Les matières concernées peuvent répondre à différents objectifs de la lutte contre le VIH ; par exemple, les sciences naturelles, la morale, l'économie familiale sont appelées matières porteuses « majeures ». Les matières qui ne permettent pas d'incorporer un aussi grand nombre de questions sont appelées matières porteuses « mineures ». Bien que l'intégration ne soit pas aussi répandue que l'enseignement par imprégnation, elle présente beaucoup d'intérêt pour l'éducation au VIH en ceci qu'elle permet à l'enseignant de faire en sorte que les questions relatives au VIH soient abordées au fur et à mesure qu'elles apparaissent dans les objectifs d'enseignement, grâce au fait notamment qu'il devient possible de les évaluer. »¹⁶⁹

Les limites propres au cadre de la classe et aux méthodes d'enseignement

L'effectif des classes a un impact majeur sur les stratégies que les enseignants peuvent déployer à l'échelle de la salle de classe. Dans beaucoup de pays en développement, en particulier en Afrique où les taux de scolarisation ont augmenté rapidement ces dernières années, les classes sont souvent très nombreuses. Les enseignants peuvent, dans certains établissements, avoir des classes de cent élèves voire davantage. De plus, les classes comportent

souvent des élèves d'âges différents, en particulier dans les lieux où beaucoup d'enfants commencent l'école tardivement ou redoublent. Des effectifs importants mêlant différentes classes d'âge sont moins propices à l'utilisation des méthodes participatives et centrées sur l'élève qui permettent aux enfants et aux jeunes de prendre conscience de leurs attitudes et d'acquérir des compétences. Quand le groupe est important, il est difficile de veiller à ce que tous les élèves participent pleinement et à égalité, ou de couvrir une large palette d'aptitudes et de besoins.

Quand les effectifs sont élevés, même les meilleurs enseignants ont des difficultés à maintenir la discipline et à créer parallèlement un espace de discussion ouvert et sûr pour aborder des sujets sensibles. Les enseignants doivent posséder des compétences de gestion de la classe et savoir nouer avec leurs élèves des liens qui aident ces derniers à se développer sainement. Cela signifie qu'il faut examiner quelles sont les sources d'autorité, de pouvoir et de hiérarchie dans la salle de classe, et créer un espace pour dialoguer ouvertement et sans risque tout en étant capable de maintenir la discipline⁷⁰. À cet égard, de nouvelles idées prometteuses sont en train de voir le jour dans le domaine de la formation des enseignants. L'une d'elles consiste par exemple à utiliser les techniques de recherche-action pour étudier les dynamiques de genre qui sont à l'œuvre à l'école et dans le processus éducatif⁷¹.

La mise en œuvre de l'éducation au VIH a également fait l'objet de différentes approches pédagogiques. Il existe d'un côté la conception selon laquelle l'élève est un récipiendaire passif des connaissances délivrées par l'enseignant. L'éducation précoce au VIH s'est développée sur cette base, et les informations étaient dispensées aux élèves avec la conviction qu'elles pourraient se traduire en actes. Nous savons que cette conception est trop simpliste et qu'elle ne correspond pas au vécu des élèves. Il existe de l'autre côté l'idée que l'apprentissage est bien un phénomène beaucoup plus complexe qu'un simple transfert hiérarchique de l'information. Les élèves ne partent pas du néant quand ils reçoivent de nouvelles informations ; ils sont au contraire porteurs d'une expérience personnelle du sujet, et pour être utile, l'information doit être intériorisée et contextualisée. Les partisans de cette conception affirment que si l'approche du « récipiendaire » peut fonctionner dans certaines disciplines comme les mathématiques, elle est moins efficace face aux sujets plus concrets que sont, par exemple, la lutte contre le VIH et la sexualité, pour lesquels les élèves ont besoin d'être acteurs de leur apprentissage pour pouvoir transformer l'information en comportements sains dans le milieu où ils vivent.

Des enseignants mal préparés et peu soutenus

L'expérience a montré qu'une éducation au VIH et à la sexualité efficace reposait sur la présence d'un personnel pédagogique compétent, motivé et bénéficiant d'une formation de qualité, mais aussi d'un encadrement, d'une supervision et d'un soutien constants^{172,173}. Faute d'enseignants qualifiés capables de discuter avec les élèves de manière ouverte, honnête et sans jugement de valeur pour les aider à comprendre le risque auquel ils sont exposés dans leur environnement, et capables également d'utiliser des approches participatives, même le meilleur programme scolaire ne donnera que de maigres résultats. Les enseignants sont souvent considérés comme des professionnels formés à enseigner n'importe quel sujet, mais dans les faits ils ne maîtrisent pas forcément bien les connaissances ou les techniques d'enseignement participatives et interactives qui sont requises pour dispenser l'éducation au VIH avec succès.

Le nombre d'enseignants formés a nettement augmenté au cours de la dernière décennie, comme le montrent les conclusions de l'enquête GPS présentées au chapitre précédent. Le programme susmentionné EPT/SIDA a formé, selon un système de formation en cascade, 200 000 enseignants dans près de 50 pays d'Afrique, d'Asie, d'Amérique latine et des Caraïbes. Une évaluation indépendante a conclu qu'« au vu des données de l'évaluation, il semble ne faire aucun doute que les enseignants formés dans le cadre du programme ont amélioré leur connaissance et leur compréhension du VIH et du SIDA. Dans une bonne partie des pays où le programme a été mis en œuvre, peu de formations sont proposées aux enseignants sur ce sujet spécifique »¹⁷⁴. Elle a également établi que « pour les enseignants, le fait d'avoir participé à ce programme a renforcé leurs compétences d'enseignement (méthodes et outils d'enseignement, compétences pédagogiques) au-delà même de la lutte contre le VIH, puisque ces compétences nouvelles peuvent également s'appliquer dans un ensemble de matières »¹⁷⁵. De plus, « les enseignants affirment avoir davantage d'assurance et d'estime de soi pour aborder la question du VIH. Les enseignants formés se sentent plus à l'aise pour parler des questions liées au virus ainsi que d'autres sujets sensibles soumis à des tabous, que ce soit dans l'enceinte de la classe ou au-dehors »¹⁷⁶. L'évaluation a relevé par ailleurs que les formations avaient des retombées positives au sens où « le renforcement de leur estime de soi et de leur amour propre s'est également manifesté, chez les enseignants formés, par l'adoption d'une attitude plus positive à l'égard de leur métier. Dans une grande partie des pays étudiés, le métier d'enseignant n'est pas considéré comme une carrière prometteuse, que ce soit en termes de statut ou de rémunération. Le programme a été une manière de reconnaître leur professionnalisme,

ainsi que la valeur de la contribution qui peut être la leur grâce à leurs compétences et à leur place dans la société »¹⁷⁷.

Mais malgré ces chiffres et ces résultats impressionnants, ce programme s'est appuyé sur le modèle de formation en cascade pour toucher les enseignants à l'échelle de pays entiers et la qualité de la formation aux niveaux inférieurs de la cascade est une source de préoccupation¹⁷⁸. Cette méthode se caractérise notamment par le manque de moyens dont elle souffre, et par le fait que l'éducation axée sur les compétences à la vie courante a souvent été impulsée par les bailleurs de fonds sans nécessairement faire partie du programme scolaire général¹⁷⁹.

Selon un rapport de l'UNICEF publié en 2012¹⁸⁰, beaucoup de gens réclament un renforcement de la formation et du soutien des enseignants, mais peu d'éléments factuels font état d'approches de formation professionnelle et à l'éducation participative des enseignants qui soient en mesure de répondre efficacement à des demandes visant spécifiquement l'enseignement de l'éducation axée sur les compétences à la vie courante, et non pas simplement son contenu. L'avis général est que pour être efficace, le mode d'enseignement doit introduire des méthodes d'éducation et d'apprentissage participatives, mais ce type de méthodes se heurte à d'importantes difficultés de mise en œuvre quand les systèmes ont des moyens limités et quand les modes de transmission du savoir sont didactiques et plus traditionnels.

Les conclusions de l'enquête GPS soulignent que les enseignants ne bénéficient pas d'une formation initiale et continue appropriée à l'éducation au VIH et à la sexualité. Des conclusions comparables ont été émises par d'autres études. Par exemple, une évaluation de la formation initiale et continue à l'ESVF des enseignants du Guyana a établi que le temps consacré à ce sujet durant la formation était insuffisant et que les enseignants avaient besoin d'être formés davantage à l'utilisation des activités interactives et participatives¹⁸¹.

En Europe orientale et en Asie centrale, les efforts ont jusqu'à présent surtout privilégié la formation continue pour dispenser une éducation au VIH et une éducation axée sur les compétences à la vie courante, avec dans certains cas (par exemple en Azerbaïdjan, au Bélarus et dans la Fédération de Russie) des programmes de grande envergure déployés principalement grâce au soutien des bailleurs de fonds internationaux et des organismes des Nations Unies. Cette situation commence à évoluer lentement, un certain nombre de pays tels que l'Arménie, la Moldavie et l'Ukraine ayant entrepris d'intégrer la lutte contre le VIH et la santé sexuelle et reproductive dans la formation

initiale dispensée par un panel d'instituts de formation des enseignants. Cependant, dans la mesure où l'éducation sexuelle, à la santé et axée sur les compétences à la vie courante n'est pas une matière obligatoire, il est difficile de déterminer quels enseignants doivent être formés à dispenser des cours que les établissements scolaires peuvent choisir ou non de proposer. Dans le même temps, la formation continue des enseignants de matières obligatoires comme la biologie ou l'éducation civique s'est avérée inadaptée, car nombre d'entre eux ne se sentent toujours ni à l'aise pour parler de sujets sensibles, ni capables d'utiliser des méthodes participatives pour dispenser l'éducation à la santé et axée sur les compétences à la vie courante.

Les nouvelles technologies sont une source d'opportunités. Par exemple, de nombreux instituts de formation des enseignants du Kazakhstan et du Kirghizistan se servent d'un cours en ligne interactif¹⁸², développé avec l'assistance de l'UNESCO, pour sensibiliser les enseignants en formation à la lutte contre le VIH. Dans les Caraïbes, l'UNICEF, l'UNESCO et la CARICOM sont en train de mettre au point un diplôme professionnel en ligne consacré aux approches pédagogiques de l'ESVF qui sera délivré par l'Open Campus de l'Université des Indes occidentales. En Afrique du Sud, des travaux novateurs sur la théorie du discours des enseignants au sujet de la question du VIH ont été menés au sein de la Faculté des Sciences de l'éducation de l'Université du Cap-Occidental. Cependant, une étude du SACMEQ de 2007 a établi qu'il existait un décalage significatif entre les connaissances de l'enseignant et celles de l'élève, ce qui montre que l'efficacité de l'éducation au VIH et à la sexualité n'achoppe pas uniquement sur un problème de manque de connaissances. Une évaluation récente de l'UNICEF a mis en avant le fait que la formation actuelle n'aborde pas suffisamment des éléments aussi importants que les compétences et les attitudes psychosociales des enseignants, et que souvent ces derniers ne se sentent pas habilités à faire cours sur le VIH et la sexualité¹⁸³.

Les éléments factuels issus d'études consacrées de 2000 à 2008 à l'enseignement sur VIH et sur la sexualité dans les classes ont permis d'établir, par ailleurs, que beaucoup d'enseignants n'étaient pas capables de dispenser correctement l'éducation au VIH et à la sexualité, par manque de compétences ou faute de bénéficier d'un environnement propice¹⁸⁴. Par exemple, une étude réalisée au Mozambique a révélé que les enseignants, du premier cycle de l'enseignement primaire en particulier, n'avaient pas les compétences requises pour parler de questions sexuelles sensibles. Il y avait également des difficultés au niveau du secondaire, où les élèves étaient plus expérimentés que les jeunes enfants et posaient souvent des questions complexes. Les jeunes enseignants estimaient souvent que le

soutien de leurs collègues et de l'encadrement contribuait à les motiver à parler du VIH, tandis qu'un manque de soutien avait un impact négatif sur l'enseignement¹⁸⁵.

Les enseignants sont souvent considérés comme des vecteurs neutres d'information¹⁸⁶, mais ils engagent en réalité leur vécu, leurs attitudes et leurs valeurs dans le processus. La pratique de « l'enseignement sélectif », qui consiste pour les enseignants à éviter les contenus avec lesquels ils ne sont pas à l'aise, a été abondamment rapportée¹⁸⁷. La volonté des enseignants à communiquer autour du VIH est également affectée par la crainte que les enfants ne commencent à avoir des rapports sexuels ou ne se dévergentent, ou que les parents ou les responsables religieux ne soient pas favorables à l'éducation sexuelle. Comme l'a commenté un enseignant, « nous serons accusés d'avoir mené au déshonneur »¹⁸⁸. Des enseignants ont exprimé le même type d'inquiétudes dans d'autres études et dans d'autres pays¹⁸⁹. Comme le fait observer Kelly, les enseignants des pays de la région AOA s'interrogent sur leur rôle dans ce type d'enseignement. Ils ont des « problèmes d'angoisse » et des « problèmes de résistance ». Les problèmes d'angoisse se rapportent à la peur d'enfreindre des tabous, de heurter les parents, d'être accusés d'inciter la jeunesse au dévergondage et au relâchement des mœurs, ou à la peur que le fait d'enseigner cette matière ne soit perçu comme un moyen pour eux de laisser libre cours à leurs pulsions personnelles. Les problèmes de résistance sont liés au fait qu'ils doutent que l'éducation sexuelle, la construction d'attitudes sexuelles appropriées et la transmission de préceptes comportementaux très spécifiques relèvent réellement de leur travail d'enseignants, quand l'ensemble de leur formation et de leur instruction a porté sur des sujets d'ordre essentiellement académique¹⁹⁰.

Outre l'enseignement sélectif, les enseignants ont trouvé d'autres moyens d'éviter les sujets difficiles ou épineux. Une étude sur l'éducation au VIH dispensée dans les pays de la région AOA¹⁹¹ a établi que les enseignants choisissaient souvent de privilégier davantage les connaissances que les compétences, et d'utiliser les manuels scolaires au lieu d'impliquer les élèves dans des approches participatives. De la même manière, une autre étude menée au Togo a montré que les enseignants des écoles primaires enseignaient bien la transmission du VIH par voie sexuelle, mais n'expliquaient pas ce que sont les rapports sexuels. Les enseignants ont indiqué qu'ils laissaient le soin d'aborder cet aspect aux experts des organismes extérieurs et ont mentionné les avantages que représente l'intervention de ces organismes dans les établissements scolaires¹⁹².

Des études récentes révèlent que ces problèmes persistent. Par exemple, une étude menée en Tanzanie a établi que les enseignants étaient incapables de parler de sexualité, de rapports sexuels, de l'utilisation du préservatif et de la planification familiale¹⁹³. Les enseignants tanzaniens redoutaient que le fait de parler de sexualité ne pût être un encouragement à avoir une activité sexuelle et estimaient qu'aborder des questions telles que l'homosexualité, la masturbation, les préservatifs et le plaisir sexuel était contraire aux règles, à la culture et à la religion de la communauté. Les auteurs ont fait observer que les enseignants professionnels font partie de la société et qu'ils ne sauraient par conséquent se soustraire à l'influence des normes, de la culture et de la religion de la communauté au sujet de la sexualité des jeunes. Une étude menée dans 5 pays de la région Amérique latine en 2010 a souligné à quel point il est important de renforcer la formation initiale et continue pour donner la possibilité aux enseignants de faire le point sur leurs propres attitudes et de réfléchir aux problématiques liées au manque de temps accordé par le programme scolaire et au manque de moyens¹⁹⁴. Les éléments factuels recueillis dans les Caraïbes indiquent également que les enseignants ont des difficultés à faire cours sur des sujets sensibles¹⁹⁵.

Une étude consacrée aux enseignants canadiens a fait apparaître qu'ils évitaient d'utiliser directement les termes de « VIH » et de « SIDA » et qu'ils employaient à la place des mots tels que « ça » ou « cette situation », ce qui témoigne de leur malaise à aborder le sujet^{196,197}. De plus, les enseignants ne savaient pas comment faire face aux questions liées à l'ethnicité, à la pauvreté et à l'orientation sexuelle. L'auteur a conclu qu'il était nécessaire de mieux informer et former les enseignants, et de leur donner accès à des supports d'enseignement plus adaptés ainsi qu'à l'appui de personnes ressources extérieures. Les enseignants avaient également besoin de davantage de temps pour aborder les sujets sensibles et pour faire leur autocritique et analyser leurs propres valeurs.

« Si tout commence par l'éducation, il faut également que les enseignants prennent constamment en compte le malaise qu'ils éprouvent quand il est question de sujets tels que le VIH/SIDA, ainsi que leur difficulté à identifier leurs propres méconnaissances et partis pris. [...] Les enseignants désireux de parler du VIH/SIDA en classe doivent commencer par s'autoévaluer et faire le point sur leur propre modèle pédagogique. Ils devraient envisager d'un point de vue critique ce qu'ils veulent faire apprendre à leurs élèves et le rôle dont ils souhaitent s'investir en transmettant cette information. Derek [un enseignant interrogé] a admis clairement que la perspective de parler de sexualité

l'intimidait et qu'il avait besoin de garder une certaine réserve. Mais c'est peut-être justement en cela qu'il aurait intérêt à se livrer à un examen approfondi de ses propres valeurs en matière de sexualité et que, par extension, tous les enseignants auraient intérêt à approfondir sérieusement leur conception de la sexualité pour parler du VIH/SIDA. L'ignorance a joué un rôle majeur dans le refus des gens de s'informer sur le VIH/SIDA. Dès lors que les enseignants admettent leur méconnaissance et cessent de se préoccuper de la manière dont ils seront perçus par leurs élèves, ils deviennent plus à même de parler du VIH/SIDA en détail et avec du recul. »¹⁹⁸

Des problèmes de culture et de genre

D'autres recherches ont souligné l'influence de la culture, de l'ethnicité et de la religion sur l'éducation au VIH. Par exemple, une étude consacrée aux établissements scolaires pluriculturels et plurireligieux accueillant des réfugiés au Kenya^{199,200} s'est concentrée sur la dimension de genre et sur les croyances et pratiques pluriculturelles et plurireligieuses, et sur leur impact sur l'enseignement et l'apprentissage dans le domaine de l'éducation au VIH. Elle a conclu que les enseignants n'avaient pas les compétences suffisantes pour encadrer des classes pluriculturelles. Par exemple, si les jeunes filles turkanas et ougandaises chrétiennes participaient activement aux activités d'éducation au VIH, les somaliennes et éthiopiennes musulmanes restaient silencieuses. Elles étaient réservées et timides parce qu'il s'agissait là, dans leur culture et leur religion, d'une manière de faire preuve de respect vis-à-vis des enseignants et des élèves de sexe masculin. Mais les enseignants kényans chrétiens croyaient à tort que ce comportement était un signe de grossièreté, ou s'en sentaient mal à l'aise. À cause de cela, les enseignants évitaient dans certains cas de faire cours sur le VIH ou sur la sexualité. Selon le commentaire d'un enseignant, « quand on vient essayer de leur parler de questions de VIH/SIDA et de sexualité, on les voit regarder par terre, chuchoter, se couvrir le visage, et je trouve que cela fait vraiment un drôle d'effet. Il est assez rébarbatif et embarrassant de faire cours à des filles qui se comportent de cette manière »^{201,202}.

La même étude a également mis l'accent sur l'influence de la dimension de genre dans l'enseignement de l'éducation au VIH et à la sexualité, et en particulier sur l'impact que les rôles de genre adoptés pour des raisons culturelles tant par les enseignants que par les élèves exerce sur les interactions en classe. Par exemple, les élèves réagissaient différemment en fonction du genre de l'enseignant, et inversement. Les filles et les garçons réagissaient également différemment au contenu des cours, les garçons

préférant ce qui se rapportait à la sexualité et les filles préférant les contenus se rapportant à l'amour et à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH. Dans certains cas, la participation d'élèves garçons à l'élaboration des supports pédagogiques sur le VIH a conduit à créer des documents à caractère sexiste qui entretenaient le patriarcat et la domination masculine. Beaucoup de filles trouvaient le comportement des garçons intimidant durant les cours consacrés au VIH, et il leur déplaisait de ce fait que les classes soient mixtes pour l'éducation au VIH.

De surcroît, les enseignants hommes et femmes étaient perçus différemment en fonction de leur âge. Si les enseignants hommes et femmes d'un certain âge étaient vus culturellement comme des « parents » et étaient par conséquent respectés, les jeunes enseignantes étaient vues comme des « camarades de mêmes âges ayant aussi des craintes » et les jeunes enseignants de sexe masculin étaient supposés avoir « des intentions sexuelles » cachées. Les jeunes réfugiées avaient été pour la plupart victimes de harcèlement sexuel et ne faisaient pas confiance aux hommes, y compris aux enseignants de sexe masculin. Les enseignantes étaient vues comme des sources de commérages et, par conséquent, elles n'inspiraient pas confiance non plus.

L'étude insiste sur l'importance de tenir compte de la culture, de la religion et du genre des enseignants et des élèves pour concevoir le mode de diffusion de l'éducation au VIH, et sur la nécessité de faire dispenser l'éducation au VIH et à la sexualité par des enseignants bien formés. D'autres études ont constaté que les enseignants doivent se définir et se positionner par rapport au contenu de l'éducation au VIH pour que ses actions soient pérennes et efficaces, car cela favorise l'adoption d'approches centrées sur l'élève qui permettent d'analyser des questions relatives à la vie telles que l'identité, l'angoisse et la santé²⁰³. Il faut par exemple que les enseignants commencent en premier lieu par analyser leurs propres représentations sur le genre pour pouvoir imaginer des pratiques d'enseignement plus attentives à cette dimension.

Point de vue : Des cours sur le VIH à l'école, le chaînon manquant ?

Cette contribution a été rédigée par Padmini Iyer, Peter Aggleton et David Clarke. Compte tenu du rôle central que jouent les enseignants pour que l'éducation au VIH soit efficace, les auteurs présentent l'état actuel des connaissances sur l'éducation et la formation des enseignants dans ce domaine, et soulèvent des questions clés sur lesquelles des études et des recherches supplémentaires s'imposent.

Introduction

Jusqu'à présent, une grande partie des travaux consacrés à l'éducation et à la lutte contre le VIH au plan international s'est concentrée soit sur les problèmes systémiques – par exemple l'évaluation et la préparation des systèmes éducatifs, la formation des décideurs et du personnel des autorités éducatives – soit sur les supports pédagogiques^{204,205,206}. La nécessité de placer l'éducation au VIH en tête des priorités pour les enseignants – à la fois en termes de préparation et de formation initiales et de formation professionnelle continue – est pourtant de plus en plus largement admise^{207,208,209,210,211,212}. L'absence d'une formation de qualité permettant de sensibiliser les enseignants aux questions qui doivent être traitées dans le cadre de l'éducation au VIH et de leur inculquer les compétences requises pour enseigner cette matière aux élèves représente un obstacle de taille pour la mise en œuvre effective de l'éducation au VIH dans de nombreux pays^{213,214,215,216,217}. La situation est d'autant plus complexe que l'éducation au VIH comporte au moins trois composantes distinctes mais reliées les unes aux autres : l'éducation à la prévention du VIH, l'éducation au traitement et l'éducation destinée à atténuer les effets préjudiciables de l'épidémie sur la société²¹⁸.

Parmi les difficultés et les obstacles à surmonter, les tabous socioculturels (discuter des questions relatives au VIH et à la sexualité, et gêne ou réticence des enseignants à dispenser une éducation au VIH) ont été souvent rapportés^{219,220,221,222,223,224,225,226}. Les convictions politiques et religieuses des enseignants peuvent conduire à bannir les contenus relatifs au VIH des programmes scolaires^{227,228,229}. Le manque de connaissances des enseignants peut conduire à la diffusion d'informations erronées auprès des élèves^{230,231}.

Bien que l'importance d'améliorer l'éducation et la formation des enseignants dans le domaine de l'éducation au VIH (éducation initiale des enseignants et formation professionnelle continue) soit désormais reconnue, peu de travaux de recherche se sont employés à déterminer, par exemple, quel est le modèle d'éducation et de formation des enseignants qui fonctionne le mieux, combien de temps devraient durer les programmes de formation, comment impliquer la communauté dans ces formes d'enseignement, et quelles sont les formes d'enseignement qui sont pratiquées dans les classes par la suite^{232,233,234}.

Que savons-nous du stade de préparation des enseignants ?

Il est largement admis que les enseignants ne peuvent pas dispenser une éducation au VIH en tant que simples « universitaires ou vecteurs de transmission des connaissances »^{235,236,237,238,239}. La maîtrise du contenu de l'enseignement n'est que l'un des aspects grâce auxquels l'enseignant sera préparé à parler du VIH en classe ; il est également impératif, pour accomplir cette tâche, de bénéficier d'un cadre de politiques propice et de faire preuve de volonté et d'assurance²⁴⁰.

Tout en faisant du domaine cognitif une priorité (par exemple, connaître les moyens d'éviter de contracter le virus), il faut aussi, par conséquent, mettre l'accent sur les aspects affectifs de l'éducation (par exemple, analyser ses valeurs personnelles) et modifier les comportements (par exemple, prendre de bonnes décisions)²⁴¹. Le fait d'avoir la possibilité, lors de leur formation, d'analyser leurs propres attitudes en matière de sexualité et leurs comportements, de comprendre le contenu qu'ils enseignent et de prendre de l'assurance vis-à-vis du traitement de sujets sensibles et controversés, peut permettre aux enseignants de « devenir [...] des agents engagés, responsables et efficaces d'une évolution sociale positive »^{242,243,244,245}.

De nombreux chercheurs et professionnels de terrain recommandent d'utiliser des méthodes d'enseignement participatives centrées sur l'élève pour l'éducation au VIH – à destination des enseignants comme des élèves. Mais « parler aux enseignants des stratégies qu'ils pourraient utiliser en classe en termes généraux, sans exemples ni modèles, ne leur permet habituellement pas d'acquérir un niveau de compréhension approfondi »²⁴⁶. Pour faire cours sur le VIH, les méthodes participatives alternatives peuvent choisir de privilégier l'instauration d'un environnement ouvert et sûr tout en promouvant également, de façon adaptée, des comportements déterminés par la culture, le genre et l'âge²⁴⁷. En Afrique du Sud, l'utilisation d'un jeu

de simulation dans le cadre de l'éducation au VIH pour les enseignants en formation initiale représente un exemple de ce type d'approche : les conclusions indiquent que cette nouvelle pédagogie expérimentale s'est révélée particulièrement efficace au regard de la relative ingénuité dont les élèves-enseignants faisaient preuve au sujet de l'enchevêtrement de facteurs biologiques, socioculturels et économiques à l'œuvre dans la transmission du VIH²⁴⁸. À la Jamaïque, il a été établi que les enseignants formés à utiliser des méthodes d'enseignement expérimentales, exercices participatifs, jeux de rôle et arts vivants, étaient plus susceptibles de les utiliser en classe que ceux qui avaient été formés à des pédagogies plus traditionnelles²⁴⁹. De la même manière, il a été établi au Cambodge qu'une formation initiale basée sur des méthodes participatives permettait d'améliorer les connaissances des enseignants sur le VIH²⁵⁰.

Les programmes de formation, aussi bien initiale que continue, sont nécessaires pour bien préparer les enseignants au rôle qui leur revient dans l'éducation au VIH. Il a été constaté que le cadre de la formation initiale « offre l'opportunité aux futurs enseignants d'analyser leurs convictions et leurs préoccupations personnelles » vis-à-vis de l'éducation au VIH ; ce cadre peut également présenter bon rapport coût-efficacité pour lancer ce genre de programmes^{251,252}. Si les programmes de formation initiale des enseignants sont généralement dispensés dans des instituts de formation des enseignants ou des départements de sciences de l'éducation des universités, la formation continue de ceux qui sont déjà en poste se fait souvent sous le parrainage d'organisations internationales ou d'ONG locales, éventuellement avec le soutien du gouvernement et en lien avec le ministère de l'Éducation²⁵³. Or quand elles sont déployées indépendamment l'une de l'autre, les deux approches souffrent de lacunes potentielles. Le volet d'éducation au VIH des programmes de formation initiale n'est souvent pas mis en œuvre sur le terrain, tandis que les programmes de formation continue peuvent rencontrer des difficultés pour toucher un nombre significatif d'enseignants et pour leur faire acquérir la compréhension et les compétences d'enseignement requises^{254,255,256}.

Les programmes de formation initiale et continue peuvent être améliorés en impliquant activement les enseignants dans leur élaboration et leur mise en œuvre. Par exemple, il a été établi que le fait d'impliquer les enseignants dans la planification et la mise en œuvre d'une intervention d'éducation au VIH dans la province de Java occidental en Indonésie, pour mieux concevoir cette intervention, représentait pour eux un facteur de motivation²⁵⁷. L'Afrique du Sud et le Kenya notamment ont participé au déploiement d'un enseignement et de recherches sur les aspects pédagogiques de la lutte contre le VIH fondés

sur des méthodes pratiques, expérimentales et contextualisées, dont le but était de libérer la parole et de faire reculer la stigmatisation tout en donnant aux enseignants les moyens de prendre en charge et de soutenir les élèves ainsi que les collègues infectés et affectés par le virus. La formation basée sur la recherche-action permet aux enseignants d'analyser leurs expériences et leurs attitudes personnelles ; elle les incite également à formuler des hypothèses, à expérimenter leurs propres propositions et à engager avec leurs collègues une réflexion commune sur la manière de dispenser un enseignement efficace sur le VIH^{258,259}. Cette approche correspond pleinement à la volonté de préparer les enseignants à devenir « des apprenants à vie, capables de tirer des leçons de leur propre pratique tout en poursuivant une réflexion commune avec les autres enseignants, les spécialistes de la question et les chercheurs »²⁶⁰.

Que savons-nous des obstacles qui empêchent d'agir efficacement ?

Plusieurs obstacles empêchent de mettre en œuvre une formation efficace des enseignants à l'éducation au VIH. Des facteurs socioculturels, comme par exemple les tabous culturels qui pèsent sur les discussions relatives au VIH en général et aux rapports sexuels et à la drogue en particulier, peuvent conduire les établissements scolaires à négliger l'éducation au VIH bien qu'elle fasse l'objet de programmes d'éducation et de formation des enseignants. Dans la mesure où il est délicat, d'un point de vue politique, d'aborder des questions controversées en classe, les enseignants encourent le risque de mettre leurs élèves ou d'être eux-mêmes mal à l'aise, ou de heurter les parents et leur administration (par exemple dans les pays d'Amérique latine²⁶¹ et d'Afrique subsaharienne²⁶²). Les convictions religieuses des enseignants jouent un rôle considérable dans le choix des sujets qu'ils sont désireux d'aborder. Le fait qu'il soit délicat de parler de drogues et de rapports sexuels dans une société musulmane semble faire obstacle à la mise en œuvre de l'éducation au VIH par les enseignants en Indonésie²⁶³, tandis qu'il a été montré qu'en Ouganda les convictions évangéliques chrétiennes des enseignants ont fait de « l'abstinence totale » l'approche privilégiée dans ce pays²⁶⁴.

Parmi les facteurs qui empêchent de donner à la formation des enseignants l'ampleur requise pour parvenir à une mise en œuvre véritablement nationale – une couverture de 100 % – plusieurs autres difficultés ont été observées. Dans de nombreux pays de la région Asie et Pacifique, l'amplitude, la qualité et les priorités de la formation initiale des enseignants aux différents aspects de l'éducation au VIH n'ont souvent pas permis de les préparer correctement aux difficultés qu'ils rencontrent au sein des établissements scolaires, ce qui peut signifier aussi que leur gêne et leurs angoisses ne font toujours

l'objet d'aucune prise en charge, et se traduit de nouveau par une absence d'enseignement de la matière^{265,266}.

Le manque de moyens disponibles fait également obstacle à la mise en œuvre d'une éducation et d'une formation efficaces des enseignants dans le domaine de l'éducation au VIH. Au Timor-Leste, compte tenu du faible budget alloué à la réponse du secteur de l'éducation au VIH, il n'a pas été possible de dégager suffisamment de moyens en faveur de la formation initiale, notamment en termes d'heures de cours et de supports d'enseignement²⁶⁷. Dans le même temps, le modèle « en cascade » de formation continue des enseignants, qui avait été largement adopté dans des pays comme les Philippines²⁶⁸ et la Thaïlande²⁶⁹, a été critiqué parce que son format d'« atelier » initial à session unique n'avait que très peu permis de modifier les pratiques et le comportement des enseignants, et qu'il conduisait l'ensemble des enseignants à dépendre de la capacité d'un petit groupe de collègues à comprendre et à transmettre les nouvelles informations²⁷⁰. Des problèmes du même ordre sont apparus au Kenya, où le ministère de l'Éducation ambitionnait de préparer les enseignants à l'éducation au VIH par le biais d'une formation d'une semaine basée sur le modèle en cascade. Comme c'était à prévoir, cette démarche de formation a rarement été en mesure de répondre aux angoisses et aux préoccupations des enseignants, ou de les préparer convenablement à la mise en œuvre de l'éducation au VIH²⁷¹.

Que savons-nous des facteurs de réussite ?

La durée et l'ampleur de la formation proposée ont manifestement un impact considérable sur l'efficacité des enseignants. Un lien de corrélation entre la durée de la formation et l'importance des contenus de l'éducation au VIH enseignés aux élèves a été observé dans les pays d'Afrique subsaharienne²⁷². Des cours de formation de courte durée ou à session unique ne suffisent pas forcément pour agir à moyen et à long terme sur l'assurance et la compétence de l'enseignant, et il semble peu probable que les attitudes et les pratiques de l'enseignant évoluent conformément aux besoins en l'espace d'un court laps de temps^{273,274}. C'est donc chez les enseignants bénéficiant à la fois d'une formation initiale avant leur entrée en fonction et d'une formation continue complémentaire que les meilleurs résultats sont à prévoir²⁷⁵. Parmi les approches de longue durée couronnées de succès, figurent notamment des exemples d'enseignants travaillant en équipe, bénéficiant d'une évaluation périodique donnant lieu à des retours d'expérience constructifs, et assistant à des cours de perfectionnement qui permettent de consolider les compétences et connaissances fraîchement

acquises et d'aider les enseignants à remédier à leurs problèmes et à leurs sources de préoccupation²⁷⁶. Des pays tels que la Thaïlande, le Mexique, la Jamaïque, la Zambie et le Kenya ont adopté cette approche afin de soutenir les enseignants à l'issue de leur formation initiale^{277,278,279}.

Beaucoup de programmes de formation initiale et continue à l'éducation au VIH ont rencontré des difficultés parce que les formateurs ne possédaient pas eux-mêmes une connaissance théorique et pratique de l'épidémie et de ses répercussions²⁸⁰. Il faut par conséquent que l'une des priorités de la mise en œuvre de ce type de programmes soit de développer des compétences et des connaissances adaptées, et notamment des compétences de recherche, parmi les formateurs des universités et des instituts de formation des enseignants^{281,282,283}.

Au-delà de la structure des programmes de formation des enseignants eux-mêmes, une coordination efficace semble indispensable pour assurer une formation réussie des enseignants à l'éducation au VIH. La formation des enseignants ne doit pas être perçue comme un processus indépendant de la vie de la communauté. L'expérience de l'Ouganda et du Malawi a montré que le fait d'impliquer les dirigeants locaux et les parents dans la formation initiale et continue pouvait permettre de sensibiliser les communautés au VIH et de réduire l'opposition à l'encontre de l'éducation au VIH en milieu scolaire²⁸⁴. Le soutien de la direction de l'établissement, et en particulier du chef d'établissement, est indispensable également pour conférer une légitimité supplémentaire à l'éducation au VIH, pour mettre l'enseignant et la communauté plus à l'aise et pour s'assurer que le contenu soit véritablement traité^{285,286,287}.

La réussite des programmes de formation des enseignants nécessite également de s'appuyer sur des partenariats et des soutiens au-delà du cadre scolaire. Le soutien des ministères nationaux, en particulier, est essentiel pour encadrer ces programmes et en garantir la pérennité, pour faire en sorte que l'information soit cohérente d'un programme à l'autre, et pour utiliser au mieux des moyens limités²⁸⁸. Une expérience récente d'éducation au VIH et à la sexualité menée dans six pays d'Amérique latine (Argentine, Brésil, Chili, Paraguay, Pérou et Uruguay) a mis en évidence les atouts inhérents à l'harmonisation des politiques publiques, au renforcement des liens entre les secteurs de la santé et de l'éducation, et aux efforts accrus de formation des enseignants comme des élèves²⁸⁹. La volonté politique impulsée au sein des communautés éducatives a aidé à développer les capacités des enseignants, à élaborer des directives opérationnelles et à mettre au point des directives

pédagogiques. Tous ces aspects ont facilité à leur tour la mise en œuvre d'une éducation pérenne au VIH et à la sexualité dans ces pays²⁹⁰.

Sur quelles questions convient-il de mener des études et des recherches ?

Un certain consensus semble se dégager au sujet des meilleures pratiques à suivre pour former les enseignants à mettre en œuvre l'éducation au VIH. Une formation initiale combinée à un soutien continu des enseignants mis en œuvre par des tuteurs eux-mêmes bien formés et associée à des programmes fondés sur la participation active des enseignants (qui permettent à ces derniers de développer leur connaissance des questions relatives au VIH et les incitent à analyser et à remettre en cause leurs attitudes et leurs convictions personnelles) sont autant d'aspects qui favorisent la mise en œuvre d'une éducation au VIH de bonne qualité dans les établissements scolaires. Pourtant, il existe encore peu de travaux de recherche consacrés à étudier la mise en application concrète de ce type de programmes, ainsi que leur impact sur les pratiques en vigueur dans les classes.

Les débats se poursuivent pour déterminer si la formation à l'éducation au VIH devrait être proposée comme un élément distinct du programme pédagogique, ou intégrée dans des aspects plus généraux du programme de formation des enseignants^{291,292}. Une étude des programmes sur les compétences à la vie courante menée par l'UNICEF en Afrique subsaharienne a établi qu'il pouvait être plus efficace de placer l'éducation au VIH dans le cadre du développement personnel et des compétences de santé (lorsque ces matières existent et sont enseignées) que d'intégrer ce contenu dans d'autres matières au milieu desquelles il est susceptible de tomber dans l'oubli²⁹³. Mais l'étude dont sont issus ces éléments factuels a été menée en 1999 et faisait état de constats antérieurs ; il est donc urgent de revenir sur cette question dans le contexte de la « lassitude face au SIDA » qui frappe depuis peu les établissements scolaires, et en particulier là où l'épidémie a eu le plus fort impact²⁹⁴.

Il est nécessaire également de s'intéresser davantage à l'éducation et à la formation des enseignants dans le domaine de l'éducation au VIH, en privilégiant notamment les modèles et les approches qui présentent un bon rapport coût-efficacité et qui sont les plus efficaces²⁹⁵. Des travaux récents sur l'éducation au VIH et à la sexualité en Amérique latine indiquent que, à la suite de l'Accord d'harmonisation régionale de 2007 et de la Déclaration de Mexico de 2008, une importance considérable a été accordée aux programmes

de renforcement des capacités et de sensibilisation des enseignants²⁹⁶. Cependant, dans ces pays comme partout dans le monde, il est nécessaire de ventiler davantage les données (concernant par exemple le genre et l'âge, la formation des enseignants du primaire par rapport à ceux du secondaire, la situation en cadre rural et urbain) pour pouvoir appréhender plus finement les critères d'efficacité de l'éducation et de la formation des enseignants.

Il est également nécessaire de disposer de davantage d'informations sur la manière dont l'éducation et la formation des enseignants à l'éducation au VIH sont intégrées dans les réformes globales de la formation des enseignants, et sur le mode de sélection des enseignants chargés de former à l'éducation au VIH et de la mettre en œuvre. Globalement, des recherches plus poussées s'imposent pour étudier ce qui se passe réellement dans les classes, de manière à identifier et à corriger toutes les divergences éventuelles entre l'objectif des politiques, les pratiques de formation des enseignants et les réalités en vigueur dans les classes.

Une éducation sexuelle complète dans les pays où l'épidémie est de faible niveau ou concentrée

La faiblesse des niveaux de connaissances illustre également le fait que relativement peu de pays mettent en œuvre une éducation sexuelle complète à l'échelle nationale²⁹⁷. Ces pays sont, par exemple, le Nigeria²⁹⁸ et l'Inde²⁹⁹, qui élargissent tous deux la couverture de leurs programmes en accordant la priorité à la sexualité, la santé et l'éducation, même si de nombreux élèves demeurent toujours en dehors du dispositif. Dans la région Amérique latine et Caraïbes, où la Fédération internationale pour la planification familiale (FIPF) a procédé à un état des lieux de l'éducation sexuelle et récemment créé une base de données sur ce sujet³⁰⁰, des progrès raisonnables ont été réalisés : en Colombie, par exemple, le Gouvernement met en œuvre une nouvelle approche innovante de l'éducation sexuelle et de l'apprentissage de la citoyenneté³⁰¹, et au Pérou l'éducation sexuelle est dispensée dans 900 établissements scolaires³⁰².

Cependant, une analyse récente³⁰³ a établi qu'une éducation sexuelle complète était encore loin d'être institutionnalisée dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire où l'épidémie du VIH représente un

fardeau démesuré. Même dans les pays présentant les taux les plus élevés d'infection à VIH, les projets pilotes de petite envergure étaient la règle et il existait relativement peu d'exemples de programmes pérennes inclus dans les programmes scolaires. L'incapacité à institutionnaliser l'éducation sexuelle complète est due notamment à des problèmes de manque d'engagement politique, d'insuffisance de planification à long terme et d'investissement adéquat, de limites capacitaires du système éducatif, d'absence de vision claire sur la manière de mettre en œuvre et d'intensifier ces programmes dans divers contextes, et par-dessus tout, de manque de coordination entre les différents acteurs³⁰⁴. En Thaïlande par exemple, le projet TeenPath, qui visait à intégrer l'éducation sexuelle et la prévention du VIH dans le programme scolaire des classes de niveau cinquième à terminale (grade 7-12) d'un panel d'établissements, a rencontré un certain nombre de difficultés pour être déployé à grande échelle. Les obstacles relevaient notamment de la difficulté à institutionnaliser ce projet pilote au sein des structures gouvernementales et d'un système éducatif décentralisé, et le sentiment, parmi les cadres de l'éducation, que ce sujet ne présentait qu'un intérêt limité dans un système qui donne la priorité à « l'excellence de l'enseignement »³⁰⁵.

L'une des questions clés est de déterminer comment intégrer l'éducation sexuelle dans les programmes scolaires, les plans de cours et l'enseignement en classe, dans la mesure où c'est une matière qui fait l'objet de controverses. En Inde par exemple, la polémique autour du Programme d'éducation des adolescents a abouti à son retrait dans plusieurs États. Certains enseignants sont susceptibles de bénéficier d'une petite marge d'interprétation du programme scolaire, tandis que d'autres peuvent être tenus de respecter des prescriptions plus strictes. Dans le domaine de l'éducation au VIH et à la sexualité, cela peut générer des différences significatives en termes de qualité comme de résultats.

L'éducation sexuelle a eu une image controversée dans d'autres régions également. Des programmes d'éducation à la santé sexuelle et reproductive ont été lancés dans les années 1990 dans un certain nombre de pays de l'Europe orientale et de l'Asie centrale, par des ONG pour l'essentiel, mais sans préparation adéquate des enseignants ni participation des parents et des autres parties prenantes. Cela a suscité des protestations de la part des parents et des organisations confessionnelles, ce qui a renforcé l'opinion de ceux qui affirmaient que l'éducation sexuelle était contraire aux valeurs et à la morale traditionnelles et qu'il n'était pas opportun de parler de préservatifs à l'école ; ces programmes ont été, pour la plupart, suspendus. Il y a eu, de 1999 à 2006, des tentatives pour réintroduire l'éducation sexuelle par le biais de l'éducation axée sur les compétences à la vie courante, en

évitant d'utiliser le terme de « sexualité ». L'éducation au VIH est aujourd'hui dispensée dans tous les pays de la région, même s'il existe des différences importantes en termes d'approche, de contenu et d'échelle de mise en œuvre. Dans certains pays, la présence de contenus consacrés à la sexualité et au VIH dans les supports d'enseignement continue de susciter l'inquiétude, ce qui fait que l'éducation sexuelle n'y est ni intégrée dans le programme scolaire ni dispensée à l'échelle nationale.

Encadré 10 : Les politiques de la région Asie et Pacifique

La région Asie et Pacifique possède un cadre de politiques extrêmement propice à la mise en œuvre de l'éducation au VIH : le secteur de l'éducation a intégré très tôt la santé sexuelle et reproductive, la lutte contre le VIH ou les sujets afférents dans ses politiques et décrets sectoriels, et ce dans des pays aussi divers que la Chine (1988), l'Indonésie (1997), les Philippines (1995) et la Thaïlande (1991)^{306,307}. Une décennie plus tard, des pays comme le Cambodge, la RDP lao, le Népal, le Pakistan, la Papouasie-Nouvelle-Guinée et le Viet Nam avaient eux aussi intégré la lutte contre le VIH dans leurs politiques sectorielles, généralement dans le cadre de la santé scolaire ou de l'éducation à la santé, tandis que deux pays – le Cambodge et la Papouasie-Nouvelle-Guinée – avaient également adopté des politiques de lutte contre le VIH spécifiques au secteur de l'éducation^{308,309}. Selon un récent examen des politiques et stratégies de la région, les stratégies ou plans nationaux de lutte contre le VIH de 21 pays sur 25 faisaient référence sous une forme ou sous une autre au rôle de l'éducation, avec dans certains cas une référence à des stratégies sectorielles détaillées. La majorité d'entre eux cible les jeunes scolarisés, évoque le renforcement des capacités des enseignants et promeut l'éducation au VIH et axée sur les compétences à la vie courante³¹⁰.

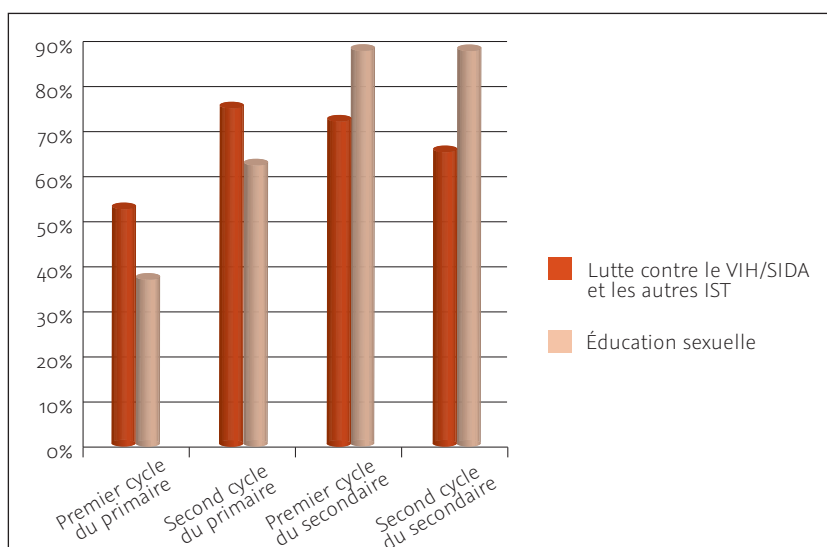
L'enseignement de l'éducation au VIH et à la sexualité insuffisant à l'école primaire

Au cours de la période décisive du développement – de 5 à 18 ans – il conviendrait de dispenser une éducation sexuelle complète, et notamment une éducation au VIH, dans le cadre d'une approche modulaire. Les objectifs d'apprentissage devraient s'échelonner selon une suite d'étapes logiques dans laquelle les notions destinées aux élèves les plus jeunes comporteraient des informations plus élémentaires, des opérations cognitives peu sophistiquées et des activités peu complexes³¹¹. Il est essentiel, pour optimiser l'apprentissage, de mettre en place les bases au niveau du primaire³¹². De plus – comme évoqué plus loin, et avec de plus amples précisions au chapitre 3 – les taux d'achèvement de l'école primaire et de scolarisation secondaire demeurent bas dans de nombreux pays et il est donc primordial de s'assurer que les enfants bénéficient d'une certaine forme d'éducation au VIH et à la sexualité à l'école primaire.

Tel n'est pas toujours le cas et les efforts déployés jusqu'à présent ont principalement privilégié l'enseignement de l'éducation au VIH et à la sexualité dans les établissements du secondaire. L'enquête GPS a montré

qu'au niveau du secondaire, la plupart des pays intégraient l'éducation au VIH et à la sexualité dans leur programme scolaire³¹³. Mais les chiffres sont moins bons pour ce qui est de l'enseignement primaire puisque 38 % seulement déclarent intégrer l'éducation sexuelle, et 54 % l'éducation au VIH, dans le programme scolaire du premier cycle de l'école primaire (voir Figure 2). Un certain nombre de participants à l'enquête ont par ailleurs fait remarquer que le fait d'intégrer les sujets en question dans le programme scolaire ne garantit pas qu'ils soient enseignés, en particulier s'il s'agit de sujets sensibles. Cela signifie que le nombre d'enfants recevant un enseignement approprié sur ces sujets à l'âge adéquat est probablement inférieur à ce dont il est fait état officiellement.

Figure 2 : L'intégration de l'éducation au VIH et à la sexualité dans le programme scolaire des 39 pays de l'enquête GPS



Source: IATT-ONUSIDA, 2011–2012 Education Sector HIV and AIDS Global Progress Survey, 2013. Le fichier de données brutes est disponible sur simple demande adressée à aids@unesco.org

Ces défauts, et d'autres, ont été confirmés par des études de pays réalisées récemment à l'aide d'outils tels que l'Outil d'examen et d'analyse de l'éducation sexuelle (SERAT) mis au point par l'UNESCO. En 2012 par exemple, l'Institut tanzanien de l'éducation a utilisé le SERAT pour mener une étude³¹⁴, par concept-clé, du contenu déployé aux différents niveaux du système éducatif. Cette étude a montré que pour le groupe d'âge des 5-8 ans, les questions les moins développées étaient l'autonomisation des jeunes ainsi que la sexualité et le comportement sexuel.

L'examen du programme scolaire de dix pays d'Afrique orientale et australe³¹⁵ dont il a été question précédemment a établi que si les contenus étaient souvent adaptés à chaque âge, l'enseignement de certains sujets intervenait en revanche avec retard. Or le fait d'aborder ces sujets trop précocement ou trop tardivement amoindrit l'efficacité de l'éducation sexuelle puisque, dès lors, les connaissances, les attitudes et les compétences ne s'organisent pas de manière cohérente.

La crainte de susciter l'opposition des parents, des responsables religieux et des autres membres de la communauté est souvent évoquée par les ministères de l'Éducation et les enseignants réticents à dispenser des cours sur le VIH et la sexualité, en particulier à destination des jeunes enfants. Pourtant, en pratique, les parents manifestent souvent davantage de soutien que ne le pensent les enseignants. Une étude antérieure menée par ActionAid en Inde et au Kenya a, par exemple, établi que plus de 80 % des parents souhaitaient que leurs enfants reçoivent un enseignement sur le VIH à l'école tandis que 4 % seulement y étaient opposés ou fermement opposés³¹⁶.

Il existe d'autres arguments solides en faveur de l'enseignement d'une éducation complète au VIH et à la sexualité dans les écoles primaires. Tout d'abord, dans beaucoup de pays, l'âge des premiers rapports sexuels est précoce. Dans le monde en développement, 11 % des filles de 15 à 19 ans et 5 % des garçons de 15 à 19 ans ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans. Le taux le plus élevé de premiers rapports sexuels précoces se trouve en Amérique latine, où 17 % des 15-19 ans ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans. En Afrique subsaharienne, la proportion est de 14 %³¹⁷. Selon une enquête de l'OMS, 45 % des garçons de 15 ans en Arménie, 40 % en Ukraine et 37 % en Fédération de Russie ont eu leur première expérience sexuelle avant d'atteindre cet âge³¹⁸. Les données de la région Caraïbes indiquent également que l'âge des premiers rapports sexuels y est bas dans un certain nombre de pays, en particulier parmi les filles³¹⁹.

Encadré 11 : La lutte contre la discrimination en Europe orientale et en Asie centrale

L'augmentation du nombre d'enfants nés de parents séropositifs au VIH dans la région au début des années 2000, en particulier dans la Fédération de Russie et en Ukraine, a ajouté une dimension supplémentaire à l'éducation au VIH. Ces deux pays ont lancé des programmes de formation et de sensibilisation afin que les enseignants préviennent toute discrimination à l'école à l'encontre des enfants vivant avec ou touchés par le VIH. En outre, l'importance d'accepter et de faire preuve de tolérance à l'égard des personnes vivant avec le VIH est un aspect de l'éducation au VIH qui a été renforcé.

Ces programmes ont ouvert la voie à l'adoption de politiques nationales de lutte contre le VIH dans le secteur de l'éducation, par exemple au Bélarus, en Ukraine, au Kirghizistan et au Tadjikistan en 2012-2013. Élaborées avec l'assistance technique de l'UNESCO sur la base des recommandations pratiques régionales qui ont été publiées en 2012 par l'UNESCO-OIT concernant la mise en œuvre de la politique de lutte contre le VIH dans le secteur de l'éducation, ces politiques ont fourni à l'encadrement et au personnel des établissements d'enseignement un cadre fournissant un soutien aux élèves et aux professionnels de l'éducation vivant avec ou affectés par le VIH, ainsi qu'une protection contre les discriminations.

Deuxièmement, des éléments probants montrent que l'éducation au VIH et à la sexualité est plus efficace, en termes d'acquisition des connaissances et de développement des compétences, si elle cible les enfants avant qu'ils ne deviennent sexuellement actifs^{320,321,322,323,324,325,326}. Tous les jeunes devraient recevoir un enseignement sur la sexualité et la santé sexuelle avant la puberté, en apprenant notamment comment se protéger contre le VIH et les autres IST, les grossesses précoces, et la violence et l'exploitation sexuelles. L'éducation peut améliorer les compétences des enfants à gérer leur sexualité naissante, tout en les sensibilisant aux questions de genre, de violence et de droits. Pour un trop grand nombre d'enfants, les connaissances et compétences de ce type sont transmises trop tardivement voire pas du tout^{327,328,329}. De nombreux travaux de recherche ont montré que le fait de délivrer un enseignement sur la sexualité et les relations de couple avant que les jeunes ne deviennent sexuellement actifs n'accroît ni leur probabilité de commencer à avoir des rapports sexuels ni la fréquence de l'activité sexuelle de ceux qui sont déjà sexuellement actifs³³⁰.

Par exemple, une étude menée au Kenya³³¹ a montré qu'une action nationale de lutte contre le VIH à l'école primaire pouvait avoir des effets positifs si elle intervenait en temps utile. Le programme a obtenu des résultats importants au regard des objectifs poursuivis, qui étaient notamment d'améliorer le niveau de connaissances sur le VIH et de communiquer davantage sur les questions de VIH et de sexualité avec les parents et les enseignants. Les impacts ont toutefois été différents en fonction du genre et de l'expérience sexuelle, les effets les plus bénéfiques étant constatés chez les jeunes inexpérimentés dans ce domaine. Les garçons ont déclaré utiliser davantage le préservatif, tandis que la probabilité, pour les filles, de réduire ou de retarder le début de leur activité

sexuelle, s'était accrue. Les chercheurs font remarquer que dans la mesure où l'impact a été plus important auprès des jeunes sans activité sexuelle et où près de la moitié des jeunes avaient déclaré à l'origine avoir déjà une expérience de la sexualité (les courbes de l'expérience sexuelle étaient comparables pour les garçons et pour les filles, passant de 37,5 % chez les 11-12 ans à plus de 60 % chez les 16-17 ans), il conviendrait que le programme soit mis en œuvre auprès des groupes d'âge les plus jeunes possible. Cette étude conforte les arguments de ceux qui plaident pour la mise en œuvre d'une éducation au VIH et à la sexualité adaptée à chaque âge au niveau du premier cycle de l'enseignement primaire.

Troisièmement, de plus en plus d'éléments factuels prouvent que la socialisation sexospécifique des garçons et des filles commence à un âge précoce et qu'il conviendrait par conséquent que les efforts destinés à promouvoir des normes d'égalité de genre commencent eux aussi à un âge précoce, à l'école primaire notamment. Le fait de recevoir une éducation précoce peut également aider à acquérir une meilleure compréhension de la santé, de la communication, des valeurs et des attitudes^{332,333}.

L'enseignement primaire est désormais obligatoire dans presque tous les pays et 91 % des enfants qui entrent à l'école y restent jusqu'à la fin de l'école primaire³³⁴. C'est donc ce niveau qui offre la meilleure opportunité pour toucher le plus grand nombre d'enfants avec un bon rapport coût-efficacité. Les taux d'achèvement de l'école primaire et de scolarisation dans le secondaire sont bas dans de nombreux pays, notamment dans les pays d'Afrique subsaharienne les plus touchés par le VIH³³⁵. Si l'éducation au VIH et à la sexualité n'est pas dispensée avant le secondaire, cela signifie qu'une large proportion d'enfants et de jeunes ne recevra que peu ou pas du tout d'éducation au VIH avant de devenir sexuellement actifs. Faute de bénéficier d'une éducation au VIH et à la sexualité complète, les jeunes encourent le risque de ne pas avoir suffisamment de connaissances et de compétences pour comprendre et interpréter la quantité croissante d'informations auxquelles les nouvelles technologies et les médias sociaux leur donnent accès.

Ce sont les filles qui pâtissent le plus du fait d'être privées d'éducation sexuelle dans les pays où elles présentent un taux élevé d'abandon des études à l'issue de l'enseignement primaire. Dans le monde en développement (à l'exception de la Chine), une adolescente de 15-19 ans sur quatre est mariée ou vit en concubinage ; dans les pays les moins avancés, près de la moitié des femmes de 20-24 ans sont mariées avant l'âge de 18 ans^{336,337}. Durant cette période, le risque de contracter le VIH augmente également, en particulier dans les pays fortement touchés de la région AOA^{338,339,340}. De plus, beaucoup de filles ont leur

premier enfant à un jeune âge. Au niveau mondial, environ 16 millions de filles de 15-19 ans accouchent chaque année, dont 95 % dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. C'est par exemple au Niger, qui a l'un des plus faibles taux d'achèvement de l'école primaire pour les filles, que le taux de procréation de ce groupe d'âge est le plus élevé³⁴¹. Les grossesses précoces sont associées à des risques plus importants de complications à l'accouchement et de mortalité maternelle. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les complications en cours de grossesse et à l'accouchement sont la première cause de mortalité des filles de 15-19 ans³⁴². La nécessité de dispenser une éducation sexuelle complète est également mise en évidence par les taux élevés de grossesses non désirées et d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions chez les adolescentes³⁴³.

En résumé, les taux élevés d'abandon en cours d'études à l'école primaire, la précocité des premiers rapports sexuels, la nécessité de dispenser régulièrement des cours d'éducation sexuelle complète durant la période décisive du développement³⁴⁴ et le fait que les meilleurs résultats sont constatés chez des individus qui ont été ciblés avant de devenir sexuellement actifs^{345,346} sont autant d'arguments, sans appel, en faveur de l'enseignement d'une éducation sexuelle complète, notamment en matière de VIH, aux enfants des écoles primaires.

L'éducation au VIH au-delà de l'enseignement secondaire

« Les universités jouent un rôle de fabriques de l'opinion au sein de la société. Elles occupent une place centrale dans la production et la diffusion des connaissances et dans la promotion de l'innovation. Elles contribuent aux ressources humaines du pays. Elles sont, pour toutes ces raisons, un lieu privilégié de l'élaboration des ripostes nationales, régionales et mondiales au [...] VIH/SIDA. »³⁴⁷

Les études consacrées à l'impact du VIH et aux réponses auxquelles il donne lieu dans l'enseignement supérieur ont également mis en évidence la nécessité de dispenser l'éducation au VIH dans le supérieur^{348,349}. Les étudiants de l'enseignement supérieur – dans les établissements d'enseignement technique et professionnel comme dans les universités et les grandes écoles – sont les fonctionnaires et les entrepreneurs de demain ; ils joueront un rôle primordial dans le développement de leur pays et représentent une population cible importante de l'éducation au VIH et à la sexualité. Cet enseignement est indispensable pour faire en sorte qu'ils possèdent les connaissances et les compétences requises pour se protéger du VIH, des autres IST et des grossesses non désirées.

Les étudiants de l'enseignement supérieur sont vulnérables au risque d'infection à VIH. C'est potentiellement la première fois de leur existence qu'ils se retrouvent seuls et éloignés de leur famille et de leurs amis. Ils ont davantage de liberté et, à certains endroits, un accès plus facile à l'alcool et aux drogues. Dans certains établissements, ils risquent potentiellement davantage d'être agressés et harcelés sexuellement ou de subir des pressions de la part du personnel pour se livrer à des rapports sexuels en échange de bonnes notes. Certains étudiants peuvent également en venir à avoir des rapports sexuels tarifés sous la contrainte de difficultés financières.

L'Afrique du Sud est l'un des rares pays à avoir mené des recherches exhaustives sur la vulnérabilité des étudiants et du personnel de l'enseignement supérieur. Selon une étude portant sur vingt-et-un établissements de l'enseignement supérieur³⁵⁰, le personnel d'enseignement et de recherche présentait le plus faible taux global de prévalence du VIH, avec 1,5 %, suivi par les étudiants avec 3,4 %, le personnel administratif avec 4,4 % et le personnel de service avec 12,2 %. Les étudiantes et le personnel de sexe féminin avaient un risque trois fois plus important que leurs homologues masculins d'être séropositives, avec un taux de prévalence du VIH de 4,7 % contre 1,5 %. Cette étude a montré que le fait d'avoir des rapports sexuels avec des partenaires plus âgés était un facteur de risque. Parmi les 7 % d'étudiantes ayant déclaré que leur dernier partenaire sexuel en date avait 10 ans de plus qu'elles ou davantage, 12,8 % étaient séropositives au VIH. En revanche, celles dont les partenaires avaient moins de 10 ans de plus qu'elles présentaient un taux de prévalence de 3,1 %.

Il est courant de considérer que puisqu'ils ont atteint le niveau de l'enseignement supérieur, les étudiants ont dû bénéficier d'une éducation au VIH et à la sexualité ; pourtant, les études consacrées aux connaissances et aux attitudes des étudiants font apparaître de mauvais résultats dans ces deux domaines. Par exemple, une étude menée en Chine a établi que si 24 % des étudiants interrogés estimaient avoir un risque modéré à très élevé de contracter le VIH, 40 % des étudiants sexuellement actifs n'utilisaient jamais de préservatif³⁵¹. Ces faibles niveaux de connaissances sont également reflétés par des attitudes négatives à l'encontre des personnes vivant avec le VIH. Par exemple, une étude réalisée en Malaisie a révélé que seuls 9,2 % des étudiants en pharmacie seraient disposés à venir en aide à des patients séropositifs au VIH³⁵².

Jusqu'à présent, les efforts destinés à faire en sorte que les étudiants de l'enseignement supérieur aient accès à l'information et à intégrer le VIH dans le programme scolaire ont eu des résultats contrastés. Une étude mondiale menée récemment a évalué l'accès des étudiants de l'enseignement supérieur aux documents d'information et de prévention du VIH³⁵³. Elle a établi que

cet accès s'échelonnait de 10 % à 100 %, les niveaux d'accès les plus élevés se trouvant dans les pays où l'épidémie est généralisée. La proportion de pays déclarant avoir révisé et adapté le programme scolaire de l'enseignement supérieur pour répondre aux enjeux de la lutte contre le VIH a augmenté, passant de 30 % en 2004 à 60 % en 2011-2012.

Toutefois, les éléments factuels disponibles indiquent que l'information fournie et les programmes scolaires révisés sont de qualité inégale, et que la mise en œuvre est d'ampleur variable. De nombreux pays participant à l'étude ont fait observer que le fait d'adapter le programme scolaire pour y intégrer la lutte contre le VIH et les sujets afférents n'implique pas automatiquement que ces questions se verront accorder du temps en amphithéâtre, ni qu'elles seront convenablement traitées, car les professeurs peuvent être réticents à enseigner des matières dans lesquelles ils se sentent mal à l'aise ou gênés³⁵⁴.

Cela montre que peu de progrès ont été réalisés depuis 2006, date à laquelle une étude menée par le Groupe de travail sur l'enseignement supérieur de l'Association pour le développement de l'éducation en Afrique (ADEA) a établi que les professeurs ne maîtrisaient ni les connaissances qu'ils étaient censés transmettre aux étudiants, ni les compétences requises pour aborder les problèmes complexes et fortement connotés qui se rapportent au VIH³⁵⁵. Des études de pays ont abouti à des conclusions comparables. Par exemple, un rapport sur l'Afrique du Sud publié en 2012 par l'Unité de coordination institutionnelle de la lutte contre le VIH/SIDA de l'Université du Cap (HAICU) a indiqué que la mise en œuvre avait peu progressé, alors même que certaines composantes de la lutte contre le VIH avaient fait l'objet d'une expérimentation en 2010³⁵⁶.

Même s'il existe des exemples de bonnes pratiques³⁵⁷, la réponse au VIH des établissements de l'enseignement supérieur n'a été, dans la majorité des cas, ni complète ni systématique. Un rapport réalisé conjointement par l'Université du Cap et par une Unité de coordination de la lutte contre le VIH de l'Université du Cap met en garde contre le risque de réponses « cosmétiques » qui incorporent des éléments utiles dans le programme scolaire mais sans s'efforcer suffisamment de développer l'engagement, le savoir universitaire et les capacités d'analyse qui s'imposent pour lutter contre le VIH. Il est nécessaire d'aller plus loin, à la fois pour s'assurer que les étudiants de l'enseignement supérieur possèdent les connaissances et les compétences dont ils ont besoin pour rester en bonne santé, et pour produire des individus et des sociétés « aptes à lutter contre le VIH ».

Point de vue : L'enseignement supérieur, toujours aux prises avec la réalité du VIH

Mary Crewe dresse un tour d'horizon de la lutte contre le VIH dans l'enseignement supérieur en Afrique³⁵⁸.

La prédominance de l'approche de santé publique

Il y a un peu plus de dix ans, un article de *The Lancet* en phase avec l'air du temps affirmait : « Le VIH/SIDA est, dans de nombreux pays africains, la plus grande menace pour la vie, la liberté et la quête de bonheur et de prospérité. Il faut, par conséquent, que les interventions soient à la mesure, tant sur le plan quantitatif que qualitatif, de l'ampleur de la menace que représente cette maladie. »³⁵⁹ Sur un ton quelque peu polémique, l'article indiquait également que l'accent mis sur les droits humains au détriment de la santé publique offrait un cadre de prévention potentiellement plus pertinent pour la vie des gens et plus efficace.

Une évaluation antérieure de l'éducation au VIH dispensée aux étudiants des universités avait indiqué que « tout programme ciblant le VIH/SIDA peut être intégré dans une initiative plus globale d'amélioration et de protection de la santé étudiante. Les compétences acquises pour réduire le risque d'infection à VIH sont transposables dans d'autres domaines de la santé et impliquent que les jeunes soient assez autonomisés pour avoir le contrôle et la responsabilité de leurs actes »³⁶⁰.

Cette approche a gangrené la réponse des établissements de l'enseignement supérieur en Afrique subsaharienne, à tel point que « près d'un quart de siècle après le début de l'épidémie de SIDA, nombre d'universités s'efforcent toujours de se dépêtrer de cette réalité. Elles n'ont pas pris pleinement la mesure de leur situation face au VIH/SIDA, ni des répercussions que cela implique sur leur bon fonctionnement. Naïvement convaincues de riposter efficacement à l'épidémie, beaucoup d'institutions ont considéré que le VIH/SIDA était principalement un problème sanitaire »³⁶¹.

Cette conception se retrouve également dans les priorités qui se dégagent de la trousse à outils de lutte contre le VIH/sida à destination des établissements du supérieur qui a été mise au point par l'Association des universités africaines et l'Association des universités du Commonwealth. La trousse à

outils offre « un cadre et un processus »³⁶² permettant aux établissements d'évaluer les réponses au VIH, de les planifier, de les concevoir, de les mettre en œuvre et d'en assurer le suivi et l'évaluation. Mais bien qu'elle pointe la nécessité de s'emparer des aspects « individuels et culturels » de la sexualité, cette trousse à outils est principalement axée sur la gestion de l'éducation nécessaire pour renforcer les capacités des responsables universitaires³⁶³ et ne se préoccupe pas du rôle et de la fonction des universités et des établissements de l'enseignement supérieur, pas plus que de leur expérience de gestion des questions sociales.

Dix ans plus tard, la priorité continue d'être accordée aux programmes scolaires, aux méthodes d'enseignement et à l'accès aux services. Comment les établissements de l'enseignement supérieur africains peuvent-ils sortir de cette approche, qui présente les jeunes de ces établissements comme des « sujets à risque » plutôt que comme des « agents d'autonomisation » ?

L'enseignement supérieur et le VIH

Les universités subissent et ont tendance à refléter les conflits et les contradictions de la société³⁶⁴. Certains ont affirmé qu'elles ont un rôle à jouer dans la transformation globale de la société³⁶⁵. Badat³⁶⁶ a répertorié cinq caractéristiques importantes dans le rôle et les fonctions des universités et des établissements de l'enseignement supérieur :

- la formation de personnes déjà dotées d'un haut niveau d'instruction
- la démocratie et la citoyenneté démocratique
- les besoins et les problèmes de développement
- l'implication au sein de la vie intellectuelle et culturelle des sociétés
- la recherche et les travaux associés.

Les travaux de Badat soulignent que les étudiants sont de plus en plus issus d'origines sociales diverses et qu'ils ont besoin de compétences leur permettant de mener leur vie dans une société et un monde en pleine évolution. De plus, les sociétés ont besoin d'intellectuels réceptifs et de citoyens critiques, qui soient conscients des besoins et des problèmes urgents de développement. Les diplômés doivent être capables de s'impliquer dans

la vie et dans la culture de la société à laquelle ils appartiennent, et de participer à des travaux de recherche rigoureux.

Ceux qui demandent une réponse au VIH de l'enseignement supérieur placent ces fonctions au premier plan. L'Afrique subsaharienne, et l'Afrique orientale et australe en particulier, connaît toujours des taux élevés d'infection à VIH, et en dépit de la réussite obtenue par certains programmes de traitement et de la baisse des taux d'infection dont il a été fait état³⁶⁷, les besoins demeurent importants en termes d'éducation, de prévention et de sensibilisation. Il est toutefois dans l'ordre des choses que ces programmes fassent l'objet de controverses. Dans beaucoup d'établissements du supérieur, la majorité des étudiants a eu accès à des informations sur la prévention et sur la manière d'accéder au traitement, et est consciente de la nécessité d'utiliser des préservatifs et d'avoir des pratiques sexuelles à moindre risque. Pour ces établissements, la priorité ne devrait pas être de promouvoir davantage l'enseignement de ces mêmes connaissances. L'enjeu primordial, pour les universités, est plutôt de fournir une bonne instruction sur le VIH – en lien étroit avec les rôles et les fonctions répertoriés précédemment.

Face au VIH, le rôle des établissements du supérieur est de produire des jeunes bien instruits – par opposition à bien informés – qui soient capables de développer une réflexion critique sur des problématiques sociales et politiques globales. Pour comprendre comment s'emparer de la lutte contre le VIH dans leur vie personnelle et professionnelle, il faut que ces jeunes développent un point de vue intellectuel critique sur l'épidémiologie et sur la manière dont des enjeux tels que la pauvreté, la race, la mondialisation et la classe d'appartenance contribuent à l'épidémie³⁶⁸. Il faut également que les étudiants de l'enseignement supérieur aient les capacités conceptuelles et intellectuelles de développer une réflexion critique sur la sexualité, les pratiques et les préférences sexuelles, la tolérance, la compréhension et l'acceptation. Il leur faut comprendre et être capables de remettre en cause les stéréotypes raciaux, de genre et culturels auxquels ils sont confrontés chaque jour. Il leur faut moins d'éducation par les pairs et davantage de curiosité intellectuelle. Ils doivent être plus à même de réfléchir de façon critique aux concepts et aux interventions, comme le dépistage et la circoncision, ce qui fait d'eux des sujets pensants plutôt que de simples citoyens lambda³⁶⁹.

Les difficultés que pose la lutte contre le VIH dans les établissements du supérieur du continent africain sont qu'il faut tenir compte de leur intégrité et de leur culture institutionnelles, ainsi que du fait que les universités sont des milieux professionnels d'un type particulier³⁷⁰. Il faut par ailleurs réfléchir à leurs possibilités de répondre aux multiples problématiques sociales,

politiques, économiques et de droits qui existent dans les sociétés dont leur personnel et leurs étudiants sont issus. « Les chiffres mondiaux du nombre d'hommes et de femmes fréquentant les établissements du supérieur parlent uniquement d'accès aux études et à l'emploi et nous en disent très peu sur la culture et la situation institutionnelles des universités de l'Afrique. Ce qui est clair, c'est que les campus du continent africain demeurent des lieux difficiles et inhospitaliers pour les femmes à bien des égards, et que cette situation est rendue encore plus complexe par la paupérisation croissante et la persistance dans la société de relations d'inégalité ethnique, religieuse, sexuelle et autre. »³⁷¹

La nécessité d'une réponse intellectuelle solide

Si l'aspect logistique de la réponse au VIH dans les établissements du supérieur en Afrique est important – pour ce qui est des politiques, des préservatifs, de la santé étudiante, des services de dépistage et conseil volontaires, et des campagnes de sensibilisation et de prévention – les actions de ce type doivent impérativement être soutenues et pérennisées par une solide réponse intellectuelle. « Les intellectuels africains doivent être aux avant-postes de la citoyenneté responsable » et de l'instauration de capacités africaines à faire face aux problématiques sociales et culturelles qu'engendrent le VIH et le SIDA³⁷².

Les étudiants de l'enseignement supérieur sont curieux et intelligents, ils sont au sein de leur pays les dirigeants de demain, et il leur faut être capables de s'emparer de la lutte contre le VIH en intellectuels critiques. L'approche de l'enseignement supérieur devrait par conséquent consister à produire des citoyens sexuels, critiques et informés, plutôt que des sujets dociles. Cela nécessite une réponse intellectuelle critique et fondamentalement axée sur l'éducation, qui permette de concevoir et d'orienter les interventions programmatiques de manière à ce que les jeunes ne se contentent pas de comprendre leur épidémie et leurs sociétés, mais sachent également comment les transformer.

Les défis pour les pays où l'épidémie est de faible niveau ou concentrée

Bien que l'attention se soit beaucoup focalisée sur les pays où l'épidémie est généralisée, les jeunes sont aussi exposés au risque d'infection dans d'autres régions^{373,374}. En Asie et Pacifique par exemple, où les épidémies sont pourtant le plus souvent de faible niveau, la proportion de cas de VIH chez les jeunes serait en hausse, chez les jeunes femmes en particulier^{375,376}, et les taux de prévalence élevés des autres IST sont une source de préoccupation majeure ; dans la région, un jeune sexuellement actif sur quatre, en moyenne, est atteint d'une IST³⁷⁷.

Dans les pays où l'épidémie est concentrée, les éléments factuels disponibles montrent qu'il existe une vulnérabilité et un risque importants au sein des jeunes populations clés^{378,379,380}. La Commission sur le SIDA en Asie a estimé que dans la région, 95 % des infections de jeunes survenaient chez les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les jeunes transgenres, les jeunes qui s'injectent des drogues ou les jeunes se livrant à des rapports sexuels tarifés³⁸¹. Au Pakistan par exemple, la prévalence du VIH est plus élevée chez les jeunes de moins de 25 ans qui s'injectent des drogues que chez leurs homologues plus âgés³⁸². En Inde, 17 % des professionnelles du sexe interrogées ont déclaré avoir commencé à se livrer à des relations tarifées avant l'âge de 15 ans³⁸³.

Le problème est que, dans la plupart des régions, les informations stratégiques sur le profil des jeunes des populations clés sont insuffisantes, et que la stigmatisation et la discrimination continuent d'entraver l'accès à l'information et aux services, notamment au sein du secteur de l'éducation. La résolution adoptée lors de l'Assemblée générale des Nations Unies de 2011 a pris acte du fait que les stratégies de prévention ne mettaient pas suffisamment l'accent sur les populations fortement exposées au risque d'infection à VIH et que seuls 33 % des pays avaient fixé des objectifs de prévalence en ce qui concerne les jeunes³⁸⁴. Les ministères de l'Éducation d'un certain nombre de pays se sont efforcés de mieux comprendre et mieux répondre aux besoins des jeunes des populations clés. Au Bhoutan et au Cambodge par exemple, des enquêtes ciblées ont été effectuées pour comprendre quels étaient les comportements et les connaissances des jeunes populations clés en matière d'alcool, de drogue et de sexualité, ainsi que leurs modalités d'accès et de recours aux services de santé sexuelle et reproductive (voir Encadré 12)^{385,386,387}.

Encadré 12 : La collecte de données sur les jeunes populations clés au Cambodge

En 2010, le ministère cambodgien de l'Éducation, de la Jeunesse et des Sports, avec l'appui de l'OMS, de l'ONUSIDA, de l'UNESCO, de l'UNFPA et de l'UNICEF ainsi que d'ONG travaillant sur le VIH et le SIDA, a réalisé une Enquête sur les jeunes les plus exposés au risque d'infection afin d'évaluer les comportements à risque de cette population, d'étudier ses conceptions et ses préférences en matière de programmes de santé sexuelle et reproductive, et de formuler des recommandations pour les interventions. L'enquête a été menée dans huit provinces et s'est appuyée sur des méthodes aussi bien qualitatives que quantitatives. De nombreux répondants ont cité des problèmes familiaux, la pression exercée par les pairs, l'exposition précoce à l'alcool, aux drogues et à la pornographie, et le manque de perspectives d'emploi stable, en tant que facteurs favorisant des comportements à haut risque. De manière générale, les répondants mettent en doute l'utilité de l'éducation, attachant davantage d'importance à l'acceptation sociale et à la popularité auprès de leurs pairs.

Les recommandations formulées ont permis d'étayer la Politique nationale du Cambodge sur le Développement de la jeunesse de 2011, avec des interventions comportant notamment :

- la révision des programmes scolaires et des programmes de formation des enseignants afin d'y inclure des informations actualisées sur les comportements à haut risque et sur les compétences à acquérir pour réduire les risques
- le recours à des pairs professionnels de l'éducation formés parmi les jeunes
- l'accès facilité aux possibilités d'éducation alternative
- la création d'un environnement scolaire plus sûr, incitant à des comportements plus sains
- la mise en place de services de consultation psychologique accessibles aux jeunes dans le cadre scolaire et en dehors de l'école.

Source : UNESCO, Profil pays EDUSIDA : Cambodge. Générer des données factuelles pour une meilleure planification concernant les jeunes à haut risque, UNESCO, Paris, 2011.

D'autres enquêtes réalisées en milieu scolaire, comme l'Enquête mondiale sur la santé scolaire (GSHS), fournissent des informations primordiales sur les comportements à risque en matière de drogue et de sexualité et sur les mesures de protection pour les élèves³⁸⁸. Ces éléments factuels constituent une base d'informations importante pour les ministères de l'Éducation qui peuvent s'en servir afin d'élaborer des programmes, notamment à destination des élèves fortement exposés au risque d'infection à VIH. Mais dans bien des cas, il a été difficile de transposer ces éléments factuels sous la forme de programmes efficaces s'emparant en milieu scolaire de problématiques telles que la diversité sexuelle et les comportements qui contribuent à propager l'infection à VIH chez les jeunes des populations clés – et qui sont notamment les rapports anaux non protégés entre hommes, la consommation de drogues injectables sans respect de l'hygiène et les rapports sexuels à risque dans le cadre du commerce du sexe.

Il est capital, pour toucher le plus grand nombre possible de jeunes se livrant à des comportements qui les exposent au risque d'infection à VIH,

que l'éducation sexuelle intègre le sujet de la diversité sexuelle. Dans la région Amérique latine et Caraïbes, par exemple, il serait extrêmement préjudiciable pour les jeunes touchés par le VIH et vulnérables au virus que la réponse ne s'empare pas de cette question car les taux d'infection à VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes – et notamment chez les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes – sont extrêmement élevés³⁸⁹. Le thème de la diversité sexuelle est actuellement sous-représenté dans les programmes scolaires. Lors d'une étude menée récemment en Australie, beaucoup de jeunes interrogés ont reconnu que seuls les rapports hétérosexuels étaient évoqués en classe³⁹⁰. L'examen des programmes scolaires de dix pays de la région AOA dont il a été question précédemment a établi que quasiment aucun d'entre eux ne traitait convenablement de la diversité sexuelle³⁹¹. En Chine, où un tiers des nouvelles infections surviennent chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et où le taux prévalence du VIH dans cette population atteindrait, selon les estimations, jusqu'à 17 % dans certaines villes³⁹², les supports d'apprentissage ont principalement privilégié la transmission du VIH dans le cadre de rapports hétérosexuels. Bien que cela soit désormais en train d'évoluer, l'information sur la prévention du VIH continue de ne pas « traiter de façon appropriée des questions telles que les rapports sexuels anaux »³⁹³. De plus, peu de pays abordent la question du harcèlement homophobe et transphobe, que ce soit dans le cadre de l'éducation sexuelle ou dans un cadre plus général, et ce alors même que ses répercussions négatives sur la santé et sur la réussite scolaire des jeunes sont de plus en plus reconnues. Il est important de noter que ces questions doivent impérativement être abordées dans tous les contextes épidémiologiques et pas uniquement dans les pays où l'épidémie est concentrée, mais il n'en va pas systématiquement ainsi.

De même, il est absolument nécessaire que l'enseignement traite de la consommation de drogue et du lien entre cette pratique et la vulnérabilité au VIH chez les jeunes. Au niveau mondial, beaucoup de consommateurs de drogue sont des jeunes âgés de 10 à 24 ans et, dans certains pays, la majorité des consommateurs de drogue appartient à cette tranche d'âge³⁹⁴. Les besoins sont particulièrement urgents en Europe orientale et en Asie centrale, où les épidémies nationales progressent en grande partie à cause des transmissions liées à la drogue, puis des transmissions ultérieures du virus aux partenaires sexuels des consommateurs de drogue^{395,396}. L'âge moyen à la première injection est bas dans cette région, ce qui fait que la prévalence du VIH a plus que doublé chez les jeunes de 15-24 ans au cours de la dernière décennie³⁹⁷. En Albanie, en Serbie et en Moldavie par exemple,

de 35 % à 68 % des jeunes qui s'injectent des drogues ont commencé avant l'âge de 18 ans, et de 5 % à 30 % avant l'âge de 15 ans³⁹⁸.

Pourtant, beaucoup de campagnes d'éducation aux dangers de la drogue se sont avérées inefficaces en raison de leur manque de réalisme, de leur tendance à privilégier l'abstinence, de leur absence de prise en compte des causes sociales et psychologiques profondes et souvent complexes qui sous-tendent la consommation de drogue, et du fait qu'elles ciblent fréquemment ceux qui en ont le moins besoin^{399,400,401,402,403}. Par exemple, une étude consacrée aux premières expériences de consommation de drogues injectables chez les adolescents et les jeunes vulnérables en Ukraine a établi que « les campagnes d'information et d'éducation visant à prévenir la consommation de drogue sont généralement destinées au public des jeunes en général et non aux jeunes dont le risque de commencer à consommer des drogues est le plus élevé ou qui font usage de stupéfiants. Les programmes d'éducation du grand public permettent de conforter le positionnement anti-drogue des abstinentes convaincus, mais ils ne sont pas efficaces pour prévenir les premières expériences de consommation de drogue, et en particulier de drogues injectables, ni pour retarder ou prévenir l'expérimentation des drogues »⁴⁰⁴. L'étude a préconisé d'« améliorer l'efficacité des programmes menés en milieu scolaire et des projets de réduction des risques »⁴⁰⁵.

Le secteur de l'éducation peut jouer un rôle capital dans la prévention et la lutte contre la stigmatisation et la discrimination que subissent les jeunes des populations clés dans tous les contextes épidémiologiques, et en particulier en cas d'épidémie concentrée. Mais cela peut nécessiter de se pencher sur les comportements et les croyances des enseignants et des autres personnels du secteur de l'éducation, dont beaucoup sont susceptibles d'avoir et – consciemment ou inconsciemment – de véhiculer des conceptions négatives à l'égard des populations clés. Par exemple, selon une enquête menée en Europe auprès des jeunes lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres, 14 % de ceux qui avaient vécu des expériences négatives à l'école ont cité les enseignants comme constituant la source ou une partie du problème^{406,407}.

Pour les jeunes vivant avec le VIH, la stigmatisation, la discrimination et les autres obstacles les empêchant d'accéder, de rester ou de réussir à l'école sont des problématiques majeures. Alors que la prise en charge de leurs besoins est devenue davantage prioritaire dans les situations d'épidémie généralisée, ils continuent de faire face à ces problèmes dans les situations d'épidémie de faible niveau et concentrée. Lors d'une consultation mondiale organisée en 2010 par l'UNESCO et le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH, une jeune personne a fait observer que « quand le taux de

prévalence du VIH est très faible, le niveau de priorité de la lutte contre le VIH est très bas. Les jeunes séropositifs sont quasiment invisibles et nos besoins sont très peu prioritaires »⁴⁰⁸. En outre, dans les situations d'épidémie concentrée où le VIH touche de façon disproportionnée des personnes qui se livrent à des rapports sexuels tarifés, qui s'injectent des drogues, des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des personnes transgenres, le comportement ou la sexualité des jeunes vivant avec le VIH deviennent souvent l'objet de spéculations, ce qui aggrave les jugements et les accusations à leur encontre⁴⁰⁹.

L'enseignement informel a lui aussi un rôle important à jouer dans les régions et les pays où l'épidémie est concentrée. Dans ces contextes, les jeunes fortement exposés au risque d'infection à VIH ont souvent, pour la plupart, une probabilité plus faible d'être scolarisés, ou bien ils ne fréquentent l'école que de façon irrégulière. Il est par conséquent capital de faire en sorte qu'ils bénéficient de programmes d'éducation informels et d'autres initiatives à destination des jeunes non scolarisés.

Les lacunes et le sous-financement du système

Les études de cas réalisées pour préparer l'enquête GPS ont mis en évidence quatre problèmes majeurs d'ordre général qui pèsent sur le secteur de l'éducation et ont des répercussions sur sa réponse globale au VIH. Dans la plupart des pays étudiés, ces problèmes sont toujours dans l'attente d'une résolution efficace⁴¹⁰.

Tout d'abord, la réussite de la réponse du secteur dépend très largement de l'efficacité de la gouvernance et du caractère fonctionnel du système éducatif lui-même. Si les capacités et l'efficacité du système sont remises en cause d'une quelconque manière, l'aptitude de l'unité ou des points focaux chargés de gérer la lutte contre le VIH à coordonner et à piloter la réponse en pâtira. Les coupes budgétaires liées à des questions de hiérarchisation des dépenses risquent d'affecter les financements alloués à la réponse au VIH. Le financement de la réponse du secteur de l'éducation est abordé plus en détail ci-dessous.

Le deuxième problème tient à la variabilité du fonctionnement des SIGE. Les auteurs de l'enquête GPS ont relevé que lorsqu'un système éducatif ne

dispose pas d'informations fiables et actualisées sur sa gestion, il ne lui est pas possible de réaliser des suivis ou des analyses de performance, d'efficacité – en particulier en termes de recrutement et de besoins de personnel –, de résultats et de qualité. Et faute de données de ce type, il sera difficile d'assurer le suivi et l'évaluation de la réponse du secteur et d'établir des rapports à ce sujet. Les problèmes de données et de suivi et d'évaluation sont abordés plus en détail ci-dessous.

Le troisième problème, dans certains pays, est le nombre élevé et croissant d'établissements scolaires privés, souvent gérés par des églises ou d'autres types d'organisations confessionnelles. Ces établissements ne mettent pas nécessairement toujours en œuvre les politiques et les programmes scolaires nationaux de l'éducation axée sur les compétences à la vie courante et de l'éducation au VIH et à la sexualité.

Le dernier problème est l'impact qu'aura à l'avenir la hausse récente et significative de la scolarisation dans le primaire, qui résulte des efforts en faveur de l'enseignement primaire universel. Dans de nombreux pays, peu de travaux de planification ou de préparation sont en cours pour faire face aux répercussions que cette hausse aura sur l'enseignement secondaire dans les prochaines années. L'augmentation des effectifs scolaires entraîne une augmentation du nombre d'élèves par enseignant, un risque de baisse de la qualité de l'enseignement et des pressions sur les infrastructures actuelles. Les moyens mis à la disposition de la réponse du secteur au VIH, et de l'éducation au VIH et à la sexualité en particulier, sont susceptibles de diminuer, car les budgets sont de plus en plus consacrés à recruter et à former des enseignants, à développer les infrastructures et à produire des supports d'enseignement et d'apprentissage.

L'inadéquation de l'allocation des ressources

L'inadéquation de l'allocation des ressources est la cause sous-jacente d'une grande partie des problèmes évoqués plus haut. Une évaluation des moyens requis dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, menée par l'ONUSIDA en 2005, a estimé que 313 millions de dollars étaient nécessaires pour développer l'éducation au VIH dans les établissements scolaires, de manière à couvrir 10 %, 20 % et 50 % des élèves dans les pays où la prévalence est respectivement faible, concentrée et élevée pour la période 2006-2008⁴¹¹. Une autre étude⁴¹² a estimé que les coûts annuels en dollars internationaux⁴¹³ s'élèveraient à 77 millions en Afrique subsaharienne, et à 176 millions en Asie

du Sud-Est, pour que l'éducation au VIH en milieu scolaire parvienne à un taux de couverture de 90 % dans ces deux régions.

Si les ressources de la lutte contre le VIH ont servi à soutenir la réponse du secteur de l'éducation, l'analyse des financements alloués par les principaux bailleurs de fonds internationaux montre qu'ils n'ont pas été à la mesure des besoins estimés ni des interventions fondées sur le concret. Le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le SIDA (PEPFAR) par exemple, bailleur de fonds majeur des programmes de lutte contre le VIH, a alloué des ressources importantes à la prévention du VIH. Un tiers de ce budget de prévention a été affecté à des programmes « d'abstinence totale », alors même que rien ne prouve que ces derniers fassent reculer le risque d'infection à VIH⁴¹⁶.

Lors d'un colloque sur l'implication du secteur de l'éducation dans le dispositif de lutte contre le VIH et d'aideSIDA, organisé par l'IATT de l'ONUSIDA sur l'éducation en 2008, le Fonds mondial, autre bailleur de fonds de premier plan, a reconnu que le secteur n'avait pas été un bénéficiaire majeur des subventions. Seuls 10 pays avaient reçu un soutien du Fonds mondial pour la réponse au VIH de leur secteur de l'éducation. Une étude⁴¹⁵ réalisée par l'IATT de l'ONUSIDA sur l'éducation a montré qu'il n'y avait eu une composante « éducation des jeunes » que dans deux régions seulement – l'Asie et le Pacifique, et l'Europe orientale et l'Asie centrale – dans le cadre de la série 5 de subvention et dans une seule région – l'Asie du sud – dans celui de la série 6. Cette composante ne représentait, respectivement, que 1 % et 0,29 % du budget total du Fonds mondial pour les actions de prévention du VIH. Lors des dernières séries de subvention, aucun financement n'a été attribué directement au secteur de l'éducation. Là où le Fonds mondial a investi en faveur du secteur de l'éducation, par exemple au Bélarus et en Namibie, les résultats ont été spectaculaires (voir Encadré 13).

Encadré 13 : L'impact du soutien du Fonds mondial au secteur de l'éducation

Au Bélarus, une aide du Fonds mondial de 250 000 dollars par an est attribuée depuis 2004 en faveur des actions éducatives. À ce jour, 2 000 éducateurs pour les pairs ont été formés, 13 centres de ressources ont été créés et près de 1 million d'élèves et d'étudiants – 90 % des effectifs totaux – ont bénéficié des programmes de prévention mobilisant l'intervention d'éducateurs pour les pairs ou utilisant d'autres canaux. Le taux de prévalence du VIH chez les jeunes a chuté de 54 % (de 28/100 000 en 2002 à 15/100 000 en 2007) ; l'utilisation du préservatif avec les partenaires occasionnels est passée de 17 % en 1999 à 75 % en 2007 et la proportion de jeunes déclarant accepter les personnes vivant avec le VIH est passée de 56 % en 2005 à 65 % en 2007.

En Namibie, le ministère de l'Éducation a reçu 19 millions de dollars namibiens dans le cadre de la série 2 de subvention du Fonds mondial pour soutenir les programmes de prévention du VIH, d'alimentation scolaire et de conseil à destination des orphelins et des enfants vulnérables. Grâce à ces fonds, le ministère a pu former largement aux services de conseil, mettre en place des groupes de soutien en milieu scolaire, intégrer la lutte contre le VIH dans le programme d'enseignement de l'éducation sexuelle complète, inclure la question du VIH dans d'autres matières, créer un programme de lutte contre le VIH en milieu professionnel ainsi qu'un réseau d'enseignants séropositifs au VIH, et instaurer des programmes d'alimentation scolaire couvrant 20 % de l'ensemble des enfants en difficulté.

Source : IATT de l'ONUSIDA sur l'éducation, *Education Sector Engagement with the AIDS and Aid Funding Architecture at the Country Level*, compte-rendu du colloque du 17 novembre 2008, UNESCO, Genève, 2009. (<http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001802/180203e.pdf>)

Dans une autre étude de 2008, consacrée au financement de la lutte contre le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, l'analyse des données provenant d'un sous-ensemble de 53 pays a établi que 60 % du budget de la prévention était consacré à cinq domaines : la communication destinée à faire évoluer la société et à modifier les comportements (16 %), les services de conseil et de dépistage volontaires (14 %), la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (13 %), la sécurité transfusionnelle (10 %) et les programmes de promotion du préservatif (7 %). Seuls 7 % des fonds alloués à la prévention étaient dépensés en faveur des populations les plus exposées au risque d'infection à VIH⁴¹⁶.

Dans les 22 pays où l'épidémie est généralisée ayant fourni une ventilation détaillée de leurs dépenses de prévention du VIH, c'est à la communication destinée à modifier les comportements sociaux qu'a été allouée la part la plus importante de ce budget. Les campagnes médiatiques grand public, les actions de mobilisation des communautés et les programmes de prévention du VIH en milieu professionnel représentaient au total 27 % du budget de la prévention, tandis que les services de conseil et de dépistage volontaires en avaient reçu 17 % et que 20 % avaient été investis en faveur de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant et 5 % pour assurer un approvisionnement en sang sûr. En revanche, la prévention du VIH à destination des jeunes scolarisés et non scolarisés ne représentait respectivement que 3 % et

1 % du budget. Ces chiffres varient légèrement en fonction de la situation épidémique. Par exemple, la prévention à destination des jeunes scolarisés avait bénéficié de 5 % du budget de la prévention dans les pays où l'épidémie est de faible niveau, 4 % dans les pays où l'épidémie est généralisée et 2 % dans les pays où l'épidémie est concentrée⁴¹⁷. Des données plus récentes⁴¹⁸ montrent que ce sont les programmes de traitement qui reçoivent la part la plus importante des fonds de lutte contre le VIH dans la plupart des pays. En Afrique du Sud par exemple, plus de 50 % des ressources disponibles en faveur de la lutte contre le VIH sont consacrés au traitement.

En réaction, l'UNESCO a commandité en 2010 une étude destinée à mesurer les coûts et le rapport coût-efficacité de l'éducation au VIH et à la sexualité en milieu scolaire, et à chiffrer la mise à grande échelle de ce type de programmes dans un ensemble de pays – l'Estonie, l'Inde, l'Indonésie, le Kenya, le Nigeria et les Pays-Bas⁴¹⁹. Les conclusions ont montré que les coûts et la couverture des programmes d'éducation sexuelle étaient extrêmement variables, mais que de manière générale l'éducation au VIH et à la sexualité en milieu scolaire présentait potentiellement un bon rapport coût-efficacité du point de vue de l'acquisition des compétences chez les élèves et les enseignants, et de l'amélioration de la situation sanitaire.

Le coût total des programmes étudiés s'échelonnait de 1,19 million de dollars en Indonésie à 12,2 millions de dollars au Pays-Bas⁴²⁰. L'effectif cumulé des élèves concernés s'échelonnait quant à lui de 6 240 en Indonésie à 990 000 en Inde. Mais compte tenu des différences de couverture et de durée de ces programmes, il est plus instructif d'observer les coûts et les effectifs concernés en chiffres annuels. Ceux-ci montrent, par exemple, que 240 000 élèves ont été concernés chaque année au Nigeria, pour un coût de 562 000 dollars, tandis que 28 000 élèves ont été concernés en Estonie pour un coût de 311 000 dollars. Le coût annuel par élève en 2009 a été de 7 dollars au Nigeria, de 13,50 dollars en Inde, de 33 dollars en Estonie et aux Pays-Bas, de 50 dollars au Kenya et de 160 dollars en Indonésie. Le coût plus élevé par élève au Kenya et en Indonésie illustre le fait qu'il s'agissait de programmes pilotes ayant une couverture limitée et des coûts de fonctionnement élevés. Il serait possible de réduire considérablement ce coût par élève en élargissant leur couverture. Par exemple, si les programmes du Kenya et de l'Indonésie étaient déployés à grande échelle, le coût par élève pourrait passer respectivement de 50 dollars à 16 dollars et de 160 dollars à 13 dollars. L'approche la plus efficace consisterait, en outre, à commencer par renforcer l'application du programme dans les établissements scolaires qui en disposent déjà – en rendant le contenu du programme scolaire obligatoire, par exemple – avant de l'introduire dans de nouveaux établissements ou de nouveaux districts.

L'éducation dans le Cadre d'investissement de l'ONUSIDA

En juin 2011, *The Lancet* a publié un article proposant « un cadre d'investissement stratégique conçu pour contribuer à améliorer la gestion des ripostes nationales et internationales au VIH/SIDA par rapport à ce qui prévaut dans le système actuel »⁴²¹. Les auteurs arguaient du fait que jusqu'alors, les dépenses allouées à la réponse au VIH avaient été faites « sans tenir compte de leurs effets relatifs » et proposaient une nouvelle approche de l'investissement. Cette approche devait reposer sur trois catégories d'investissement : les activités programmatiques de base, les catalyseurs essentiels et les synergies avec les secteurs du développement.

Le Cadre d'investissement se distingue des orientations antérieures de l'ONUSIDA en matière de prévention combinée, puisque les interventions y sont regroupées par catégorie en fonction de leur contribution. Les activités programmatiques de base sont les activités qui agissent directement sur la transmission, la morbidité et la mortalité. Les catalyseurs essentiels sont les aspects sociaux et programmatiques qui complètent les activités programmatiques de base. Les synergies de développement s'appuient sur le lien existant entre la lutte contre le VIH et les autres aspects du développement social et économique. La nouvelle approche repose sur le constat que les activités programmatiques de base ont des résultats directs de proximité, que les catalyseurs essentiels ont un effet plus distant et spécifique à un contexte donné, et que les synergies de développement sont les mécanismes nécessaires pour une réponse efficace.

Ensemble, ces catégories sont destinées à fournir des orientations pour l'investissement international et national en hiérarchisant les efforts en fonction de leur efficacité, et à situer les éléments de la réponse par rapport au contexte général de la lutte contre le VIH et du développement de manière à établir clairement les liens et les priorités. Dans le même article de *The Lancet*, les auteurs se sont livrés à un exercice de modélisation à partir du cadre d'investissement⁴²². Leur estimation prévoyait une hausse spectaculaire des dépenses consacrées aux activités programmatiques de base, de 7 milliards de dollars en 2011 à 12,9 milliards de dollars en 2015 – 38 % de cette hausse correspondant aux dépenses de traitement –, ce qui permettait d'espérer couvrir 18,3 millions de personnes. Les dépenses en faveur des catalyseurs essentiels auraient baissé, passant de 5,9 milliards de dollars à 3,4 milliards de dollars, tandis que sur la même période les dépenses allouées aux synergies de développement devaient progresser de 3,6 milliards de dollars à 5,8 milliards de dollars.

L'ONUSIDA a approfondi cette approche dans sa note d'orientation destinée à éclairer les choix d'investissement des coparrainants et des partenaires de l'ONUSIDA intitulée *Investir pour des résultats au bénéfice des individus – Un outil d'investissement centré sur les individus destiné à mettre fin au SIDA*⁴²³. Ce document indique qu'un cadre d'investissement permet de disposer d'une feuille de route réaliste et réalisable pour accélérer de façon décisive les progrès de la riposte mondiale au VIH. L'un de ses principaux points forts est qu'il se fonde sur les meilleures connaissances concrètes concernant les approches qui ont fait leurs preuves en termes de prévention, de traitement, de soins et d'appui en matière de VIH. Le cadre permet en outre de s'adapter face à l'apparition de nouveaux éléments factuels et notamment s'il s'avère que de nouvelles techniques ou de nouvelles approches ont des répercussions directes sur l'incidence, la morbidité et la mortalité liées au VIH et qu'il est possible de les mettre à grande échelle de façon systématique.

Encadré 14 : Tableau descriptif du Cadre d'investissement

Activités programmatiques de base	Catalyseurs essentiels (spécifiques au VIH)	Synergies avec les secteurs du développement (sensibles au VIH)
Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant Promotion de l'utilisation et distribution de préservatifs Soins et soutien aux personnes vivant avec le VIH Circoncision Programmes de changement de comportement Activités visant les populations clés les plus exposées aux risques d'infection au VIH	Sociaux Engagement politique et plaidoyer Réduction des stigmatisations Lois, politiques et pratiques juridiques Médias Mobilisation des communautés Réponses locales pour modifier les environnements à risque Programme Conception et réalisation axées sur la communauté Communication du programme Aide alimentaire et nutritionnelle Éducation à la santé Interventions en faveur de l'égalité des sexes et de lutte contre la violence basée sur le genre	Protection sociale et réduction de la pauvreté Secteur de l'éducation Réforme de la justice pénale et des prisons Pratiques en matière d'emploi et réforme du système juridique Égalité des sexes et violence basée sur le genre
<i>Source : PNUD, VIH/SIDA : Comprendre et agir sur des catalyseurs essentiels et des synergies de développement pour réaliser des investissements stratégiques, PNUD, New York, 2012.</i>		

Quelles sont les implications du cadre d'investissement pour l'éducation en général, et plus spécifiquement pour l'éducation au VIH ? Le cadre d'investissement fait référence au rôle du secteur de l'éducation dans la réponse au VIH dans chacun de ces trois domaines. C'est principalement dans le domaine des synergies de développement que l'éducation est mentionnée, uniquement sous l'angle du facteur de protection que représente le niveau d'études. L'éducation est mentionnée en tant qu'activité programmatique de base par référence aux interventions et aux programmes destinés à toucher des populations clés spécifiques, mais en général ceux-ci n'incombent pas au secteur de l'éducation et sont principalement menés par des acteurs de la société civile et des professionnels de la santé publique dans des contextes informels. L'éducation de qualité au VIH, qui devient un catalyseur essentiel quand elle est associée à l'éducation à la santé axée sur les compétences, est la troisième référence faite à l'éducation. Cette distinction a vu le jour postérieurement à l'article initial de *The Lancet*, dans des documents des coparrainants de l'ONUSIDA (voir par exemple PNUD *et al.*, *Comprendre et agir sur des catalyseurs essentiels et des synergies de développement pour réaliser des investissements stratégiques*, 2012). Cela témoigne du fait que l'éducation a un rôle primordial dans diverses facettes de la réponse dont il est impératif de tenir compte en termes de prévisions, de responsabilisation et de sources de financement. Dans le document en question, l'éducation est reconnue à la fois pour son rôle de catalyseur essentiel, au sens où l'éducation au VIH permet de développer les connaissances et les compétences sur lesquelles reposent les activités programmatiques de base, et pour son rôle de synergie du développement au sens où le niveau d'études global entraîne de nombreuses retombées positives pour le développement humain, en représentant notamment un important facteur de protection (prévention du VIH), pour les filles en particulier.

Le cadre d'investissement décrit le rôle du secteur de l'éducation dans la réalisation des OMD et au sein d'une réponse globale au VIH. Comme cela a été mentionné plus haut, le Directeur exécutif de l'ONUSIDA a déclaré lors du lancement de l'Initiative mondiale pour l'éducation avant tout, le 27 septembre 2012, que « mettre fin au sida est possible, et l'éducation est l'une des clés du succès ». Cela fait tout particulièrement écho à des recherches récentes qui ont montré que l'éducation représentait un important facteur de protection dans la lutte contre le VIH et que le niveau d'études pouvait réduire le risque d'infection à VIH^{424,425,426}. Parmi ces recherches figure notamment une étude menée dans 115 pays qui a établi que « c'est la scolarisation dans le secondaire qui a les répercussions les plus importantes sur le taux de mortalité lié au sida. Il s'agit en fait de la seule variable structurelle qui conserve un caractère significatif dans tous les modèles. Cela signifie que

l'éducation a des conséquences sur l'impact du sida, puisque des taux de scolarisation plus élevés se traduisent par un nombre moins important de décès liés au sida au niveau national »⁴²⁷.

L'éducation, et notamment l'éducation sexuelle complète et l'éducation au VIH, est également définie comme un catalyseur essentiel dans le document d'orientation complémentaire du PNUD cité précédemment. Le cadre d'investissement définit les catalyseurs essentiels comme « les activités qui sont nécessaires pour favoriser le déploiement et l'efficacité des activités programmatiques de base ». Comme indiqué précédemment, les élèves acquièrent, grâce à l'éducation au VIH et à l'éducation sexuelle complète, des compétences à la vie courante qui les aident à faire des choix sains. Dispensée en temps voulu, l'éducation peut permettre aux enfants et aux jeunes d'acquérir les connaissances et les compétences dont ils ont besoin pour protéger leur santé avant qu'ils ne deviennent sexuellement actifs et ne soient exposés au risque d'infection à VIH. Les compétences pour vivre sainement – maîtrise des notions élémentaires de santé, de réflexion critique et de développement personnel, entre autres – peuvent aider à rester en bonne santé à tous les stades de l'existence. Ces compétences sont également essentielles pour éliminer la stigmatisation et promouvoir les droits humains et des normes sociales positives.

Le Conseil de coordination du programme de l'ONUSIDA a reconnu le rôle de l'éducation au VIH et de l'éducation sexuelle complète lors de sa 27^e réunion, en déclarant se féliciter « des efforts de l'ONUSIDA pour renforcer l'incorporation à sa Stratégie 2011-2015 de politiques et de programmes pour une éducation sexuelle approfondie. Ces programmes devraient être mis en œuvre par les autorités éducatives et sanitaires et les services médicaux, sociaux et récréatifs intervenant de manière coordonnée, et cibler les populations scolarisées et non scolarisées, notamment les jeunes en situation de vulnérabilité »⁴²⁸.

L'intention de l'approche décrite dans le cadre d'investissement, qui est de faire en sorte que les moyens soient répartis efficacement dans un domaine qui voit ses aides financières diminuer, mais pas ses besoins, est louable. Le cadre d'investissement et son application soulèvent cependant un certain nombre de préoccupations. L'une de ses principales lacunes est que s'il existe de solides éléments factuels concernant l'efficacité et le rapport coût-efficacité des activités programmatiques de base, il y en a peu concernant les catalyseurs essentiels et les synergies de développement.

La proposition d'accorder davantage de financements aux activités programmatiques de base et de réduire ceux destinés aux catalyseurs essentiels – proposition soutenue par des déclarations sur le caractère « rationnel » et « judicieux » des investissements – valorise les aspects biomédicaux de la réponse au détriment d'aspects plus difficilement quantifiables. En réponse aux inquiétudes que cela a pu susciter, l'ONUSIDA a élaboré le document *Comprendre et agir sur des catalyseurs essentiels et des synergies de développement pour réaliser des investissements stratégiques* qui est destiné à fournir des orientations pour soutenir le déploiement de ripostes nationales multisectorielles et globales. Ce document stipule que le cadre d'investissement est conçu pour fournir des orientations et non pour être prescriptif. Il plaide en faveur d'une approche globale en faisant observer que les catalyseurs et les synergies font partie intégrante des ripostes nationales au SIDA et ne sont pas des options. Ils soutiennent et augmentent l'efficacité, l'efficience et la portée des activités programmatiques de base en vue d'obtenir des résultats plus équitables, tout en agissant directement pour réduire (ou exacerber s'ils sont absents) la vulnérabilité au VIH. Ils incitent à une analyse intégrée de la lutte contre le VIH et proposent des perspectives multisectorielles, même lorsque les réponses nationales privilégient des secteurs spécifiques. Certains protègent et font la promotion des droits humains et d'autres participent à la réalisation d'autres objectifs de santé et de développement, y compris les objectifs du Millénaire pour le développement. L'accès universel ne peut pas être obtenu sans les catalyseurs et les synergies⁵²⁹.

Néanmoins les catalyseurs essentiels sont complexes, difficiles à quantifier, et ne présentent pas nécessairement un retour sur investissement immédiat. Un écueil important auquel s'expose le cadre d'investissement est que des catalyseurs essentiels du type de l'éducation au VIH axée sur les compétences à la vie courante, qui a été historiquement sous-financé comme cela a été évoqué plus haut, n'obtiennent pas des moyens suffisants à l'avenir.

Assurer le suivi de la réponse du secteur de l'éducation au VIH

Au niveau international, la réponse du secteur de l'éducation au VIH a été évaluée grâce à des rapports sur les indicateurs recommandés par l'ONUSIDA et aux enquêtes de l'IATT.

Les approches actuelles de suivi et d'évaluation (S&E)

Jusqu'en 2011, les indicateurs internationaux utilisés pour évaluer la réponse au VIH étaient basés sur les engagements pris lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida (UNGASS) de 2001. Il existait vingt-cinq indicateurs UNGASS en 2011, parmi lesquels six pouvaient fournir quelques données sur le rôle du secteur de l'éducation dans la réponse. Quatre de ces six indicateurs se concentraient sur les résultats :

- L'indicateur n° 12 mesurait le nombre d'orphelins et autres enfants âgés de 10 à 14 ans fréquentant l'école. Cet indicateur pouvait fournir des données sur l'efficacité de certaines interventions en milieu scolaire, qui sont destinées à atténuer les répercussions du VIH sur les élèves touchés de manière à ce qu'ils puissent rester scolarisés.
- L'indicateur n° 13 mesurait le niveau de connaissances sur la prévention du VIH chez les jeunes, en termes de pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus. La connaissance du VIH est fondamentale pour modifier les comportements et pour avoir recours aux services de lutte contre le VIH.
- L'indicateur n° 15 mesurait le pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans. Cet indicateur pouvait fournir des données sur l'âge des premiers rapports sexuels et sur la manière dont l'éducation pourrait contribuer à le retarder.
- L'indicateur n° 17 mesurait le pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et ayant utilisé un préservatif au cours de leur dernier rapport sexuel. Ventilé par groupes d'âge, 15-19 ans et 20-24 ans, cet

indicateur pouvait montrer si les jeunes ont eu tendance à utiliser des préservatifs plus souvent parce qu'ils en savaient davantage sur leur rôle, sur l'importance de les utiliser, ainsi que sur les compétences requises pour les utiliser (acquises par le biais de l'éducation).

Deux indicateurs supplémentaires étaient consacrés aux processus qui devaient être en place pour obtenir les résultats souhaitables :

- L'indice composite sur les politiques nationales, aujourd'hui appelé questionnaire sur les Engagements et moyens d'action nationaux (NCPI), indicateur UNGASS n° 2, évaluait les progrès de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques, des stratégies et des lois de lutte contre le VIH au niveau national, du point de vue des gouvernements et des organisations de la société civile des pays. Il pouvait fournir quelques données permettant de déterminer si la réponse du secteur de l'éducation est orientée et facilitée par des politiques, des stratégies et des moyens dans le cadre d'une riposte nationale au VIH.
- L'indicateur n° 11 fournissait des données sur le pourcentage d'établissements scolaires ayant dispensé l'éducation au VIH axée sur les compétences à la vie courante au cours de la dernière année scolaire.

En 2011, le Groupe de référence pour le suivi et l'évaluation (MERC) de l'ONUSIDA a procédé à l'examen des indicateurs UNGASS et décidé d'en supprimer trois de la liste des indicateurs internationaux recommandés pour l'établissement de rapports, dont l'indicateur n° 11. Il est donc resté cinq indicateurs internationaux pouvant être utilisés, jusqu'à un certain point, pour évaluer le rôle du secteur de l'éducation dans la réponse au VIH. À la suite de la Réunion de haut niveau sur le sida de 2011, et sur la base d'une décennie de rapports UNGASS, l'ONUSIDA demande désormais aux États membres des Nations Unies de rendre compte des progrès réalisés au niveau national par le biais d'un nouveau processus nommé Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde (RARSM). Des directives pour l'établissement des rapports 2012 sur les indicateurs de base destinés au suivi de la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2011 ont été publiées par l'ONUSIDA en octobre 2011.

Au niveau international également, comme cela a été évoqué au chapitre 1, l'IATT de l'ONUSIDA sur l'éducation a commandité deux enquêtes – l'Enquête mondiale sur l'état de préparation du secteur éducatif face au VIH et au SIDA (GRS)⁴³⁰ de 2004 et l'Enquête mondiale sur les progrès réalisés par le secteur de l'éducation face au VIH et au SIDA (GPS)⁴³¹ de 2011-2012 – pour

évaluer la réponse du secteur de l'éducation au VIH. Ces deux enquêtes ont privilégié davantage les modalités de la réponse du secteur de l'éducation que ses résultats et ses répercussions. (Par ailleurs, il est important de noter que ces enquêtes ont une portée relativement limitée, et qu'elles reflètent principalement des données autodéclarées par les ministères de l'Éducation nationale et par la société civile.)

Au niveau national, en plus des données recueillies pour l'établissement des rapports sur les indicateurs internationaux UNGASS et RARSM, les pays collectent des données sur la réponse du secteur de l'éducation par le biais de leurs mécanismes de S&E, et notamment du Système d'information sur la gestion de l'éducation (SIGE) du ministère de l'Éducation.

En 2010, l'UNESCO et l'UNICEF ont commandité une évaluation rapide⁴³² des mécanismes de S&E. Comportant notamment des indicateurs sur l'éducation et la lutte contre le VIH, cette évaluation a été menée en Angola, au Botswana, au Lesotho, en Namibie, en Tanzanie, en Zambie et au Zimbabwe. Elle a établi que 8 des 9 pays se servaient d'indicateurs sur l'éducation et la lutte contre le VIH venant compléter les indicateurs UNGASS, et que le nombre d'indicateurs supplémentaires s'échelonnait de deux au Mozambique à cinquante-six au Botswana. À titre d'exemple, les indicateurs figurant dans le SIGE zimbabwéen en 2010 étaient :

- nombre d'élèves ayant assisté à des cours sur le VIH
- nombre d'éducateurs pour les pairs en exercice
- nombre d'élèves membres des clubs « AIDS Action » en milieu scolaire
- nombre d'élèves bénéficiant d'un soutien pédagogique
- nombre d'enseignants formés à l'éducation au VIH axée sur les compétences à la vie courante
- nombre d'étudiants fréquentant les centres ressources pour bénéficier de services de lutte contre le VIH (dans les établissements du supérieur)
- nombre de préservatifs distribués (dans les établissements du supérieur)
- nombre de cas d'IST répertoriés chez les étudiants (dans les établissements du supérieur)
- nombre d'étudiants s'étant soumis au dépistage du VIH (par âge et par sexe) (dans les établissements du supérieur).

Les approches destinées à évaluer le rôle du secteur de l'éducation dans la réponse au VIH et le rôle de l'éducation au VIH, et à en assurer le suivi et l'évaluation, présentent aujourd'hui un certain nombre de lacunes et de

problèmes. Ceux-ci ont trait principalement à la définition et à l'utilisation des indicateurs internationaux recommandés par l'ONUSIDA pour l'établissement de rapports mondiaux. La manière dont ces indicateurs sont définis a des répercussions sur le mode de collecte des données au niveau national et elle restreint la capacité des données à fournir une évaluation plus ou moins complète du rôle du secteur. Elle limite par conséquent l'utilité de ces données pour les ministères de l'Éducation et pour les autres parties prenantes.

Le questionnaire NCPI révisé (indicateur RARSM n° 7.1) comporte quelques questions relatives au secteur de l'éducation. Mais ces dernières figurent au sein d'une longue liste de questions consacrées à d'autres sujets, ce qui ne permet pas d'analyser réellement la réponse spécifique du secteur de l'éducation.

Contrairement à ce qui se pratique dans les Enquêtes démographiques et de santé (EDS), dans lesquelles les données sont ventilées par niveau d'instruction (néant, instruction primaire, secondaire et supérieure), les pays ne sont pas tenus de communiquer ou d'analyser des données relatives aux principaux aspects de la transmission du VIH (indicateur RARSM n° 1.1) par niveau d'instruction. C'est une occasion manquée d'évaluer si l'enseignement formel améliore ou non les connaissances sur le VIH.

Le même constat vaut pour les indicateurs mesurant l'âge des jeunes aux premiers rapports sexuels et l'utilisation des préservatifs (respectivement, l'indicateur RARSM n° 1.2 et l'indicateur RARSM n° 1.4). Par conséquent, il n'est pas possible d'analyser les comportements sexuels des jeunes ayant accès à l'éducation par rapport à ceux des jeunes n'ayant que peu ou pas d'accès à l'éducation, et donc l'influence potentielle de l'enseignement formel sur ces comportements à différents niveaux. Les décideurs du secteur de l'éducation au niveau national pourraient prendre l'initiative de compiler les données ventilées disponibles qui se rapportent aux niveaux d'instruction dans les EDS. Mais cela a peu de chances d'être fait sans l'aiguillon que représente le processus d'établissement de rapports mondiaux.

Le manque d'indicateurs internationaux solides implique un manque d'éléments factuels fiables concernant le rôle du secteur de l'éducation dans la réponse au VIH ainsi que le rôle de l'éducation dans la prévention. Sans ces données concrètes, le rôle de l'éducation et ses répercussions sur les connaissances sont sujets à caution.

Il existe également des lacunes et des problèmes au niveau des pays, qui reflètent ceux observés au niveau mondial. Dans certains pays, les mécanismes nationaux de S&E ne comportent pas d'indicateurs relatifs à la lutte contre le VIH et à l'éducation dont il serait possible d'extraire des données pour combler les lacunes des indicateurs internationaux. Comme cela a été mentionné au chapitre 1, l'enquête GPS de 2011-2012 a établi que seuls 45 % des pays possédant un SIGE l'avaient révisé ou modifié de manière à y intégrer des indicateurs rendant compte de la question du VIH/SIDA. Et dans de nombreux pays, l'évolution des connaissances, des compétences et du comportement des élèves ne fait pas l'objet d'un suivi et d'une évaluation systématiques. Les indicateurs et les méthodes de collecte des données ne permettent pas, en l'état actuel, d'évaluer objectivement la couverture et l'efficacité de l'éducation au VIH.

Dans d'autres pays, les indicateurs sont soit trop nombreux soit trop complexes pour être utiles au secteur de l'éducation. Même quand les indicateurs sont adaptés, beaucoup de pays n'ont ni les moyens ni la capacité de collecter, d'analyser et d'exploiter les données, et notamment d'en extraire des éléments factuels concernant la contribution spécifique du secteur de l'éducation à la réponse nationale. Par exemple, lors de l'évaluation rapide des mécanismes de suivi et d'évaluation de l'éducation et de la lutte contre le VIH dans la région AOA⁴³³ qui a été mentionnée plus haut, seuls 50 % des ministères de l'Éducation ont indiqué que leurs processus de planification, de budgétisation, de gestion et de compte rendu relevaient d'une approche de gestion axée sur les résultats ; 60 % seulement ont déclaré exploiter systématiquement des données issues de leurs mécanismes de S&E. Une bonne partie de ces lacunes est due au fait que les décideurs et les cadres du secteur de l'éducation sont peu sensibilisés à l'importance d'assurer un suivi et une évaluation du rôle du secteur de l'éducation dans la réponse à l'épidémie de VIH.

Des mesures récentes ont été prises pour améliorer le suivi et l'évaluation de la réponse du secteur de l'éducation au niveau international et national. En 2008, les partenaires impliqués dans l'initiative Concentrer les ressources sur une santé scolaire efficace (FRESH) ont commencé à travailler à l'élaboration d'un cadre commun de S&E pour les programmes de santé et de nutrition à l'école. L'IATT sur l'éducation a pris part à cet effort en se consacrant tout particulièrement à l'identification d'un petit nombre d'indicateurs mondiaux, ce qui était considéré unanimement comme une nécessité majeure.

Après avoir procédé à un examen des indicateurs existants et à des consultations internationales, l'IATT a identifié sept indicateurs de

fonctionnement et de résultat qui ont été diffusés en 2010 afin d'être soumis à examen et expérimentés sur le terrain par les pays parties prenantes. L'UNESCO a organisé, en collaboration avec d'autres organismes des Nations Unies, une série de consultations régionales dans les Caraïbes et en Afrique subsaharienne, au terme desquelles neuf indicateurs supplémentaires ont été recommandés, dont huit notamment pour les pays où l'épidémie de VIH est généralisée.

À la fin de l'année 2010, l'IATT a adopté une liste révisée d'indicateurs de base et admis qu'il convenait de mettre à l'essai les onze nouveaux indicateurs pour lesquels des données seraient recueillies par le biais du secteur de l'éducation – c'est-à-dire par le biais des SIGE ou d'enquêtes en milieu scolaire – afin de vérifier qu'ils correspondaient aux normes des indicateurs internationaux. De plus, l'IATT a accepté d'expérimenter sur le terrain une version destinée au milieu scolaire de l'indicateur international sur les connaissances des jeunes au sujet du VIH (indicateur RARSM n° 1.1, anciennement indicateur UNGASS n° 13). L'expérimentation des indicateurs sur le terrain a eu lieu dans quatre pays d'Afrique orientale et australe – l'Afrique du Sud, la Namibie, la Tanzanie et la Zambie – et à la Jamaïque en 2011 et 2012.

À la suite de cela, onze des douze indicateurs expérimentés sur le terrain ont été jugés conformes aux normes des indicateurs internationaux. Ces onze indicateurs, ainsi que quatre indicateurs RARSM supplémentaires, ont été adoptés en février 2013 par l'IATT, qui en a fait les indicateurs de base recommandés qu'il convient d'utiliser pour évaluer la réponse du secteur de l'éducation au VIH dans le monde. Des directives pour la mise en place de ces indicateurs ont été établies par l'UNESCO⁶³⁴, au sein d'un cadre mondial de suivi et d'évaluation des réponses globales du secteur de l'éducation au VIH et au SIDA. Ces directives sont destinées aux ministères de l'Éducation et aux autres parties prenantes du secteur de l'éducation. Elles fournissent des informations sur la manière dont les données doivent être recueillies et analysées pour chaque indicateur, et notamment des informations sur la manière de procéder à l'analyse des données collectées grâce aux quatre indicateurs RARSM se rapportant au secteur de l'éducation. L'UNESCO et d'autres organismes des Nations Unies déploient des soutiens pour aider chaque pays à utiliser ces indicateurs dans différentes régions et en particulier pour aider à les intégrer au mécanisme de S&E habituel régi par les ministères de l'Éducation dans le cadre de leur SIGE.

Les 15 indicateurs internationaux recommandés par l'IATT de l'ONUSIDA sur l'éducation pour mesurer la riposte du secteur de l'éducation

1. Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde (RARSM)
2. Pourcentage d'établissements d'enseignement dotés de règles et de directives s'appliquant au personnel comme aux élèves et communiquées aux parties prenantes concernées, au sujet de la protection de l'intégrité physique, de la stigmatisation et de la discrimination, et du harcèlement et des agressions à caractère sexuel
3. Pourcentage d'établissements scolaires qui ont dispensé une éducation au VIH et à la sexualité axée sur les compétences à la vie courante au cours de la dernière année scolaire
4. Pourcentage d'établissements scolaires qui ont fourni un dispositif d'information aux parents ou tuteurs des élèves au sujet des programmes d'éducation au VIH et à la sexualité axée sur les compétences à la vie courante au cours de la dernière année scolaire
5. Pourcentage d'écoles dont les enseignants ont été formés à une éducation au VIH et à la sexualité axée sur les compétences à la vie courante et ont dispensé des cours dans ce domaine au cours de la dernière année scolaire
6. Pourcentage d'élèves de 10 à 24 ans qui présentent les niveaux de connaissances souhaités et qui rejettent les principales idées fausses concernant le VIH et le SIDA
7. Pourcentage de jeunes de 15 à 24 ans qui ont eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans (RARSM)
8. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui ont utilisé un préservatif au cours de leur dernier rapport sexuel (RARSM)

Indicateurs spécifiques pour les pays où l'épidémie est généralisée

9. Pourcentage d'enfants rendus orphelins et vulnérables âgés de 5 à 17 ans qui bénéficient d'un soutien financier, notamment sous forme d'exemption des frais de scolarité, dans le cadre de l'école
10. Pourcentage d'enfants rendus orphelins et vulnérables âgés de 5 à 17 ans qui bénéficient d'un soutien affectif/psychologique dans le cadre de l'école
11. Pourcentage d'enfants rendus orphelins et vulnérables âgés de 5 à 17 ans qui bénéficient d'une aide sociale, autre qu'un soutien financier, dans le cadre de l'école

12. Pourcentage d'établissements d'enseignement qui mettent en œuvre un programme de lutte contre le VIH en milieu professionnel
13. Nombre d'orphelins et autres enfants âgés de 5 à 17 ans fréquentant actuellement l'école (RARSM)
14. Pourcentage d'élèves qui ont définitivement quitté l'école pour cause de maladie ou de décès au cours de la dernière année scolaire
15. Taux de départ volontaire des enseignants au cours de la dernière année scolaire

Les difficultés d'évaluation

Les bailleurs de fonds et les décideurs veulent consacrer les moyens limités dont ils disposent à des programmes capables d'afficher des résultats quantifiables. De ce fait, l'accent a été mis sur l'importance d'évaluer si l'éducation améliore ou non les résultats obtenus sur le plan biologique ou comportemental⁴³⁵, en utilisant la même approche que celle employée pour évaluer l'efficacité des interventions biomédicales⁴³⁶. Comme évoqué plus haut, la difficulté que les personnes extérieures au secteur de l'éducation ont à appréhender le rôle de l'éducation et, plus précisément, les attentes irréalistes concernant l'impact de l'éducation au VIH sur les comportements et sur les résultats de la lutte contre le VIH, constituent un problème particulier.

Il est impossible d'évaluer avec précision en quoi des connaissances entraînent une modification des comportements, et notamment d'attribuer cette modification à l'enseignement formel plutôt qu'à d'autres interventions. Le but de l'enseignement est de faire acquérir des connaissances, des attitudes et des compétences de manière à ouvrir la voie à une modification des comportements, mais cela ne saurait ni se mesurer ni donner lieu à des objectifs de résultats comportementaux à atteindre. Il est difficile de comparer les programmes scolaires sans considérer la manière dont ils sont mis en œuvre par des enseignants différents, dans des classes distinctes⁴³⁷, et d'isoler l'effet d'un programme scolaire des autres facteurs qui influencent le comportement des jeunes⁴³⁸.

D'autres études ont également mis en avant des problématiques relatives à la qualité des éléments factuels disponibles. Par exemple, une analyse approfondie des données concrètes disponibles au sujet de l'impact de l'éducation sur les réponses au VIH, commanditée par l'IATT et réalisée par l'Overseas Development Institute en 2009, a identifié un ensemble de lacunes. Ces lacunes étaient principalement liées aux difficultés générales

qui se posent pour quantifier les modifications du comportement humain sur la durée et pour attribuer ces modifications à des programmes éducatifs. L'étude a également constaté qu'en situation de contraintes budgétaires, les politiques et les programmes privilégient souvent des priorités qui produisent des résultats rapides et concrets – et il n'est pas possible d'avoir de telles attentes à l'égard de l'éducation.

Il existe dans le même temps une volonté croissante d'apprécier les retombées de l'éducation au VIH et à la sexualité au-delà de la seule question du VIH. Une attention plus forte est accordée à l'évaluation des modifications des normes sociales et des relations de pouvoir, en particulier en termes de réduction de la violence fondée sur le genre⁴³⁹, mais également à l'importance du lien entre ces aspects et la situation sanitaire. Par exemple, un examen récent de 31 programmes scolaires a établi que les plus efficaces étaient ceux qui intégraient les questions de genre et de pouvoir : 78 % des programmes scolaires de ce type ont atteint leurs objectifs en matière de santé. Ils offraient de plus des perspectives prometteuses du point de vue de l'amélioration des résultats globaux de l'éducation, car ils démontraient l'existence d'une interdépendance entre éducation, genre et santé⁴⁴⁰. De plus, une étude de terrain récente a montré que les programmes éducatifs ciblant des facteurs structurels tels que les rapports sexuels contraints et les handicaps liés au genre, la consommation d'alcool et de stupéfiants, ainsi que des facteurs d'ordre économique, entraînaient une baisse de l'incidence des IST⁴⁴¹.

Il est important, par ailleurs, de reconnaître que l'éducation ne peut pas tout. Comme évoqué au chapitre 1, si les connaissances et les compétences sont un préalable indispensable, elles ne sont pas les seuls facteurs à déterminer le comportement. Le comportement individuel est influencé par tout un ensemble de facteurs tels que, notamment, les attitudes, les valeurs et les croyances sociales, ainsi que la pauvreté et le genre. Comme cela a été montré précédemment dans cet ouvrage, une grande partie du socle théorique de l'éducation au VIH est issue des modèles de modification des comportements qui supposent que le fait d'avoir les bonnes connaissances et les bonnes attitudes conduira à adopter un comportement prétendument rationnel, alors même que certaines de ces théories reconnaissent l'influence des normes sociales et la complexité du processus de modification des comportements.

Les connaissances, les compétences et les intentions favorisant l'adoption de choix sains ne représentent qu'un aspect de la réduction des risques d'infection à VIH⁴⁴². Dans les contextes dans lesquels vivent les jeunes, une

« ... Bien que quelques interventions axées sur l'individu aient produit des résultats en termes de réduction des comportements à risque, les niveaux de réussite sont bien meilleurs quand la prévention du VIH s'empare des facteurs structurels généraux qui façonnent ou qui contraignent le comportement individuel et que sont par exemple la pauvreté et la richesse, le genre, l'âge, la politique et le pouvoir. »

Source : Gupta *et al.*, « Structural approaches to HIV prevention » in *The Lancet*, vol. 372, n° 9640, 2008, pp. 764-75.

bonne partie des facteurs qui influencent leur comportement échappent à leur contrôle. L'examen des programmes sur les compétences à la vie courante mentionné plus haut a conclu que « l'éducation axée sur les compétences à la vie courante n'est pas une solution miracle pour prévenir l'infection à VIH chez les jeunes des pays en développement » du fait des obstacles auxquels ces jeunes sont confrontés⁴⁴³. Cette

éducation n'est pas une solution miracle car elle privilégie les compétences de l'individu sans chercher à modifier les structures qui agissent sur sa capacité à mettre ces compétences en application⁴⁴⁴. Pour compliquer encore les choses, les modèles de prévention du VIH qui réduisent la sexualité à un simple comportement ont été remis en question. Les recherches menées dans les pays de la région AOA, par exemple, décrivent la sexualité comme un phénomène relationnel qui repose sur l'existence et la constitution de réseaux et qui s'ancre dans la propriété matérielle, dans la mobilité et dans la société⁴⁴⁵.

Une quantité considérable d'éléments factuels montre que les résultats de santé sont déterminés par des facteurs structurels, notamment pour ce qui est des adolescents⁴⁴⁶. Il conviendrait, par exemple, d'envisager les grossesses adolescentes par rapport à l'environnement socioéconomique et socioculturel global dans lequel évoluent les adolescents. Cela inclut notamment leurs propres aspirations à accéder à la parentalité pour se faire une place dans la société, ou bien le manque de repères parentaux sur des aspects de la sexualité dont il est interdit de parler en raison des tabous culturels associés⁴⁴⁷. En Afrique du Sud par exemple, les recherches indiquent que lorsque la sexualité adolescente est fortement stigmatisée, il y a peu de possibilités de discuter librement de sexualité avec ses parents et ses partenaires, et il est difficile d'avoir accès à des services de santé dans lesquels le patient ne se sente pas jugé⁴⁴⁸.

L'OMS a fait observer que « les programmes doivent s'employer à créer un environnement propice [...] en accordant une attention particulière [...] à la dimension du genre et aux droits humains »⁴⁴⁹. Des interventions structurelles^{450,451,452,453} sont nécessaires pour s'attaquer aux facteurs sociaux, juridiques, politiques et environnementaux qui contribuent à la propagation du VIH. Elles peuvent notamment prendre la forme de réformes juridiques et politiques destinées à améliorer l'accès des jeunes à l'information et aux

services, à combattre les normes sociales relatives au genre, à la sexualité et à l'adolescence, à défendre les droits des jeunes et à promouvoir l'autonomisation économique.

Des travaux récents consacrés aux prestations conditionnelles en espèces et aux résultats de santé soulignent le rôle des facteurs de risque structurels, ainsi que l'impact des efforts qui sont déployés pour y faire face^{454,455,456,457}. Cette analyse a conclu que les prestations conditionnelles en espèces pouvaient aider à lutter contre les facteurs structurels majeurs de la transmission du VIH que sont, par exemple, les inégalités économiques et de genre ainsi que de bas niveaux d'études. Ces prestations peuvent aider à améliorer le recours aux services de prévention prioritaires – que sont, par exemple, les services de conseil et de dépistage volontaires – avec les répercussions que cela implique sur le risque d'infection à VIH, et à ouvrir des perspectives prometteuses en termes de recul des IST, même si leur impact sur le VIH n'a pas encore été démontré. Tout cela souligne la nécessité de déployer une approche permettant de répondre à la fois à l'échelle de l'individu et à l'échelle du contexte qui influe sur la capacité des jeunes à exercer de leurs droits en matière d'éducation et de santé sexuelle et reproductive.

Résumé

Ce chapitre a étudié les débats et les défis auxquels est soumise la réponse du secteur de l'éducation au VIH. Il a fait le constat qu'en dépit d'investissements significatifs, les niveaux de connaissances sur le VIH demeuraient obstinément faibles chez les jeunes. Il a présenté les différentes conceptions qui s'affrontent au sujet des programmes scolaires et des pédagogies correspondantes, ainsi que les problèmes systémiques, tels que l'importance des effectifs dans les classes, qui compliquent la mise en œuvre de l'éducation au VIH et ont tendance à en limiter la portée. Il a également mis en évidence la nécessité d'étendre l'éducation au VIH aux élèves de l'enseignement post-secondaire et, impérativement, aux jeunes non scolarisés et aux populations clés fortement exposées au risque d'infection à VIH. Il a expliqué, par ailleurs, que la concomitance d'une approche de la lutte contre le VIH centrée sur l'aspect biomédical et d'une absence de suivi efficace du secteur de l'éducation représentait une menace pour l'avenir même de l'éducation au VIH. Mais des motifs d'espérer existent. Le chapitre suivant continuera d'analyser les problèmes qui se posent, mais identifiera également les opportunités existantes, et tentera de définir les grandes orientations du secteur de l'éducation en tirant profit des enseignements tirés de l'expérience.





Chapitre 3

Nouvelles tendances et opportunités

Les engagements et objectifs mondiaux

La réponse du secteur de l'éducation au VIH, et la nature même de cette éducation, devront impérativement s'adapter à l'évolution des priorités et des besoins. Ce chapitre traite de quelques-unes des nouvelles grandes tendances qui s'annoncent, ainsi que des opportunités et des difficultés qu'elles présentent pour la réponse du secteur de l'éducation et pour l'éducation au VIH.

L'initiative mondiale pour l'éducation avant tout (GEFI) a pour ambition de remobiliser la communauté mondiale autour de la réalisation des objectifs de l'EPT pour 2015 et des cibles des OMD relatives à l'éducation (voir Encadré 15) et de poser les bases d'une vision audacieuse pour l'après-2015, tournée vers une éducation qui prépare les enfants et les jeunes à la vie.

Encadré 15 : Les objectifs internationaux de l'éducation (EPT et OMD)

Objectif 1 de l'EPT	Développer et améliorer sous tous leurs aspects la protection et l'éducation de la petite enfance, et notamment des enfants les plus vulnérables et défavorisés.
Objectif 2 de l'EPT	Faire en sorte que d'ici 2015 tous les enfants, notamment les filles, les enfants en difficulté et ceux appartenant à des minorités ethniques, aient la possibilité d'accéder à un enseignement primaire obligatoire et gratuit de qualité et de le suivre jusqu'à son terme.
Objectif 3 de l'EPT	Répondre aux besoins éducatifs de tous les jeunes et de tous les adultes en assurant un accès équitable à des programmes adéquats ayant pour objet l'acquisition de connaissances ainsi que de compétences nécessaires dans la vie courante.
Objectif 4 de l'EPT	Améliorer de 50 % les niveaux d'alphabétisation des adultes, et notamment des femmes, d'ici à 2015, et assurer à tous les adultes un accès équitable aux programmes d'éducation de base et d'éducation permanente.
Objectif 5 de l'EPT	Éliminer les disparités entre les sexes dans l'enseignement primaire et secondaire d'ici 2005 et instaurer l'égalité dans ce domaine en 2015 en veillant notamment à assurer aux filles un accès équitable et sans restriction à une éducation de base de qualité avec les mêmes chances de réussite.
Objectif 6 de l'EPT	Améliorer sous tous ses aspects la qualité de l'éducation dans un souci d'excellence de façon à obtenir pour tous des résultats d'apprentissage reconnus et quantifiables - notamment en ce qui concerne la lecture, l'écriture et le calcul et les compétences indispensables dans la vie courante.
OMD 2	Assurer l'éducation primaire pour tous D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires.
OMD 3	Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes Éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005, si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard.

La GEFI permettra en particulier de regrouper les partenaires du développement pour stimuler fortement la concrétisation de la promesse d'un accès universel à l'enseignement primaire, de soutenir la mobilisation mondiale destinée à placer l'éducation au cœur des programmes sociaux, politiques et de développement, et de dégager des financements supplémentaires suffisants en faveur de l'éducation grâce à une campagne mondiale de plaidoyer. La GEFI stipule clairement qu'une éducation de bonne qualité, notamment en matière d'éducation au VIH, est fondamentale pour améliorer la situation sanitaire, faire progresser l'égalité de genre, ouvrir des débouchés économiques et parvenir à un développement durable.

Les OMD 2 et 3, de même que l'EPT, servent depuis 2000 de manifeste mondial en faveur d'un meilleur accès à l'éducation et ont contribué à réaliser des progrès sans précédent dans ce secteur. La scolarisation dans le primaire a augmenté de 6 % depuis 1999, avec 52 millions d'enfants supplémentaires inscrits à l'école primaire, et la parité des genres lors de l'entrée au primaire a progressé de façon significative. La GEFI prend acte de ces acquis, mais souligne également le fait que 61 millions d'enfants d'âge primaire demeurent non scolarisés et que 71 millions d'adolescents ne bénéficient d'aucune éducation post-primaire.

L'accès des filles à l'éducation continue en particulier de se heurter à des difficultés, qui sont notamment les mariages d'enfants, les grossesses précoces, les contraintes du travail domestique, la dangerosité des déplacements et l'absence d'équipements sanitaires en milieu scolaire. Les pays sous-estiment souvent l'importance de l'instruction des filles : 53 % des enfants d'âge primaire qui ne vont pas à l'école sont des filles, et quelque 34 millions d'adolescentes dans le monde ne sont pas scolarisées. Dans de nombreux pays, les enfants sont privés d'école pour cause de crises humanitaires et de conflits. Dans d'autres, le recours au travail des enfants oblige ces derniers à quitter l'école pour entrer dans le monde du travail.

La GEFI reconnaît par ailleurs que l'accent mis sur la réalisation des OMD a conduit à négliger des aspects importants de l'éducation, comme par exemple la qualité, la prise en charge et l'éducation des jeunes enfants, ainsi que l'enseignement et la formation post-primaires. Le fait d'avoir privilégié exclusivement l'accès à l'éducation a notamment conduit à négliger les résultats d'apprentissage. Les enfants sortent trop souvent de l'école sans avoir les compétences de base en lecture, en écriture et en calcul, sans parler des compétences nécessaires pour mener une vie saine. Ce n'est pas en continuant sur cette voie qu'il sera possible de répondre aux besoins de sociétés et d'économies en rapide mutation.

La GEFI vise à lutter contre les problèmes qui nuisent à la qualité de l'éducation et des résultats d'apprentissage que représentent, notamment, la pénurie de salles de classe, le niveau insatisfaisant de formation et de motivation des enseignants, et le manque de manuels et autres supports d'apprentissage. Les pays les plus pauvres ont besoin, d'après les estimations, de 4 millions de nouvelles salles de classe d'ici à 2015 ; 5,4 millions de nouveaux enseignants supplémentaires, dont 2 millions pour la seule Afrique subsaharienne, sont nécessaires pour atteindre l'objectif de l'enseignement primaire universel d'ici à 2015⁴⁵⁸. La pénurie d'enseignants, ajoutée à l'absentéisme et à des niveaux de qualification insuffisants, font gravement obstacle à l'apprentissage. Au nombre des autres difficultés figurent notamment la faim et les carences nutritionnelles des enfants, les lacunes de l'éducation de la petite enfance et le caractère insuffisant du suivi et de l'évaluation des résultats d'apprentissage.

Enfin, l'une des priorités de la GEFI est de promouvoir la citoyenneté mondiale en œuvrant en faveur d'une éducation qui induit des transformations en profondeur, cultive les valeurs communes et favorise le respect et la responsabilité au sein des cultures, des pays et des régions. Il sera nécessaire pour cela d'actualiser les programmes scolaires et les supports d'apprentissage, de renforcer la capacité des enseignants à favoriser des apprentissages allant au-delà des matières traditionnelles et de mettre plus fortement l'accent sur les valeurs. Avant toute chose, la GEFI soutient résolument qu'une éducation de qualité permet de progresser dans l'ensemble des OMD ; cela a été confirmé par les consultations mondiales sur les priorités du développement post-2015.

Encadré 16 : Les dix actions clés de l'Initiative mondiale pour l'éducation avant tout

Scolariser tous les enfants : Éliminer les obstacles financiers à la participation et à l'achèvement de l'éducation de base ; éliminer les iniquités dans l'accès à l'enseignement primaire et secondaire, en particulier dans le cas des enfants marginalisés ; mettre fin aux disparités entre les sexes à tous les niveaux d'enseignement.

Soutenir l'éducation dans les crises humanitaires, en particulier les conflits : Garantir la protection des enfants, des enseignants et des écoles durant un conflit armé ; s'assurer que des politiques nationales d'éducation sont en place pour garantir la continuité de l'éducation des enfants durant les urgences humanitaires ; faire de l'éducation un pilier central de toute réponse humanitaire.

Faire en sorte que tous les enfants sachent lire, écrire et compter : Faire en sorte que tous les enfants sachent lire, écrire et compter au terme de quatre années de scolarité ; promouvoir l'instruction dans les langues locales des élèves, surtout durant les premières années de scolarité ; suivre les résultats d'apprentissage de chaque élève, et utiliser les informations pour améliorer ses acquis.

Former davantage d'enseignants : Recruter deux millions d'enseignants supplémentaires d'ici à 2015 ; faire en sorte que tous les enseignants reçoivent une formation de base et bénéficient de possibilités de perfectionnement professionnel ; améliorer la rémunération des enseignants, leurs conditions de travail et leur statut social.

Équiper les salles de classe de livres et de matériels d'apprentissage : Construire quatre millions de salles de classe supplémentaires, surtout dans les zones marginalisées ; veiller à ce que les livres et les fournitures scolaires soient récents et en bon état ; utiliser les technologies de l'information et de la communication pour élargir l'accès et améliorer la qualité de l'apprentissage.

Préparer les élèves aux moyens d'existence : Élargir l'accès à l'enseignement secondaire, en diminuant de moitié le nombre d'adolescents déscolarisés ; s'assurer que l'éducation est pertinente par rapport aux économies et moyens d'existence locaux ; préparer les jeunes en leur apprenant la réflexion critique et les compétences du 21^e siècle.

Améliorer la nutrition des enfants : Diminuer de moitié le nombre d'enfants de moins de 5 ans qui souffrent d'un retard de croissance ; fournir dans le cadre scolaire de la nourriture et des services de santé aux enfants pauvres ; mettre en place des systèmes permettant d'identifier et d'aider les enfants qui ont besoin d'un soutien nutritionnel et social.

Instaurer progressivement l'apprentissage tout au long de la vie : Accroître (en la portant de 15 à 45 %) la participation à des programmes de développement du jeune enfant de qualité en faveur des enfants marginalisés des pays à faible revenu ; offrir des possibilités alternatives d'apprentissage, y compris pour les compétences de la vie courante, à tous les jeunes qui n'ont pas bénéficié d'une scolarité formelle ; diminuer de moitié, d'ici à 2015, le nombre des adultes analphabètes, en particulier les femmes.

Promouvoir la citoyenneté mondiale : Développer les valeurs, les connaissances et les compétences nécessaires pour la paix, la tolérance et le respect de la diversité ; cultiver un sentiment de communauté et la participation active au don en retour à la société ; faire en sorte que les écoles excluent toutes les formes de discrimination, y compris l'inégalité entre les sexes, le harcèlement, la violence, la xénophobie et l'exploitation.

Comblent le déficit de financement : Investir au moins 5 à 6 % du PIB national dans l'éducation ; accroître l'investissement global dans les systèmes scolaires des pays pauvres d'un montant supplémentaire de 24 milliards de dollars par an afin de combler le déficit de financement concernant l'enseignement primaire et le premier cycle du secondaire ; garantir une utilisation efficace et responsable des ressources, alignée sur les plans nationaux d'éducation.

Les nouvelles tendances affectant le secteur de l'éducation

L'évolution démographique

La situation démographique actuelle et à venir aura des répercussions significatives sur le secteur de l'éducation et en particulier sur l'éducation au VIH et à la sexualité, notamment dans les régions où les enfants et les jeunes représentent une forte proportion de la population. Les Nations Unies

prévoient que les augmentations de la population les plus importantes surviendront dans les pays les moins avancés et en particulier dans ceux dont les taux de fécondité sont élevés, parmi lesquels 39 se trouvent en Afrique, 9 en Asie, 6 en Océanie et 4 en Amérique latine⁴⁵⁹. Le nombre de personnes vivant dans les pays les moins avancés devrait, selon les projections, augmenter de plus 50 %, passant de 832 millions en 2010 à 1,73 milliard d'ici 2050⁴⁶⁰.

Actuellement, 26 % de la population mondiale est âgée de moins de 15 ans, mais en Afrique subsaharienne cette proportion est de 41 %, et dans certains pays comme le Malawi elle atteint jusqu'à 49 %⁴⁶¹. Au cours des 60 dernières années, le nombre d'adolescents dans le monde a augmenté de façon spectaculaire, passant d'à peine moins de 500 millions en 1950 à un peu plus de 1,2 milliard en 2010. Les adolescents – individus âgés de 10 à 19 ans – représentent 18 % de la population mondiale, mais 23 % de la population de l'Afrique subsaharienne⁴⁶², seule région où le nombre d'adolescents devrait augmenter de façon significative⁴⁶³. D'autres régions, l'Asie et l'Amérique latine en particulier, connaissent une forte explosion démographique chez les moins de 20 ans. La région Asie et Pacifique compte, à elle seule, 55 % de l'ensemble des jeunes de 10-24 ans dans le monde⁴⁶⁴.

Le dividende démographique désigne la croissance économique qui résulte d'une modification de la pyramide des âges d'un pays. Si cette pyramide des âges évolue de telle sorte que la majorité de la population se situe dans la tranche d'âge des 15-64 ans, au détriment des tranches d'âge plus basses ou plus élevées, le pays peut profiter de la hausse de productivité due à la présence d'une importante population active ainsi, parallèlement, que d'une plus faible dépendance relative du reste de la population. Un certain nombre d'économies émergentes, comme l'Afrique du Sud, le Brésil et l'Inde, évoluent rapidement vers ce profil démographique^{465,466}. Les pays les moins avancés, où plus de 40 % de la population à moins de 15 ans, pourraient bénéficier du dividende démographique dès lors que cette vaste cohorte passera de l'adolescence à l'âge adulte⁴⁶⁷.

Cependant, le dividende démographique ne portera ses fruits que si des plans, des politiques et des services adaptés, notamment dans le domaine de l'éducation complète au VIH et à la sexualité et des services de santé sexuelle et reproductive, sont mis en place pour améliorer la santé, l'éducation et l'égalité de genre⁴⁶⁸. Dans les faits, une grande partie des pays ayant vu leur population de jeunes augmenter de façon significative est incapable de dispenser des services en faveur de cette population, notamment dans le domaine de l'éducation, et est également mal préparée à faire face aux

changements démographiques à venir. La région Asie et Pacifique, par exemple, a connu une croissance sociale et économique rapide ces dernières années, mais l'aggravation des inégalités a fait que de nombreux jeunes ont des difficultés pour accéder à l'emploi, à l'éducation et à une prise en charge sanitaire⁴⁶⁹.

Il sera essentiel de s'assurer que cette génération soit capable de faire des choix éclairés en matière de santé sexuelle et reproductive pour assurer le développement économique national. Pour tirer profit du dividende démographique, il est particulièrement crucial d'investir de façon appropriée en faveur de l'éducation à la santé sexuelle et reproductive et des services associés, et notamment en faveur de la planification familiale qui permet aux femmes de décider du nombre et de l'intervalle de leurs grossesses. Les investissements nationaux doivent accorder la priorité à l'accès des filles à l'enseignement secondaire et aux besoins des jeunes, mariés ou non, en matière de santé reproductive⁴⁷⁰.

Compte tenu du nombre de plus en plus important des élèves intégrant l'enseignement formel, les établissements scolaires représenteront le cadre prédominant de l'éducation au VIH et à la sexualité. Mais l'explosion démographique des groupes d'âge les plus jeunes sera une source de difficultés considérables pour l'éducation en général et tout particulièrement pour l'éducation au VIH et à la sexualité. Les pays devront investir davantage en faveur de l'éducation, afin de faire face à l'augmentation de la demande qui surviendra quand des effectifs plus importants intégreront l'enseignement formel et basculeront dans l'enseignement secondaire, et afin de faire en sorte que ces élèves bénéficient d'une éducation adaptée et de bonne qualité.

La nécessité de fournir aux enfants et aux jeunes une éducation au VIH et à la sexualité de qualité est une source de préoccupation particulière compte tenu des difficultés que rencontrent les systèmes éducatifs pour dispenser ne serait-ce qu'une bonne éducation de base. En 2012, le RMS EPT⁴⁷¹ a établi que des enfants d'âge primaire ne parvenaient pas à apprendre les bases de la lecture, de l'écriture et du calcul. Pas moins de 250 millions d'enfants ne savent ni lire ni écrire à l'entrée en classe de niveau CM1 (grade 4) et sont donc dépourvus des compétences nécessaires pour vivre au quotidien aussi bien que pour travailler. S'il en va ainsi dans les matières de base, les perspectives ne sont pas encourageantes pour des matières non soumises à examen telles que l'éducation au VIH et à la sexualité.

Il est important, avant toute chose, de prendre conscience que l'éducation au VIH et à la sexualité offre des avantages plus étendus en termes de

développement de compétences, d'amélioration de la santé et du bien-être, de renforcement de l'égalité de genre, mais aussi d'apprentissage au sens large. Comme évoqué précédemment, ces atouts sont reconnus par la GEFI, qui considère que la santé est l'une des principales bénéficiaires d'une éducation de bonne qualité et qui nous rappelle que « l'éducation libère le pouvoir de l'individu et de la société de résoudre les problèmes d'aujourd'hui et d'affronter les défis de demain »⁴⁷².

Lutter contre les disparités scolaires

En dépit des progrès de la scolarisation, le nombre d'enfants d'âge primaire qui ne vont pas à l'école a peu évolué par rapport à 2008. Sur les 61 millions qui n'étaient toujours pas scolarisés en 2010, 47 % n'ont aucun espoir d'intégrer le système scolaire, 27 % sont allés à l'école mais l'ont quittée et 27 % devraient y entrer à un moment donné⁴⁷³. Près de la moitié des enfants non scolarisés dans le monde sont issus de douze pays, dont huit sont situés en Afrique. En Asie centrale, en Afrique subsaharienne, dans les États arabes et en Asie australe et occidentale, près de la moitié de l'ensemble des enfants non scolarisés n'a aucun espoir d'intégrer le système scolaire⁴⁷⁴. Il est très complexe de répondre aux besoins de ces enfants et de ces jeunes en matière d'éducation au VIH et à la sexualité, et les programmes et autres initiatives de l'enseignement informel sont le meilleur moyen de s'emparer de ce problème.

Les disparités de genre sont de différents ordres en fonction des niveaux de scolarité, de la situation économique et de la région. Si des progrès ont permis de faire reculer ces disparités, les filles se heurtent toujours à des obstacles majeurs pour accéder à l'école et, dans bon nombre de pays à revenu faible ou intermédiaire, les filles pauvres ont moins de chances d'entrer à l'école primaire. Le RMS EPT indique que 68 pays n'ont toujours pas instauré l'égalité de genre dans l'enseignement primaire et que les filles sont désavantagées dans 60 d'entre eux. L'une des réussites de l'EPT n'en a pas moins été de réduire l'incidence des graves disparités de genre. Sur les 167 pays pour lesquels des données sont disponibles pour 1999 et 2010, le nombre de pays où l'école primaire compte moins de 9 filles pour 10 garçons est passé de 33 à 17⁴⁷⁵.

La situation inverse prévaut au niveau du secondaire, dont les établissements comptent moins de garçons que de filles dans plus de la moitié des 97 pays où il existe des disparités de genre. Ces pays ont tendance à être plus riches, à avoir des taux de scolarisation plus élevés et se situent principalement

dans les régions Amérique latine et Caraïbes et Asie orientale et Pacifique. Cependant, des disparités de genre du même type se retrouvent également dans certains pays à revenu faible comme le Bangladesh, le Myanmar et le Rwanda, où les garçons issus de familles pauvres sont obligés de prendre un emploi. Dans quelques pays, le ratio se détériore. Au Bangladesh par exemple, il y avait 90 garçons pour 100 filles dans les établissements du secondaire en 1999, mais ce chiffre était tombé à 82 en 2010. Les 43 pays où les filles sont les plus désavantagées au niveau de l'enseignement secondaire se situent pour l'essentiel dans les États arabes, en Asie australe et occidentale et en Afrique subsaharienne⁴⁷⁶.

Si les progrès de la scolarisation ont nui à la qualité de l'éducation dans certains pays à revenu faible, d'autres pays ont réussi à maintenir un bon niveau de qualité. La troisième étude du SACMEQ montre qu'au Kenya et en Zambie, quatre enfants sur cinq sont parvenus jusqu'à une classe de niveau CM1 (grade 4), mais que les écoles du Kenya ont été deux fois plus efficaces pour inculquer des compétences mathématiques de base aux enfants. De la même manière, l'Étude internationale sur les mathématiques et les sciences (TIMSS) a montré que si l'Algérie et la Tunisie voyaient toutes les deux 98 enfants sur 100 parvenir jusqu'à une classe de niveau CM1 (grade 4), le pourcentage d'enfants maîtrisant les compétences de base en calcul était plus élevé de 50 % en Algérie⁴⁷⁷.

Le niveau de qualité se reflète également dans le nombre de redoublements. En 2010, 32,2 millions d'élèves dans le monde ont redoublé une classe de l'école primaire, ce qui représente une baisse par rapport aux 34,7 millions de 2000. Cela signifie que si la scolarisation a augmenté de 6 %, le nombre de redoublants a, lui, baissé de 7 %. Il existe cependant des différences régionales. Dans les États arabes, la scolarisation a augmenté de 18 % et le nombre de redoublants a diminué de 14 %. Malgré l'augmentation de la scolarisation en Asie australe et occidentale, le nombre de redoublants est resté stable à 5 %. Mais l'Afrique subsaharienne comptait toujours le pourcentage le plus élevé de redoublants dans le monde, à 35 %, et en valeur absolue le nombre de redoublants y a augmenté de 16 % au cours de cette décennie, principalement à cause de la hausse rapide de la scolarisation⁴⁷⁸.

Les problèmes connexes que sont la mauvaise qualité de l'enseignement et le nombre élevé d'élèves par enseignant ont également des répercussions particulières sur l'éducation au VIH et à la sexualité. Si l'enseignement est de mauvaise qualité et si les enseignants doivent s'efforcer de gérer des effectifs importants, les élèves et les jeunes ont vraisemblablement des

chances limitées de recevoir une éducation au VIH et à la sexualité efficace et complète.

L'enseignement primaire gratuit et obligatoire est reconnu par les Nations Unies comme un droit humain fondamental. Il est admis que l'enseignement secondaire formel est le moyen le plus efficace d'acquérir des compétences pour la vie pratique et pour la vie professionnelle et qu'il est par conséquent indispensable pour le développement futur des individus et des pays. Cependant, la priorité accordée à l'accès universel à l'enseignement primaire a conduit à ne pas mettre suffisamment l'accent sur la scolarisation secondaire. En 2010, l'enseignement primaire était obligatoire dans presque tous les pays tandis que le premier cycle de l'enseignement secondaire ne l'était que dans trois pays sur quatre, et le deuxième cycle de l'enseignement secondaire dans un pays publiant des données sur quatre⁴⁷⁹. De plus, si de nombreux pays ont supprimé les frais de scolarité dans l'enseignement primaire, peu en ont fait de même pour l'enseignement secondaire.

Il est essentiel de maintenir les adolescents dans le système scolaire au-delà de l'enseignement primaire pour optimiser les effets protecteurs et les bénéfiques de l'éducation sexuelle complète. Dans la mesure où de plus en plus d'enfants achèvent l'enseignement primaire et où l'attention se concentre davantage sur l'accès à l'enseignement secondaire, le secteur de l'éducation devra être prêt à intensifier l'enseignement d'une éducation sexuelle complète au profit d'un nombre croissant de jeunes. Il y a et il continuera cependant d'y avoir beaucoup d'adolescents qui ne fréquentent pas l'école et ont besoin que des programmes informels d'éducation sexuelle complète soient dispensés au sein de la communauté. Il faudra que ces programmes soient en adéquation avec le contenu des programmes dispensés en milieu scolaire, tout en s'adaptant aux besoins des adolescents non scolarisés.

Développer l'accès aux nouvelles technologies

Les technologies de l'information et de la communication (TIC), ou nouvelles technologies, sont de plus en plus utilisées dans les programmes d'éducation et de santé. Dans l'éducation, les nouvelles technologies peuvent contribuer à l'accès universel, à l'équité, à un apprentissage et un enseignement de qualité, à la formation professionnelle des enseignants, ainsi qu'à un encadrement, une gouvernance et une gestion plus efficaces de l'éducation. Le développement de l'accès à l'Internet et aux télécommunications, grâce à une palette d'outils de plus en plus large et à l'utilisation croissante

des médias sociaux, pourrait aussi contribuer à améliorer l'éducation et notamment l'éducation sexuelle complète⁴⁸⁰.

Jusqu'à une époque récente, les TIC n'étaient accessibles qu'aux communautés les mieux équipées, mais cela est en train de changer grâce à l'essor de l'accès à la téléphonie mobile. Selon la Banque mondiale, l'accès à la téléphonie mobile concerne un quart de la population mondiale et augmente tous les jours. Le nombre d'utilisateurs de téléphones mobiles est passé d'un peu moins de 1 milliard en 2000 à plus de 6 milliards, dont près de 5 milliards dans les pays en développement. Plus de 30 millions d'applications pour téléphones mobiles (les « applis ») – logiciels qui démultiplient les fonctionnalités du téléphone pour en faire, par exemple, un portemonnaie électronique, une aide à la navigation ou un outil de comparaison des prix – ont été téléchargées en 2011. Dans les pays en développement, les gens utilisent de plus en plus les téléphones mobiles pour inventer de nouveaux moyens de gagner leur vie ou pour améliorer leurs conditions d'existence, tandis que les administrations s'en servent pour améliorer leur qualité de service et leurs dispositifs de participation citoyenne⁴⁸¹.

L'utilisation des TIC dans l'éducation permet aux élèves d'accéder à l'information sur tout un ensemble de sujets et à leur rythme, offre de nouveaux espaces d'apprentissage collaboratif et par les pairs, et permet d'entrer en contact avec d'autres personnes pour étudier avec elles des problèmes, des idées et des cultures, ce qui représente la première étape de l'instauration d'une citoyenneté mondiale. Les technologies remettent également en cause les approches pédagogiques traditionnelles de l'enseignement, dans la mesure où elles sont pour les jeunes des moteurs de participation, d'interactivité et de créativité et où elles fournissent aux enseignants de nouveaux outils pour développer et évaluer les compétences en temps réel. Les salles de classe virtuelles offrent aux professionnels de l'éducation de nouvelles possibilités et de nouveaux moyens d'enseigner et aux jeunes de nouveaux outils pour assimiler les connaissances, deux aspects particulièrement intéressants en termes d'éducation sexuelle.

La République de Moldavie, par exemple, utilise les TIC pour diffuser à grande échelle une éducation au VIH et à la santé sexuelle et reproductive. À la fin de l'année 2012, le ministère de l'Éducation a lancé une formation interactive sur Internet pour le module « vie et santé » de l'instruction civique. Ce cours en ligne prolonge l'enseignement que les élèves reçoivent en classe, en leur offrant des possibilités supplémentaires d'approfondir leur apprentissage. Les élèves peuvent suivre le cours en s'inscrivant en ligne, étudier les sujets qui correspondent à leur niveau, passer des examens en ligne et être notés.

Ils peuvent accéder au cours à partir des ordinateurs de l'établissement ou de leur foyer, ainsi que de leur téléphone mobile. Pour ceux qui n'ont qu'un accès limité à l'Internet, ou pas d'accès du tout, le cours est disponible sur CD. Des ONG d'un certain nombre de pays tels que, notamment, la Fédération de Russie, le Kazakhstan et l'Ukraine, sont également en train de créer des ressources en ligne afin d'offrir aux jeunes des sources d'information supplémentaires sur le VIH et la sexualité, mais aussi de sensibiliser les parents au contenu et à l'intérêt de l'éducation sexuelle.

Les médias sociaux ont déjà fait la preuve de leur capacité à relier des individus du monde entier, et l'utilisation de ces réseaux pourrait améliorer et consolider les connaissances et d'autonomiser les enseignants et l'enseignement. Hors du cadre de l'enseignement formel, l'utilisation des réseaux peut permettre de diffuser des messages auprès d'un vaste public, comme des incitations à adopter des comportements sains par exemple, ce qui représenterait un atout important pour l'enseignement informel ainsi que pour toucher les jeunes en situation d'exclusion les plus exposés au risque d'infection à VIH. Les discussions en ligne peuvent favoriser une large participation et permettre de répondre aux questions des internautes – à condition d'être convenablement modérées, pour s'assurer de l'exactitude des informations fournies, car l'utilisation des réseaux sociaux peut tout aussi bien favoriser les comportements à risque.

Il existe également des problèmes afférents aux nouvelles technologies, en particulier quand l'Internet et les médias sociaux représentent la principale source d'information des jeunes sur la sexualité. Si une grande partie des informations disponibles est utile, il existe aussi des contenus qui délivrent aux jeunes des messages déformés, partiels ou dégradants sur les rapports sexuels et la sexualité. L'éducation en milieu scolaire doit et peut jouer un rôle important pour contrer ces informations contreproductives, et pour apprendre aux élèves et aux jeunes à avoir un regard critique sur les informations provenant de sources diverses.

Beaucoup de termes sont utilisés pour définir les différentes applications des TIC dans l'éducation, dont notamment les termes d'apprentissage en ligne (e-learning) et d'apprentissage mobile (m-education). L'UNESCO a élaboré des principes directeurs destinés à faire en sorte que l'apprentissage mobile soit utilisé de façon efficace et responsable et à tirer le meilleur parti de ses atouts⁴⁸². Ces principes directeurs soulignent que l'apprentissage mobile permet potentiellement de :

- améliorer la couverture et l'équité des services éducatifs
- bénéficier d'un apprentissage personnalisé
- obtenir un retour et une évaluation immédiats
- apprendre partout à tout moment
- permettre un usage plus productif du temps passé en classe
- construire de nouvelles communautés d'apprenants
- favoriser l'apprentissage sur site et fluidifier l'apprentissage
- relier les composantes formelles et informelles de l'apprentissage
- lutter contre la désorganisation de l'éducation dans les zones sinistrées
- assister les apprenants handicapés
- faciliter la communication et les tâches administratives
- réduire les coûts.

De façon générale, l'utilisation des TIC dans l'éducation au VIH peut permettre aux élèves d'accéder à l'information et d'améliorer leurs connaissances de manière simple et conviviale, et aider les enseignants à dispenser une éducation aux compétences à la vie courante de manière efficace. Les TIC permettent d'avoir accès aux cours partout et à tout moment, et offrent aux jeunes la possibilité de se renseigner sur des sujets sensibles et d'obtenir en privé des réponses aux questions embarrassantes qu'ils se posent. Cela est particulièrement précieux dans les pays où les normes sociales n'incitent pas à parler ouvertement de sexualité avec ses parents ou avec les enseignants. Cela pourrait aussi résoudre bon nombre de problèmes de l'éducation VIH, en cessant par exemple de privilégier l'enseignement pour donner désormais la priorité à l'apprentissage, une évolution fondamentale et incontournable pour que l'éducation à la santé et à la sexualité axée sur les compétences à la vie courante porte ses fruits.

Mais l'utilisation des TIC est un domaine relativement nouveau, qui a été assez peu évalué à ce jour. Il existe par conséquent peu d'éléments concrets sur les meilleures manières d'utiliser les TIC dans l'éducation au VIH ; ce domaine mérite d'être approfondi.

Pérenniser le financement de l'éducation et notamment de l'éducation au VIH

Au moment où le secteur de l'éducation est confronté à des évolutions et à des difficultés sans précédent et où l'éducation au VIH a besoin d'être à la fois élargie, intensifiée et adaptée aux nouveaux besoins, le financement du secteur de l'éducation et en particulier de l'éducation au VIH subit des contraintes de plus en plus fortes.

Le RMS EPT⁴⁸³ estime que 26 milliards de dollars supplémentaires par an (toutes origines confondues) sont nécessaires pour assurer à tous un enseignement de base de bonne qualité d'ici à 2015. Le probable élargissement des objectifs de l'éducation post-2015, dans lesquels serait intégré l'achèvement universel du premier cycle de l'enseignement secondaire, engendrerait un déficit de financement global de 38 milliards de dollars par an. Si les dépenses nationales allouées à l'éducation augmentent, l'aide au développement, elle, diminue.

Le montant total des dépenses publiques en faveur de l'éducation a régulièrement augmenté depuis le Forum mondial sur l'éducation de Dakar en 2000. De 1999 à 2010, 63 % des pays à revenu faible ou intermédiaire ont accru la part du revenu national consacrée à l'éducation, l'augmentation la plus importante – de 7,2 % par an en moyenne – ayant eu lieu dans les pays à revenu faible et l'augmentation annuelle de l'Afrique subsaharienne s'élevant à 5 %.

Le RMS EPT constate également que la crainte que les crises financières et alimentaires mondiales récentes n'aient des répercussions négatives sur les dépenses d'éducation apparaît infondée. Si certains pays, comme le Tchad et le Niger, ont procédé à des coupes budgétaires en raison de ces crises, les deux tiers des pays à revenu faible ou intermédiaire ont en réalité augmenté leur budget de l'éducation. En 2010, les pays à revenu faible ont alloué 4,6 % de leur PNB à l'éducation (contre 3,1 % en 1999), les pays à revenu moyen inférieur 4,8 % (5 % en 1999) et les pays à revenu élevé 5,4 % (5 % en 1999). L'amélioration des chiffres nets de la scolarisation primaire suit de très près la courbe des dépenses, comme le montre l'exemple de la Tanzanie. En 1999, ce pays a alloué 2 % de son PNB à l'éducation ; en 2010 cette part était passée à 6,2 % et le taux net de scolarisation primaire avait doublé⁴⁸⁴.

Mais si des progrès ont permis de faire augmenter les dépenses d'éducation, ces chiffres restent en deçà des 6 % du PNB recommandés par l'Initiative

pour la mise en œuvre accélérée de l'EPT. De plus, l'investissement en faveur de l'éducation varie considérablement d'une région et d'un pays à l'autre. Par exemple, le budget total de l'éducation de la France est plus élevé que le total des dépenses d'éducation de l'ensemble des gouvernements d'Afrique subsaharienne⁴⁸⁵. Les dépenses annuelles par élève de l'enseignement primaire ont été estimées à environ 105 dollars au Kenya et au Guatemala en 2007⁴⁸⁶, tandis que les pays de l'OCDE ont dépensé en moyenne 7 065 dollars par élève du primaire en 2008⁴⁸⁷.

Encadré 17 : Les conclusions et recommandations de l'étude de l'UNESCO sur les coûts et le rapport coût-efficacité de l'éducation sexuelle

- Afin de toucher une masse critique de jeunes, il faut que les programmes d'éducation sexuelle complète soient intrascolaires, intégrés dans les programmes scolaires nationaux, obligatoires et étendus à l'ensemble du secteur public.
- Des programmes pilotes extrascolaires peuvent permettre de recueillir de premières expériences d'apprentissage utiles, et il conviendrait que les expérimentations fructueuses soient progressivement intégrées aux programmes scolaires nationaux pour renforcer l'efficacité de ces derniers.
- L'accroissement des effectifs dans les classes fait baisser les coûts par élève mais risque de nuire à la qualité de l'éducation sexuelle ; il faut par conséquent que les pays trouvent un juste équilibre entre le coût et la qualité des programmes d'éducation sexuelle.
- Les campagnes de plaidoyer visant à susciter la participation et l'adhésion de la communauté sont un poste de dépense important et nécessaire des programmes d'éducation sexuelle.
- Il est plus efficace de commencer par généraliser l'éducation sexuelle dans les établissements scolaires où il existe déjà des programmes, en la rendant obligatoire, avant de l'introduire dans de nouvelles écoles et de nouveaux districts.
- Les programmes d'éducation sexuelle complète peuvent également avoir des retombées importantes au plan pédagogique.
- Il est nécessaire, pour améliorer la situation sanitaire, d'associer les programmes d'éducation sexuelle en milieu scolaire à des services de santé sexuelle et reproductive adaptés aux jeunes.
- Il conviendrait de mener davantage de recherches comparatives dans d'autres régions, l'Amérique latine et Caraïbes par exemple, et la recherche devrait évaluer les dimensions de genre et leurs répercussions.

Source : UNESCO, *The Cost and Cost-Effectiveness of School-Based Sexuality Education Programmes*, Document de politique générale, UNESCO, Paris, 2012.

Alors que les budgets nationaux de l'éducation ont augmenté, l'aide internationale à l'éducation stagne depuis 2009, année pour laquelle la plus forte augmentation de l'aide a été enregistrée⁴⁸⁸. En dépit des engagements internationaux, l'éducation de base n'a représenté qu'une priorité de second ordre. Sur les 13,5 milliards de dollars d'aide à l'éducation en 2010, seuls 5,8 milliards de dollars l'ont été en faveur de l'éducation de base, et 1,9 milliard de dollars en faveur de l'éducation de base dans les pays à revenu faible.

Seuls 5 des 23 pays membres du Comité d'aide au développement de l'OCDE ont atteint l'objectif de consacrer 0,7 % de leur revenu national brut à l'aide au développement. Depuis 2009, la crise financière mondiale et les incitations à réduire les dépenses qu'elle occasionne ont réduit l'aide au développement. En 2011, l'aide mondiale a diminué de 2,7 % en volume par rapport à 2010 du fait des mesures d'austérité des pays bailleurs de fonds⁴⁸⁹. Mais les grands bailleurs de fonds ne se sont pas limités à réduire leur budget d'aide global, ils ont également dépriorisé l'éducation. Les Pays-Bas, par exemple, devraient réduire de 60 % leur aide à de l'éducation entre 2010 et 2015⁴⁹⁰. De plus, environ un quart de l'aide directe à l'éducation ne sort jamais des pays bailleurs de fonds dans la mesure où elle sert à financer les bourses et les coûts implicites permettant aux étudiants des pays en développement d'étudier chez eux⁴⁹¹. La diminution de l'aide et de la part consacrée à l'éducation a de graves répercussions sur la réalisation des objectifs mondiaux d'éducation dans les pays pauvres et, en particulier, sur la lutte contre les disparités scolaires entre et au sein des pays.

Le financement de la prévention et de l'éducation au VIH subit en outre le contrecoup de la « lassitude face au SIDA », de la crise financière mondiale et de la baisse globale des financements accordés par les bailleurs de fonds, ainsi que des coûts associés à l'essor de l'accès au traitement du VIH.

Le total des financements alloués à la lutte contre le VIH, toutes origines confondues, était de 16,8 milliards de dollars en 2011⁴⁹². Les financements alloués par des pays bailleurs de fonds ont été multipliés par six entre 2002 et 2008, pour atteindre 7,7 milliards de dollars, mais il est resté à peu près au même niveau depuis (6,9 milliards de dollars en 2010 et 7,6 milliards de dollars en 2011)⁴⁹³. En 2011, deux des principaux bailleurs de fonds de la lutte contre le VIH ont accru leur financement de manière significative, sept l'ont maintenu au même niveau et quatre l'ont réduit⁴⁹⁴. La crise financière mondiale est un facteur important, mais on constate également une réorientation des priorités des bailleurs de fonds (les financements affectés à la lutte contre le VIH ont diminué) qui réagissent ainsi à la demande de plus en plus pressante d'afficher des résultats visibles, mais également aux progrès réalisés dans un certain nombre de pays – qui ont réussi à faire reculer les nouvelles infections et à élargir et intensifier l'accès à un traitement efficace.

Les dépenses nationales publiques et privées en faveur de la lutte contre le VIH des pays à revenu faible ou intermédiaire ont augmenté, passant de 3,9 milliards de dollars en 2005 à près de 8,6 milliards de dollars en 2011, époque à laquelle les financements nationaux ont représenté pour la première fois la plus grande part des dépenses totales de lutte contre le VIH.

Toutefois, un certain nombre de pays demeurent extrêmement dépendants des financements internationaux pour leur réponse nationale au VIH. De 2006 à 2011, les financements des bailleurs de fonds ont représenté 36 % des 9,4 milliards de dollars alloués à la lutte contre le VIH dans 107 pays à revenu faible ou intermédiaire. Parmi ceux-ci, 38 pays ont reçu de sources internationales au moins 75 % de leurs crédits de lutte contre le VIH, et 61 pays au moins 50 %. Sur 33 pays d'Afrique subsaharienne, 26 ont reçu de sources internationales plus de la moitié de leurs crédits de lutte contre le VIH, et pour 19 d'entre eux cette part a atteint au moins 75 %⁴⁹⁵.

L'analyse de la récession mondiale de 2008 a montré que cette dernière avait eu des répercussions négatives sur les programmes de lutte contre le VIH de la quasi-totalité des pays à revenu faible ou intermédiaire⁴⁹⁶. Les facteurs en cause ont notamment été la baisse des recettes et des dépenses publiques en faveur de la lutte contre le VIH, l'augmentation de la pauvreté et la diminution des revenus des ménages, ainsi que des taux de change défavorables qui ont renchéri le coût des médicaments et des matériels importés. Cette situation a été aggravée par le ralentissement du taux de croissance des crédits alloués par les bailleurs de fonds, par la progression constante des demandes de traitement contre le VIH et par des conflits de priorités. Ces effets négatifs, qu'ils soient réels, perçus ou anticipés, ont ralenti, et dans certains cas réduit à néant, les progrès des pays, et si tous les aspects des réponses nationales ont été affectés, c'est sur les efforts de prévention du VIH que l'impact a été le plus marqué.

En conséquence de l'élargissement spectaculaire de l'accès au traitement contre le VIH au cours de la dernière décennie, la part du financement global – et du financement national en particulier – de la réponse au VIH consacrée au traitement a augmenté de façon significative. Un examen du financement de la lutte contre le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire en 2008 a établi que 53 % des crédits ont été affectés au traitement et à la prise en charge⁴⁹⁷. Compte tenu de l'importance d'une bonne observance du traitement et de la priorité croissante accordée à une mise sous traitement précoce, il est peu probable que cette proportion soit appelée à diminuer dans l'avenir. Les éléments factuels disponibles indiquent que le financement du traitement devrait sans doute devenir prioritaire et que si les crédits en faveur de la riposte nationale venaient à manquer, les moyens pourraient être redéployés au détriment d'autres domaines tels que la prévention et l'éducation.

En outre, la prévention du VIH est davantage financée par des bailleurs de fonds internationaux et risque donc plus d'être affectée par une réduction de

leurs financements. En 2008, de manière générale, la prévention a bénéficié de 21 % des ressources allouées à la lutte contre le VIH – 20 % dans les cas d'épidémie concentrée, 21 % dans les cas d'épidémie généralisée et 45 % dans les cas d'épidémie de faible niveau. Mais les bailleurs de fonds internationaux ont fourni 65 % de l'ensemble des ressources allouées à la prévention, et 93 % dans les pays à revenu faible. À l'inverse, 63 % des coûts du traitement ont été financés sur des crédits nationaux⁴⁹⁸.

Une baisse des financements internationaux risque d'avoir des répercussions considérables sur les moyens, déjà modestes, qui sont alloués à la prévention du VIH à destination des jeunes scolarisés ou non scolarisés et de ceux, en particulier, qui sont les plus exposés au risque d'infection à VIH. Bien que l'ONUSIDA plaide pour un accroissement des ressources allouées au niveau national et qu'un certain nombre de pays, comme la Chine et l'Inde, augmentent leurs financements en faveur de la lutte contre le virus, il est peu probable que les moyens nationaux puissent suffire, à brève échéance, à combler cette insuffisance dans bon nombre de pays à revenu faible.

Résumé

Ce chapitre a mis en évidence les problèmes systémiques que rencontre le secteur de l'éducation pour tenir ses engagements en faveur de l'éducation pour tous. Face à l'essor du nombre de jeunes qui ont vocation à intégrer le système scolaire, il est plus important que jamais que l'école aide les élèves à faire face aux problèmes du monde contemporain et à apprendre à faire des choix sains. Ce chapitre a également souligné qu'un grand nombre d'adolescents et de jeunes ne fréquentent pas l'école. Il ne faut pas les abandonner à leur sort, mais il ne faut pas non plus que des moyens soient détournés pour créer des structures parallèles d'éducation extrascolaire. Il convient plutôt que les responsables de l'éducation s'appuient sur les technologies émergentes et sur la mobilisation mondiale en faveur de l'enseignement universel pour faire changer les choses et permettre à l'ensemble des adolescents et des jeunes d'acquérir les compétences requises pour prévenir de nouvelles infections à VIH et faire reculer la stigmatisation et la discrimination. Le prochain chapitre exposera des pistes pour y parvenir.



Chapitre 4

Vers une nouvelle
approche

S'adapter à une épidémie en évolution

Les chapitres précédents ont examiné la manière dont la réponse du secteur de l'éducation a évolué, ce que nous avons appris et les difficultés auxquelles nous sommes confrontés, ainsi que les tendances nouvelles qui auront des répercussions sur l'éducation au VIH à l'avenir, au niveau mondial comme à l'échelle des pays. Ce chapitre traite des changements à effectuer dans l'éducation au VIH, en particulier dans la manière de la définir et de la dispenser, pour faire face aux problèmes émergents et aux nouvelles tendances qui se sont fait jour, et pour lui permettre d'être efficace et pertinente vis-à-vis des besoins des élèves.

L'éducation au VIH devra s'adapter aux évolutions de l'épidémie et aux nouveaux modes d'intervention. Les programmes d'éducation au VIH ont toujours massivement mis l'accent sur la prévention, mais il n'est plus tenable de privilégier exclusivement cet aspect sans se préoccuper d'enjeux tels que le traitement, la prise en charge et les dispositifs de soutien, la stigmatisation et la discrimination. L'éducation au VIH doit englober la prévention, le traitement et la prise en charge dans un même continuum et insister sur l'importance d'un diagnostic précoce, d'un traitement administré en temps voulu et d'une bonne observance de celui-ci pour maximiser l'espérance et la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH. Cela vaut tout particulièrement en cas de prévalence élevée du virus : les élèves issus de communautés dans lesquelles les parents, les frères et sœurs, le reste de la famille et les autres membres de la communauté sont touchés par le VIH ont besoin d'une éducation au VIH qui ne se limite pas à la prévention.

Il faut par ailleurs que l'éducation au VIH s'adapte à l'évolution des besoins des adolescents et des jeunes vivant avec le virus, surtout au moment où ils atteignent la puberté et deviennent adultes. Ils ont des besoins psychosociaux particuliers : ils doivent gérer les angoisses liées à leur état de santé, qui peuvent se manifester par de la dépression, de l'anxiété, un manque d'estime de soi et des problèmes comportementaux. Ils ont également des besoins spécifiques en termes de santé physique (lutter contre les effets secondaires du traitement), d'éducation (divulguer ou non leur séropositivité, besoin d'apprentissage à distance ou d'autres modes d'enseignement alternatifs) et de santé sexuelle et reproductive (droit à nouer et à entretenir des relations satisfaisantes et épanouissantes au plan sentimental et sexuel)⁴⁹⁹.

La lutte contre le VIH a également conféré des responsabilités supplémentaires aux enseignants au-delà des cours dispensés en classe. Les établissements scolaires font désormais office de centres de soutien et de prise en charge

pour répondre aux besoins des orphelins et des enfants vulnérables⁵⁰⁰. Cela nécessite que les enseignants jouent un rôle plus important, de protection sociale et d'orientation médicale notamment, tout en s'efforçant souvent en parallèle de gérer les pénuries de personnel, le nombre important d'élèves par classe et l'alourdissement des programmes scolaires. Certaines études indiquent que les enseignants s'impliquent plus activement dans la vie des élèves hors contexte scolaire et qu'il conviendrait de les former à ce rôle⁵⁰¹. D'autres travaux montrent qu'entre les pénuries d'enseignants, l'accroissement du nombre d'élèves par classe et le caractère sommaire de la formation des enseignants, à quoi s'ajoute l'alourdissement des programmes scolaires, il serait irréaliste d'étoffer encore leurs responsabilités actuelles, et qu'il faut impérativement trouver des modèles alternatifs⁵⁰².

L'éducation au traitement et l'information sur les médicaments disponibles, sur les effets secondaires, sur l'observance du traitement et sur d'autres questions connexes ont été introduites dans un certain nombre de programmes d'éducation au VIH^{503,504}. En Inde par exemple, l'UNESCO et l'ONG Plan International ont mis au point des supports d'apprentissage axés sur le traitement pour le secteur de l'éducation. L'éducation au traitement a pris beaucoup d'ampleur et de pertinence dans la mesure où un nombre croissant de personnes y ont accès et au vu de l'accumulation d'éléments factuels sur les avantages qu'il y a à utiliser « le traitement comme moyen de prévention ». L'intérêt du « traitement comme moyen de prévention » a été confirmé par des études qui montrent que les personnes séropositives sous traitement antirétroviral sont considérablement moins contagieuses et qu'elles risquent par conséquent beaucoup moins de transmettre le virus à leurs partenaires sexuels⁵⁰⁵. Cela souligne également que l'éducation au VIH doit impérativement cesser d'envisager la prévention et le traitement du VIH comme deux aspects dissociés pour aborder conjointement les questions de prévention, de traitement et de prise en charge.

Il faut également que l'éducation au VIH intègre les progrès récents et à venir de la prévention et du traitement du virus. Pour ce qui est de la prévention, des études confirment désormais que la circoncision médicale volontaire est pour les hommes un important facteur de protection qui permet de réduire la probabilité de contracter le VIH lors de rapports sexuels avec une partenaire féminine infectée par le virus^{506,507,508}, ce qui a donné lieu à une série d'initiatives destinées à promouvoir cette intervention dans des pays très touchés où les taux de circoncision sont bas. Quelques études⁵⁰⁹ ont montré que les microbicides vaginaux pourraient être susceptibles de prévenir l'infection à VIH chez les femmes, même si les essais menés par la

suite pour confirmer les promesses des premiers résultats ont été décevants et si les recherches sur ce procédé se poursuivent.

Pour ce qui est du traitement, il a été rapporté au début de l'année 2013 qu'un bébé né porteur du VIH aux États-Unis, qui avait été mis sous thérapie antirétrovirale immédiatement après la naissance puis avait arrêté le traitement par la suite, a été diagnostiqué en état de « guérison fonctionnelle » du VIH. Les scientifiques continuent d'investiguer sur ce cas, mais un dépistage très sensible a, semble-t-il, confirmé que le nourrisson avait bien été contaminé par le virus. Cette histoire, et d'autres études, viennent clore un débat ancien qui visait à déterminer s'il est préférable de faire le dépistage du VIH et de commencer le traitement dès que possible, ou de retarder le début du traitement. Un certain nombre de pays ont adopté une approche de « dépistage et traitement » qui incite les gens à se faire dépister et, en cas de résultat positif, à entamer le traitement immédiatement.

Mais aussi passionnantes qu'elles soient et bien qu'elles élargissent le champ des interventions possibles pour améliorer la réponse au VIH, ces nouvelles tendances ne seront exploitées que si les gens en sont informés et sont désireux de s'en saisir. Pour retirer les bénéfices d'une bonne partie de ces avancées, encore faut-il en particulier que les gens connaissent leur statut sérologique vis-à-vis du VIH. Or les estimations actuelles indiquent que 50 % seulement des personnes vivant avec le virus ont connaissance de leur séropositivité⁵⁰. Il sera par conséquent incontournable de dispenser une éducation de bonne qualité pour sensibiliser aux interventions possibles et à l'intérêt de connaître son statut sérologique. Beaucoup de pays ont entrepris d'aborder les questions de stigmatisation, de discrimination et de droits humains – qui sont souvent les principaux freins aux demandes de dépistage – dans le cadre de l'éducation au VIH. Il faut toutefois faire en sorte que le traitement de ces questions soit systématique dans tous les contextes.

Répondre à la demande croissante d'une éducation sexuelle complète

Les ministères de l'Éducation et les approches de l'éducation au VIH doivent également s'adapter à la demande croissante des jeunes et des parents qui réclament la mise en place d'une éducation sexuelle complète et de services associés. Il faudra pour cela que le secteur de l'éducation intègre l'éducation au VIH dans les programmes généraux d'éducation sexuelle complète et qu'il renforce les liens entre l'éducation et les services intégrés de lutte contre le VIH et de santé sexuelle et reproductive.

Il existe, au niveau mondial, une pression de plus en plus forte pour que l'éducation sexuelle complète soit reconnue comme un droit humain fondamental⁵¹¹. L'éducation et les services de santé sexuelle et reproductive à destination des jeunes figurent en bonne place dans le processus de transition vers l'agenda du développement mondial post-2015, de même que dans les discussions de suivi de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) de 1994. Au niveau régional, la Déclaration ministérielle de Mexico de 2008 a représenté un tournant majeur parmi les initiatives récentes qui témoignent d'un engagement accru à s'assurer que tous les jeunes aient accès à l'éducation sexuelle.

Il existe également une demande croissante des jeunes eux-mêmes à disposer du droit à une éducation sexuelle complète de bonne qualité, comme l'ont illustré l'Appel à l'action du Mali en 2011 ainsi que les déclarations formulées lors de la Conférence internationale sur le SIDA et les MST en Afrique (CISMA) de 2011 et du Forum mondial de la jeunesse de Bali en 2012⁵¹². La Déclaration du Forum de la jeunesse de Bali déclare par exemple que « les gouvernements devraient, en réduisant les obstacles et en allouant des budgets suffisants, instaurer des environnements et des politiques de nature à donner aux jeunes accès à une éducation sexuelle complète dans des contextes formels ou non. » Les jeunes réclament davantage d'éducation sexuelle et veulent qu'elle soit de meilleure qualité, pas nécessairement parce que le VIH les préoccupe mais avant tout parce qu'ils veulent être mieux informés sur la prévention des grossesses et sur d'autres questions de santé sexuelle et reproductive. Par ailleurs, de plus en plus de témoignages prouvent que dans certaines régions les jeunes sont las d'entendre parler du VIH, ce qui ne fait que renforcer la nécessité d'insérer l'éducation au VIH dans le cadre général de l'éducation sexuelle.

L'Afrique orientale et australe ne fait pas exception, puisque la demande des jeunes à être mieux orientés en matière de sexualité et de prévention du VIH y est de plus en plus forte. Cela illustre les inquiétudes suscitées par la prévalence élevée du VIH et des autres IST, par les décès consécutifs à des avortements, par les taux élevés de violence sexuelle et fondée sur le genre, par l'augmentation des grossesses d'adolescentes, par les messages contradictoires que les jeunes reçoivent de la société et des médias, ainsi que par l'efficacité des approches actuelles de l'éducation sexuelle et au VIH.

Comme évoqué précédemment dans cet ouvrage, les ministères de l'Éducation de la région ont déployé, au cours des deux dernières décennies, un ensemble de réponses pour lutter contre le VIH. La plupart de ces réponses

ont privilégié des interventions dans les établissements du primaire et du secondaire, basées sur le programme scolaire et qui consistaient à inculquer aux enfants et aux jeunes les connaissances et les compétences dont ils ont besoin, à former les enseignants dans le cadre de la formation initiale et continue, et à élaborer des supports d'enseignement et d'apprentissage. Mais les évaluations des programmes d'éducation au VIH et d'apprentissage des compétences à la vie courante ont mis en évidence d'importants problèmes de contenu et de diffusion qui ont limité leur efficacité. Par conséquent, de nombreux jeunes ne reçoivent même pas l'éducation sexuelle la plus élémentaire et quittent l'école sans avoir les connaissances suffisantes ; les fausses informations sur la sexualité et ses conséquences demeurent couramment répandues⁵¹³. Il y a également consensus pour estimer que l'éducation au VIH et aux compétences à la vie courante ne parvient généralement pas à inculquer aux jeunes les compétences dont ils ont besoin pour vivre sainement, notamment au plan sexuel⁵¹⁴. C'est ce qu'illustre l'opinion exprimée par une jeune élève originaire d'Afrique du Sud.

« Vous m'avez appris le nom des villes du monde MAIS je ne sais pas comment survivre dans les rues de ma propre ville.

Vous m'avez appris à parler et à écrire en trois langues MAIS je ne sais pas comment exprimer ce que je ressens au fond de moi.

Vous m'avez appris la reproduction chez les rats MAIS je ne sais pas comment éviter de tomber enceinte.

Vous m'avez appris à résoudre des problèmes de maths MAIS je ne sais toujours pas résoudre mes propres problèmes.

Oui, vous m'avez appris beaucoup de choses et je vous en remercie, je suis plutôt intelligente à présent MAIS pourquoi donc ai-je l'impression de ne rien savoir ?

Pourquoi ai-je l'impression de devoir quitter l'école pour apprendre à affronter la vie ? »

Source : Ministère de l'Éducation de l'Afrique du Sud, Protecting the Right to Innocence: The Importance of Sexuality Education, Rapport de conférence, 2002.

Les éléments factuels concernant l'efficacité de l'éducation sexuelle complète et sa capacité à réduire les risques associés à la pratique d'une activité sexuelle ainsi qu'à améliorer la santé sexuelle et le bien-être des jeunes conduisent les chercheurs, les professionnels de l'éducation, les décideurs et les parents à considérer avec de plus en plus d'intérêt l'enseignement d'une éducation sexuelle à destination des jeunes⁵¹⁵.

Si les avis divergent concernant le contenu qu'elle devrait avoir, il existe dans la région AOA un engagement croissant à dispenser une éducation sexuelle complète. Un certain nombre d'engagements et de cadres politiques et stratégiques ont été formulés dans cette région, et cela témoigne de la prise de conscience croissante de la nécessité de dispenser une éducation complète au VIH et à la sexualité pour lutter contre les problèmes de santé auxquels sont confrontées les populations de jeunes de l'Afrique. Il faut citer notamment le Cadre d'action pour l'Afrique subsaharienne, qui figure dans le Cadre d'action de Dakar adopté lors du Forum mondial sur l'éducation de 2000, la Charte africaine de la jeunesse de 2006, le Plan d'action de Maputo pour la promotion de la santé et des droits en matière de sexualité et de reproduction de 2006, la Loi-type de lutte contre le VIH en Afrique australe de 2008, la Stratégie africaine de la santé pour 2010-2015, le Plan stratégique régional pour 2008-2013 de l'Afrique de l'est pour la promotion de la santé et des droits en matière de sexualité et de reproduction, et d'autres.

L'adoption, en décembre 2013, de l'Engagement ministériel sur l'éducation sexuelle complète et les services de santé sexuelle et reproductive pour les adolescents et les jeunes en Afrique orientale et australe (AOA) a donné une impulsion majeure à ce mouvement. Inspiré de l'exemple de la Déclaration ministérielle de Mexico et placé sous l'égide de l'UNESCO et de l'ONUSIDA, cette initiative est destinée en priorité à mobiliser des soutiens politiques pour faire en sorte que tous les jeunes aient accès à une éducation au VIH et à la sexualité complète de haut niveau de qualité et axée sur les compétences à la vie courante, ainsi qu'à des services de santé adéquats et adaptés aux jeunes. Elle pourrait accélérer des aménagements qui s'imposent d'urgence dans l'éducation et les services de santé pour améliorer la situation sur le plan de la santé sexuelle et reproductive, et notamment renforcer la prévention du VIH auprès des jeunes de la région. L'Engagement a été adopté par les ministres de la Santé et de l'Éducation de 21 pays de la région à l'issue d'un processus de collecte de données concrètes, de consultation et de plaidoyer.

Le socle d'éléments factuels de l'Engagement ministériel a été publié dans un rapport d'évaluation très récent qui dresse un état des lieux de l'éducation sexuelle complète et de l'accès aux services destinés aux jeunes, mais qui fait également le point sur des questions connexes telles que les inégalités de genre et les obstacles juridiques. Le rapport intitulé *Les jeunes aujourd'hui – Il est temps d'agir* plaide en faveur d'un engagement politique de haut niveau et d'une meilleure coopération entre l'éducation et les services de santé. L'Engagement en lui-même fournit un cadre destiné à permettre aux ministères de travailler ensemble avec davantage d'efficacité et se concentre sur les dix grands domaines d'action qui permettront d'améliorer les résultats

de santé. Il s'agit notamment de privilégier en priorité l'accès universel à l'éducation et l'enseignement de l'éducation sexuelle dès l'école primaire. Contrairement à la Déclaration de Mexico, l'Engagement ministériel de la région AOA comporte un ensemble d'objectifs spécifiques et quantifiables. Pour le secteur de l'éducation, ces objectifs concernent notamment la révision du programme scolaire, la formation des enseignants et l'amélioration des niveaux de connaissances sur le VIH. En 2014 et 2015, en collaboration avec ses partenaires régionaux et nationaux, l'UNESCO soutiendra l'action des pays pour mettre en œuvre l'Engagement en concentrant notamment ses efforts sur l'engagement ferme et coordonné des ministères de l'Éducation et de la Santé, et sur la participation renforcée des organisations dirigées par des jeunes et au service de la jeunesse. Par ailleurs, sur la base des enseignements tirés du suivi de la Déclaration de Mexico, un cadre de responsabilités impliquant les gouvernements, les organismes des Nations Unies, la société civile et les jeunes est instauré afin de suivre les progrès des gouvernements dans la réalisation des objectifs fixés.

De nombreuses communautés reconnaissent elles aussi, désormais, l'importance d'une éducation sexuelle complète pour les jeunes. En général, comme cela a été évoqué plus haut, les parents sont favorables à une éducation sexuelle en milieu scolaire. Ils s'en remettent souvent aux enseignants ou aux professionnels de santé pour prendre en charge les besoins propres au développement des jeunes, et en particulier les besoins qui sont considérés comme étant plus intimes, sexospécifiques ou d'ordre culturel. Contrairement aux idées reçues, l'attitude des adultes de la région AOA est de plus en plus favorable, même sur des questions plus sensibles comme l'éducation au port du préservatif. Par exemple, une analyse des données des Enquêtes démographiques et de santé (EDS) de 2009 montre que dans 10 pays de la région, au moins 60 % des parents approuvent l'éducation au port du préservatif pour les jeunes adolescents âgés de 12 à 14 ans, alors même que les programmes d'éducation au VIH de nombreux établissements continuent d'omettre de parler de contraception et de préservatifs. Les établissements scolaires demeurent également réticents à mettre des préservatifs à disposition, parce qu'ils redoutent l'opposition des parents et de la communauté. Ainsi, une initiative proposant de distribuer des préservatifs aux élèves rwandais dans le secondaire a divisé les parents, les enseignants et le reste de la société, certains défendant le projet tandis que d'autres craignaient que les adolescents n'aient pas encore la maturité suffisante pour utiliser des préservatifs de façon responsable⁵¹⁶. L'accroissement de la demande d'éducation sexuelle complète en milieu scolaire est dû, entre autres facteurs, à l'évolution de la société. En Afrique, traditionnellement, les jeunes étaient informés sur la sexualité par les grands-parents, les tantes

et par le biais des rites de passage coutumiers⁵⁷. Mais ces pratiques sont remises en cause par les contraintes de la vie moderne, par l'urbanisation et par l'éclatement de la famille élargie, et il est de plus en plus admis qu'il est nécessaire de recourir à des approches formelles structurées pour dispenser l'éducation sexuelle⁵⁸.

Le facteur que représente le soutien ou l'opposition des parents et de la communauté est désormais amplement reconnu, car il joue un rôle important pour favoriser ou pour gêner l'introduction et la mise en œuvre d'une éducation au VIH et à la sexualité complète en faveur des jeunes à l'école ou en dehors. De plus, les programmes en milieu scolaire qui sont menés en lien avec les parents et la communauté (et avec leur soutien) sont plus efficaces que ceux dont ce n'est pas le cas⁵⁹. Mais l'enquête GPS a établi qu'une faible part des 13 pays de la région AOA étudiés s'était systématiquement efforcée d'impliquer les parents, et que s'il y avait bien des efforts pour faire participer les responsables religieux, communautaires ou traditionnels dans la plupart des pays, cela était rarement systématique. L'information des parents concernant les programmes axés sur les compétences à la vie courante à l'école n'a été structurée de manière formelle, à l'échelle du système entier, que dans 2 pays, et se limite à des initiatives locales dans 4 pays ; dans les 7 pays restants, aucun processus n'a été rapporté. Seuls 3 pays ont déclaré mener des efforts systématiques pour faire en sorte que les responsables religieux, communautaires ou traditionnels soutiennent l'approche de prévention du VIH adoptée par le secteur de l'éducation, les messages qu'elle véhicule et les supports qu'elle utilise.

Des efforts concertés supplémentaires sont nécessaires pour soutenir et faire fructifier l'engagement politique, et pour amener les ministères sectoriels, les chefs d'établissement, les enseignants et les parents à établir ensemble l'ordre du jour commun qui permettra d'intensifier l'enseignement d'une éducation sexuelle complète en faveur des jeunes. Le Plan d'action de Maputo pour la promotion de la santé et des droits en matière de sexualité et de reproduction de 2006, qui a été largement adopté dans la région, promeut l'accès universel à des services complets de santé sexuelle et reproductive en Afrique. Son plan de mise en œuvre prévoit notamment d'élaborer et d'appliquer des stratégies d'information, d'éducation et de communication à destination des parents ainsi que des professionnels de l'éducation.

Des préoccupations se sont également exprimées dans d'autres régions, où la question est de savoir jusqu'à quel point il est possible de mettre en œuvre une éducation complète au VIH et à la sexualité dans des pays marqués

par un contexte culturel extrêmement conservateur. Mais l'expérience montre que si elle est respectueuse du contexte culturel, si elle implique d'emblée des parties prenantes clés⁵²⁰ et si elle s'approprie les formes de savoir autochtones⁵²¹, l'éducation au VIH peut être dispensée même dans les contextes les plus conservateurs. Par exemple, bien que l'éducation sexuelle suscite encore une vive opposition de la part de certains parents et groupes conservateurs en Europe orientale et en Asie centrale, quelques pays commencent à reconnaître qu'il est nécessaire de déployer une éducation au VIH et à la santé sexuelle et reproductive complète et de meilleure qualité, et des enquêtes d'opinion font état d'une adhésion du public à cette idée. Selon une enquête menée dans la Fédération de Russie, 88 % des femmes âgées de 15 à 44 ans étaient favorables à ce que l'éducation sexuelle soit dispensée dans les établissements scolaires⁵²².

Faisant suite à une recommandation que le Parlement avait émise à l'issue d'une audition publique sur le Cadre pour l'éducation sexuelle complète élaboré par l'Association macédonienne pour la recherche et l'éducation sur la santé en 2011, la Macédoine procède actuellement à un examen de la portée et de la qualité de l'éducation sexuelle dispensée dans le cadre de l'apprentissage des compétences à la vie courante⁵²³. En Bulgarie, les acquis de l'expérience et le plaidoyer de la société civile ont conduit le ministère de l'Éducation à prendre des mesures pour améliorer l'éducation sexuelle à l'école en l'intégrant dans le nouveau cadre normalisé de l'éducation civique, interculturelle et à la santé. En Asie, un sondage en ligne réalisé récemment auprès des parents chinois a montré que 90 % des répondants étaient favorables à l'intégration de l'éducation sexuelle dans les programmes scolaires, comportant notamment des informations sur la planification familiale et sur la conduite à tenir face à des avances sexuelles inopportunes⁵²⁴.

Renforcer les liens avec les programmes de santé scolaire

Comme l'ont souligné les chapitres précédents, la réponse initiale du secteur de l'éducation au VIH avait adopté une approche verticale. Toutefois, on comprend désormais mieux la nécessité d'intégrer la lutte contre le virus à d'autres sujets liés à la santé pour bénéficier de synergies entre les connaissances et les compétences – qui permettent d'élargir la gamme des comportements sains. Par exemple, les compétences pour savoir réagir au plan cognitif, psychosocial et émotionnel, et prendre soin de soi – qui sont au cœur de l'éducation au VIH et à la sexualité – peuvent servir à aborder un certain nombre d'autres sujets liés à la santé tels que la prévention de la violence et de la consommation de drogue ainsi que la promotion de

l'hygiène. Pour s'assurer qu'elle ne soit ni négligée ni ignorée, le VIH devrait être pleinement intégrée dans une éducation sexuelle complète – laquelle devrait à son tour faire partie intégrante d'un programme de santé scolaire. Cela signifie paradoxalement que nous sommes revenus à notre point de départ. L'éducation au VIH a d'abord été une riposte à une crise de santé publique, et elle est aujourd'hui replacée au sein d'un programme de santé scolaire, de façon bien plus large toutefois puisqu'il s'agit d'y intégrer la sexualité et les autres facteurs qui influencent le comportement.

L'approche scolaire globale relative à la santé repose sur de solides fondements théoriques et pratiques, comme cela a été montré en partie dans les chapitres précédents. Par exemple, une étude de 2010 a exposé trois raisons justifiant cette approche⁵²⁵. Tout d'abord, les différents sujets interagissent entre eux et ne sont pas séparés les uns des autres au plan comportemental : l'activité sexuelle, par exemple, est souvent liée à la consommation d'alcool. Deuxièmement, le fait de traiter un sujet isolément peut signifier qu'il n'est envisagé qu'en relation avec l'individu, alors que l'environnement social a souvent une influence déterminante sur le comportement. Troisièmement, les approches thématiques ont tendance à partir du principe que le comportement humain est entièrement déterminé par des connaissances et par des raisonnements, alors que les aspects sociaux et affectifs font partie intégrante de toutes les questions de santé. En d'autres termes, il conviendrait de mettre désormais l'accent sur les compétences, en matière d'évaluation des risques par exemple. L'étude ne dit pas qu'une approche thématique n'apporte rien, mais plutôt qu'il conviendrait d'établir des liens avec d'autres sujets en classe et dans l'environnement scolaire et social au sens large, pour que les élèves envisagent la question par rapport à leur contexte personnel.

Le cadre de l'initiative FRESH⁵²⁶, par exemple, adopte une approche scolaire globale relative à la santé. Ce cadre est structuré autour de quatre composantes principales – des politiques de santé scolaire équitables, un environnement d'apprentissage sûr, une éducation à la santé axée sur les compétences et l'accès aux services de santé et de nutrition. Ces composantes sont appuyées par des partenariats entre les secteurs de l'éducation et de la santé, les enseignants et les professionnels de santé, les établissements scolaires et les communautés, et entre les élèves et ceux qui mettent en œuvre le programme.

Un certain nombre d'études ont été menées afin d'identifier les facteurs qui contribuent à une promotion efficace de la santé à l'école (voir Encadré 18)⁵²⁷.

Encadré 18 : Les facteurs contribuant à une promotion efficace de la santé à l'école

- Développer des partenariats entre les responsables politiques des secteurs de la santé et de l'éducation
- Développer à la fois une orientation dans les objectifs de l'école et une direction claire et non ambiguë de même qu'un soutien administratif
- Développer et maintenir une communauté scolaire démocratique et participative
- Créer un environnement social qui encourage des relations ouvertes et honnêtes au sein de la communauté scolaire
- Créer un climat dans lequel les attentes des élèves sont élevées en ce qui concerne leurs interactions sociales et leur réussite scolaire
- S'assurer que les élèves et leurs parents ont le sentiment que la vie de l'école leur appartient aussi
- Garantir une uniformité d'approche à travers l'école et entre l'école et la maison ainsi que la communauté élargie
- Explorer les questions de santé dans le contexte de la vie des élèves et de la communauté scolaire
- Utiliser des stratégies qui adoptent une approche globale de l'école plutôt qu'une approche principalement axée sur l'apprentissage en classe
- Mettre en œuvre une diversité de stratégies d'apprentissage et d'enseignement
- Fournir des plages de temps adéquat pour l'organisation et la coordination des activités en classe et hors de la classe
- Fournir en permanence des opportunités de développement des capacités pour les enseignants et le personnel associé
- Fournir des ressources qui complètent le rôle fondamental de l'enseignant et proviennent d'une base factuelle théorique qui soit fiable et exacte.

Source : UIPES, *Vers des écoles promotrices de santé : Lignes directrices pour la promotion de la santé à l'école* – 2^e version du document précédemment intitulé « Protocoles et lignes directrices pour les écoles promotrices de santé » (2008), Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES), 2009.

Il est nécessaire, pour mettre en œuvre des programmes de santé scolaire efficaces, de travailler en coordination et en collaboration. Il est indispensable d'identifier clairement les parties prenantes concernées et de définir les rôles et les responsabilités au niveau national, infranational et des établissements scolaires. Les parties prenantes peuvent être notamment les secteurs de l'éducation, de la santé, des affaires sociales, des infrastructures, de la jeunesse, des sports et de la culture, les établissements scolaires, les enseignants, les infirmiers/ères scolaires, les travailleurs sociaux, les représentants de la société civile, les parents, les communautés et les élèves.

La collaboration entre les secteurs de l'éducation et de la santé est particulièrement importante. Le secteur de la santé est coresponsable de la santé des enfants, tandis que le secteur de l'éducation est responsable de la mise en œuvre et souvent du financement des programmes de santé scolaire.

Il faut que les ministères de l'Éducation et de la Santé, ainsi que les autres ministères et parties prenantes concernés, participent à l'élaboration des programmes et des politiques de santé scolaire – lesquels doivent s'appuyer sur des données d'expertise. L'efficacité de la mise en œuvre dépend de la collaboration entre les secteurs de l'éducation et de la santé et les autres prestataires, tels que les organisations de la société civile. Par exemple, il peut être nécessaire de modifier le programme scolaire pour qu'il tienne compte de l'impact de la maladie et des problèmes de santé prioritaires dans le pays, et il faudra peut-être adapter la formation des enseignants en fonction de ces modifications.

L'évaluation des résultats est un problème afférent. Il existe là encore des différences dans les résultats escomptés et, comme évoqué précédemment, des différences dans les approches employées pour quantifier ces résultats. La réalisation des objectifs du secteur de la santé peut être mesurée en fonction de résultats précis, comme par exemple l'état de santé, les taux d'IST et de grossesse, la consommation de tabac et la modification des comportements. Le secteur de l'éducation évalue des résultats tels que les connaissances et les compétences acquises. Les enseignants et les concepteurs de programmes scolaires ne s'en remettent pas aux conclusions d'essais randomisés contrôlés, comme c'est la norme dans les professions de santé. Les modifications du programme scolaire se font lentement et généralement tous les 5 à 7 ans seulement ; de ce fait, les résultats de tout changement éventuel ne peuvent être évalués que sur le long terme. En fonction du pays, les enseignants peuvent soit bénéficier d'une certaine marge d'interprétation du programme scolaire, soit être tenus de respecter des prescriptions plus strictes. Dans le domaine de l'éducation au VIH et à la sexualité, cela peut faire une différence significative en termes de résultats.

La mise en œuvre comporte elle aussi des difficultés, notamment pour coordonner tout un ensemble de parties prenantes dont beaucoup n'ont peut-être jamais travaillé ensemble auparavant, pour dégager des plages horaires dans un programme scolaire chargé, pour former les enseignants, pour mobiliser des moyens et pour s'assurer du soutien de la communauté. Les aspects à prendre en compte⁵²⁸ sont notamment :

- La nécessité d'avoir des attentes réalistes à l'égard des initiatives de santé scolaire et de faire en sorte que leur approche soit globale.
- La nécessité de prévoir un temps suffisant : les programmes de santé scolaire sont souvent de courte durée, mais la promotion de la santé ne donne des résultats qu'à moyen ou long terme.

- La nécessité de reconnaître que l'évaluation de ce type de programmes est difficile et complexe.
- L'importance est de s'assurer que le financement du secteur de la santé des programmes de santé scolaire axés sur la réduction de la mortalité et de la morbidité ne fragilise pas une approche éducative de la promotion de la santé.
- La nécessité qu'il y ait du temps, des partenariats et un respect mutuel pour construire, entre les secteurs de l'éducation et de la santé, une compréhension commune et des objectifs partagés.
- La nécessité de fournir au secteur de l'éducation des éléments factuels prouvant que la promotion de la santé peut améliorer les résultats de l'éducation.

Compte tenu du lien et des synergies existant entre l'éducation et la santé, il conviendrait que l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique et d'un programme de santé scolaire soient une priorité du secteur de l'éducation. Les programmes de santé scolaire posent des difficultés d'élaboration et de mise en œuvre, mais les atouts potentiels qu'ils représentent pour la santé et pour l'apprentissage justifient d'accroître les investissements qui leur sont consacrés.

Redéfinir l'éducation au VIH

Une éducation sexuelle complète axée sur les compétences, notamment en matière de VIH, demeure indispensable pour permettre à chaque nouvelle génération de jeunes de se développer sainement, et il conviendrait à ce titre qu'elle prenne la forme d'un processus se déroulant tout au long de la vie de chaque individu⁵²⁹. Actuellement, le secteur de l'éducation est bien souvent pris en tenailles entre une réponse de nature biomédicale, des cultures scolaires locales hostiles et des personnels formés à des méthodes conservatrices. La journée scolaire est surchargée, les matières sont souvent enseignées en modules étriqués et déconnectés les uns des autres, et tous ces problèmes sont liés à la présence sous-jacente et contraignante de systèmes d'examen standardisés. Au vu de ces difficultés, comment le secteur de l'éducation peut-il parvenir à avancer ?

Une série d'événements convergents a fourni la possibilité de traiter plus amplement l'éducation au VIH et les compétences à la vie courante. L'analyse des OMD et les discussions sur l'agenda du développement des Nations Unies post-2015 ont conduit à mieux prendre en compte la nécessité, pour le secteur de l'éducation, de s'adapter aux tendances et aux demandes qui se font jour et de privilégier l'amélioration de la qualité de l'éducation. Les systèmes d'examen et les compétences exploitables occupent une place prépondérante dans le paradigme actuel, mais de nouvelles métriques d'évaluation sont en train d'apparaître, qui vont nous permettre de remplacer la rigidité des systèmes d'examen par des méthodes d'évaluation des résultats de l'éducation plus adaptables et interconnectées. Il existe également un mouvement en plein essor qui considère que « la focalisation à courte vue sur les compétences rentables a affaibli notre capacité à critiquer l'autorité, a émoussé notre compassion pour les personnes en marge et différentes, et a écorné notre aptitude à faire face à la complexité des problèmes du monde. Et la perte de ces capacités élémentaires met en péril la santé des démocraties et l'espérance de vivre dans un monde décent »⁵³⁰.

L'appel à une citoyenneté mondiale formulé par l'Initiative mondiale pour l'éducation avant tout offre au secteur l'occasion de revenir aux fondamentaux de l'éducation et de reconsidérer la signification et la vocation de cette dernière, mais également de réaffirmer les ambitions sociales qui figurent à son ordre du jour. L'initiative indique que « le monde est confronté à des défis mondiaux qui requièrent des solutions mondiales. Ces défis mondiaux interconnectés appellent des changements profonds dans notre façon de penser et d'agir pour la dignité des êtres humains. Il ne suffit pas à l'éducation de produire des individus qui sachent lire, écrire et compter. Il faut qu'elle soit transformative et apporte à la vie des valeurs partagées. Elle doit cultiver un souci actif du monde et de ceux avec lesquels nous le partageons. L'éducation doit aussi être pertinente pour ce qui est de répondre aux grandes interrogations de notre temps ». Enfin, le développement rapide des technologies ouvre des pistes prometteuses et novatrices pour l'enseignement et l'apprentissage. Le secteur se trouve plus que jamais à la croisée des chemins et il lui faut impérativement, pour y faire face, déployer un nouveau modèle d'éducation – un modèle interactif, axé sur les compétences et holistique.

L'éducation est un processus social et interactif, et le discours qui se fait jour autour de l'idée de citoyenneté mondiale insiste sur le rôle du secteur de l'éducation dans l'édification de sociétés meilleures. La priorité va de moins en moins à la réussite individuelle, pour privilégier désormais l'acquisition de compétences permettant de lutter collectivement contre les problèmes

mondiaux. Le VIH est l'un des problèmes mondiaux qui nécessitent une solution sociale. Il est contagieux et la vulnérabilité de l'individu n'est pas déterminée uniquement par ses propres actes, mais également par ceux des autres. Le VIH donne souvent lieu à de la stigmatisation et à de la discrimination, et l'éducation a un rôle primordial à jouer pour combattre la première et faire reculer la seconde. Il est nécessaire de disposer de connaissances, d'attitudes et de compétences acquises par le biais de méthodes participatives et fondées sur l'expérience pour développer des comportements sains et une citoyenneté mondiale. C'est ainsi que l'éducation au VIH peut être inclusive, utile et résolument ancrée dans la vision de l'UNESCO pour l'agenda du développement post-2015.

L'éducation au VIH ne repose pas sur des principes absolus ; il s'agit d'un domaine évolutif et relationnel⁵³¹ dans lequel les compétences d'apprentissage et de gestion des problèmes quotidiens sont par conséquent primordiales. Cette forme d'éducation est ouverte à la diversité et à l'approfondissement de la pensée, à rebours des usages universalistes et étriqués de l'éducation⁵³². Le programme scolaire est le fruit d'un processus de négociation, et un programme scolaire prétendument « adapté à tous » ne fait autre que s'aliéner les élèves et tourner le dos à leur expérience personnelle⁵³³. Au plan philosophique, l'éducation au VIH se situe à la croisée des chemins, à un point où les approches interprétativistes permettent d'emprunter une autre voie que l'enseignement positiviste dans lequel les élèves sont des récipiendaires passifs de l'information⁵³⁴.

À l'inverse des tactiques alarmistes et autres approches choc de prévention des maladies qui ont été employées lors des premiers stades de la réponse, il est nécessaire de déployer des approches sans jugement de valeur et tournées vers l'autonomisation et la promotion de la santé⁵³⁵. Il est également nécessaire de proposer une éducation sexuelle complète qui aide les élèves à acquérir des attitudes et des compétences saines en matière de rapports sexuels et de relations de couple, et qui réduise ainsi leur risque d'infection^{536,537}. Une pédagogie qui incite les élèves, grâce à des méthodes basées sur le dialogue, à relier les faits à leur signification, peut les aider à comprendre les aspects aussi bien sociaux que biomédicaux du VIH⁵³⁸. L'éducation à la santé axée sur les compétences, déjà dispensée dans de nombreux établissements scolaires, témoigne de cette évolution. Il est possible de l'élargir, de l'approfondir et d'en faire la norme de l'apprentissage, de manière à ce que les approches didactiques et autres approches centrées sur l'enseignant deviennent l'exception.

Les chapitres précédents ont mis en évidence les limites de bon nombre de modèles de l'éducation au VIH, en montrant que si l'éducation peut inculquer aux jeunes la capacité d'acquérir et de conserver des comportements sains, leur aptitude à agir ainsi dépend de facteurs plus généraux que sont notamment les normes familiales, culturelles, de genre et sociales, ainsi que les problèmes de pauvreté et d'accès aux services. L'éducation au VIH s'est construite principalement sur la base des théories de la santé, en accordant une importance moindre aux théories de l'éducation⁵³⁹. Heureusement, elle peut s'inspirer des théories traditionnelles et des pratiques récentes de l'éducation pour concevoir des pistes d'avenir. L'éducation par l'expérience et l'apprentissage dynamique, qui ont été promus par des théoriciens de l'éducation tels que John Dewey et Paulo Freire, et développés plus récemment par Linda Darling-Hammond pour ce qui est de leurs aspects liés aux pratiques et aux politiques, représentent une base solide et une vision consistante pour envisager les réformes⁵⁴⁰. L'éducation par l'expérience est un processus d'apprentissage qui établit un équilibre entre le contenu et l'expérience. De cette manière, les élèves sont en mesure d'interpréter l'information, de produire du sens et d'acquérir des attitudes pouvant contribuer à des comportements sains. L'éducation à la santé et à la sexualité axée sur les compétences, notamment en matière de VIH, offre des méthodes et un contexte pédagogique adaptés pour un apprentissage efficace. La théorie de l'orientation des buts, qui a été élaborée dans le contexte d'une salle de classe, fait le lien entre l'apprentissage et les comportements à court et à long terme. Cette approche pourrait s'avérer utile à l'avenir : une étude récente indique que « former les enseignants pour qu'ils apprennent aux élèves à privilégier la maîtrise et l'amélioration, et pour qu'ils fassent des résultats aux examens et des résultats extrinsèques des motifs de participation moins prépondérants, peut avoir des effets positifs sur les adolescents qui suivent des cours sur le VIH et sur la prévention des grossesses à l'école »⁵⁴¹.

Il existe des débats sur l'opportunité de faire ou non de l'éducation au VIH et à la sexualité une matière soumise à examen et autonome, car la majorité des méthodes d'examen se contentent de n'évaluer qu'une petite partie de l'éducation à la santé axée sur les compétences. Mais si elles ne bénéficient pas du statut que bon nombre d'enseignants accordent aux matières soumises à examen, les compétences à la vie courante en tant que discipline à part entière ne seront pas prises au sérieux. Il faut déployer des efforts pour adopter de nouvelles méthodes d'évaluation capables de refléter la richesse de cet enseignement. Une grande partie des compétences de l'éducation à la santé axée sur les compétences dépasse le domaine de la santé : les compétences de réflexion critique, de prise de décision et de relations interpersonnelles, par exemple, ont des applications multiples, et

il conviendrait de tenir compte des liens qui permettent de consolider les apprentissages au sein du programme scolaire.

Comme cela a déjà été mentionné, des travaux récents sur l'évaluation des élèves offrent l'occasion de réorienter les débats mondiaux sur l'éducation en dépassant la simple notion d'accès à la scolarité pour privilégier celle de qualité de l'apprentissage. L'étude menée récemment par le Comité de réflexion sur la métrique des apprentissages est l'illustration de cette réorientation. Elle recommande que les systèmes éducatifs offrent aux élèves la possibilité de maîtriser des compétences relevant de sept domaines d'apprentissage : le bien-être physique, le social et l'émotionnel, la culture et les arts, l'alphabétisation et la communication, les approches d'apprentissage et la cognition, le calcul et les mathématiques, et la science et la technologie. Ce cadre holistique des domaines d'apprentissage a été élaboré en s'appuyant sur les politiques et les débats qui ont cours actuellement dans le monde, sur la recherche sur le développement humain et économique, et sur une consultation mondiale auprès des acteurs de terrain. Il est destiné à identifier les domaines dans lesquels il convient de quantifier les résultats d'apprentissage.

Ces domaines marquent une rupture par rapport au caractère étreiqué des évaluations par matière. Au plan conceptuel, ils se préoccupent avant tout de la place de l'éducation au VIH, en particulier dans le cadre de l'éducation sexuelle et aux compétences à la vie courante. Ces enseignements ne jouaient pas un rôle primordial dans l'organisation traditionnelle de la scolarité, dans laquelle les matières classiques sont prédominantes. Alors qu'elles étaient bien souvent une matière secondaire, les compétences à la vie courante pourraient, selon ce cadre, devenir un domaine d'apprentissage central. La méthode consistant à faire cours sur le VIH comme s'il s'agissait d'un phénomène biomédical relevait d'une velléité de l'inscrire à l'ordre du jour, mais elle donnait également l'impression qu'il s'agissait d'un sujet sûr et sous contrôle⁵⁴². Nous savons qu'elle n'a pas fonctionné et qu'il nous faut essayer une nouvelle approche. Les propositions du Comité de réflexion sur la métrique des apprentissages ouvrent des perspectives en faveur de l'éducation interprétative et d'une approche dans laquelle le VIH sera abordé comme une problématique autant sociale que biomédicale. Les compétences à la vie courante peuvent être enseignées dans l'ensemble de ces domaines et les jeunes peuvent recevoir des cours sur le VIH dans plusieurs contextes – le bien-être physique, le social et l'émotionnel ou la science et la technologie, par exemple.

Il n'est pas possible d'enseigner la réflexion critique en quelques leçons et d'espérer détricoter des années de scolarité durant lesquelles les élèves se sont vu dénier la capacité ou la possibilité de faire des choix judicieux, comme cela se pratiquait dans le passé⁵⁴³. Mais la nouvelle approche dont il est question dans ce chapitre peut remédier à cette lacune fondamentale. Il faut, pour commencer, qu'elle tienne compte des tensions inhérentes à l'éducation et qu'elle donne les moyens aux enseignants, et la possibilité aux élèves, de les surmonter. Les tensions en question sont, entre autres, celles qui existent entre le mondial et le local, l'universel et l'individuel, la tradition et la modernité, le long terme et le court terme⁵⁴⁴. L'éducation doit être tournée vers la quête d'information et se baser sur l'expérience, en incorporant et en exploitant le vécu de la communauté scolaire. Elle doit s'inspirer des domaines d'apprentissage de base, qui peuvent s'appliquer dans les différentes matières et dans lesquels les élèves sont incités à rechercher et à établir des liens grâce à diverses techniques d'interactivité et de développement des compétences. Le contenu doit être pertinent vis-à-vis des élèves et de leurs besoins, et les préparer à mener une vie saine, à être des citoyens du monde actifs et bienveillants, et à réaliser pleinement leur potentiel.

Des évolutions fondamentales s'imposent également dans les modes d'organisation et d'animation des classes. Cela recouvre toute la manière dont le mobilier scolaire est disposé pour faciliter les échanges collaboratifs, en développant le travail de groupe, en augmentant le temps de parole des élèves face à l'enseignant, et en améliorant la circulation physique ainsi que le recours à des sources d'information multiples⁵⁴⁵. Certaines personnes craignent que des approches centrées sur l'élève ne signifient que les enseignants doivent renoncer à contrôler leur classe, entraînant ainsi des comportements indisciplinés. Pour ceux qui partent du principe que l'enseignant doit être autoritaire et dominant, les approches centrées sur l'élève vont conforter cette crainte. Mais les recherches consacrées aux modèles efficaces de gestion de classe montrent que c'est en réalité l'inverse qui prévaut.

Les modèles de gestion de classe qui sont élaborés et appliqués dans le cadre d'une collaboration entre les élèves et les enseignants, avec le soutien des parents et de la communauté, sont efficaces et répondent aux besoins de la communauté d'apprentissage⁵⁴⁶. Cette nouvelle approche se démarque des modèles de gestion de classe autoritaires, au profit d'approches collaboratives qui facilitent l'enseignement de sujets sensibles tels que la sexualité et le VIH de manière pertinente et adaptée à chaque âge.

Repenser la formation et le soutien des enseignants

Aussi bons qu'ils puissent être, les programmes scolaires n'auront qu'un impact limité s'il n'y a pas d'enseignants compétents capables de les appliquer convenablement auprès des élèves. La formation des enseignants aux compétences à la vie courante, notamment en matière de VIH, s'est développée davantage lors de la dernière décennie. Dans la région Amérique latine et Caraïbes par exemple, les ministres nationaux de la Santé et de l'Éducation se sont engagés, dans la Déclaration de Mexico de 2008, à intégrer des programmes de formation à l'éducation sexuelle complète dans tous les programmes de formation des enseignants d'ici 2015⁵⁴⁷. Mais malgré cela, « les éléments factuels qui se rapportent à la qualité et à l'ampleur de l'éducation au VIH et aux compétences à la vie courante dispensée en classe semblent montrer qu'il subsiste des décalages importants entre la formation et l'enseignement : il y a constamment lieu de craindre que l'éducation au VIH efficace et complète prévue dans le cadre de l'enseignement des compétences à la vie courante ne bénéficie pas d'une attention suffisante ou ne soit pas dispensée de façon appropriée dans les classes »⁵⁴⁸. Comme indiqué précédemment, une grande partie des professionnels de l'éducation ne sont formés ni aux méthodes ni au contenu de l'enseignement sur le VIH et la sexualité.

Les enseignants ont été considérés dans bien des cas comme de simples messagers⁵⁴⁹, mais il est important de reconnaître leur importance intrinsèque. Si l'objectif est que l'éducation au VIH et à la sexualité soit dispensée dans un esprit d'ouverture et de franchise, son contenu ne saurait être considéré indépendamment du vécu de l'enseignant. Il est par conséquent primordial de respecter le droit des enseignants à avoir accès à des services de santé et à acquérir, dans le cadre de leur formation de routine, les connaissances, les attitudes et les compétences permettant de vivre sainement. Il s'agit là de conditions importantes pour une éducation au VIH efficace. Cela ne veut pas dire que les enseignants doivent divulguer des détails de leur vie personnelle aux élèves, mais plutôt que le fait de puiser dans leurs propres expériences est pour eux une source d'empathie⁵⁵⁰. Il peut être gênant de parler de sexualité et de genre et, faute de formation adéquate, l'enseignant risque de se contenter d'énoncer des faits et d'affirmer son contrôle sur la classe en se rattachant à des jugements moraux. Il s'agit là d'un enseignement dénué de toute dimension affective, décontextualisé et qui ne présente de toute évidence aucune pertinence pour les élèves⁵⁵¹. Pour être efficace, l'éducation au VIH nécessite un rapport de franchise entre les enseignants et les élèves.

Une nouvelle approche de la formation des enseignants est nécessaire pour promouvoir une approche tout aussi nouvelle de l'éducation au VIH. Cette approche permettrait à l'enseignant qui est capable de personnaliser chaque enseignement et chaque leçon, de répondre aux besoins des élèves en temps voulu et d'améliorer leurs aptitudes à surmonter les problèmes et les vulnérabilités auxquels ils sont confrontés au quotidien dans leur communauté. Cela signifie que les enseignants doivent être en mesure d'aborder des questions qui, dans bien des cas, ne sont pour l'instant pas enseignées du tout. L'administration et le chef d'établissement doivent en outre créer un environnement propice, en communiquant avec les parents et les membres de la communauté, et en obtenant leur soutien. Cela nécessite, pour commencer, de veiller à la santé de l'enseignant, de lui apporter le soutien dont il a besoin et de reconnaître sa valeur intrinsèque ainsi que son utilité – laquelle est pour le moins déterminante.

Cette nouvelle approche de la formation des enseignants se fonde sur trois composantes principales. La première composante nécessite, tout d'abord, de reconnaître les vulnérabilités des enseignants eux-mêmes et de s'employer à renforcer leurs compétences à la vie courante dans les domaines cognitif, psychosocial, affectif et interpersonnel, entre autres. Ils doivent être informés sur le virus et sur les formes de vulnérabilité de leur communauté. Il leur faut analyser leurs propres attitudes à l'égard du VIH, des relations de couple et de la sexualité en termes de protection et de prévention. Ces compétences permettront aux enseignants de prendre de l'assurance, de manière à pouvoir aborder les questions sensibles avec leurs élèves et à pouvoir s'efforcer de faire évoluer les normes liées aux tabous socioculturels au sein de la communauté. En d'autres termes, les enseignants ont besoin de posséder des compétences à la vie courante pour se protéger et protéger les autres.

La formation est primordiale pour aider les enseignants et les autres personnels du secteur de l'éducation à clarifier leurs valeurs et à acquérir les connaissances et les compétences dont ils ont besoin pour permettre à tous les élèves de bénéficier d'environnements d'apprentissage sains et sûrs. Elle doit porter notamment sur des questions telles que les droits humains, l'inclusion et la non-discrimination, la dimension de genre, la sexualité et la diversité sexuelle, et les pratiques non-discriminatoires⁵⁵². Dans l'état de São Paulo au Brésil, par exemple, une approche de la formation des enseignants à l'éducation sexuelle inclusive et promouvant une transformation en profondeur a été élaborée en y incorporant la diversité sexuelle⁵⁵³. Dans la Fédération de Russie, des trousseaux de formation ont été conçus pour aider les responsables du secteur de l'éducation, les enseignants et les travailleurs

sociaux à soutenir les élèves séropositifs au VIH dans le cadre de la classe, en luttant notamment contre les préjugés sociaux, la stigmatisation et la discrimination⁵⁵⁴. En Namibie, le Rainbow Project a organisé des ateliers qui permettent aux enseignants exerçant en milieu rural d'étudier les questions d'inclusion et d'exclusion sociales sous l'angle des droits en s'appuyant sur leurs propres expériences d'enseignants, d'étudier les problèmes relatifs aux droits humains en général, et notamment les problématiques affectant les personnes gays, lesbiennes, bisexuelles et transgenres, et d'analyser également leur manière d'aborder les droits humains à l'école⁵⁵⁵.

La deuxième composante concerne l'utilisation de méthodes d'apprentissage participatives et centrées sur l'élève qui s'enracinent dans l'apprentissage par l'expérience. Avec ces méthodes, l'enseignant renonce à contrôler certains aspects du processus d'apprentissage car les élèves sont impliqués plus fortement dans les sujets abordés, les méthodes et la gestion de classe. Cette réorientation marque une rupture radicale par rapport aux notions d'autorité didactique et d'enseignement par le contrôle, mais elle n'est pas entièrement nouvelle. L'enseignement moderne s'est approprié des techniques comme le théâtre, les jeux et d'autres méthodes interactives dans des matières telles que l'apprentissage des langues. Il existe donc une expérience dans ce domaine, qu'il s'agit simplement d'amplifier et d'appliquer plus largement.

Concernant les sujets relatifs au VIH, à la santé et à la sexualité, les enseignants doivent être préparés à parler de ce qui apparaît pertinent pour lutter contre les risques auxquels sont exposés les élèves. Cela nécessite de créer et de maintenir un environnement d'apprentissage sûr. Cette tâche est plus complexe en présence d'effectifs importants, mais des modèles d'éducation par les pairs peuvent être utilisés pour développer l'interactivité dans les classes nombreuses.

Les technologies offrent par ailleurs la possibilité de faire cours en différé, ce qui permet aux élèves d'accéder à l'information durant leur temps libre et d'allouer du temps de classe pour des méthodes participatives, par exemple des analyses de cas avec retour d'expérience en direct. Dans le même temps, les technologies modernes inondent les élèves d'informations qui remettent en cause le statut du programme scolaire et de l'enseignant. La pédagogie en question a pour objectif d'aider les élèves à interpréter et à démêler les influences auxquelles ils sont soumis, et à analyser leur risque. Mais il s'agit d'une rupture supplémentaire par rapport à l'approche qui consiste à enseigner des matières circonscrites à un contenu préétabli. La formation des enseignants doit par conséquent refléter la réalité du monde contemporain et leur fournir les compétences leur permettant d'aider leurs élèves à affronter

et à résoudre leurs problèmes actuels et à venir. Les cursus de formation des enseignants doivent offrir à ces derniers l'occasion de s'entraîner à utiliser ces techniques avec leurs pairs, lors de séances destinées à les encourager et à favoriser les retours d'information constructifs. Le développement de la connectivité fait que les élèves d'un certain nombre de pays vont disposer d'un accès sans précédent à l'information. Les enseignants ne peuvent donc plus être des gardiens dans ce domaine – trop de canaux d'information sont désormais disponibles – mais ils peuvent, à l'aide de méthodes de renforcement des compétences, aider les élèves à démêler le sens des informations qu'ils reçoivent et à apprendre comment adopter des attitudes et des comportements sains.

La réponse au VIH s'est appuyée tant sur la formation initiale que sur la formation continue. L'enquête GPS 2013 indique qu'« il conviendrait de privilégier le cadre de la formation initiale pour informer et former sur ces matières, pour faire en sorte qu'une nouvelle génération d'enseignants puisse arriver dans les classes en étant bien outillée et bien préparée à traiter ces questions vitales. Les concepteurs des cursus et des programmes de formation des enseignants allègueront peut-être qu'il y a peu de marge de manœuvre pour étendre le champ de la formation initiale, mais des arguments solides incitent à le faire : la formation initiale est plus facile, du point de vue logistique, à organiser et à dispenser, sa portée est bien plus importante et, par conséquent, elle présente un meilleur rapport coût-efficacité »⁵⁵⁶.

Notre point de vue serait plutôt qu'il ne devrait pas s'agir d'une alternative binaire. Il faut, pour développer les compétences des enseignants à utiliser ces méthodes, un socle solide de formation initiale complété par des actions de formation continue tout au long de la carrière des enseignants. Il faut également que ces derniers s'impliquent dans la conception de ces méthodes afin de renforcer, d'approfondir et d'actualiser leurs compétences d'enseignement et d'évaluation. Concernant la méthode à employer pour mettre en œuvre la formation continue, il conviendrait d'éviter les méthodes en cascade telles qu'elles sont utilisées actuellement. La formation dispensée par des pairs peut être très efficace, mais elle doit recevoir un soutien approprié. Il conviendrait d'envisager une approche par les pairs « augmentée », dans laquelle l'enseignant bénéficie du renfort d'un formateur professionnel. Cela peut se faire en étant physiquement présent, dans une approche de formation en équipe, ou à distance si les technologies de la communication le permettent. L'utilisation de moyens audiovisuels pourrait garantir une restitution fidèle du message et des modèles de méthodes d'enseignement présentés. En d'autres termes, tous les stagiaires formés

verront les mêmes images de démonstration. Il sera nécessaire, en outre, d'établir des communautés de pratique pour organiser le soutien par les pairs, de manière à ce que les enseignants puissent être encouragés et aidés à mettre leur nouvel apprentissage en application.

La troisième composante se rapporte à l'évaluation. L'enseignement public a reposé pour l'essentiel, au XX^e siècle, sur des examens destinés à évaluer les compétences cognitives. Mais l'enseignement des compétences à la vie courante dépasse le domaine cognitif. L'indispensable transformation de l'éducation qui s'impose exigera également de nouvelles façons d'évaluer les progrès et la réussite des élèves, et la formation des enseignants doit leur donner les moyens de s'adapter et de s'emparer de nouvelles théories, de nouvelles pratiques et de nouvelles techniques. Au plan de leur conception, les techniques d'évaluation peuvent utiliser des grilles permettant de mesurer les compétences au-delà de ce que font les méthodes d'examen conventionnelles que représentent, par exemple, les questionnaires à choix multiples. Ces grilles peuvent être conçues pour observer les compétences dont l'élève fait preuve lors d'activités du type jeux de rôle. Les technologies offrent de surcroît la possibilité de personnaliser l'apprentissage, si bien que les enseignants devront mettre au point des modèles d'évaluation qui permettent des retours d'information instantanés ainsi qu'un apprentissage direct progressant par paliers. Ce mode d'enseignement repose sur un socle théorique bien établi (voir par exemple, en guise d'introduction, la zone proximale de développement de Vygotsky⁵⁵⁷). L'aspect innovant, ici, consiste à utiliser les nouvelles techniques d'apprentissage pour adapter les plans de cours aux réactions de l'élève et pour apporter des retours d'information en temps voulu qui permettent de faire progresser l'apprentissage dans différents domaines. Le socle théorique et les méthodes d'évaluation auront une importance primordiale car il est nécessaire, pour évaluer les compétences à la vie courante, de renoncer aux questionnaires à choix multiples standardisés.

Il est cependant important de tenir compte du fait que l'introduction d'une nouvelle approche de formation des enseignants prendra un certain temps. Il faut également avoir une vision réaliste des résultats auxquels peuvent parvenir les enseignants dans des contextes dans lesquels eux-mêmes ont reçu une instruction limitée ainsi qu'une formation insuffisante, et où ils sont surchargés de travail et mal payés. Dans de tels contextes, beaucoup se battent pour enseigner ne serait-ce que le programme scolaire de base. La formation ne suffira pas, à elle seule, à permettre aux enseignants de mettre en œuvre de nouveaux modes d'enseignement, de promouvoir la citoyenneté, les droits humains et l'égalité de genre, ou de dispenser une

éducation sexuelle de qualité. De plus, la réticence des enseignants à traiter des questions culturellement sensibles telles que les rapports sexuels et la sexualité est souvent fondée, car le fait d'aborder ces sujets pourrait fragiliser encore davantage leur statut social déjà précaire et les exposer à du harcèlement, à des violences et à des agressions de la part des élèves, des parents ou des membres de la communauté. Si l'objectif est de faire en sorte que les établissements scolaires et les enseignants contribuent à la réponse au VIH au mieux de leurs capacités, alors des investissements plus importants seront requis dans l'éducation, pour, en particulier, remédier aux pénuries d'enseignants et améliorer leurs conditions de travail et leur statut social⁵⁵⁸.

Améliorer la mise en œuvre

Il existe également un certain nombre d'autres points majeurs à considérer concernant la mise en œuvre. Tout d'abord, il est fondamental de proposer un enseignement en langue maternelle. La langue d'enseignement utilisée dans l'apprentissage des compétences à la vie courante destiné à réduire le risque d'infection à VIH a davantage d'impact s'il s'agit de celle dont les élèves se servent en dehors de la classe, là où ils sont confrontés au risque. Dans le cas contraire, les cours sur les compétences de la vie courante prennent un caractère théorique et éloigné de la vie des élèves. Il est important, par ailleurs, que les élèves comprennent la langue d'enseignement et que les concepts utilisés leur soient familiers.

Comme évoqué précédemment, il est difficile d'utiliser des méthodes interactives et par petits groupes quand les classes sont très nombreuses, car les enseignants ont du mal à apporter des réponses appropriées aux élèves et à maintenir l'ordre dans la classe. Nous savons pourtant que l'apprentissage interactif est plus efficace que les cours magistraux pour développer les compétences. Dans le même temps, nous devons admettre qu'il se pratique plus aisément dans des environnements mieux pourvus où les effectifs des classes sont plus réduits. Il existe néanmoins des moyens d'introduire des méthodes interactives dans des classes nombreuses. L'organisation en petits groupes, dirigés par des pairs et disposant d'outils de simulation vidéo, radiophoniques et informatiques, est de plus en plus répandue et nous devons nous en emparer.

Nous avons également mis en évidence l'importance du soutien des parents et de la communauté. Cependant, il est peut-être trop exigeant de demander à l'enseignant de gérer ces relations à lui seul. Cela doit être fait de manière

systematique, sous la conduite de direction de l'établissement, de manière à communiquer avec les membres de la communauté, à obtenir leur soutien et à créer ainsi un environnement propice à un apprentissage efficace dans les classes.

L'éducation à la santé axée sur les compétences s'est bien peu préoccupée de l'inclusion et des besoins des élèves atteints d'un handicap. La documentation, sans parler des politiques et des pratiques, ne s'est pas interrogée, entre autres, sur la manière dont il conviendrait d'enseigner les compétences à la vie courante aux malentendants et malvoyants. Par exemple, les jeunes souffrant de difficultés d'apprentissage peuvent être confrontés à des vulnérabilités qui requièrent d'autres méthodes de prise en compte à l'échelle de tout l'enseignement ; il s'agit là d'un domaine qui nécessite d'être approfondi davantage.

Compte tenu du déficit de connaissances, le secteur de l'éducation ne peut pas s'écarter de ses fonctions premières qui sont de renforcer les connaissances et de faire acquérir des attitudes, des valeurs et des compétences. Si une grande partie des propositions de ce chapitre repose sur une réforme radicale de l'éducation, certaines choses peuvent et doivent être réalisées dans l'immédiat. Les élèves ont besoin de savoir comment se protéger et protéger les autres. Comme cela a été montré, les connaissances et les attitudes ne sont pas les seules conditions nécessaires pour prévenir de nouvelles infections et faire reculer la stigmatisation et la discrimination, mais elles sont à la base de tout.

Il faut par ailleurs que l'éducation au VIH bénéficie de l'engagement de l'ensemble du système, ainsi que d'un mandat solide. Il y a peu de chances pour que les enseignants s'emparent de sujets difficiles et sensibles s'ils ne se sentent pas mandatés et soutenus par leurs supérieurs. Ils doivent percevoir l'engagement du secteur en faveur de la mise en œuvre de l'éducation au VIH. Cela peut se faire d'un certain nombre de manières, par exemple en élaborant une politique dédiée, en veillant à ce qu'elle soit mise en œuvre et classée en tête des priorités au niveau national et local, en élaborant des programmes scolaires, et en déployant des supports d'enseignement, des crédits budgétaires mais aussi des déclarations de soutien provenant du sommet de l'encadrement.

L'après-2015

Le secteur de l'éducation a appris que l'éducation à la sexualité (et notamment au VIH) axée sur les compétences pouvait aider les jeunes élèves à adopter et conserver des comportements sains et à faire reculer la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des personnes touchées et infectées par le virus. L'éducation est, par conséquent, indispensable à la réponse au VIH. Mais il serait faux d'estimer que les changements de comportement individuels relèvent de la responsabilité d'un programme scolaire de lutte contre le VIH, car de nombreux facteurs influent sur les comportements. Cet ouvrage a plaidé en faveur d'un modèle écologique holistique, pour que la réponse au VIH s'appuie sur les points forts et remédie aux limites de certains aspects de la réponse multisectorielle. Nous devons réinvestir dans l'action du secteur de l'éducation, et mesurer ses progrès et sa contribution à la réponse au VIH en fonction des indicateurs de l'éducation et non pas de ceux de la santé. Au lieu d'avoir une approche normative de l'enseignement, en vertu de laquelle on dit aux élèves comment ils devraient être, nous devons dispenser une éducation interprétative dans laquelle les élèves sont pris tels qu'ils sont et tirés vers le haut afin de réaliser pleinement leur potentiel et leur capacité à faire face aux difficultés de l'existence.

Des pressions de toutes parts s'exercent en faveur d'une réforme de l'éducation qui permettrait de la rendre à la fois de meilleure qualité et plus efficace, plus réactive et plus adaptée au monde moderne et aux besoins des enfants et des jeunes. Ces pressions ont une influence sur les discussions consacrées au futur agenda mondial de l'éducation post-2015, dans lesquelles l'idée d'une éducation axée sur le développement global de la personne occupe une place de premier plan⁵⁵⁹. Elles ont également des répercussions sur la manière de concevoir et de dispenser l'éducation au VIH, car le secteur de l'éducation se détourne de la notion « d'enseignement » au profit de celle « d'apprentissage actif ». L'éducation au VIH interprétative et axée sur les compétences s'inscrit résolument dans cette ambition. Il est possible de reconsidérer la manière de concevoir les principes fondamentaux de l'UNESCO sur le but de l'éducation, car la pandémie de VIH nous oblige à débattre de la nature, du but et du rôle de l'éducation au 21^{ème} siècle. L'analyse des problématiques qui sous-tendent ces conclusions irait dans le sens de l'argumentation développée par Delors, selon laquelle les établissements scolaires doivent accorder autant de valeur aux objectifs éducatifs appartenant aux domaines de l'UNESCO « Apprendre à être » et « Apprendre à vivre ensemble », qu'aux matières pédagogiques traditionnelles relevant des domaines « Apprendre à connaître » et « Apprendre à faire »⁵⁶⁰. Une nouvelle approche de l'éducation au VIH nécessite à l'évidence une transformation de grande

ampleur et systémique. L'agenda du développement des Nations Unies post-2015, les nouvelles méthodes d'évaluation des résultats d'apprentissage, l'amélioration des techniques d'apprentissage et le mouvement mondial en faveur de la création de citoyens du monde sont autant de points forts qui, tous ensemble, contribuent à promouvoir la réforme.

Mais il nous faut également reconnaître que le secteur de l'éducation est un assemblage de systèmes complexes. Il est soumis à l'influence de politiques, de vastes bureaucraties, de dizaines de millions d'enseignants, de centaines de millions d'élèves, ainsi que des familles de ces derniers et des communautés du monde entier. Par conséquent, les transformations préconisées ici seront lentes à venir et se feront par étapes progressives et parcellaires. Mais la complexité et la lenteur du processus ne doivent pas servir de prétexte pour ne rien faire. Chaque secteur de l'éducation peut prendre des mesures pour s'orienter vers une approche davantage centrée sur l'élève. D'abord et avant tout, les enseignants, les responsables administratifs et les parents doivent prendre conscience du fait que les jeunes recevront des informations sur le VIH et sur d'autres aspects de la sexualité et de la reproduction, que ce soit à l'école ou non. Le secteur de l'éducation est chargé de faire en sorte que les élèves possèdent des informations correctes et complètes, de manière à pouvoir se protéger. Tous les nouveaux enseignants doivent être formés de manière systématique à l'éducation à la santé axée sur les compétences, pour leur propre bien-être comme pour celui des élèves, et avoir appris à se servir des méthodes participatives. Le programme scolaire doit être révisé sans précipitation et avec soin, et la formation continue des enseignants doit être à la mesure de ces évolutions. Il ne s'agit pas de définir un résultat à obtenir, mais plutôt de proposer un processus itératif de recherche, d'adaptation et de réponse aux évolutions de la technologie, des politiques éducatives et de la recherche.

Les contours de la contribution possible de l'éducation à la réponse au VIH apparaissent clairement. Notre espoir est de pouvoir considérer un jour que l'époque actuelle aura été l'âge des possibles, le point de départ d'une réorientation du secteur de l'éducation vers l'apprentissage actif qui nous mènera à zéro nouvelle infection à VIH, zéro décès lié au SIDA et zéro stigmatisation et discrimination liées au SIDA. Le passage ci-après, tiré de Silin (1995) et écrit il y a près de vingt ans, exprime une aspiration qui est désormais à notre portée grâce aux outils, à l'expérience, à la perspicacité et à la volonté dont nous disposons.

« Si le VIH/SIDA est susceptible de remettre en cause les idées que nous avons au sujet de l'autorité pédagogique, il nous offre également l'occasion d'envisager de nouveaux modèles, plus conformes à l'idée que nous nous faisons de nous-mêmes et à ce que nous souhaiterions que nos élèves deviennent. Le VIH/SIDA nous enseigne les limites de la science et l'importance de la vision humaine, la fragilité du corps et la force de l'esprit, la nécessité de nourrir l'imaginaire même quand nous dirigeons notre attention sur les structures cognitives rationnelles. En fin de compte, le programme scolaire de lutte contre le VIH/SIDA parle peut-être davantage de vie que de mort, davantage de santé que de maladie, davantage de la dimension politique du corps que de sa dimension physique. »⁵⁶¹

Conclusion

Nous avons, dans cet ouvrage, examiné l'évolution de la réponse du secteur de l'éducation au VIH et au SIDA, et la contribution apportée par ce secteur lors des trois dernières décennies. Nous avons montré comment l'éducation a aidé à prévenir de nouvelles infections, soutenu les essais de traitement et de prise en charge, et fait reculer la stigmatisation et la discrimination. Comme cela a été souligné plus haut, de solides éléments factuels témoignent de l'effet protecteur que le simple fait d'aller à l'école – moyen permettant de réduire le risque et la vulnérabilité au VIH – procure aux élèves qui ont la chance de jouir de ce droit. Au-delà de cela, nous avons examiné dans cet ouvrage l'état actuel des connaissances sur la manière dont l'éducation peut favoriser des comportements plus sains grâce à des programmes sur les compétences à la vie courante et à des programmes consacrés spécifiquement à enseigner la prévention, le traitement, la prise en charge et le soutien contre le VIH. Nous avons montré comment le secteur de l'éducation avait réorienté son engagement, se détournant de la riposte d'urgence des débuts de l'épidémie pour se tourner vers une réponse qui lutte désormais contre le VIH dans le cadre d'un effort plus intégré, en s'inscrivant de plus en plus dans une éducation sexuelle complète et dans des programmes généraux d'éducation à la santé.

Mais il est ardu de mesurer en quoi l'éducation contribue à atteindre des résultats d'ordre biomédical. Nous avons affirmé que le rôle de l'éducation est d'améliorer les connaissances, en présentant des éléments factuels qui montrent que, quand ils ont été bien mis en œuvre, les programmes éducatifs y sont extrêmement bien parvenus. Des analyses plus récentes de ces éléments commencent à reconnaître ce point, ce qui aide à clore le

débat stérile sur le rôle et l'intérêt des programmes d'éducation au VIH en milieu scolaire⁵⁶². Ces éléments factuels montrent également que l'éducation peut combattre les attitudes nocives, comme par exemple les opinions qui stigmatisent les personnes vivant avec ou vulnérables au VIH, et renforcer les compétences dont les gens ont besoin pour prendre des décisions et agir de manière à vivre plus sainement. Peu de gens iraient jusqu'à affirmer que la contribution de l'éducation résoudra, à elle seule, le nœud intriqué des problèmes que soulève le VIH, mais il s'agit d'une base indispensable pour permettre aux individus et aux communautés de vaincre l'épidémie et de mener des vies plus saines et plus productives.

Les moyens matériels que sont par exemple les préservatifs masculins et féminins et le traitement antirétroviral, et les services tels que le dépistage et le conseil en matière de VIH sont sans conteste indispensables, mais il faut que les gens aient des informations à leur sujet, comprennent pourquoi ils sont importants et sachent comment se les procurer et les utiliser. L'éducation a et va conserver un rôle majeur à cet égard.

Les outils et ressources, notamment le Cadre d'investissement de l'ONUSIDA, qui sont destinés à aider les pays à faire des choix d'investissement avisés avec les moyens limités dont ils disposent pour prendre l'avantage sur l'épidémie de VIH, tiennent compte de l'importance des synergies avec les autres secteurs du développement. Il s'agit en particulier de l'éducation ainsi que des « catalyseurs essentiels » que représentent, par exemple, des lois et des cadres juridiques propices et l'accès à la justice sociale et à l'égalité de genre – lesquels sont indispensables pour contribuer à modifier durablement les comportements susceptibles de pérenniser l'épidémie. Les choix ne se résument pas à des alternatives binaires, le traitement plutôt que la prévention, les services de santé plutôt que l'éducation et la prévention du VIH. Tous ces aspects sont essentiels à partir du moment où ils sont de bonne qualité et dispensés de la manière la plus efficace et équilibrée possible. Il est fondamental de trouver le juste équilibre pour continuer de progresser dans la lutte contre l'épidémie.

Il est encourageant de constater que ces trois décennies d'efforts contre le VIH portent leurs fruits. Les nouvelles infections sont en baisse, de même que les décès liés au SIDA, grâce, en grande partie, à l'amélioration de l'accès aux médicaments antirétroviraux. En outre, l'essor des connaissances et des compétences permettant d'accéder à ces médicaments fait qu'ils bénéficient désormais à près de 10 millions de personnes. Le nombre de personnes nouvellement infectées est tombé à 1,9 million dans les pays à revenu faible ou intermédiaire en 2012, soit 30 % de moins qu'en 2001. En

Afrique subsaharienne, la baisse atteint le chiffre impressionnant de 34 % par rapport à 2001 et est encore plus marquée dans les Caraïbes avec une chute 49 %. Plus de 60 % des femmes enceintes séropositives au VIH en 2012 ont été mises sous traitement antirétroviral, ce qui sauvera leur vie et celle de leur bébé.

Mais il reste beaucoup à faire et les avancées obtenues sont fragiles. On dénombrait encore 2,3 millions de nouvelles infections en 2012. Si des progrès ont été réalisés dans un certain nombre de domaines, le monde a encore un chemin considérable à parcourir pour faire en sorte que chaque nouvelle génération possède les connaissances, les attitudes et les compétences nécessaires.

L'un des sujets qui préoccupent particulièrement le secteur de l'éducation est la faiblesse persistante du niveau de connaissances sur le VIH chez les jeunes, indicateur mondial majeur qui fait l'objet d'un suivi et de rapports réguliers, et demeure obstinément un peu inférieur à 40 % chez les jeunes hommes et les jeunes femmes. Les causes de cette situation, bien connues pour la plupart, sont notamment la propension à considérer l'éducation au VIH comme une priorité relativement secondaire par rapport à d'autres sujets, la réticence à faire cours sur ces questions jugées sensibles et le piètre état général de systèmes éducatifs dans lesquels les classes sont surchargées, les enseignants mal formés et insuffisamment soutenus, et les méthodes pédagogiques incapables de permettre aux élèves de s'instruire plus efficacement. La mauvaise qualité des résultats d'apprentissage, au-delà d'être une source de difficultés pour l'éducation au VIH, suscite également de plus en plus de préoccupations dans l'ensemble du système éducatif. Ce défaut de qualité a été souligné par l'Initiative mondiale pour l'éducation avant tout ainsi que dans les débats consacrés à l'agenda du développement post-2015.

Si le secteur de l'éducation doit continuer d'agir en priorité contre les mauvais niveaux de connaissances des élèves sur le VIH, il convient de ne pas oublier que des dizaines de millions d'élèves affichent désormais des connaissances exactes et complètes sur ce virus dévastateur et potentiellement mortel dont le monde ignorait tout il y a seulement une trentaine d'années. Il s'agit là d'une réussite majeure. L'enseignement sur le VIH apporte une contribution positive dans la vie de très nombreuses personnes et de leurs communautés, même s'il nous reste un long chemin à parcourir pour atteindre l'objectif de niveaux de connaissances de 95 % chez les jeunes d'ici à 2015 que les pays se sont fixé dans le cadre d'un engagement politique adopté par les Nations Unies ces dernières années.

On dispose aujourd'hui d'une connaissance bien plus subtile de l'épidémie, des variations qu'elle connaît d'une région à l'autre, d'un pays à l'autre et même au sein des pays, et de la manière dont il convient d'ajuster la réponse en fonction de celles-ci par le biais, notamment, des programmes éducatifs. Il existe également une meilleure prise en compte du fait que certaines personnes présentent un risque et une vulnérabilité au VIH plus importants, dus à des comportements tels que les rapports sexuels entre hommes, la consommation de drogues injectables et les rapports sexuels tarifés. Il est par conséquent particulièrement important que les personnes qui se livrent à ces comportements et qui appartiennent à ces populations clés soient ciblées par l'éducation au VIH et les services de lutte contre le virus. Cela aura davantage d'impact sur l'épidémie que les approches antérieures qui insistaient sur le fait que tout le monde était exposé au risque. Bien que l'intérêt de cette approche ciblée soit reconnu, le fait que ces comportements à risque soient stigmatisés et souvent illégaux détourne les investissements consacrés à la lutte contre le VIH des initiatives dont l'impact serait le plus important.

Il devient encore plus difficile de cibler les populations clés quand celles-ci sont les adolescents et les jeunes de moins de 18 ans se livrant à ces comportements, car dans de nombreux pays, ce groupe d'âge n'a pas encore atteint l'âge de consentement et toute intervention qui paraîtrait « tolérer » ou « légitimer » ce type de comportement fait l'objet de fortes réticences. Il existe donc beaucoup d'endroits où il peut être difficile d'éduquer les adolescents et les jeunes qui se livrent à des comportements à risque, en particulier dans le cadre du programme scolaire officiel. L'enseignement non-formel et informel garde par conséquent toute son importance.

Nous avons identifié l'éducation sexuelle complète comme un cadre permettant d'aborder les domaines négligés et néanmoins essentiels que représentent la sexualité et les relations de couple. Dans les premières années de la réponse, et même à l'heure actuelle dans certains lieux, l'enseignement sur le VIH s'est trop souvent limité aux aspects biologiques, en négligeant le fait que le VIH est un virus qui se transmet très majoritairement par le biais des comportements sexuels humains. Les jeunes doivent avoir l'opportunité d'aller au-delà de la dimension scientifique et d'être formés également aux aspects sociaux, sexuels et sexospécifiques du VIH – dans le cadre d'une approche participative basée sur les compétences à la vie courante qui leur permettra, plus encore que des connaissances, d'acquérir les attitudes et les compétences grâce auxquelles ils seront en mesure de faire des choix de vie plus sains et plus sûrs.

L'éducation sexuelle pourrait également permettre de répondre en même temps à d'autres préoccupations impérieuses des jeunes et de leurs parents, concernant en particulier les grossesses. Beaucoup de jeunes hommes et femmes se montrent bien plus préoccupés par les grossesses non désirées que par le VIH et les autres infections sexuellement transmissibles. Une approche de prévention du VIH qui prendrait pour point de départ les principales préoccupations des personnes concernées a beaucoup plus de chances d'obtenir l'impact escompté.

Un certain temps a été nécessaire pour initier ou renforcer les programmes d'éducation sexuelle actuels, du fait en partie de l'idée tenace mais erronée selon laquelle l'éducation sexuelle pourrait encourager à avoir des premiers rapports sexuels précoces. Les éléments factuels indiquent de façon extrêmement probante qu'elle retarde l'âge des premiers rapports sexuels et qu'elle peut se traduire par une diminution du nombre de partenaires sexuels quand la personne devient ensuite sexuellement active. Ils montrent également que quand ceux qui ont bénéficié d'une éducation sexuelle de bonne qualité entament leur vie sexuelle d'adultes, il est beaucoup plus probable qu'ils le fassent dans des conditions plus sûres et mieux protégées que ceux pour qui cela n'a pas été le cas. L'autre raison pour laquelle les programmes d'éducation sexuelle ont été lents à se diffuser et à s'intensifier est que, comme tout programme éducatif, l'éducation sexuelle dépend de la qualité globale du système éducatif dans lequel elle est mise en œuvre.

Alors qu'ils cherchent le moyen d'accélérer le rythme d'intensification assez lent d'une éducation au VIH et à la sexualité de bonne qualité, les responsables de la planification de l'éducation sont confrontés à une augmentation rapide des populations de jeunes. La croissance démographique des jeunes progresse dans certaines régions à des taux spectaculaires, comme par exemple en Afrique orientale et australe où les jeunes âgés de 10 à 24 ans représentent 33 % de la population et devraient passer de 158 millions actuellement à 281 millions d'ici 2050⁵⁶³. Les pays doivent se préparer dès aujourd'hui à cette explosion démographique de la jeunesse. L'investissement en faveur de l'éducation, sans même parler de l'éducation au VIH et à la sexualité, ne peut tout simplement pas demeurer à ses niveaux actuels si les pays veulent tenir le rythme face à l'ampleur cette tendance démographique et faire en sorte que les jeunes reçoivent une éducation de bonne qualité.

Par ailleurs, le débat se poursuit et les avis continuent de diverger au sujet des manières les plus efficaces et adaptées de dispenser l'éducation au VIH, ce qui aggrave encore la lenteur et le caractère fréquemment

hésitant de la réponse du secteur de l'éducation. Il faut un certain temps, et éventuellement d'importants moyens financiers, pour obtenir des éléments factuels rigoureux concernant « ce qui fonctionne ». De nombreuses années ont été nécessaires, par exemple, pour démontrer de façon concluante que les programmes éducatifs d'« abstinence totale », en plus d'être inefficaces, pouvaient dans certains cas être contre-productifs dans la mesure où ils empêchent les élèves d'avoir une vision globale de l'ensemble des informations et des solutions de base permettant de faire des choix plus sains lors de leur entrée dans la vie adulte. Il est désormais mieux compris que l'abstinence peut être l'une des stratégies que les adolescents et les jeunes sont susceptibles d'utiliser et auxquelles ils doivent être formés, mais ne saurait être la seule.

De la même manière, l'importance d'écouter et d'impliquer les adolescents et les jeunes eux-mêmes concernant la conception, la diffusion et l'évaluation des programmes d'éducation au VIH est de mieux en mieux prise en compte. Quand ils sont consultés, les jeunes réclament régulièrement une éducation sexuelle de bonne qualité et font part de leur frustration d'en être trop souvent privés parce que les adultes qui font office de points d'entrée sont réticents à la dispenser en raison du caractère jugé sensible de ce sujet. Néanmoins, nous avons constaté dans cet ouvrage que l'éducation sexuelle fait l'objet d'un niveau de soutien de plus en plus important, qui progresse grâce aux jeunes mais aussi aux parents et aux communautés qui veulent et attendent qu'elle soit dispensée dans les établissements scolaires. Bien que l'éducation sexuelle continue de susciter une vive opposition à certains endroits, il est de plus en plus admis qu'il est urgent de l'intégrer dans le programme scolaire.

Face aux progrès récents que représentent notamment les baisses impressionnantes du nombre de nouvelles infections à VIH et du nombre de décès ainsi que le fait que les personnes vivant avec le VIH sont désormais mieux acceptées, il sera crucial, pour continuer d'avancer, de réussir à ne pas être victimes du succès. Il apparaît d'ores et déjà que beaucoup considèrent que le VIH et le SIDA ont été pris en main efficacement et sont devenus des problèmes « réglés ». Il est, de fait, de plus en plus question de « la fin du SIDA », ce qui constitue une excellente nouvelle dans un monde las de toutes ces années d'efforts et d'investissements en faveur de la réponse. Mais les avancées auxquelles nous assistons aujourd'hui sont le résultat de politiques, d'interventions et d'investissements engagés il y a plusieurs années déjà. Nous avons affirmé dans cet ouvrage qu'il sera indispensable de pérenniser et même de renforcer l'éducation au VIH et à la sexualité pour continuer de progresser, de manière à consolider les avancées récentes et à faire en sorte

que les nouvelles générations de jeunes continuent d'avoir la possibilité de recevoir des enseignements sur le VIH et sur la manière de le prévenir, et continuent de comprendre pourquoi il est si important de ne pas stigmatiser et discriminer les personnes qui vivent avec ou sont touchées par le VIH.

Nous avons signalé, dans cet ouvrage, la tendance prometteuse qui consiste à insérer l'éducation au VIH dans le cadre plus général de l'éducation à la santé et à la sexualité axée sur les compétences. Nous trouvons également un encouragement dans les efforts qui visent à sortir l'éducation et la santé de leurs « tours d'ivoire » en s'appuyant sur les synergies importantes que permet la collaboration entre les deux secteurs. Il est possible d'en voir un exemple récent dans les efforts qui ont été menés pour améliorer l'éducation sexuelle et les services de santé sexuelle et reproductive en faveur des adolescents et des jeunes en Afrique orientale et australe. Processus connu sous le nom d'« Engagement ministériel de la région AOA », ces efforts ont visé dès le début à apporter une réponse holistique aux besoins des adolescents et des jeunes, en tenant compte à la fois de leurs besoins éducatifs et des services de santé essentiels qui leur sont aussi indispensables. À cet égard, nous avons vu que l'éducation sexuelle pouvait aider à sensibiliser aux services de santé sexuelle et reproductive et à créer une demande en faveur de ce type de services, mais également que cette stimulation de la demande devait être complétée par la mise à disposition de services d'orientation adaptés aux jeunes. L'une ne saurait aller sans l'autre, au risque de vider l'engagement de son contenu et d'avenir.

Toutes les avancées récentes qui ont été obtenues de haute lutte dans le combat contre l'épidémie de VIH témoignent de ce qu'il est possible de réaliser quand il existe un effort déterminé et concerté, un effort pluridisciplinaire auquel contribuent de nombreux secteurs et partenaires différents, et notamment le secteur de l'éducation. Mais nous ne devons pas oublier les millions de personnes qui continuent d'avoir besoin des médicaments grâce auxquels leur vie est prolongée, et les millions de personnes qui vivent avec le VIH sans le savoir.

Nous en revenons ainsi au rôle primordial que joue l'éducation pour éduquer les gens au sujet de l'épidémie, à ce qu'il est possible de faire pour prévenir de nouvelles infections et à l'importance de connaître son statut sérologique. Même si la réponse mondiale au VIH continue d'évoluer, et même si les scientifiques découvraient un jour un vaccin ou un remède efficace contre le VIH, l'éducation demeurera essentielle pour faire en sorte que les individus et les communautés soient informés de ces progrès et en bénéficient.

À propos des auteurs

Peter Aggleton est Professeur d'Éducation et de Santé au Centre de recherches sociales sur la santé de l'Université de Nouvelle-Galles du Sud à Sydney, en Australie. Il est reconnu internationalement pour ses travaux d'analyse consacrés à l'éducation à la santé et la promotion de celle-ci, aux dimensions sociales du VIH, de la sexualité et du genre, et à la santé sexuelle et reproductive. Il est Chef d'équipe au sein du Groupe d'études indépendant sur le VIH rattaché au Conseil national de lutte contre le SIDA de la Papouasie-Nouvelle-Guinée, et par ailleurs rédacteur en chef des revues internationales à comité de lecture *Culture, Health and Sexuality*, *Health Education Journal* et *Sex Education*.

Kathy Attawell est une consultante indépendante qui travaille depuis près de 30 ans sur les questions de santé et développement international, ses domaines d'expertise étant la réponse au VIH/SIDA, la santé de la mère et de l'enfant, et les politiques et systèmes de santé. Elle possède une large expérience en matière de conception, de gestion et d'évaluation de programme, d'analyse sectorielle, d'analyse des questions mondiales de politique et de santé, de rédaction de notes de synthèse, de rapports et de documents d'orientation politiques, et de recherche secondaire, notamment dans le domaine des analyses documentaires. Elle a participé à un ensemble de missions pour la Banque mondiale, la CEPD, le DFID, l'OCDE, l'OMS, l'ONUSIDA et l'UNESCO, entre autres. Parmi ses précédentes interventions pour l'UNESCO figurent notamment la rédaction et la direction éditoriale d'une collection consacrée aux aspects politiques et pratiques de la lutte contre le VIH.

Chris Castle est Chef de la Section de l'Éducation concernant le VIH et la santé au Siège de l'UNESCO à Paris, en France, où il est en poste depuis 2004. Avant de travailler pour l'UNESCO, il a été Adjoint de recherche auprès du Programme Horizons mené sous l'égide du Conseil de la population, et peut se prévaloir de plus de 30 ans d'expérience professionnelle dans l'aide au développement international au sein des secteurs de la santé et de l'éducation.

Dhianaraj Chetty est Responsable principal de projet au sein de la Section de l'Éducation concernant le VIH et la santé de l'UNESCO à Paris. Ses domaines de spécialité recouvrent divers types de travaux concernant notamment les politiques de réponse au VIH et d'éducation, l'éducation sexuelle, la dimension de genre, et les problématiques générales de santé sexuelle et reproductive qui touchent les adolescents et les

jeunes. Il travaille dans le secteur de l'éducation depuis plus de 20 ans et a notamment été, pendant une période, haut fonctionnaire en Afrique du Sud et conseiller principal auprès de ministères de l'Éducation de l'Afrique orientale et australe en matière de politiques de lutte contre le VIH et d'éducation, de programmation et de gestion de la réponse au VIH.

David J. Clarke est un consultant indépendant dans le domaine de la lutte contre le VIH et de l'éducation, basé à Bangkok en Thaïlande. Il a été auparavant conseiller principal du DFID sur la réponse éducative au VIH et au SIDA, qui demeure son principal domaine de spécialisation. Fort de plus de 30 ans d'expérience dans le domaine du développement international, il est intervenu dans plus de 50 pays différents.

Christophe Cornu est Responsable principal de projet au sein de la Section de l'Éducation concernant le VIH et la santé de l'UNESCO depuis 2009. Il a plus de 19 ans d'expérience dans le domaine de la lutte contre le VIH et le SIDA et du développement international. Il a travaillé dans plus de 45 pays pour un ensemble d'organisations dont, notamment, des ONG internationales, des bailleurs de fonds bilatéraux, des organismes et programmes des Nations Unies, et le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme.

Mary Crewe est la Directrice du Centre d'étude sur le SIDA de l'Université de Pretoria en Afrique du Sud. Elle a été auparavant chercheuse à la Wits University et a collaboré pendant dix ans à un programme intégré de lutte contre le VIH/SIDA du célèbre Centre de santé d'Esselen Street à Johannesburg.

Mary Guinn Delaney est la Conseillère régionale de l'UNESCO pour le VIH et le SIDA dans la région Amérique latine et Caraïbes, basée au Bureau régional pour l'éducation de Santiago, au Chili. Elle est titulaire d'un DEA (recherches sur le développement) de l'Université du Sussex et a travaillé pendant plus de 20 ans sur les questions de développement et de lutte contre le VIH aux États-Unis, en Afrique, en Amérique latine et dans les Caraïbes.

Joanna Herat est Spécialiste de programme dans le domaine de l'éducation au VIH et à la santé au sein de l'UNESCO, à Paris. Entrée en 2010 dans cet organisme, elle est chargée de développer des approches techniques, programmatiques et politiques dans les grands domaines thématiques de la lutte contre le VIH et de l'éducation – que sont, par exemple,

l'éducation sexuelle, la dimension de genre, l'intégration de la santé sexuelle et reproductive, et les besoins des jeunes vivant avec le VIH. Avant de rejoindre l'UNESCO, elle a travaillé dans une ONG internationale au sein de laquelle elle soutenait le déploiement de réponses communautaires au VIH en Afrique et en Asie. Elle est titulaire d'une maîtrise en anthropologie du développement de l'École des études orientales et africaines de l'Université de Londres.

Padmini Iyer prépare actuellement un doctorat en éducation internationale à l'Université du Sussex. Ses recherches doctorales se concentrent sur les attitudes et les expériences en matière de genre et de sexualité des élèves de l'enseignement secondaire à New Delhi, en Inde. Elle a effectué auparavant des recherches sur les attitudes des enseignants à l'égard de la santé sexuelle et reproductive des jeunes en Ouganda, dans le cadre de sa maîtrise en éducation et développement international obtenue à l'Université du Sussex. Elle a également travaillé avec des ONG internationales sur des projets consacrés à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant en Inde, et à la promotion de la santé sexuelle dans les établissements du secondaire en Afrique subsaharienne.

Ulla Kalha était la Coordinatrice régionale de l'UNESCO en matière d'éducation au VIH et à la santé pour l'Afrique occidentale et centrale. Elle possédait une formation en anthropologie et en éducation, et a débuté sa carrière comme professeure et chercheuse à l'Université d'Helsinki. Elle a rejoint l'UNESCO en 1999, dans la Section de l'Éducation de base, et a intégré la Section de l'Éducation concernant le VIH et la santé en 2009. Basée à Dakar, elle a aidé les gouvernements, les coparrainants de l'ONUSIDA et les professionnels de l'éducation à mettre en œuvre des programmes d'éducation au VIH et à la santé, et notamment à élaborer l'outil de suivi et d'évaluation SERAT.

Audrey Kettaneh est Spécialiste de programme dans le domaine de l'éducation au VIH et à la santé à l'UNESCO, à Paris, où elle apporte une expertise technique dans les domaines du VIH et du SIDA, de la santé scolaire et de la promotion de la santé. Elle possède une formation en santé publique, a débuté sa carrière comme éducatrice dans le domaine de la lutte contre le VIH et le SIDA, et s'est consacrée par la suite à des questions portant notamment sur les systèmes de santé, les politiques de lutte contre le VIH et le SIDA, l'efficacité de l'aide et la promotion de la santé pour des ONG, des organismes de recherche et des organisations bilatérales et des organismes des Nations Unies.

Yongfeng Liu est Spécialiste de programme au sein de la Section de l'éducation concernant le VIH et la santé au Siège de l'UNESCO. Avant de rejoindre l'UNESCO Beijing à la fin de l'année 2003, il a participé pendant 20 ans à l'élaboration et à la mise en œuvre de programmes et de projets nationaux d'éducation consacrés à la planification familiale, à la santé reproductive, et, à partir du milieu des années 1990, à la prévention du VIH en Chine.

Patricia Machawira est Conseillère régionale de l'UNESCO pour le VIH et le SIDA dans la région Afrique orientale et australe. Elle est titulaire d'un doctorat en politiques éducatives de l'Université de Pretoria en Afrique du Sud et d'une maîtrise en conception des systèmes d'éducation et de formation de l'Université de Twente aux Pays-Bas. Elle possède une large expérience dans le domaine des réponses du secteur de l'éducation au VIH et au SIDA du fait de ses activités auprès d'organisations internationales telles que le DFID, l'UNICEF, le Centre d'étude sur le SIDA de l'Université de Pretoria, TSF et l'UNESCO. Ces dernières années, elle s'est surtout consacrée à soutenir l'intensification d'une éducation sexuelle complète dans la région AOA.

Scott Pulizzi est Responsable principal de projet au sein de la Section de l'éducation concernant le VIH et la santé. Fort d'une expérience de 20 ans dans l'éducation en tant qu'enseignant, formateur et concepteur de programmes scolaires, il travaille dans le domaine de la santé scolaire depuis 1998 auprès des membres du Partenariat Concentrer les ressources sur une santé scolaire efficace. Avant de rejoindre l'UNESCO, il a travaillé dans la société civile auprès d'organisations d'enseignants et de gouvernements de l'Afrique, de l'Asie et des Caraïbes sur des projets visant à améliorer les réponses du secteur de l'éducation au VIH et à promouvoir l'Éducation pour tous. Il est doctorant à l'Université de Witwatersrand en Afrique du Sud.

Justine Sass est Conseillère régionale de l'UNESCO pour le VIH et le SIDA dans la région Asie et Pacifique, et Chef de la prévention du VIH et de la promotion de la santé au Bureau régional de l'éducation pour l'Asie-Pacifique de l'UNESCO à Bangkok, en Thaïlande. Elle a travaillé pendant plus de 15 ans dans l'aide à la programmation en matière de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre le VIH en faveur des jeunes en Asie, en Afrique et en Europe orientale.

Tigran Yepoyan est Conseiller régional de l'UNESCO pour le VIH et le SIDA dans la région Europe orientale et Asie centrale. Avant de rejoindre l'UNESCO en 2010, il a travaillé pendant neuf ans auprès de l'UNICEF dans la Fédération de Russie où il a encadré des programmes de prévention, de prise en charge et d'aide contre le VIH à destination des enfants et des adolescents. Il est titulaire d'un MBA en gestion de PNG de l'Université orientale (États-Unis) et d'un doctorat en philosophie de l'Institut de philosophie de l'Académie des sciences de Russie.

Acronymes

AAU	Association des universités africaines
ADEA	Association pour le développement de l'éducation en Afrique
AOA	Afrique orientale et australe
BM	Banque mondiale
CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement
CISMA	Conférence internationale sur le SIDA et les MST en Afrique
CNUDD	Conférence des Nations Unies sur le développement durable
DAES	Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies
ECVC	Enseignement des compétences à la vie courante
EduCan	Réseau des coordonnateurs de la lutte contre le VIH et le SIDA du secteur de l'éducation
EPT	Éducation pour tous
IATT	Groupe de travail interinstitutions sur l'éducation
ESVF	Éducation à la santé et à la vie de famille
FRESH	Concentrer les ressources sur une santé scolaire efficace
GEFI	Initiative mondiale pour l'éducation avant tout
GPS	Enquête mondiale de l'IATT de l'ONUSIDA sur les progrès réalisés par le secteur de l'éducation face au VIH et au SIDA de 2011-2012
IIEP	Institut international de l'UNESCO pour la planification de l'éducation
IMOA	Initiative pour la mise en œuvre accélérée
IST	Infection sexuellement transmissible
ISU	Institut de statistique de l'UNESCO
MERG	Groupe de référence pour le suivi et l'évaluation de l'ONUSIDA
NCPI	Engagements et moyens d'action nationaux
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OIT	Organisation internationale du travail
OMD	Objectif du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU Femmes	Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PAM	Programme alimentaire mondial
PEPFAR	Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le SIDA
PNB	Produit national brut
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
RARSM	Rapport d'activité sur la riposte au SIDA dans le monde
RMS EPT	Rapport mondial de suivi sur l'Éducation pour tous

SACMEQ	Consortium de l'Afrique australe et orientale pour le pilotage de la qualité de l'éducation
SERAT	Outil d'examen et d'analyse de l'éducation sexuelle
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIECUS	Conseil américain d'information et d'éducation sexuelles
SIGE	Système d'information sur la gestion de l'éducation
TIC	Technologies de l'information et de la communication
UIPES	Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNGASS	Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA
UNHCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UNODC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
VFG	Violence fondée sur le genre
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Glossaire

Compétences à la vie courante et enseignement de ces compétences

Le concept de compétences à la vie courante est malléable et recouvre un ensemble de compétences et de connaissances telles que, tout particulièrement, les compétences psychosociales, personnelles, interpersonnelles et cognitives qui permettent aux gens d'interagir correctement, de gérer leurs états affectifs et de prendre des décisions et de faire des choix leur permettant de mener une vie active, sûre et productive. L'éducation aux compétences à la vie courante a été introduite dans les établissements scolaires formels de différentes manières, soit en tant que nouvelle matière, soit en l'intégrant à des degrés divers dans les pratiques et le contenu pédagogiques d'autres matières. Il arrive qu'elle soit dispensée dans un cadre extra ou périscolaire. Les objectifs psychosociaux de l'enseignement des compétences à la vie courante nécessitent que, dans sa conception, le programme scolaire ne porte pas uniquement sur les connaissances et les compétences, mais également sur les comportements, les attitudes et les valeurs⁵⁶⁴. Cet ouvrage se concentre sur les applications des compétences à la vie courante qui concernent les compétences liées à la lutte contre le VIH et à la santé.

Définitions de l'épidémie de VIH

Épidémie de faible niveau : La prévalence du VIH n'est pas constamment $>1\%$ de la population générale au niveau national, ni $>5\%$ dans une quelconque sous-population.

Épidémie concentrée : La prévalence du VIH est $>5\%$ dans certaines sous-populations tout en restant $<1\%$ dans la population générale.

Épidémie généralisée : La prévalence du VIH est $>1\%$ chez les femmes enceintes bénéficiant d'un suivi prénatal.

Hyperendémie : Une épidémie généralisée dans laquelle la prévalence du VIH est ordinairement $>15\%$ chez les femmes enceintes bénéficiant d'un suivi prénatal.

Épidémie multiple : Une ou plusieurs épidémies concentrées au sein d'une épidémie généralisée⁵⁶⁵.

Éducation au VIH

L'éducation au VIH repose sur trois composantes principales : la prévention, le traitement et la prise en charge, et l'éducation pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination. Dans cet ouvrage, le terme fait référence à l'éducation au VIH comme au SIDA et englobe ces trois composantes. Si l'éducation au VIH fait partie de l'éducation sexuelle complète, elle peut également être enseignée dans le cadre de matières telles que les sciences sociales et l'instruction civique, par exemple quand sont abordées des questions telles que la stigmatisation et la discrimination, et à l'occasion d'enseignements sur la transmission du VIH par d'autres voies que les rapports sexuels.

Éducation à la santé axée sur les compétences

Cette approche de l'enseignement privilégie l'acquisition des connaissances, des attitudes, des valeurs et des compétences à la vie courante qui sont requises pour prendre et mettre en œuvre les décisions les plus opportunes et les plus positives possibles en matière de santé. L'éducation à la santé axée sur les compétences est un aspect majeur de l'éducation aux compétences à la vie courante.

Éducation sexuelle complète

L'éducation sexuelle complète est une approche de l'enseignement sur les rapports sexuels et les relations de couple qui est adaptée à chaque âge, aux particularités culturelles et qui fournit des informations scientifiquement exactes, réalistes et sans jugement de valeur. L'éducation sexuelle complète offre l'occasion d'analyser ses propres valeurs et attitudes et de développer des compétences de prise de décision, de communication et de réduction des risques concernant de nombreux aspects de la sexualité.

Homophobie

L'homophobie est la peur, le rejet ou l'aversion, souvent sous la forme d'attitudes stigmatisantes ou de comportements discriminatoires, des homosexuels et/ou de l'homosexualité.

Identité de genre

L'identité de genre fait référence à l'expérience intime et personnelle de son genre profondément vécue par chacun, qui peut ne pas correspondre au sexe assigné à la naissance.

Indicateurs UNGASS

La Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA (UNGASS) a établi vingt-cinq indicateurs de base et quinze indicateurs supplémentaires recommandés devant servir de référence pour évaluer la réponse au VIH. Ils permettent de recenser des informations stratégiques qui sont indispensables pour déceler les évolutions de l'épidémie de VIH, assurer le suivi de la réponse à l'épidémie et évaluer l'efficacité globale de cette réponse⁵⁶⁶. Cinq des indicateurs évaluent le rôle du secteur de l'éducation dans la réponse au VIH.

Jeunes populations clés les plus exposées au risque d'infection à VIH

L'expression « jeunes populations clés les plus exposées au risque d'infection à VIH » fait référence à ceux dont la probabilité d'être exposés au VIH ou de le transmettre est la plus élevée, et qu'il est indispensable d'impliquer pour que la réponse porte ses fruits. Dans tous les pays, les populations clés englobent les personnes vivant avec le VIH. Dans la plupart des contextes, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les personnes qui s'injectent des drogues, les professionnel(le)s du sexe et leurs clients, et les partenaires séronégatifs des couples sérodiscordants, ont un risque d'exposition au VIH plus élevé que les autres personnes. Les jeunes populations clés sont âgées de moins de 25 ans. Il est important de prendre en compte les différences de besoins et de vulnérabilité entre les différentes cohortes (les 10-14 ans, les 15-19 ans et les 20-24 ans), mais aussi de faire la distinction entre les concepts de « risque » et de « vulnérabilité ». Le risque se définit comme la probabilité qu'une personne devienne infectée par le VIH, ce qui dépend du comportement de l'individu. La vulnérabilité se rapporte à l'inégalité des chances, à l'exclusion sociale, au chômage ou à la précarité de l'emploi,

et aux autres facteurs sociaux, culturels, politiques et économiques qui rendent une personne plus susceptible d'être infectée par le VIH et de développer le SIDA.

Objectifs de l'Éducation pour tous

L'Éducation pour tous (EPT) est un engagement mondial à fournir à tous, enfants, jeunes et adultes, une éducation de base de qualité. Le mouvement a été lancé lors de la Conférence mondiale sur l'Éducation pour tous de 1990 par la Banque mondiale, le PNUD, l'UNESCO, l'UNFPA et l'UNICEF. Il existe six grands objectifs éducatifs, qui visent à répondre aux besoins d'apprentissage de tous, enfants, jeunes et adultes, d'ici à 2015 : (1) développer et améliorer sous tous leurs aspects l'éducation et la protection de la petite enfance, (2) faire en sorte que tous les enfants aient la possibilité d'accéder à un enseignement primaire obligatoire et gratuit de qualité et de le suivre jusqu'à son terme, (3) répondre aux besoins éducatifs de tous les jeunes et de tous les adultes en assurant un accès équitable à des programmes adéquats ayant pour objet l'acquisition des connaissances ainsi que des compétences liées à la vie courante, (4) améliorer de 50 % les niveaux d'alphabétisation des adultes, (5) éliminer les disparités entre les sexes dans l'enseignement primaire, (6) améliorer sous tous ses aspects la qualité de l'éducation.

Orientation sexuelle

La capacité d'une personne de ressentir une profonde attirance émotionnelle et sexuelle envers des personnes du genre opposé, de même genre ou de plus d'un genre, et d'entretenir des relations intimes et sexuelles avec ces individus⁵⁶⁷.

Rapport d'activité sur la riposte au SIDA dans le monde

Le Rapport d'activité sur la riposte au SIDA dans le monde (RARSM) est un système par lequel les États membres des Nations Unies soumettent des rapports sur les trente indicateurs de base utilisés dans le monde pour suivre l'avancée des réponses nationales.

Réponse au VIH

Dans cet ouvrage, l'expression de réponse au VIH désigne les actions entreprises par les parties prenantes pour prévenir la transmission du VIH et lutter contre l'impact du VIH et du SIDA. Certains autres auteurs peuvent y faire référence sous le terme de riposte au SIDA.

Sexe et genre

Le terme de « sexe » fait référence à des caractéristiques biologiquement déterminées, tandis que le terme « genre » fait référence à des rôles, des comportements, des activités et des attributs socialement construits qu'une société donnée estime appropriés pour les hommes et les femmes.

Transgenre

Le terme « transgenre » s'applique à une personne dont l'identité de genre diffère de son sexe de naissance.

Transphobie

La transphobie est la peur, le rejet ou l'aversion, souvent sous la forme d'attitudes stigmatisantes ou de comportements discriminatoires, des personnes transgenres.

Références

- 1 ONUSIDA (2013). Rapport mondial. *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2013*. Genève : ONUSIDA.
- 2 UNESCO (2013). Les Jeunes aujourd'hui. *Il est temps d'agir. Pourquoi les adolescents et les jeunes d'Afrique orientale et australe ont besoin d'une éducation sexuelle complète et de services de santé sexuelle et reproductive*. Paris : UNESCO.
- 3 ONUSIDA (2013). Rapport mondial. *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2013*. Genève : ONUSIDA.
- 4 UNESCO (2009). Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle. *Une approche factuelle à l'intention des établissements scolaires, des enseignants et des professionnels de l'éducation à la santé*. Paris : UNESCO, p. 8.
- 5 Harrison, A., Newell, M. L., Imrie, J. et Hoddinott, J. (2010). HIV prevention for South African youth: which interventions work? A systematic review of current evidence. *BMC Public Health*, vol. 10, n° 102, <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/102>.
- 6 Kippax, S., Stephenson, N., Parker, R. G. et Aggleton, P. (2013). Between individual agency and structure in HIV prevention: understanding the middle ground of social practice. *American Journal of Public Health*, vol. 103, n° 8, p. 1367-1375.
- 7 ONUSIDA (2008). Déclaration ministérielle « Prévenir par l'éducation », http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2008/20080801_ministerdeclaration_en.pdf.
- 8 UNESCO (2009). Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle. *Une approche factuelle à l'intention des établissements scolaires, des enseignants et des professionnels de l'éducation à la santé, vols. I et II*. Paris : UNESCO.
- 9 UNESCO et UNFPA (2012). Sexuality Education: A Ten-Country Review of School Curricula in East and Southern Africa. Paris : UNESCO.
- 10 Cuban, L. (1993). *How Teachers Taught: Constancy and Change in American Classrooms 1890-1990*. New York : Teacher's College Press.
- 11 Martin, J. (1981). *Models of Classroom Management*. Calgary : Detselig Enterprises.
- 12 Onyango, M. O. (2009). Exploring the preparation of teachers to teach about HIV/AIDS in Kenya. *Educate*, numéro spécial, p. 37-47.
- 13 Voir par exemple Dankmeijer, P. (dir. publ). (2011). *GALE Toolkit: Working with Schools 1.0*. Tools for school consultants, principals, teachers, students and parents to integrate adequate attention of lesbian, gay, bisexual and transgender topics in curricula and school policies. Amsterdam : GALE (Alliance mondiale pour l'éducation LGBT), www.lgbt-education.info.
- 14 UNESCO (2008). Brochure n° 5 : Pour un apprentissage efficace. *Politiques rationnelles et bonnes pratiques sur l'éducation et le VIH & SIDA* (série de brochures). Paris : UNESCO.
- 15 UNESCO (2009). Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle. *Une approche factuelle à l'intention des établissements scolaires, des enseignants et des professionnels de l'éducation à la santé, vols. I et II*. Paris : UNESCO.
- 16 UNESCO (2012). Comprehensive sexuality education: the challenges of scaling up. Édition finale du rapport, http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/search/resources/CSE_scaling_up_conference_ready_version.pdf (page consultée le 21 octobre 2013).
- 17 Ibid.
- 18 DAES, *Development Policy and Analysis Division*. 2013. *Working Group on the Global Partnership for Development by 2015*. Documents de réflexion thématique. New York : DAES, http://www.un.org/en/development/desa/policy/untaskteam_undf/them_tp2.shtml.

- ¹⁹ ONU (2010). Rapport du Rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit à l'éducation, A/65/162. *New York : ONU.*
- ²⁰ GEFI (2012). Initiative mondiale pour l'éducation avant tout. *New York : ONU.*
- ²¹ UNFPA (2011). État de la population mondiale 2011. *7 milliards de personnes : leur monde, leurs possibilités.* New York : UNFPA. Cité dans *CNUDD (2012) Rio 2012 Issues Briefs*, n° 14.
- ²² Voir http://www.globaleducationfirst.org/files/FR_GEFI_to_Print.pdf.
- ²³ OMS (2007). Schools for Health, Education and Development – A Call for Action. WHO & Joint Consortium for School Health Technical Meeting: Building School Partnership for Health, Education Achievements and Development. Vancouver, Canada.
- ²⁴ Voir par exemple Medel-Anonuevo, C. (2005). *Addressing gender relations in HIV prevention through literacy.* Article commandé pour le Rapport mondial de suivi sur l'EPT, 2006 : l'alphabétisation, un enjeu vital. Paris : UNESCO, <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001460/146070e.pdf>.
- ²⁵ Voir par exemple Medel-Anonuevo, C. et Cheick, D. (2007) Faire les connexions : L'importance de l'alphabétisation pour la prévention du VIH. Hambourg : Institut de l'UNESCO pour l'apprentissage tout au long de la vie, <http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001541/154163f.pdf>.
- ²⁶ Voir par exemple Aksornkool, N. (2005). Women and men. Together for HIV/AIDS prevention. Literacy, gender and HIV/AIDS. Paris : UNESCO. <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001406/140698e.pdf>.
- ²⁷ Hargreaves, J. et Boler, T. (2006). Le pouvoir au féminin – L'impact de l'éducation des filles sur le comportement sexuel et le VIH. Londres : ActionAid.
- ²⁸ Haberland, N. (2012). Ensuring education benefits girls to the full: synergies between education, gender equality, HIV and sexual and reproductive health. *Good Policy and Practice in HIV and Health Education: Gender Equality, HIV and Education.* Paris : UNESCO, p. 17-23.
- ²⁹ Ibid.
- ³⁰ Andersson, N. C. (2008). Gender-based violence and HIV: relevance for HIV prevention in hyperendemic countries of Southern Africa. *AIDS*, vol. 22 (supplément 4), p. S73-S86.
- ³¹ Haberland, N. (2012). Ensuring education benefits girls to the full: synergies between education, gender equality, HIV and sexual and reproductive health. *Good Policy and Practice in HIV and Health Education: Gender Equality, HIV and Education*, p. 17-23. Paris : UNESCO.
- ³² Ibid.
- ³³ UNESCO et le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH (GNP+) (2012). Positive Learning: Meeting the Needs of Young People Living with HIV (YPLHIV) in the Education Sector. Paris : UNESCO.
- ³⁴ Jones, T. (2011). *Sexual subjects: GLBTIQ student subjectivities in Australian Education Policy.* Thèse de doctorat non publiée, Université La Trobe, Melbourne.
- ³⁵ ONU (2010). Objectifs du Millénaire pour le développement. *Rapport 2010.* New York : ONU.
- ³⁶ Task Team for the Global Thematic Consultation on Health in the Post-2015 Development Agenda (2013). Health in the post-2015 agenda. *Report of the Global Thematic Consultation on Health.* Avril 2013. Document de consultation, Le monde que nous voulons, <http://www.worldwewant2015.org/fr/health> (page consultée le 21 octobre 2013).

- 37 Ibid.
- 38 Banque mondiale (2006). Replacer la nutrition au cœur du développement. Une stratégie d'intervention à grande échelle. Washington : Banque mondiale, Le développement en marche.
- 39 Alderman, H., Hoddinott, J. et Kinsey, B. (2006). Long term consequences of early childhood malnutrition. *Oxford Economic Papers*, vol. 58, n° 3, p. 450-74.
- 40 Cleland, J. et Van Ginneken, J.K. (1988) Maternal education and child survival in developing countries: the search for pathways of influence. *Social Science and Medicine*, vol. 27, n° 12, p. 1357-68.
- 41 Glewwe, P. (1999). Why does mother's schooling raise child health in developing countries? Evidence from Morocco. *Journal of Human Resources*, vol. 34, n° 1, p. 124-59.
- 42 Sandiford, P.J., Cassel, M. et Sanchez, G. (1995). The impact of women's literacy on child health and its interaction with access to health services. *Population Studies*, vol. 49, p. 5-17.
- 43 Rapport mondial de suivi sur l'EPT (2011). Rapport Mondial de Suivi sur l'EPT 2011. La crise cachée : les conflits armés et l'éducation. Paris : UNESCO.
- 44 Kelly, M.J. (2006). *The Potential Contribution of Schooling in Rolling Back HIV and AIDS. Commonwealth Youth Development : Université d'Afrique du Sud.*
- 45 Banque mondiale (2008). Education and HIV/AIDS: A Sourcebook of HIV/AIDS. *Prevention Activities in the Education Sector, vol. II.* Washington : Banque mondiale.
- 46 Mavedzenge, S.N., Doyle, A. M. et Ross, D. A. (2011). HIV prevention in young people in Sub-Saharan Africa: a systematic review. *The Journal of Adolescent Health*, vol. 49, n° 6, p. 568-86.
- 47 <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001466/146621e.pdf>.
- 48 Al-Iryani, B., Basaleem, H., Al-Sakkaf, K., Crutzen, R., Kok, G. et Van den Borne, B. (2011). Evaluation of a school-based HIV prevention intervention among Yemeni adolescents. *BMC Public Health*, vol. 11, n° 279, <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/279>.
- 49 Le rôle joué par les connaissances dans le changement de comportement est décrit dans un modèle logique élaboré par Kirby *et al.* Le modèle vise à peser suffisamment sur ce que l'on appelle les « facteurs de risque et de protection » pour parvenir au changement souhaité s'agissant des comportements sexuels à risques. Kirby, D. (2012). UNESCO Regional Workshop on Sexuality Education, Zambie. Exposé sur les exemples de facteurs de risque et de protection qui peuvent influencer sur les différents comportements sexuels des jeunes. Exposé non publié fait lors de l'atelier.
- 50 Letamo, G. (2011). Does correct knowledge about HIV and AIDS lead to safer sexual behaviour? The case of young people in Botswana. *African Population Studies*, vol. 25, n° 1, p. 44-62.
- 51 Clarke, D.J. (2008). The first 25 years of HIV- Some key lessons for the education sector in responding to HIV and AIDS. *Commonwealth Education Partnerships*, <http://www.cedol.org/wp-content/uploads/2012/02/88-92-2008.pdf>.
- 52 Équipe de travail inter-institutions de l'ONUSIDA (IATT) sur l'éducation (2013). Enquête mondiale 2011-2012 sur les progrès réalisés par le secteur de l'éducation face au VIH et au SIDA. Progression, régression ou stagnation ? Paris : UNESCO.
- 53 Ajzen, I. et Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior.* Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall.

- ⁵⁴ Oyekale A.S. et Oyekale, T.O. (2010). *Application of health belief model for promoting behaviour change among Nigerian single youth*. Revue africaine de santé de la reproduction, vol. 14, n° 2, p. 63-75, <http://www.jstor.org/stable/257663588> (page consultée le 14 mars 2013).
- ⁵⁵ Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: a theory of planned behavior. In : J. Kuhl et J. Beckmann (dir. publ). Action Control: From Cognition to Behavior. Berlin et Heidelberg : Springer.
- ⁵⁶ Bandura, A. (1962). Social learning through imitation. In : M. R. Jones (dir. publ), *Nebraska Symposium on Motivation*. Lincoln : University of Nebraska Press.
- ⁵⁷ Rosenstock, I., Strecher, V. et Becker, M. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Behaviour*, vol. 15, n° 2, p. 175-83.
- ⁵⁸ DiClemente, C. et Prochaska, J. (1982). Self-change and therapy change of smoking behaviour: a comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive Behaviours*, vol. 7, n° 2, p. 133-42.
- ⁵⁹ Catania, J., Gibson, D., Chitwood, D. et Coates, T. (1990). Methodological problems in AIDS behavioural research: influences in measurement error and participation bias in studies of sexual behaviour. *Psychological Bulletin*, vol. 108, n° 3, p. 339-62.
- ⁶⁰ Oyekale, A.S. et Oyekale, T.O. (2010). Application of Health Belief Model for Promoting Behaviour Change among Nigerian Single Youth. Revue africaine de santé de la reproduction, vol. 14, n° 2, p. 63-75, <http://www.jstor.org/stable/257663588> (page consultée le 14 mars 2013).
- ⁶¹ Ndebele, M., Kasese-Hara, M. et Greyling, M. (2012). *Application of the information, motivation and behavioural skills model for targeting HIV risk behaviour amongst adolescent learners in South Africa*. SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV / AIDS: An Open Access Journal, vol. 9, n° suppl. 1, S37-S47, <http://dx.doi.org/10.1080/17290376.2012.7449033>.
- ⁶² Letamo, G. (2011). Does correct knowledge about HIV and AIDS lead to safer sexual behaviour? The case of young people in Botswana. *African Population Studies*, vol. 25, n° 1, p. 44-62.
- ⁶³ Boler, T. et Aggleton, P. (2005). Life Skills-Based Education for HIV Prevention: A Critical Analysis. Policy and Research Issue 3, UK working group on education and HIV/AIDS. Londres : Aide à l'enfance et ActionAid International, <http://www.aidsconsortium.org.uk/Education/educationworkinggroup.html>.
- ⁶⁴ Kippax, S. (2012). Effective HIV prevention: the indispensable role of social science. *Journal of the International AIDS Society*, vol. 15, n° 17357, <http://www.jiasociety.org/content/15/2/17357> ; <http://dx.doi.org/10.7448/IAS.15.2.17357>.
- ⁶⁵ Yankah, E. et Aggleton, P. (2008). *Effects and effectiveness of life skills education for HIV prevention in young people*. *AIDS Education and Prevention*, vol. 20, n° 6, p. 465-85.
- ⁶⁶ Boler, T. et Aggleton, P. (2005). Life Skills-Based Education for HIV Prevention: A Critical Analysis. Policy and Research Issue 3, UK working group on education and HIV/AIDS. Londres : Aide à l'enfance et ActionAid International, <http://www.aidsconsortium.org.uk/Education/educationworkinggroup.html>.
- ⁶⁷ Kippax, S. (2012). Effective HIV prevention: the indispensable role of social science. *Journal of the International AIDS Society*, vol. 15, n° 17357, p. 1, <http://www.jiasociety.org/content/15/2/17357> ; <http://dx.doi.org/10.7448/IAS.15.2.17357>.
- ⁶⁸ Campbell, C. et Cornish, F. (2010). *Towards a 'fourth generation' of approaches to HIV/AIDS management: creating contexts for effective community mobilization*. *AIDS Care*, vol. 22, p. 1569-79.

- 69 Espada, J.P., Orgilés, M., Morales, A., Ballester, R. et Huedo-Medina, T.B. (2012). Effectiveness of a school HIV/AIDS prevention program for Spanish adolescents. *AIDS Education and Prevention*, vol. 24, n° 6, p. 500-13.
- 70 Haberland, N. et Rogow, D. (2013). *Comprehensive Sexuality Education. Document de référence pour la réunion du groupe d'experts sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents*, 4-6 février 2013. Première version 25 janvier 2013. Greentree/Manhasset, New York.
- 71 Al-Iryani, B., Basaleem, H., Al-Sakkaf, K., Crutzen, R., Kok, G. et Van den Borne, B. (2011). *Evaluation of a school-based HIV prevention intervention among Yemeni adolescents*. *BMC Public Health*, vol. 11, n° 279. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/279>.
- 72 Sigma Research/Terrence Higgins Trust (2010). The role of fear in HIV education. <http://www.sigmaresearch.org.uk/files/MiC-briefing-1-Fear.pdf>.
- 73 Boler, T. (2003). *The Sound of Silence: Difficulties in Communicating on HIV/AIDS in Schools. Experiences from India and Kenya*. Londres : ActionAid, http://www.ibe.unesco.org/uploads/media/HIV_AIDS_187_06.pdf.
- 74 Voir Human Rights Watch (2005). The less they know, the better. <http://www.hrw.org/reports/2005/03/29/less-they-know-better>.
- 75 New York Times (2009). End to the abstinence only fantasy. http://www.nytimes.com/2009/12/20/opinion/20sun2.html?_r=0.
- 76 Miedema, E. A. J., Maxwell, C. et Aggleton, P. (2011). Education about HIV/AIDS – theoretical underpinnings for a practical response. *Health Education Research*, vol. 26, n° 3, p. 516-25, DOI:101093/her/cyq088.
- 77 UNESCO (2008). *Response to the Report of the Commission on AIDS in Asia*. Bangkok : UNESCO, http://www.unescobkk.org/fileadmin/user_upload/hiv_aids/Documents/Inhouse_docs/Discussion_paper_IV/UNESCO_response.pdf.
- 78 Wilson D. et Halperin, D.T. (2008). 'Know your epidemic, know your response': a useful approach, if we get it right. *The Lancet*, vol. 372, n° 9637, p. 423-26.
- 79 ONUSIDA (2007). *Directives pratiques pour l'intensification de la prévention du VIH en vue de l'accès universel*. Genève : ONUSIDA.
- 80 Lazarus, J., Curth, N., Bridge, J. et Atun, R. (2010). Know your epidemic, know your response: targeting HIV in Asia. *AIDS*, vol. 24, p. S95-S99.
- 81 Commission sur le SIDA en Asie (2008). *Redefining AIDS in Asia: Crafting an Effective Response. Report of the Commission on AIDS in Asia*. New Delhi, Oxford University Press. http://data.unaids.org/pub/Report/2008/20080326_report_commission_aids_en.pdf
- 82 UNESCO/OMS (2006). *HIV and AIDS Treatment Education Consultation Report*. Paris : UNESCO, <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146120e.pdf> Consulté le 18 octobre 2013).
- 83 Première réunion des Ministres de la santé et de l'éducation en vue d'éradiquer le VIH et les IST en Amérique latine et dans les Caraïbes (2008). *Ministerial Declaration: Prevention through Education*. http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2008/20080801_minsterdeclaration_en.pdf (page consultée le 18 octobre 2013).
- 84 Voir UNESCO et UNFPA (2012). *Sexuality Education: A Ten-Country Review of School Curricula in East and Southern Africa*. Paris : UNESCO.
- 85 UNESCO (2011). *Programmes d'éducation sexuelle à l'école. Analyse de coût et de rapport coût-efficacité dans six pays*. Résumé analytique. Paris : UNESCO.

- 86 Équipe de soutien aux pays de l'UNFPA pour l'Amérique latine et les Caraïbes (2005). Background, Current Situation and Challenges of Sexuality Education in Latin America and the Caribbean. Mexico : UNFPA, https://www.unfpa.org/webdav/site/lac/shared/DOCUMENTS/2005/antecedentes_educacion_eng.pdf (page consultée le 18 octobre 2013).
- 87 UNESCO (2009). Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle. *Une approche factuelle à l'intention des établissements scolaires, des enseignants et des professionnels de l'éducation à la santé*. Paris : UNESCO, <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281f.pdf>.
- 88 SIECUS (2004). Guidelines for Comprehensive Sexuality Education, 3rd Edition. *Kindergarten through 12th Grade*. New York : SIECUS, http://www.siecus.org/_data/global/images/guidelines.pdf (page consultée le 18 octobre 2013).
- 89 FIPF (2006). IPPF Framework for Comprehensive Sexuality Education (CSE). *Londres : FIPF*, http://ippf.org/sites/default/files/ippf_framework_for_comprehensive_sexuality_education.pdf (page consultée le 18 octobre 2013).
- 90 UNESCO (2009). Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle. *Une approche factuelle à l'intention des établissements scolaires, des enseignants et des professionnels de l'éducation à la santé*. Paris : UNESCO.
- 91 Ibid.
- 92 UNESCO (2012). Review of Policies and Strategies to Implement and Scale Up Sexuality Education in Asia and the Pacific. Bangkok : UNESCO, <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002150/215091e.pdf>.
- 93 FIPF (2012). Exploring New Territories. *Dialogues from a Consultative Meeting on Comprehensive Sexuality Education Hosted by IPPF on 5 and 6 March 2012, London*. Londres : FIPF, <http://ippf.org/resource/Exploring-new-territories-dialoguescomprehensive-sexuality-education> (page consultée le 17 octobre 2013).
- 94 The Population Council, Inc./FIPF (2009). Un seul programme. *New York : The Population Council, Inc.*, http://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2011PGY_ItsAllOneGuidelines_fr.pdf (page consultée le 17 octobre 2013).
- 95 UNESCO et le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH (GNP+) (2012). Positive Learning: Meeting the Needs of Young People Living with HIV (YPLHIV) in the Education Sector. *Paris : UNESCO*, <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002164/216485E.pdf>.
- 96 FIPF (2010). En pleine forme, heureux et canon. *Guide pour les jeunes concernant leurs droits, leur sexualité et la vie avec le VIH*. Londres : FIPF.
- 97 UNESCO et le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH (GNP+) (2012). Positive Learning: Meeting the Needs of Young People Living with HIV (YPLHIV) in the Education Sector. *Paris : UNESCO*, <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002164/216485E.pdf>.
- 98 Smith, J. et Whiteside, A. (2010). The history of AIDS exceptionalism. *Journal of the International AIDS Society*, vol. 13, n° 47, <http://www.biomedcentral.com/1758-2652/13/47> (page consultée le 17 octobre 2013).
- 99 ONUSIDA (2006). Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2006. Genève : ONUSIDA.
- 100 ONUSIDA (2012). Rapport mondial : rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2012. Genève : ONUSIDA.
- 101 Ibid.

- ¹⁰² Kirby, D. (2011). *Sex Education: Access and Impact on Sexual Behaviour of Young People*. New York : Réunion du Groupe d'experts des Nations Unies sur les adolescents, les jeunes et le développement, Division de la population, Département des affaires économiques et sociales, Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies. UN/POP/EGM-AYD/2011/07.
- ¹⁰³ Mukoma, W., Flisher, A. J., Ahmed, N., Jansen, S., Mathews, C., Knepp, K. I. et Schaalma, H. (2009). Process evaluation of a school-based HIV/AIDS intervention in South Africa. *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 37 (suppl. 2), p. 37-47, DOI:10.1177/1403494808090631, http://sjp.sagepub.com/content/37/2_suppl/37.
- ¹⁰⁴ Voir par exemple Kelly, M. (2000). Planifier l'éducation dans le contexte du VIH/sida, *publié dans la série : Principes de la planification de l'éducation*, n° 66. Paris : UNESCO, <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001224/122405f.pdf> (page consultée le 17 octobre 2013).
- ¹⁰⁵ Voir par exemple Kelly, M. et Bain, B. (2003). *Education and HIV/AIDS in the Caribbean*. Paris : UNESCO.
- ¹⁰⁶ Voir par exemple Clarke, D. J. (2008). *Heroes and Villains: Teachers in the Education Response to HIV*. Paris : IPE, <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001815/181572e.pdf>.
- ¹⁰⁷ Voir UNESCO (2007). Stratégie de l'UNESCO pour répondre au VIH et au SIDA. Paris : UNESCO, <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001499/149998f.pdf> (page consultée le 17 octobre 2013).
- ¹⁰⁸ UNESCO (2012). *Conseils pratiques pour le soutien à la mise en œuvre d'EDUSIDA*. Paris : UNESCO.
- ¹⁰⁹ Voir <http://www.globalpartnership.org/finance-and-funding/global-partnership-foreducation-fund/indicative-allocations/> (page consultée le 17 octobre 2013).
- ¹¹⁰ UNESCO (2007). Septième réunion du Groupe de haut niveau sur l'Éducation pour tous, Dakar (Sénégal) – Communiqué. Paris : UNESCO.
- ¹¹¹ Équipe de travail inter-institutions de l'ONUSIDA (IATT) sur l'éducation (2003) (mis à jour en 2009). *Une approche stratégique : le VIH & SIDA et l'éducation*. Paris : UNESCO.
- ¹¹² Banque mondiale (2009). *Accelerating the Education Sector Response to HIV: Five Years of Experience from Sub-Saharan Africa*. Washington : Banque mondiale.
- ¹¹³ Équipe de travail inter-institutions de l'ONUSIDA (IATT) sur l'éducation (2004). *Enquête mondiale sur l'état de préparation du secteur éducatif face au VIH et au SIDA 2004. Implications en termes de politiques pour l'éducation et le développement*. Paris : UNESCO.
- ¹¹⁴ Voir Fernandez *et al.* (2005). *HIV prevention programs of nongovernmental organizations in Latin America and the Caribbean*. *Pan Am Journal of Public Health*, vol. 17, n° 3, p.154-62, <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n3/a02v17n3.pdf> (page consultée le 17 octobre 2013).
- ¹¹⁵ Sigma Research/Terrence Higgins Trust (2010). *The Role of Fear in HIV Education. Making it Count Briefing Sheet 1*, <http://www.sigmaresearch.org.uk/files/MiC-briefing-1-Fear.pdf> (page consultée le 17 octobre 2013).
- ¹¹⁶ Aggleton, Clarke, D., Crewe, M., Kippax, S., Parker, R. et Yankah, E. (2012). *Educating about HIV: prevention, impact mitigation and care*. *AIDS*, vol. 26, n° 10, p. 1215-22.
- ¹¹⁷ <http://www.reflect-action.org/?q=fr/home> (page consultée le 17 octobre 2013).
- ¹¹⁸ Welbourn, Alice (1995). *Parcours : outil de formation sur le VIH/SIDA, techniques de communication et de gestion en relations humaines*. Londres : ActionAid.

- 119 Banque mondiale (2004). L'éducation et le VIH/SIDA – Un ouvrage de référence sur les programmes de prévention du VIH/SIDA, vol. I. Washington : Banque mondiale.
- 120 Par exemple, la politique du secteur de l'éducation en Namibie. http://www.hamu-nam.net/Downloads/Documents/Toc_policy.pdf
- 121 L'équipe spéciale mobile sur le SIDA, qui a apporté un soutien technique à 12 pays en Afrique orientale et australe en mettant l'accent sur la participation des services de planification des ministères, constitue l'une de ces initiatives.
- 122 Voir par exemple http://www.hamu-nam.net/Downloads/Documents/Contents_policy.pdf (page consultée le 17 octobre 2013).
- 123 Clarke, D. et Bundy, D. (2004). The EFA Fast Track Initiative: Responding to the Challenge of HIV and AIDS to the Education Sector. Washington : DFID et Banque mondiale.
- 124 Ibid.
- 125 Ibid.
- 126 IMO A (2006). Guidelines for Appraisal of the Primary Education Sector Plan. Washington : Secrétariat de l'IMO A/EPT, <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001802/180206E.pdf>.
- 127 Équipe de travail inter-institutions de l'ONUSIDA (IATT) sur l'éducation (2003) (mis à jour en 2009). Une approche stratégique : le VIH & SIDA et l'éducation. Paris : UNESCO.
- 128 ONUSIDA (2007). Directives pratiques pour l'intensification de la prévention du VIH en vue de l'accès universel. Genève : ONUSIDA.
- 129 Clarke, D. J. (2008). Heroes and Villains: Teachers in the Education Response to HIV. Paris : IPE, <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001815/181572e.pdf>.
- 130 Des organisations comme KENEPOTE au Kenya, T'LIPO au Malawi, et d'autres qui représentent les enseignants séropositifs sont apparues en Afrique orientale et australe. Voir UNESCO (2007). *Supporting HIV Positive Teachers in East and Southern Africa, Technical Consultation Report*. Paris : UNESCO, <http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001536/153603e.pdf> (page consultée le 17 octobre 2013).
- 131 ActionAid (2009). TIWOLOKE – HIV and AIDS in the education workplace in Malawi. Johannesburg : ActionAid, <http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/search/resources/TIWOLOKE.pdf> (page consultée le 17 octobre 2013).
- 132 Menée dans 39 pays, parmi lesquels 17 présentent une épidémie généralisée de VIH et 16 une épidémie concentrée.
- 133 IATT de l'ONUSIDA (2014). Enquête mondiale 2011-2012 sur les progrès réalisés par le secteur de l'éducation face au VIH et au SIDA. *Progression, régression ou stagnation ? Paris : UNESCO*.
- 134 <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001446/144625f.pdf>.
- 135 Les deux enquêtes de 2004 et de 2011-2012 reposaient sur des contributions subjectives transmises par les responsables des ministères de l'éducation et la société civile ; ces informations sont donc limitées par leur subjectivité et la capacité des participants à établir des rapports de mise en œuvre exacts, en particulier dans les systèmes éducatifs décentralisés où le suivi et l'établissement des rapports présentent de graves insuffisances. Bien que cela constitue une limite importante dans certains pays, le fait que 30 pays ont participé aux deux enquêtes permet de disposer d'une excellente analyse des tendances.
- 136 L'enquête 2011-2012 a couvert 39 pays, parmi lesquels 30 avaient participé à l'enquête de 2004. Sauf mention contraire, les chiffres concernent la cohorte de 39 pays.

- 137 Amico, P., Gobet, B., Avila-Figueroa, C., Aran, C. et De Lay, P. (2012). Pattern and levels of spending allocated to HIV prevention programs in low- and middle-income countries. *BMC Public Health*, vol. 12, n° 221, DOI : 10.1186/1471-2458-12-221.
- 138 Bureau de l'évaluation de l'UNICEF (2012). *Global Evaluation of Life Skills Education Programmes*. New York : UNICEF.
- 139 Voir UNESCO et UNFPA (2012). *Sexuality Education: A Ten-Country Review of School Curricula in East and Southern Africa*. Paris : UNESCO.
- 140 Dans l'enquête de 2011-2012, 29 des 39 pays de la cohorte (74 %) font état d'une formation initiale des enseignants du cycle primaire en matière de compétences générales de la vie courante et 24 (62 %) en matière de VIH. Dans le cycle secondaire, ces chiffres s'élevaient à 31 sur 39 (79 %) en ce qui concerne les compétences générales de la vie courante et 28 sur 39 (72 %) pour ce qui est de l'éducation relative au VIH. *En ce qui concerne la formation continue, ils atteignent 32 pays sur 39 (82 %) et 31 sur 39 (79 %) pour le cycle primaire, 34 sur 39 (87 %) et 33 sur 39 (85 %) pour le cycle secondaire.*
- 141 ONUSIDA (2012). *Rapport mondial : rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2012*. Genève : ONUSIDA.
- 142 SACMEQ (2010). *How successful are HIV/AIDS prevention education programmes?* SACMEQ Policy Issues Series, n° 3.
- 143 Commission sur le SIDA en Asie (2008). *Redefining AIDS in Asia. Crafting an Effective Response*. New Delhi : Oxford University Press, http://data.unaids.org/pub/Report/2008/20080326_report_commission_aids_en.pdf.
- 144 Sambodhi Research and Communications Pvt Ltd (2012). *Concurrent Evaluation of The Adolescence Education Programme (2010-2011) Report*. New Delhi : UNFPA.
- 145 Vietnam Administration of HIV/AIDS Control (2010). *UNGASS Country Progress Report: Vietnam*. Hanoi : Vietnam Administration of HIV/AIDS Control, http://www.aidsdatahub.org/en/component/docman/doc_download/244-ungass-country-progressreport-vietnam-unknown-author-2010.
- 146 ONUSIDA et partenaires du China AIDS Media Partnership (CHAMP) (2008). *AIDS-Related Knowledge, Attitudes, Behavior and Practices: A Survey of 6 Chinese Cities*. Beijing : ONUSIDA, http://www.aidsdatahub.org/en/reference-materials/hiv-prevention/doc_download/652-unaids-gbc-century-jinqin-marketing-research-et-al-2008-aids-relatedknowledge-attitudesbehavior-and-practices-a-survey-of-6-chinese-cities.
- 147 Clarke, D. J. (2012). *Sexuality Education in Asia: Are We Delivering? An Assessment from a Rights-Based Perspective*. Bangkok : PLAN international, <http://plan-international.org/files/Asia/publications/sexualityeducation>.
- 148 *Rapports d'activité soumis par les pays à l'ONUSIDA*. <http://www.unaids.org/fr/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/>
- 149 Ibid.
- 150 OMS (2010). *Social Determinants of Health and Well-being among Young People. Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC)*. Rapport international de l'enquête 2009-2010. Genève : OMS, <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/socialdeterminants-of-health-and-well-being-among-young-people.-health-behaviour-in-school-aged-children-hbhc-study> (page consultée le 17 octobre 2013).
- 151 UNESCO (2009). *Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle. Une approche factuelle à l'intention des établissements scolaires, des enseignants et des professionnels de l'éducation à la santé*. Paris : UNESCO.

- 152 Ollis, D., Harrison, L. et Richardson, A. (2012). *Building Capacity in Sexuality Education: The Northern Bay College Experience: Report of the First Phase of the Sexuality Education and Community Support (SECS) Project*. Melbourne : Université Deakin. <http://dro.deakin.edu.au/eserv/DU:30046609/ollis-buildingcapacity-2012.pdf>
- 153 Bureau régional de l’OMS pour l’Europe et Centre fédéral allemand d’éducation sanitaire (BZgA) (2010). Standards pour l’éducation sexuelle en Europe. *Un cadre de référence pour les décideurs politiques, les autorités compétentes en matière d’éducation et de santé et les spécialistes*. Cologne : BZgA, p.5.
- 154 Michielsen, K., Beauclair, R., Delva, W., Roelens, K., Van Rossem, R. et Temmerman, M. (2012). *Effectiveness of a peer-led HIV prevention intervention in secondary schools in Rwanda: results from a non-randomized controlled trial*. BMC Public Health, vol. 12, n° 729, <http://www.biomedcentral.com>.
- 155 Li, Y. (2006). *Adolescent Sexuality Education. Shandong, People’s Publishing House, citée dans : UNESCO (2010). Leviers du succès. Programmes nationaux d’éducation sexuelle : études de cas*. Paris : UNESCO, <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001884/188495f.pdf>.
- 156 Voir UNESCO et UNFPA (2012). *Sexuality Education: A Ten-Country Review of School Curricula in East and Southern Africa*. Paris : UNESCO.
- 157 La plupart des informations concernant les pays d’Europe du Sud-Est et le Turkménistan sont tirées d’un projet de rapport non publié : A. G. *Powell et Dietrich, L.*, Assessment of Youth SRH Education and Healthy Lifestyle Promotion in Eight Countries of EECA, commandé par le Bureau régional pour l’Europe de l’Est et l’Asie centrale de l’UNFPA en 2012-2013.
- 158 La plupart des informations concernant les autres pays d’Europe de l’Est et d’Asie centrale sont tirées d’un rapport de Glazirina, L. et Yepoyan, T., *Prevention Education in EECA Countries, établi suite à une évaluation de la situation commandée par le Bureau de l’UNESCO à Moscou en 2010-2011. Le rapport figure (en russe) dans les procès-verbaux de la Conférence régionale sur l’éducation à la prévention tenue à Almaty en mai 2011*. http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Moscow/pdf/MP1-ED/2011/Almaty_2011_Prevention_Education_Conference_Digest.pdf
- 159 N.d. (2009). *Primary School Curricula in Bosnia and Herzegovina: A Thematic Review of the National Subject (projet)*, <http://www.docstoc.com/docs/135357593/Thematic-Review-of-Revised-Curricula-in-Bosnia-and-Herzegovina> (page consultée le 17 octobre 2013).
- 160 T. Shurko, N.D. ‘Other’ sexual orientations in Belarus school? http://gender-route.org/articles/sex_gender_practice/inye_seksual_nosti_v_beloruskoj_shkole/ (page consultée le 17 octobre 2013)
- 161 Ibid.
- 162 UNESCO et Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH (GNP+) (2012). *Positive Learning: Meeting the Needs of Young People Living with HIV (YPLHIV) in the Education Sector*. Paris : UNESCO.
- 163 Cobble, M. A. (2012a). Uncomfortable Silences: Narratives of Four Educators Teaching About HIV/AIDS in a High School Near Montréal, 19e Conférence internationale sur le SIDA : Résumé n° THAD0305, <http://www.iasociety.org/Abstracts/A200745306.aspx>.
- 164 Cobble, M. A. (2012b). Uncomfortable Silences: Narratives of Four Educators Teaching About HIV/AIDS in a High School Near Montréal. Thèse de maîtrise, Département de l’éducation, Université Concordia, Montréal, http://spectrum.library.concordia.ca/974048/1/Cobbler_MA_S2012.pdf.

- 165 Bureau de l'UNICEF de la Barbade et des Caraïbes orientales (2009). *Strengthening Health and Family Life Education in the Region. The Implementation, Monitoring and Evaluation of HFLE in Four CARICOM Countries*. Barbade : UNICEF.
- 166 Tel que cité dans les rapports d'activité des pays de l'UNGASS ou dans les rapports des pays sur l'Indice composite des politiques nationales (2010). Les pays concernés sont les suivants : Bhoutan, Cambodge, Fidji, Indonésie, Malaisie, Myanmar, Papouasie-Nouvelle-Guinée, République démocratique populaire lao, Singapour, Thaïlande, Timor-Leste et Viet Nam.
- 167 Ibid. Les pays concernés sont les suivants : Afghanistan, Bangladesh, Bhoutan, Cambodge, Fidji, Inde, Indonésie, Malaisie, Maldives, Mongolie, Myanmar, Népal, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, République démocratique populaire lao, République populaire de Chine, Samoa, Singapour, Sri Lanka, Thaïlande, Timor-Leste et Viet Nam. Un rapport est prévu pour les Îles Salomon dans les prochaines années.
- 168 Ibid. Les pays concernés sont les suivants : Bangladesh, Cambodge, Fidji, Inde, Indonésie, Malaisie, Maldives, Mongolie, Myanmar, Népal, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, République démocratique populaire lao, République islamique d'Iran, République populaire de Chine, Sri Lanka, Thaïlande, Timor-Leste et Viet Nam.
- 169 Seeletso, L., Sinkamba, G, Mnthali, N., Nontobeko, S., Tau et Pulizzi, S. (2005). *Living, Skills for Life: Botswana's Window of Hope – Senior Secondary School Teacher's Guide*. Gaborone (Botswana) : Ministère de l'éducation.
- 170 Helleve, A., Flisher, A. J., Onya, H., Mukoma, W. et Klepp, K. I. (2011). Can any teacher teach sexuality and HIV/AIDS? Perspectives of South African life orientation teachers, *Sex Education*, vol. 11, n° 1, p. 13-26.
- 171 Wood, L. (2012). 'Every teacher is a researcher!': creating indigenous epistemologies and practices for HIV prevention through values-based action research. *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS: An Open Access Journal*, vol. 9, n° suppl. 1, p. S19-S27, <http://dx.doi.org/10.1080/17290376.2012.744910>.
- 172 Gallant, M. et Maticka-Tyndale, E. (2004). School-based HIV prevention programmes for African youth. *Social Science and Medicine*, vol. 58, n° 7, p. 1337-51, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953603003319>.
- 173 Kirby, D., Obasi, A. et Laris, B. (2006). The effectiveness of sex education interventions in schools in developing countries. In : D. Ross *et al.* *Preventing HIV in Young People: A Systematic Review of the Evidence from Developing Countries* (Résumé en français : La prévention du VIH/SIDA chez les jeunes http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/fr_hiv_y_people_evidence.pdf?ua=1). Genève : OMS et Équipe de travail interinstitutions (IATT) de l'ONUSIDA sur le VIH et les jeunes, p. 103-50, http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_938_eng.pdf (page consultée le 17 octobre 2013).
- 174 Harlaar, M., Looij, H., van der Pijl, M., Vegh, I. (2011). EFAIDS Programme Review. *Utrecht : Internationale de l'éducation, EyeOpener Works et Outbox Consultancy*, p. 10.
- 175 Ibid., p. 11.
- 176 Ibid., p. 11.
- 177 Ibid., p. 12.
- 178 Onyango, M. O. (2009). Exploring the preparation of teachers to teach about HIV/AIDS in Kenya. *Educate*, numéro spécial, p. 37-47.

- 179 Duflo, E., Dupas, P., Kremer, M. et Sinei, S. (2006). Education and HIV/AIDS prevention, evidence from a randomized evaluation in Western Kenya. Document de référence du Rapport sur le développement dans le monde 2007. Banque mondiale, Document de travail de recherche sur les politiques 4024, WPS4024, <http://econ.worldbank.org>.
- 180 UNICEF (2012). Global Evaluation of Life Skills Education Programmes. New York : UNICEF.
- 181 UNESCO et BIE (2009). Assessment of the Pre- and In-service Teacher Training on Health and Family Life Education in Guyana. Rapport final. Paris : UNESCO/BIE.
- 182 Republican Teacher Advanced Training Institute (2011). Building Knowledge about HIV and AIDS. An Interactive E-course. Almaty (Kazakhstan) : Bureau de l'UNESCO à Almaty, <http://www.unesco.kz/new/ru/unesco/worldwide/cluster/kazakhstan/news/2630/> (page consultée le 17 octobre 2013).
- 183 UNICEF (2012). Global Evaluation of Life Skills Education Programmes. *New York : UNICEF*.
- 184 Clarke, D. J. (2008). Heroes and Villains: Teachers in the Education Response to HIV. Paris : IPE, <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001815/181572e.pdf>.
- 185 Visser, M. (2004). *The Impact of Individual Differences on the Willingness of Teachers in Mozambique to Communicate about HIV/AIDS in Schools and Communities*. Thèse de doctorat, Université d'État de Floride, Tallahassee. <http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/search/resources/TeachersHIVMVisserFinalVersion.pdf>
- 186 Bhana, D. (2009). 'They've got all the knowledge': HIV education, gender, and sexuality in South African primary schools. *British Journal of Sociology of Education*, vol. 30, n° 2, p. 65-77, <http://dx.doi.org/10.1080/01425690802700222>.
- 187 Scott, J. (1985). Weapons of the Weak: Everyday Forms of Peasant Resistance. *New Haven : Yale University Press*.
- 188 Visser, M. (2004). *The Impact of Individual Differences on the Willingness of Teachers in Mozambique to Communicate about HIV/AIDS in Schools and Communities*. Thèse de doctorat, Université d'État de Floride, Tallahassee. <http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/search/resources/TeachersHIVMVisserFinalVersion.pdf>
- 189 Cobbler, M. A. (2012b). Uncomfortable Silences: Narratives of Four Educators Teaching About HIV/AIDS in a High School Near Montréal. *Thèse de maîtrise, Département de l'éducation*, Université Concordia, Montréal, http://spectrum.library.concordia.ca/974048/1/Cobbler_MA_S2012.pdf.
- 190 Kelly, M. J. (2000). Standing education on its head: aspects of schooling in a world with HIV/AIDS. *Current Issues in Comparative Education*, vol. 3, p. 28-38, <http://www.tc.columbia.edu/cice/Issues/03.01/31kelly.pdf>.
- 191 Tiendrebeogo, G., Meijer, S. et Engelberg, G. (2003). Life Skills and HIV Education Curricula in Africa: Methods and Evaluations. Document technique de l'USAID n° 119. Washington : USAID, http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNACT985.pdf.
- 192 Akpaka, O. et Ekue-d'Almeida, S. (2007). *Éducation dans le contexte du VIH et du sida – L'impact du VIH et du sida sur le système éducatif au Togo*. Paris : IPE.
- 193 Matungwa, D. J., Chenha, C., Kachuchuru, J., Visser T., van Reeuwijk, M., Maro, G., Massawe, A., Kalongola, I., Francis, J., Changanlucha, J. et Mshana, G. (2012). *Rethinking the 'Teacher' in School-Based, Teachers-Led Sexuality Education Programmes in Rural and Urban Tanzania*. 19e Conférence internationale sur le SIDA : Résumé n° THAD0306. <http://www.iasociety.org/Abstracts/A200747331.aspx> (page consultée le 17 octobre 2013)

- 194 Corona, E. et Arango, M. (2010). *Teacher Training on Sexuality Education in Latin America and the Caribbean: Case Studies in Five Countries*. Santiago : UNESCO et Demyssex.
- 195 Plummer, D. (2010). HIV in Caribbean schools: the role of HIV education in the second most severely affected region in the world. *M. Morrissey et al.* (dir. publ.). *Challenging HIV/AIDS: A New Role for Education*. Kingston : UNESCO et Ian Randle Publishers.
- 196 Cobbler, M. A. (2012a). Uncomfortable Silences: Narratives of Four Educators Teaching About HIV/AIDS in a High School Near Montréal. *Washington, 19e Conférence internationale sur le SIDA : Résumé n° THAD0305*. <http://www.iasociety.org/Abstracts/A200745306.aspx>
- 197 Cobbler, M. A. (2012b). *Uncomfortable Silences: Narratives of Four Educators Teaching About HIV/AIDS in a High School Near Montréal*. Thèse de maîtrise, Département de l'éducation, Université Concordia, Montréal, http://spectrum.library.concordia.ca/974048/1/Cobbler_MA_S2012.pdf.
- 198 Cobbler, M. A. (2012a). Uncomfortable Silences: Narratives of Four Educators Teaching About HIV/AIDS in a High School Near Montréal. *Washington, 19e Conférence internationale sur le SIDA : Résumé n° THAD0305*. <http://www.iasociety.org/Abstracts/A200745306.aspx>
- 199 Ochieng, R.M. (2012a). Gender and HIV/AIDS education in the multi-cultural context of schools in Kakuma refugee camp in Kenya. *19e Conférence internationale sur le SIDA : Résumé n° THAD0304*. <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageId=12&abstractId=200744697>
- 200 Ochieng, R.M. (2012b). Gender and HIV/AIDS education in the multi-cultural context of schools in Kakuma refugee camp and its host community in Kenya. *19e Conférence internationale sur le SIDA, Washington (États-Unis d'Amérique), 22-25 juillet 2012*. Présentation PowerPoint. Université Kenyatta, Kenya.
- 201 Ochieng, R.M. (2012a). Gender and HIV/AIDS education in the multi-cultural context of schools in Kakuma refugee camp in Kenya. *19e Conférence internationale sur le SIDA : Résumé n° THAD0304*. <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageId=12&abstractId=200744697>
- 202 Ochieng, R.M. (2012b). *Gender and HIV/AIDS education in the multi-cultural context of schools in Kakuma refugee camp and its host community in Kenya*. 19e Conférence internationale sur le SIDA, Washington (États-Unis d'Amérique), 22-25 juillet 2012. Présentation PowerPoint. Université Kenyatta, Kenya.
- 203 Bhana, D. (2009). *They've got all the knowledge: HIV education, gender, and sexuality in South African primary schools*. *British Journal of Sociology of Education*, vol. 30, n° 2, p. 165-77, <http://dx.doi.org/10.1080/01425690802700222>.
- 204 IATT de l'ONUSIDA (2013). Enquête mondiale 2011-2012 sur les progrès réalisés par le secteur de l'éducation face au VIH et au SIDA. *Progression, régression ou stagnation ? Paris : UNESCO*.
- 205 James-Traore, T. A., Finger, W., Ruland, C. D. et Savariaud, S. (2004). *Teacher Training: Essential for School-Based Reproductive Health and HIV/AIDS Education. Focus on Sub-Saharan Africa. Youth Issues Paper 3, Programme YouthNet*. Arlington (Virginie, États-Unis d'Amérique) : Family Health International.
- 206 Kelly, M. J. (2009). *Formation et perfectionnement des enseignants dans le contexte du VIH et du sida*. Institut international de l'UNESCO pour la planification de l'éducation et Unité d'intervention mobile sur l'impact du VIH/SIDA sur l'éducation (MTT), Planification et gestion de l'éducation dans un monde confronté au sida. Paris : IIPE.

- 207 Steinhart, K., von Kenel, A., Cerruti, S., Chequer, P., Gomes, R., Herlt, C. et Horstick, O. (2013). International networking for sexuality education: a politically sensitive subject. *Sex Education*, à paraître.
- 208 Wood, L. (2012). 'Every teacher is a researcher!': creating indigenous epistemologies and practices for HIV prevention through values-based action research. *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS: An Open Access Journal*, vol. 9, n° suppl. 1, p. S19-S27, <http://dx.doi.org/10.1080/17290376.2012.744910>.
- 209 Weiler, J. M. et Weiler, C. J. M. (2012). Addressing HIV/AIDS education: a look at teacher preparedness in Ghana. *Journal of International Social Studies*, vol. 2, n° 1, p. 14-25.
- 210 Pohan, M. N., Hinduan, Z. R., Riynati, E., Mukaromah, E., Mutiara, T., Tasya, I. A., Sumintardja, E. N., Pinxten, W. J. L. et Hospers, H. J. (2011). HIV/AIDS prevention through a life-skills school based program in Bandung, West Java, Indonesia: evidence of empowerment and partnership in education. *Procedia Social and Behavioural Sciences*, vol. 15, p. 526-30.
- 211 Lohmann, T., Tam, P., Hopman, W. M. et Wobeser, W. (2009). Knowledge of and attitudes towards HIV/AIDS among school teachers in Belize. *International Journal of Infectious Diseases*, vol. 13, p. e228-e235.
- 212 Clarke, D. J. (2008). *Heroes and Villains: Teachers in the Education Response to HIV*. Paris : IPE, <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001815/181572e.pdf>.
- 213 UNESCO (2009). *Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle. Une approche factuelle à l'intention des établissements scolaires, des enseignants et des professionnels de l'éducation à la santé. Volume I : Le bien-fondé de l'éducation sexuelle*. Paris : UNESCO.
- 214 UNESCO (2007). *Review of Sex, Relationships and HIV Education in Schools*. Élaboré pour la première réunion du Groupe consultatif mondial de l'UNESCO les 13 et 14 décembre 2007. Paris : UNESCO.
- 215 Ross, D. A., Dick, B. et Ferguson, J. (dir. publ). (2006). *Preventing HIV/AIDS in Young People: A Systematic Review of Evidence from Developing Countries* (Résumé en français : La prévention du VIH/sida chez les jeunes, http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/fr_hiv_y_people_evidence.pdf?ua=1). OMS, Série de Rapports techniques n° 938. Genève : OMS.
- 216 Smith, G., Kippax, S., Aggleton P. et Tyrer, P. (2003). *HIV/AIDS school-based education in selected Asia-Pacific countries*. *Sex Education*, vol. 3, n° 1, p. 3-21.
- 217 Schenker, I. (2001). *Nouveaux défis pour l'éducation concernant le SIDA à l'école face à une pandémie du VIH en constante évolution*. *Perspectives*, vol. XXXI, n° 3, p.489-513.
- 218 Aggleton P., Clarke, D., Crewe, M., Kippax, S., Parker, R. et Yankah, E. (2012). Educating about HIV: prevention, impact mitigation and care. *AIDS*, vol. 26, n° 10, p. 1215-22.
- 219 UNESCO (2012). *Review of Policies and Strategies to Implement and Scale Up Sexuality Education in Asia and the Pacific*. Bangkok : UNESCO, <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002150/215091e.pdf>.
- 220 Kibombo, R., Neema, S., Moore, A. et Ahmed, F. H. (2008). *Adults' Perceptions of Adolescents' Sexual and Reproductive Health: Qualitative Evidence from Uganda*. Occasional Report n° 35. New York : Institut Guttmacher.
- 221 Pojharel, S., Kulczycki, A. et Shakya, S. (2006). School-based sex education in Western Nepal: uncomfortable for both teachers and students. *Reproductive Health Matters*, vol. 14, n° 28, p. 156-61.

- 222 Allen, L. (2005). *Sexual Subjects: Young People, Sexuality and Education*. Basingstoke : Palgrave MacMillan.
- 223 Smith, G., Kippax, S., Aggleton P. et Tyrer, P. (2003). HIV/AIDS school-based education in selected Asia-Pacific countries. *Sex Education*, vol. 3, n° 1, p. 3-21.
- 224 Boler, T. (2003). The Sound of Silence: Difficulties in Communicating on HIV/AIDS in Schools. Experiences from India and Kenya. Londres : ActionAid, http://www.ibe.unesco.org/uploads/media/HIV_AIDS_187_06.pdf.
- 225 Kehily, M. J. (2002). *Sexing the subject: teachers, pedagogies and sex education*. *Sex Education*, vol. 2, n° 3, p. 215-30.
- 226 Kinsman, J., Nakiyingi, J., Kamali, A., Carpenter, L., Quigley, M., Pool, R. et Whitworth, J. (2001). Evaluation of a comprehensive school-based AIDS education programme in rural Masaka, Uganda. *Health Education Research*, vol. 16, n° 1, p. 65-100.
- 227 Nath, A. (2009). *HIV and Indian youth – a review of the literature (1980-2008)*. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, vol. 6, n° 1, p. 2-8.
- 228 Lal, S. S., Vasan, R. S., Sankara Sarma, P. et Thankappan, K. R. (2000). *Knowledge and attitude of college students in Kerala towards HIV/AIDS, sexually transmitted diseases and sexuality*. *The National Medical Journal of India*, vol. 13, n° 5, p. 231-36.
- 229 Chamsanit, V. (1999). Country study of Thailand. Taking Up the Cairo Challenge: Country Studies in Asia-Pacific, p. 47-78. Kuala Lumpur : ARROW.
- 230 Iyer, P. et Aggleton, P. (2013). 'Virginity is a Virtue: Prevent Early Sex' – teacher perceptions of sex education in a Ugandan secondary school. *British Journal of Sociology of Education*. iFirst, DOI : 10.1080/01425692.2013.777206.
- 231 James-Traore, T. A., Finger, W., Ruland, C. D. et Savariaud, S. (2004). Teacher Training: Essential for School-Based Reproductive Health and HIV/AIDS Education. Focus on Sub-Saharan Africa. Youth Issues Paper 3, Programme YouthNet. Arlington (Virginie, États-Unis d'Amérique) : Family Health International.
- 232 Aggleton, P., Yankah, E. et Crewe, M. (2011). Education and HIV/AIDS – 30 years on. *AIDS Education and Prevention*, vol. 23, n° 6, p. 495-507.
- 233 James-Traore, T. A., Finger, W., Ruland, C. D. et Savariaud, S. (2004). Teacher Training: Essential for School-Based Reproductive Health and HIV/AIDS Education. Focus on Sub-Saharan Africa. Youth Issues Paper 3, Programme YouthNet. Arlington (Virginie, États-Unis d'Amérique) : Family Health International.
- 234 Clarke, D. J. (2008). Heroes and Villains: Teachers in the Education Response to HIV. Paris : IPE, <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001815/181572e.pdf>.
- 235 Weiler, J. M. et Weiler, C. J. M. (2012). Addressing HIV/AIDS education: a look at teacher preparedness in Ghana. *Journal of International Social Studies*, vol. 2, n° 1, p. 14-25.
- 236 Kelly, M. J. (2009). Formation et perfectionnement des enseignants dans le contexte du VIH et du sida. Planification et gestion de l'éducation dans un monde confronté au sida. Institut international de l'UNESCO pour la planification de l'éducation et Unité d'intervention mobile sur l'impact du VIH/SIDA sur l'éducation (MTT). Paris : IPE.
- 237 Onyango, M. O. (2009). *Exploring the preparation of teachers to teach about HIV/AIDS in Kenya*. *Educate*, numéro spécial, p. 37-47.
- 238 James-Traore, T. A., Finger, W., Ruland, C. D. et Savariaud, S. (2004). Teacher Training: Essential for School-Based Reproductive Health and HIV/AIDS Education. Focus on Sub-Saharan Africa. Youth Issues Paper 3, Programme YouthNet. Arlington (Virginie, États-Unis d'Amérique) : Family Health International.

- 239 Wood, L. (2009). 'Not only a teacher, but an ambassador': Facilitating HIV/AIDS educators to take action. *African Journal of AIDS Research*, vol. 8, n° 1, p. 81-92.
- 240 Weiler, J. M. et Weiler, C. J. M. (2012). Addressing HIV/AIDS education: a look at teacher preparedness in Ghana. *Journal of International Social Studies*, vol. 2, n° 1, p. 14-25.
- 241 Ibid.
- 242 Kelly, M. J. (2009). Formation et perfectionnement des enseignants dans le contexte du VIH et du sida. Planification et gestion de l'éducation dans un monde confronté au sida. Institut international de l'UNESCO pour la planification de l'éducation et Unité d'intervention mobile sur l'impact du VIH/SIDA sur l'éducation (MTT). Paris : IPE.
- 243 Onyango, M. O. (2009). Exploring the preparation of teachers to teach about HIV/AIDS in Kenya. *Educate*, numéro spécial, p. 37-47.
- 244 Ibid.
- 245 James-Traore, T. A., Finger, W., Ruland, C. D. et Savariaud, S. (2004). Teacher Training: Essential for School-Based Reproductive Health and HIV/AIDS Education. Focus on Sub-Saharan Africa. Youth Issues Paper 3, *Programme YouthNet*. Arlington (Virginie, États-Unis d'Amérique) : Family Health International.
- 246 Onyango, M. O. (2009). Exploring the preparation of teachers to teach about HIV/AIDS in Kenya. *Educate*, numéro spécial, p. 37-47.
- 247 Weiler, J. M. et Weiler, C. J. M. (2012). Addressing HIV/AIDS education: a look at teacher preparedness in Ghana. *Journal of International Social Studies*, vol. 2, n° 1, p. 14-25.
- 248 Petersen, N., de Beer, J. et Dunbar-Krige, H. (2011). Use of a simulation game for HIV/AIDS education with pre-service teachers. *African Journal of AIDS Research*, vol. 10, n° 1, p. 73-81.
- 249 James-Traore, T. A., Finger, W., Ruland, C. D. et Savariaud, S. (2004). Teacher Training: Essential for School-Based Reproductive Health and HIV/AIDS Education. Focus on Sub-Saharan Africa. Youth Issues Paper 3, *Programme YouthNet*. Arlington (Virginie, États-Unis d'Amérique) : Family Health International.
- 250 Clarke, D. J. (2008). Heroes and Villains: Teachers in the Education Response to HIV. Paris : IPE, <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001815/181572e.pdf>.
- 251 James-Traore, T. A., Finger, W., Ruland, C. D. et Savariaud, S. (2004). Teacher Training: Essential for School-Based Reproductive Health and HIV/AIDS Education. Focus on Sub-Saharan Africa. Youth Issues Paper 3, *Programme YouthNet*. Arlington (Virginie, États-Unis d'Amérique) : Family Health International.
- 252 IATT de l'ONUSIDA (2013). Enquête mondiale 2011-2012 sur les progrès réalisés par le secteur de l'éducation face au VIH et au SIDA. Progression, régression ou stagnation ? Paris : UNESCO.
- 253 James-Traore, T. A., Finger, W., Ruland, C. D. et Savariaud, S. (2004). Teacher Training: Essential for School-Based Reproductive Health and HIV/AIDS Education. Focus on Sub-Saharan Africa. Youth Issues Paper 3, *Programme YouthNet*. Arlington (Virginie, États-Unis d'Amérique) : Family Health International.
- 254 IATT de l'ONUSIDA (2013). Enquête mondiale 2011-2012 sur les progrès réalisés par le secteur de l'éducation face au VIH et au SIDA. Progression, régression ou stagnation ? Paris : UNESCO.
- 255 James-Traore, T. A., Finger, W., Ruland, C. D. et Savariaud, S. (2004). Teacher Training: Essential for School-Based Reproductive Health and HIV/AIDS Education. Focus on Sub-Saharan Africa. Youth Issues Paper 3, *Programme YouthNet*. Arlington (Virginie, États-Unis d'Amérique) : Family Health International.

- 256 Kelly, M. J. (2009). Formation et perfectionnement des enseignants dans le contexte du VIH et du sida. Planification et gestion de l'éducation dans un monde confronté au sida. Institut international de l'UNESCO pour la planification de l'éducation et Unité d'intervention mobile sur l'impact du VIH/SIDA sur l'éducation (MTT). Paris : IPE.
- 257 Pohan, M. N., Hinduan, Z. R., Riynati, E., Mukaromah, E., Mutiara, T., Tasya, I. A., Sumintardja, E. N., Pinxten, W. J. L. et Hospers, H. J. (2011). HIV-AIDS prevention through a life-skills school based program in Bandung, West Java, Indonesia: evidence of empowerment and partnership in education. *Procedia Social and Behavioural Sciences*, vol. 15, p. 526-30.
- 258 Wood, L. (2012). 'Every teacher is a researcher!': creating indigenous epistemologies and practices for HIV prevention through values-based action research. *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS: An Open Access Journal*, vol. 9, n° suppl. 1, p. S19-S27, <http://dx.doi.org/10.1080/17290376.2012.744910>.
- 259 Onyango, M. O. (2009). Exploring the preparation of teachers to teach about HIV/AIDS in Kenya. *Educate*, numéro spécial, p. 37-47.
- 260 Ibid.
- 261 Steinhart, K., von Kenel, A., Cerruti, S., Chequer, P., Gomes, R., Herlt, C. et Horstick, O. (2013). International networking for sexuality education: a politically sensitive subject. *Sex Education*, à paraître.
- 262 Weiler, J. M. et Weiler, C. J. M. (2012). Addressing HIV/AIDS education: a look at teacher preparedness in Ghana. *Journal of International Social Studies*, vol. 2, n° 1, p. 14-25.
- 263 Pohan, M. N., Hinduan, Z. R., Riynati, E., Mukaromah, E., Mutiara, T., Tasya, I. A., Sumintardja, E. N., Pinxten, W. J. L. et Hospers, H. J. (2011). HIV-AIDS prevention through a life-skills school based program in Bandung, West Java, Indonesia: evidence of empowerment and partnership in education. *Procedia Social and Behavioural Sciences*, vol. 15, p. 526-30.
- 264 Iyer, P. et Aggleton, P. (2013). 'Virginity is a Virtue: Prevent Early Sex' – teacher perceptions of sex education in a Ugandan secondary school. *British Journal of Sociology of Education*. *iFirst*, DOI : 10.1080/01425692.2013.777206.
- 265 UNESCO (2007). Review of Sex, Relationships and HIV Education in Schools. Élaboré pour la première réunion du Groupe consultatif mondial de l'UNESCO les 13 et 14 décembre 2007. Paris : UNESCO.
- 266 Ross, D. A., Dick, B. et Ferguson, J. (dir. publ). (2006). Preventing HIV/AIDS in Young People: A Systematic Review of Evidence from Developing Countries (Résumé en français : La prévention du VIH/sida chez les jeunes http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/fr_hiv_y_people_evidence.pdf?ua=1). OMS, Série de Rapports techniques n° 938. Genève : OMS.
- 267 UNESCO (2012). A Situation-Response Analysis of the Education Sector's Response to HIV, Drugs and Sexual Health in Timor Leste. Jakarta : UNESCO.
- 268 Schwille, J. et Dembele, M. (2007). Former les enseignants : politiques et pratiques. Principes de la planification de l'éducation, 84. Paris : IPE/UNESCO, <http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001502/150261f.pdf>.
- 269 Smith, G., Kippax, S., Aggleton P. et Tyrer, P. (2003). HIV/AIDS school-based education in selected Asia-Pacific countries. *Sex Education*, vol. 3, n° 1, p. 3-21.
- 270 Schwille, J. et Dembele, M. (2007). Former les enseignants : politiques et pratiques. Principes de la planification de l'éducation, 84. Paris : IPE/UNESCO, <http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001502/150261f.pdf>.

- 271 Onyango, M. O. (2009). *Exploring the preparation of teachers to teach about HIV/AIDS in Kenya*. Educate, numéro spécial, p. 37-47.
- 272 James-Traore, T. A., Finger, W., Ruland, C. D. et Savariaud, S. (2004). *Teacher Training: Essential for School-Based Reproductive Health and HIV/AIDS Education. Focus on Sub-Saharan Africa*. Youth Issues Paper 3, Programme YouthNet. Arlington (Virginie, États-Unis d'Amérique) : Family Health International.
- 273 Ibid.
- 274 Onyango, M. O. (2009). *Exploring the preparation of teachers to teach about HIV/AIDS in Kenya*. Educate, numéro spécial, p. 37-47.
- 275 Kelly, M. J. (2009). Formation et perfectionnement des enseignants dans le contexte du VIH et du sida. *Planification et gestion de l'éducation dans un monde confronté au sida*. Institut international de l'UNESCO pour la planification de l'éducation et Unité d'intervention mobile sur l'impact du VIH/SIDA sur l'éducation (MTT). Paris : IPE.
- 276 Onyango, M. O. (2009). Exploring the preparation of teachers to teach about HIV/AIDS in Kenya. Educate, numéro spécial, p. 37-47.
- 277 Birdthistle, I. et Vince-Whitman, C. (1997). Programme de santé reproductive pour les jeunes adultes : programmes réalisés en milieu scolaire. Washington : FOCUS on Young Adults.
- 278 James-Traore, T. A., Finger, W., Ruland, C. D. et Savariaud, S. (2004). *Teacher Training: Essential for School-Based Reproductive Health and HIV/AIDS Education. Focus on Sub-Saharan Africa*. Youth Issues Paper 3, Programme YouthNet. Arlington (Virginie, États-Unis d'Amérique) : Family Health International.
- 279 Onyango, M. O. (2009). Exploring the preparation of teachers to teach about HIV/AIDS in Kenya. Educate, numéro spécial, p. 37-47.
- 280 Kelly, M. J. (2009). *Formation et perfectionnement des enseignants dans le contexte du VIH et du sida. Planification et gestion de l'éducation dans un monde confronté au sida. Institut international de l'UNESCO pour la planification de l'éducation et Unité d'intervention mobile sur l'impact du VIH/SIDA sur l'éducation (MTT)*. Paris : IPE.
- 281 Ibid.
- 282 James-Traore, T. A., Finger, W., Ruland, C. D. et Savariaud, S. (2004). *Teacher Training: Essential for School-Based Reproductive Health and HIV/AIDS Education. Focus on Sub-Saharan Africa*. Youth Issues Paper 3, Programme YouthNet. Arlington (Virginie, États-Unis d'Amérique) : Family Health International.
- 283 Clarke, D. J. (2008). Heroes and Villains: Teachers in the Education Response to HIV. Paris : IPE, <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001815/181572e.pdf>.
- 284 James-Traore, T. A., Finger, W., Ruland, C. D. et Savariaud, S. (2004). *Teacher Training: Essential for School-Based Reproductive Health and HIV/AIDS Education. Focus on Sub-Saharan Africa*. Youth Issues Paper 3, Programme YouthNet. Arlington (Virginie, États-Unis d'Amérique) : Family Health International.
- 285 Obare, F. et Birungi, H. (2013). *Policy scripts and students' realities regarding sexuality education in secondary schools in Kenya. Sex Education*. À paraître.
- 286 James-Traore, T. A., Finger, W., Ruland, C. D. et Savariaud, S. (2004). *Teacher Training: Essential for School-Based Reproductive Health and HIV/AIDS Education. Focus on Sub-Saharan Africa*. Youth Issues Paper 3. Arlington (Virginie) : YouthNet Program, Family Health International.

- 287 UNESCO (2009). Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle - Une approche factuelle à l'intention des établissements scolaires, des enseignants et des professionnels de l'éducation à la santé. Volume I : Le bien-fondé de l'éducation sexuelle. Paris : UNESCO.
- 288 James-Traore, T. A., Finger, W., Ruland, C. D. et Savariaud, S. (2004). *Teacher Training: Essential for School-Based Reproductive Health and HIV/AIDS Education. Focus on Sub-Saharan Africa*. Youth Issues Paper 3. Arlington (Virginie) : YouthNet Program, Family Health International.
- 289 Steinhart, K., von Kenel, A., Cerruti, S., Chequer, P., Gomes, R., Herlt, C. et Horstick, O. (2013). International networking for sexuality education: a politically sensitive subject. *Sex Education*. À paraître.
- 290 Ibid.
- 291 James-Traore, T. A., Finger, W., Ruland, C. D. et Savariaud, S. (2004). *Teacher Training: Essential for School-Based Reproductive Health and HIV/AIDS Education. Focus on Sub-Saharan Africa*. Youth Issues Paper 3. Arlington (Virginie) : YouthNet Program, Family Health International.
- 292 Kelly, M. J. (2009). *Formation et perfectionnement des enseignants dans le contexte du VIH et du sida*. Planification et gestion de l'éducation dans un monde confronté au SIDA. Paris : Institut international de l'UNESCO pour la planification de l'éducation, Unité d'intervention mobile sur l'impact du VIH/SIDA sur l'éducation (MTT).
- 293 Senderowitz, J. et Kirby, D. (2006). *Standards for Curriculum-Based Reproductive Health and HIV Education Programs*. Arlington (Virginie) : Family Health International, YouthNet.
- 294 Zisser, A. et Francis, D. (2006). Youth have a new attitude on AIDS – but are they talking about it? *African Journal of AIDS Research*, vol. 5, n° 2, pp. 189-96.
- 295 UNESCO (2012). *Review of Policies and Strategies to Implement and Scale Up Sexuality Education in Asia and the Pacific*. Bangkok : UNESCO, <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002150/215091e.pdf>.
- 296 Steinhart, K., von Kenel, A., Cerruti, S., Chequer, P., Gomes, R., Herlt, C. et Horstick, O. (2013). International networking for sexuality education: a politically sensitive subject. *Sex Education*. À paraître.
- 297 UNESCO (2012). *Comprehensive sexuality education: the challenges of scaling up. Conference ready version*. Paris : UNESCO, http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/search/resources/CSE_scaling_up_conference_ready_version.pdf (page consultée le 21 octobre 2013).
- 298 Nigeria : <http://www.arfh-ng.org/hiv.php> (page consultée le 21 octobre 2013).
- 299 Inde : http://mhrd.gov.in/adolescence_education (page consultée le 21 octobre 2013).
- 300 Voir <http://eisdatos.ippfwhr.org/contenido/acerca-de> (page consultée le 21 octobre 2013).
- 301 http://sti.bmj.com/content/87/Suppl_1/A328.3.abstract (page consultée le 21 octobre 2013).
- 302 http://www.ippfwhr.org/sites/default/files/ippf_ar10_en_fa.pdf (page consultée le 21 octobre 2013).
- 303 UNESCO (2012). *Comprehensive sexuality education: the challenges of scaling up. Conference ready version*. Paris : UNESCO, http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/search/resources/CSE_scaling_up_conference_ready_version.pdf (page consultée le 21 octobre 2013).

- 304 Ibid.
- 305 Ibid.
- 306 UNESCO (2012). Review of Policies and Strategies to Implement and Scale Up Sexuality Education in Asia and the Pacific. *Bangkok : UNESCO*, <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002150/215091e.pdf>.
- 307 Smith, G., Kippax, S. et Aggleton, P. (2000). *HIV and Sexual Health Education in Primary and Secondary Schools: Findings from Selected Asia-Pacific Countries*. Sydney : National Centre in HIV Social Research, Faculty of Arts and Social Sciences, Université de Nouvelle-Galles du Sud, http://nchr.arts.unsw.edu.au/media/File/asian_pacific.pdf.
- 308 PNG Department of Education (2012). HIV and AIDS Policy for the National Education System of Papua New Guinea 2012–2016. Port Moresby : PNG Department of Education.
- 309 Cambodia Ministry of Education, Youth and Sport (MoEYS) (2008). Workplace Policy on HIV and AIDS. Phnom Penh : MoEYS, http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_191146.pdf.
- 310 UNESCO (2012). Review of Policies and Strategies to Implement and Scale Up Sexuality Education in Asia and the Pacific. *Bangkok : UNESCO*, <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002150/215091e.pdf>. Cette étude est basée sur des études régionales antérieures, y compris Clarke, D. (2012), *Sexuality Education in Asia: Are We Delivering? An Assessment from a Rights-Based Perspective*, Bangkok : PLAN international (<http://plan-international.org/files/Asia/publications/sexualityeducation>) ; et Smith, G., Kippax, S. et Aggleton, P. (2000), *HIV and Sexual Health Education in Primary and Secondary Schools: Findings from Selected Asia-Pacific Countries*, Sydney : National Centre in HIV Social Research, Faculty of Arts and Social Sciences, Université de Nouvelle-Galles du Sud, http://nchr.arts.unsw.edu.au/media/File/asian_pacific.pdf.
- 311 UNESCO (2009). Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle - Une approche factuelle à l'intention des établissements scolaires, des enseignants et des professionnels de l'éducation à la santé. *Volume I : Le bien-fondé de l'éducation sexuelle*. Paris : UNESCO.
- 312 Ibid. pour une classification détaillée des sujets à aborder par classe d'âge.
- 313 Équipe de travail inter-institutions de l'ONUSIDA (IATT) sur l'éducation (2013). Enquête mondiale 2011-2012 sur les progrès réalisés par le secteur de l'éducation face au VIH et au SIDA. *Fichier de données brutes disponible sur demande à l'adresse aids@unesco.org*.
- 314 Tanzania Institute of Education (TIE), Ministère de l'éducation et de la formation professionnelle, (2012). *Strengthening Existing Components of SRH/HIV/LS Curricula in Primary and Secondary Education in Tanzania Mainland. A report on Sexuality Education Review and Assessment*. Rapport non publié.
- 315 Voir UNESCO et UNFPA (2012). *Sexuality Education: A Ten-Country Review of School Curricula in East and Southern Africa*. Paris : UNESCO.
- 316 Boler, T. (2003). *The Sound of Silence: Difficulties in Communicating on HIV/AIDS in Schools. Experiences from India and Kenya*. Londres : ActionAid, http://www.ibe.unesco.org/uploads/media/HIV_AIDS_187_06.pdf.
- 317 UNICEF (2012). Progrès pour les enfants. Un bilan sur les adolescents. Numéro 10. New York : UNICEF.

- 318 Currie, C. *et al.*, eds. (2012). Social Determinants of Health and Well-Being among Young People - Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2009/2010 Survey. Health Policy for Children and Adolescents, n° 6. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.-healthbehaviour-in-school-aged-children-hbsc-study> (page consultée le 17 octobre 2013).
- 319 Plummer, D. (2010). HIV in Caribbean schools: the role of HIV education in the second most severely affected region in the world. In : M. Morrissey *et al.* (eds). Challenging HIV/AIDS: A New Role for Education. Kingston : UNESCO, Ian Randle Publishers.
- 320 Maticka-Tyndale, E., Wildish, J. et Gichuru, M. (2007). Quasi-experimental evaluation of a national primary school HIV intervention in Kenya. *Evaluation and Program Planning*, vol. 30, pp. 172-86.
- 321 Meekers, D. et Ahmed, G. (2000). Contemporary patterns of adolescent sexuality in urban Botswana. *Journal of Biosocial Science*, vol. 32, pp. 467-85.
- 322 UNESCO (2013). Regional Diagnostic Report on Education and Services for Sexual and Reproductive Health of Adolescents and Young People in Eastern and Southern Africa. Paris : UNESCO, à paraître.
- 323 Lloyd, C. B. (ed.) (2005). *Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*. Washington DC : National Academies Press.
- 324 UNICEF (2011). La situation des enfants dans le monde 2011. *L'adolescence : l'âge de tous les possibles*. New York : UNICEF.
- 325 Sawyer, S. M., Afifi, R. A., Bearinger, L. H. *et al.* (2012). Adolescence: a foundation for future health. *The Lancet*, vol. 379 (9826), pp. 1630-40.
- 326 UNESCO (2009). Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle - Une approche factuelle à l'intention des établissements scolaires, des enseignants et des professionnels de l'éducation à la santé. *Volume I : Le bien-fondé de l'éducation sexuelle*. Paris : UNESCO.
- 327 Chong, E., Hallman, K. et Brady, M. (2006). Investing When it Counts: Generating the Evidence Base for Policy and Programmers for Very Young Adolescents. New York : Population Council.
- 328 OMS (2011). The Sexual and Reproductive Health of Young Adolescents in Developing Countries: Reviewing the Evidence, Identifying Research Gaps and Moving the Agenda. *Rapport d'une consultation technique de l'OMS, Genève, 4-5 novembre 2010*. Genève : OMS.
- 329 Institute for Reproductive Health, Université de Georgetown (2010). Advancing Promising Program and Research/Evaluation Practices for Evidence-based Programs Reaching Very Young Adolescents: A Review of the Literature. Washington DC : Institute for Reproductive Health, Université de Georgetown.
- 330 Collection Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA (1997). Influence de l'éducation en matière de VIH et de santé sexuelle sur le comportement sexuel des jeunes : un bilan actualisé. Genève : ONUSIDA.
- 331 Maticka-Tyndale, E., Wildish, J. et Gichuru, M. (2007). Quasi-experimental evaluation of a national primary school HIV intervention in Kenya. *Evaluation and Program Planning*, vol. 30, pp. 172-86.
- 332 UNESCO (2007). Strong Foundations for Gender Equality in Early Childhood Care and Education. Bangkok : UNESCO, http://www2.unescobkk.org/elib/publications/125_126/advocacy_brief_ECCE.pdf.

- 333 UNESCO (2006). Rapport mondial de suivi sur l'EPT 2007. Paris : UNESCO.
- 334 ISU (2012). Recueil de données mondiales sur l'éducation 2012. *Opportunités perdues : impact du redoublement et du départ prématuré de l'école*. Montréal : ISU.
- 335 UNICEF (2012). Progrès pour les enfants - Un bilan sur les adolescents. New York : UNICEF.
- 336 Population Reference Bureau (2011). Who Speaks for Me? Ending Child Marriage. Washington DC : PRB.
- 337 UNFPA (2012). Marrying Too Young: End Child Marriage. *New York : UNFPA*.
- 338 UNESCO (2013). Regional Diagnostic Report on Education and Services for Sexual and Reproductive Health of Adolescents and Young People in Eastern and Southern Africa. *Paris : UNESCO, à paraître*.
- 339 Lloyd, C. B. (ed.) (2005). Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries. Washington DC : National Academies Press.
- 340 UNICEF (2011). La situation des enfants dans le monde 2011. *L'adolescence : l'âge de tous les possibles*. New York : UNICEF.
- 341 UNICEF (2012). Progrès pour les enfants. Un bilan sur les adolescents. New York : UNICEF.
- 342 OMS (2011). WHO Guidelines on Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes among Adolescents in Developing Countries. Genève : OMS.
- 343 OMS (2011). Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008. Genève : OMS.
- 344 UNESCO (2009). Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle - Une approche factuelle à l'intention des établissements scolaires, des enseignants et des professionnels de l'éducation à la santé. *Volume 1 : Le bien-fondé de l'éducation sexuelle*. Paris : UNESCO.
- 345 Maticka-Tyndale, E., Wildish, J. et Gichuru, M. (2007). Quasi-experimental evaluation of a national primary school HIV intervention in Kenya. *Evaluation and Program Planning*, vol. 30, pp. 172-86.
- 346 Meekers, D. et Ahmed, G. (2000). Contemporary patterns of adolescent sexuality in urban Botswana. *Journal of Biosocial Science*, vol. 32, pp. 467-85.
- 347 Association des universités du Commonwealth, Université de Natal, 1999.
- 348 Groupe de travail sur l'enseignement supérieur de l'Association pour le développement de l'éducation en Afrique (ADEA/WGHE) (2006). *Higher Education Institutions in Africa Responding to HIV/AIDS*. Accra : ADEA.
- 349 Association des universités africaines (AUA) (2007). *HIV and AIDS and Higher Education in Africa: A Review of Best Practice Models and Trends*. Accra : AUA.
- 350 HEAIDS (Higher Education HIV and AIDS Programme) (2010). *HIV Prevalence and Related Factors, Higher Education Sector Study, South Africa 2008-2009*. Pretoria : HEAIDS.
- 351 Zheng, J., Wu, Z., Poundstone, K. E., Pang, L. et Rou, K. (2012). HIV, syphilis infection, and risky sexual behaviors among male university students who have sex with men in Beijing, China: a cross-sectional study. *AIDS Education and Prevention*, vol. 24, n° 1, pp. 78-88.
- 352 Ahmed, S. I., Hassali, M. A. et Aziz, N. A. (2009). An assessment of the knowledge, attitudes, and risk perceptions of pharmacy students regarding HIV/AIDS. *American Journal of Pharmaceutical Education*, vol. 73, n° 1, pp. 1-15.

- 353 Équipe de travail inter-institutions de l'ONUSIDA (IATT) sur l'éducation (2013). Enquête mondiale 2011-2012 sur les progrès réalisés par le secteur de l'éducation face au VIH et au SIDA. *Fichier de données brutes disponible sur demande à l'adresse aids@unesco.org*.
- 354 Ibid.
- 355 Groupe de travail sur l'enseignement supérieur de l'Association pour le développement de l'éducation en Afrique (ADEA/WGHE) (2006). *Higher Education Institutions in Africa Responding to HIV/AIDS*. Accra : ADEA.
- 356 Université du Cap, HIV/AIDS Institutional Co-ordination Unit (HAICU) (2012). *The Response to HIV and AIDS at UCT - Report to Council: March 2012*. http://www.uct.ac.za/downloads/uct.ac.za/about/introducing/aids/aids_councilreport12.pdf (page consultée le 26 mars 2013).
- 357 AUA (2007). *HIV and AIDS and Higher Education in Africa: A Review of Best Practice Models and Trends*. Accra : AUA.
- 358 Contributions également fournies par Peter Aggleton, Pierre Brouard et Jimmy Pieterse. Voir aussi http://csa.za.org/resources/cat_view/52-aids-reviews.
- 359 De Cock, K. M., Mbori-Ngacha, D. et Marum, E. (2002). Shadow on the continent: public health and HIV/AIDS in the 21st century. *The Lancet*, vol. 360, pp. 67-72.
- 360 Svenson, L.W., Carmel, S. et Verhagen, C. K. (1997). A review of the knowledge, attitudes and behaviours of university students concerning HIV/AIDS. *Health Promotion International*, vol. 12, n° 1, pp. 61-68.
- 361 Kelly, M. (2003). The significance of HIV/AIDS for universities in Africa. *Journal of Higher Education in Africa/Revue de l'enseignement supérieur en Afrique*, vol. 1, n° 1, pp. 1-23.
- 362 Chetty, D. (2003). *Une trousse pédagogique du VIH/SIDA pour l'enseignement supérieur - Une étude de cas préparée pour la Conférence régionale de formation sur l'amélioration de l'enseignement supérieur en Afrique subsaharienne : ce qui marche ! Accra, 23-25 septembre 2003*.
- 363 Une culture de la « prescription » semble s'être attachée aux travaux menés sur le VIH et le SIDA dans les établissements d'enseignement supérieur africains. En effet, les trousseaux à outils contiennent des listes de points à vérifier, des objectifs à atteindre et des domaines prioritaires à aborder. *Ceci s'applique également aux travaux de HEAIDS en Afrique du Sud*.
- 364 Castells, M. ; cité dans Badat, S. (2009). *The Role of Higher Education in Society: Valuing Higher Education*. Présentation à la Graduate School of Business de l'Université du Cap, <http://www.ru.ac.za/vice-chancellor/speechespresentations/name,58754.en.html>.
- 365 Brennan, J., King, R. et Lebeau, Y. (2004). *The Role of Universities in the Transformation of Societies*. Londres : Centre for Higher Education Research and Information de l'Université ouverte, Association des universités du Commonwealth.
- 366 Badat, S. (2009). *The Role of Higher Education in Society: Valuing Higher Education*. Présentation à la Graduate School of Business de l'Université du Cap, <http://www.ru.ac.za/vice-chancellor/speechespresentations/name,58754.en.html>.
- 367 ONUSIDA (2012). *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2012*. Genève : ONUSIDA.
- 368 Voir les travaux d'Auerbach *et al.* sur les facteurs sociaux de l'épidémie du VIH/sida. Auerbach, J., Parkhurst, J. et Caceres, C. (2011). Addressing social drivers of HIV/AIDS for the long-term response: conceptual and methodological considerations. *Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice*, vol. 6, n° 3, pp. 1-17.

- 369 Voir par exemple le commentaire de Berkman, A. *et al.* : « Deux concepts essentiels sous-jacents à la mobilisation sociale en faveur de la démocratie se révéleraient à leur tour capitaux pour la réponse apportée par le Brésil au VIH et au sida : la "citoyenneté" et la "solidarité" ». Berkman, A., Garcia, J., Munoz-Laboy, M., Paiva, V. et Parker, R. (2005). A critical analysis of the Brazilian response to HIV/AIDS: lessons learned for controlling and mitigating the epidemic in developing countries. *American Journal of Public Health*, vol. 95, n° 7, pp. 1162-72.
- 370 Voir Brouard, Pierre (2012). Hypocrisy, HIV and higher education: an 'institutional integrity' hypothesis. In : M. Crewe et C. Volks (eds). *Third Degree: AIDS Review*. Pretoria : Centre d'étude sur le SIDA de l'Université de Pretoria. Voir également Crewe, M., op. cit.
- 371 Mama ; cité dans Mkandawire, T. (ed.) (2005). *African Intellectuals Rethinking Politics, Language, Gender and Development*. Londres : Zed Books.
- 372 Ki-Zerbo ; cité dans Mkandawire, op. cit.
- 373 ONUSIDA (2012). Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2012. *Genève : ONUSIDA*, http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_fr.pdf.
- 374 Voir également Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), Organisation internationale du Travail (OIT), Organisation mondiale de la Santé (OMS) et Banque mondiale (2011). Tirer parti de la crise : prévenir le VIH du début de l'adolescence au début de l'âge adulte. *New York : UNICEF*, http://www.unicef.org/media/files/Opportunity_in_Crisis_LoRes_EN_05182011.pdf.
- 375 Commission sur le sida dans le Pacifique (2009). Turning the Tide: An OPEN Strategy for a Response to AIDS in the Pacific. Suva : ONUSIDA, http://data.unaids.org/pub/Report/2009/20091202_pacificcommission_en.pdf.
- 376 Voir également Sladden, T. (2005). *Twenty years of HIV surveillance in the Pacific – what do the data tell us and what do we still need to know?* *Pac Health Dialog*, vol. 12, pp. 23-37.
- 377 UNFPA (2010). Rompre la loi du silence : faire face à l'épidémie d'IST dans le Pacifique. Sommaire des recommandations. Suva : UNFPA.
- 378 Lors d'une épidémie concentrée, le VIH se propage rapidement au sein d'une ou plusieurs populations, sans s'installer dans la population générale. La prévalence est habituellement supérieure à 5 % dans les sous-populations, contre moins de 1 % dans la population générale. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (2011). Guide de terminologie de l'ONUSIDA. Genève : ONUSIDA.
- 379 Équipe de travail interinstitutions (IATT) de l'ONUSIDA sur le VIH et les jeunes (2008). Guidance Brief: HIV Interventions for Most-at-risk Young People. New York : Fonds des Nations Unies pour la population, Division du VIH/sida.
- 380 FHI (2010). Young People Most at Risk of HIV: A Meeting Report and Discussion Paper from the Interagency Youth Working Group, USAID, UNAIDS IATT on HIV and Young People and FHI. *Rapport non publié*.
- 381 Commission sur le SIDA en Asie (2008). Redefining AIDS in Asia - Crafting an Effective Response. New Delhi : Oxford University Press, http://data.unaids.org/pub/Report/2008/20080326_report_commission_aids_en.pdf.

- 382 En 2011, au Pakistan, la prévalence du VIH était de 33,9 % chez les consommateurs de drogues injectables âgés de moins de 25 ans, contre 25,3 % chez ceux âgés de 25 ans ou plus. HIV and AIDS Data Hub, sur la base du 2012 Global AIDS Response Progress Report du Pakistan, www.aidsdatahub.org.
- 383 HIV and AIDS Data Hub, sur la base du National Behavioral Surveillance Report de l'Inde, www.aidsdatahub.org.
- 384 Résolution 65/277 de l'Assemblée générale des Nations Unies (2011). Déclaration politique sur le VIH et le sida : intensifier nos efforts pour éliminer le VIH et le sida. A/RES/65/277. New York : ONU.
- 385 Bhutan Department of Youth and Sports, Ministère de l'éducation, The Nossal Institute for Global Health and Centre for Research Institute Thimpu (2011). An Assessment of Vulnerable and At-Risk Adolescents (13-18 Years) in Bhutan: Exploring Social and Health Risk Behaviours. Thimpu : UNICEF, non publié.
- 386 Cambodia Ministry of Education, Youth and Sports (2010). Most-At-Risk Young People Survey Cambodia 2010. Document non publié.
- 387 Pour en savoir plus sur les modalités de l'étude, voir UNICEF (2010). Getting It Right: Finding Out About Cambodia's Most at Risk and Vulnerable Youth People. *Phnom Penh : UNICEF*, <http://youtu.be/CYd9AUXfu8g>.
- 388 L'Enquête mondiale sur la santé des enfants scolarisés (GSHS) a été élaborée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en collaboration avec l'UNICEF, l'UNESCO, ONUSIDA et CDC. Il s'agit d'une enquête menée en milieu scolaire, essentiellement auprès d'élèves âgés de 13 à 15 ans, qui vise à aider les pays à définir des priorités, mettre en place des programmes et mobiliser des ressources pour les programmes et politiques de santé scolaire et de santé des jeunes, à permettre des comparaisons entre pays concernant la prévalence des comportements sanitaires et des facteurs de protection, et à établir les tendances par pays de la prévalence des comportements sanitaires et des facteurs de protection pour les utiliser dans l'évaluation de la santé scolaire et la promotion de la santé des jeunes. Voir l'adresse suivante : <http://www.cdc.gov/gshs/>.
- 389 Van Griensven, F. *et al.* (2009). The global epidemic of HIV infection among men who have sex with men. *Current Opinion in HIV and AIDS*, vol. 4, n° 4, pp. 300-07.
- 390 Brown, G., Sorenson, A. et Hildebrand. J. (2011). How they got it and how they wanted it: marginalised young people's perspective on their experiences of sexual health education. *Sex Education*, vol. 2, n° 5, pp. 599-612.
- 391 UNESCO et UNFPA (2012). *Sexuality Education: A Ten-Country Review of School Curricula in East and Southern Africa*. Paris : UNESCO.
- 392 Hong, F. C., Zhou, H. *et al.* (2008). Prevalence of syphilis and HIV infections among men who have sex with men from different settings in Shenzhen, China: implications for HIV/STD surveillance. *Sexual Transmitted Infections*, vol. 85, pp. 42-44 ; cité dans : *Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida*, Programme des Nations Unies pour le développement, Asia-Pacific Coalition on Male Sexual Health et HIV and AIDS Data Hub for Asia-Pacific (2012). *Country Snapshots: China: HIV and Men Who Have Sex with Men*. Bangkok : PNUD.
- 393 Aresu, A. (2012). *HIV prevention and gender in Chinese sexuality education textbooks*. Good Policy and Practice in HIV and Health Education - Booklet 7: Gender Equality, HIV and Education. Paris : UNESCO.
- 394 Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (2010). *UNAIDS Business Case: HIV and Drug Use*. Genève : ONUSIDA.

- 395 ONUSIDA (2012). Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2012. Genève : ONUSIDA, http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_fr.pdf.
- 396 Environ 16 millions de personnes consomment des drogues injectables dans le monde, parmi lesquelles un grand nombre de jeunes de moins de 25 ans, d'après Mathers, B. *et al.* (2008). Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *The Lancet*, vol. 372, pp. 1733-45.
- 397 ONUSIDA (2012). Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2012. Genève : ONUSIDA, http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_fr.pdf.
- 398 UNICEF (2010). Blame and Banishment. The Underground HIV Epidemic Affecting Children in Eastern Europe and Central Asia. Genève : UNICEF, http://www.unicef.org/ceecis/UNICEF_BlameBanishment_WEB_final.pdf.
- 399 Cahill, H. W. (2007). Challenges in adopting evidence-based school drug education programmes. *Drug and Alcohol Review*, vol. 26, n° 6, pp. 673-79.
- 400 Dusenbury, L., Brannigan, R., Falco, M. et Hansen, W. B. (2003). *A review of research on fidelity of implementation: implications for drug abuse prevention in school settings*. *Health Education Research*, vol. 18, n° 2, pp. 237-56.
- 401 Soole, D. W., Mazerolle, L. et Rombouts, S. (2008). School-based adolescent drug prevention programs: a review of what works. *Australia and New Zealand Journal of Criminology*, vol. 41, pp. 259-86.
- 402 Wood, E., Shakeshaf, A., Gilmour, S. et Sanson-Fisher, R. (2006). A systematic review of school-based studies involving alcohol and the community. *Australia and New Zealand Journal of Public Health*, vol. 30, n° 6, pp. 541-49.
- 403 Cahill, H. (2006). Taking an Evidence-Based Approach to Classroom Drug Education. *Melbourne : Department of Education and Early Childhood Development*.
- 404 Balakireva, O., Grund, J.-P., Barendregt, C., Rubanets, Y., Ryabova, M., Volyk, A., Levchuk, N., Meshcherina, O. et Bondar, T. (2006). Risk and Protective Factors in the Initiation of Injecting Drug Use. Analytical Report and Strategy Paper Preventing the Initiation of Injecting Drug Use among Vulnerable Adolescents and Young People. Kiev : UNICEF, ONUSIDA, p. 10.
- 405 *Ibid.*, p. 89.
- 406 Kosciw, J. G., Greytak, E. A. et Diaz, E. M. (2009). Who, what, where, when, and why: demographic and ecological factors contributing to hostile school climate for lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 38, n° 7, pp. 976-88.
- 407 Voir également Hunt, R. et Jensen, J. (2007). *The Experiences of Young Gay People in Britain's Schools*. Londres : Stonewall UK.
- 408 UNESCO et Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH (GNP+) (2012). *Positive Learning: Meeting the Needs of Young People Living with HIV (YPLHIV) in the Education Sector*. Paris : UNESCO.
- 409 OMS (2008). *Strengthening the Health Sector Response to Care, Support, Treatment and Prevention for Young People Living with HIV*. Consultation mondiale OMS/UNICEF, 13-17 novembre 2006. Blantyre (Malawi) : OMS.

- 410 EduSector AIDS Response Trust (ESART) (2011). Progress Report on Education Sector (EDSEC) Engagement in National HIV and AIDS Responses - Phase 1 Summary Report. Projet de rapport non publié.
- 411 ONUSIDA (2005). Besoins en ressources pour une riposte au SIDA élargie dans les pays à revenus bas et moyens. *Genève : ONUSIDA*.
- 412 Hogan, D. R. *et al.* (2005). Cost-effectiveness analysis of strategies to combat HIV/AIDS in developing countries. *British Medical Journal*, vol. 331, n° 1431, pp. 1-7.
- 413 Le dollar international est une monnaie fictive qui possède le même pouvoir d'achat dans un pays donné que le dollar américain aux États-Unis, à un moment donné.
- 414 Boler, T. et Ingham, R. (2007). *The Abstinence Debate: Condoms, the President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) and Ideology*. Londres : UK Working Group on Education and HIV/AIDS.
- 415 Équipe de travail inter-institutions de l'ONUSIDA (IATT) sur l'éducation (2009). Education Sector Engagement with the AIDS and Aid Funding Architecture at the Country Level. *Rapport de colloque, 17 novembre 2008. Document non publié, <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001802/180203e.pdf>*.
- 416 Amico, P., Gobet, B., Avila-Figueroa, C., Aran, C. et De Lay, P. (2012). Pattern and levels of spending allocated to HIV prevention programs in low- and middle-income countries. *BMC Public Health*, vol. 12, n° 221, Doi:10.1186/1471-2458-12-221.
- 417 Ibid.
- 418 ONUSIDA (2013). *Getting to Zero: HIV in Eastern and Southern Africa*. Genève : ONUSIDA.
- 419 Extrait de : UNESCO (2012). *Coût et rapport coût-efficacité des programmes scolaires d'éducation sexuelle*. Paris : UNESCO.
- 420 Cette étude est basée sur le coût réel et le rapport coût-efficacité des programmes d'éducation sexuelle existants, sauf dans le cas de l'Inde, pour laquelle ont été utilisés le plan de travail et le budget d'un programme approuvé.
- 421 Schwartländer, B., Stover, J., Hallett, T., Atun, R., Avila, C., Gouws, E., Bartos, M., Ghys, P. D., Opuni, M., Barr, D., Allsalaq, R., Bollinger, L., de Freitas, M., Garnett, G., Holmes, C., Legins, K., Pillay, Y., Stanciole, A. E., McLure, C., Hirschall, G., Laga, M. et Padian, N., au nom de l'Investment Study Group (2011). Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS. *The Lancet*, vol. 377, pp. 2031-41, DOI:10.1016/S0140-6736 (11) 60702-2.
- 422 Ibid.
- 423 ONUSIDA (2012). *Investing for results. Results for people. A people-centred investment tool towards ending AIDS*. Genève : ONUSIDA.
- 424 Johnson, L. F., Dorrington, R. E., Bradshaw, D., du Plessis, H. et Mukubalo, L. (2009). The effect of educational attainment and other factors on HIV risk in South African women: results from antenatal surveillance, 2000–2005. *AIDS*, vol. 23, n° 12, pp. 1583-88, DOI :10.1097/QAD.0b013e32832d407e.
- 425 Burroway, R. (2010). *Schools against AIDS: secondary school enrollment and cross-national disparities in AIDS death rates*. *Social Problems*, vol. 57, n° 3, pp. 398-420, <http://www.jstor.org/stable/10.1525/sp.2010.57.3.398> (page consultée le 25 octobre 2011).
- 426 Rapport mondial de suivi sur l'EPT (2013). *L'éducation transforme nos existences*. Paris : UNESCO.

- 427 Burroway, R. (2010). Schools against AIDS: secondary school enrollment and cross-national disparities in AIDS death rates. *Social Problems*, vol. 57, n° 3, pp. 398-420, <http://www.jstor.org/stable/10.1525/sp.2010.57.3.398> (page consultée le 25 octobre 2011).
- 428 27^e réunion du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA, Genève (Suisse), 6-8 décembre 2010. Décisions, recommandations et conclusions.
- 429 PNUD (2012). Comprendre et agir sur des catalyseurs essentiels et des synergies de développement pour réaliser des investissements stratégiques. New York : PNUD.
- 430 Équipe de travail inter-institutions de l'ONUSIDA (IATT) sur l'éducation (2004). Enquête mondiale sur l'état de préparation du secteur éducatif face au VIH et au SIDA 2004. *Implications en termes de politiques pour l'éducation et le développement*. Paris : UNESCO.
- 431 IATT de l'ONUSIDA (2013). Enquête mondiale 2011-2012 sur les progrès réalisés par le secteur de l'éducation face au VIH et au SIDA. Progression, régression ou stagnation ? Paris : UNESCO.
- 432 Heard, W. et Babcock-Walters, P. (2010). Towards HIV and AIDS-Sensitive Education Sector M&E Systems in Eastern and Southern Africa. Report on the Rapid Assessment of the M&E Practices Related to Education and HIV and AIDS in 7 Countries across ESA. Rapport non publié. EduSector AIDS Response Trust.
- 433 Ibid.
- 434 UNESCO (2013). *Measuring the Education Sector Response to HIV and AIDS: Guidelines for the Construction and Use of Core Indicators*. Paris : UNESCO.
- 435 Mavedzenge, S. *et al.* (2010). HIV Prevention in Young People in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review. Document non publié, <http://www.schoolsandhealth.org/Documents/HIV%20prevention%20in%20young%20people%20in%20sub-Saharan%20Africa%20A%20Systemic%20Review.pdf>.
- 436 Seidenfeld, D. S. et Haxton, C. L. (2011). A critical review of the evidence on the effectiveness of HIV/AIDS education programs for youth in Sub-Saharan Africa. *Effective Education*, vol. 3, n° 1, pp. 23-33, <http://dx.doi.org/10.1080/19415532.2011.603897>.
- 437 Bhana, D. (2009). 'They've got all the knowledge': HIV education, gender, and sexuality in South African primary schools. *British Journal of Sociology of Education*, vol. 30, n° 2, pp. 165-77, <http://dx.doi.org/10.1080/01425690802700222>.
- 438 Miedema, E. A. J., Maxwell, C. et Aggleton, P. (2011). Education About HIV/AIDS - Theoretical Underpinnings for a Practical Response. *Health Education Research Advance Access*, DOI: 101093/her/cyq088.
- 439 Haberland, N. (2011). Adolescent Policies and Programs: What's Good, What We Can Do Better. Présentation PowerPoint lors d'une réunion du Groupe d'experts des Nations Unies, New York.
- 440 Haberland, N. (2012). Ensuring education benefits girls to the full: synergies between education, gender equality, HIV and sexual and reproductive health. *Good Policy and Practice in HIV and Health Education: Gender Equality, HIV and Education*. Paris : UNESCO, pp. 17-23.
- 441 Harrison, A., Newell, M. L., Imrie, J. *et Hoddinott, J.* (2010). HIV prevention for South African youth: which interventions work? A systematic review of current evidence. *BMC Public Health*, vol. 10, n° 102, <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/102>.

- 442 Ndebele, M., Kasese-Hara, M. et Greyling, M. (2012). Application of the information, motivation and behavioural skills model for targeting HIV risk behaviour amongst adolescent learners in South Africa. *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS: An Open Access Journal*, vol. 9, n° suppl. 1, S37-S47, <http://dx.doi.org/10.1080/17290376.2012.744903>.
- 443 Yankah, E. et Aggleton, P. (2008). Effects and effectiveness of life skills education for HIV prevention in young people. *AIDS Education and Prevention*, vol. 20, n° 6, pp. 465-85.
- 444 Boler, T. et Aggleton, P. (2005). Life Skills-Based Education for HIV Prevention: A Critical Analysis. Policy and Research Issue 3. UK working group on education and HIV/AIDS. Londres : Aide à l'enfance, ActionAid International, <http://www.aidsconsortium.org.uk/Education/educationworkinggroup.html>.
- 445 Thornton, R. (2008). *Unimagined Community: Sex, Networks, and AIDS in Uganda and South Africa*. Londres : University of California Press.
- 446 Gupta, G. R., Parkhurst, J. O., Ogden, J. A., Aggleton, P. et Mahal, A. (2008). Structural approaches to HIV prevention. *The Lancet*, vol. 372 (9640), pp. 764-75.
- 447 Were, M. (2007). Determinants of teenage pregnancies: the case of Busia District in Kenya. *Economics and Human Biology*, vol. 5, n° 2, pp. 322-39.
- 448 Panday, S. *et al.* Teenage Pregnancy in South Africa – With a Specific Focus on School-Going Learners. Pretoria : Child, Youth, Family and Social Development, Human Sciences Research Council, Department of Basic Education.
- 449 OMS (2002). *Defining Sexual Health: Report of a Technical Consultation on Sexual Health, 28-31 January, 2002*. Genève : Organisation mondiale de la Santé, p. 11.
- 450 Blankenship, K. M., Bray, S. J. et Merson, M. H. (2000). Structural interventions in public health. *AIDS*, vol. 14 (suppl. 1), pp. S11-S21.
- 451 Gupta, G. R., Parkhurst, J. O., Ogden, J. A., Aggleton, P. et Mahal, A. (2008). Structural approaches to HIV prevention. *The Lancet*, vol. 372 (9640), pp. 764-75.
- 452 Auerbach, J. D., Parkhurst, J. O., Caceres, C. F. et Keller, K. E. (2009). Addressing Social Drivers of HIV/AIDS: Some Conceptual, Methodological, and Evidentiary Considerations. Document de travail n° 24. Londres : London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- 453 Kippax, S. (2008). Understanding and integrating the structural and biomedical determinants of HIV infection: a way forward for prevention. *Current Opinion in HIV and AIDS*, vol. 3, pp. 489-94.
- 454 Lutz, B. (2012). *Can (conditional) cash transfers contribute to HIV prevention for girls? Good Policy and Practice in HIV and Education - Booklet 7*. <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002187/218793e.pdf>.
- 455 Banque mondiale (2010). A Cash Transfer Program Reduces HIV Infections among Adolescent Girls. *Washington DC : Banque mondiale*.
- 456 Strobbe, F. et Miller, C. (2011). Cash Transfers in an Epidemic Context: The Interaction of Formal and Informal Support in Rural Malawi. Document de travail de recherche sur les politiques n° 5824. Washington DC : Banque mondiale.
- 457 Baird, S. *et al.* (2009). The Short-Term Impacts of a Schooling Conditional Cash Transfer Program on the Sexual Behaviour of Young Women. Impact Evaluation Series No. 40. Document de travail de recherche sur les politiques n° 5089. Washington DC : Banque mondiale.
- 458 Rapport mondial de suivi sur l'EPT (2012). Rapport mondial de suivi sur l'EPT. *Jeunes et compétences*. L'éducation au travail. Paris : UNESCO.

- 459 UNFPA (2011). État de la population mondiale 2011 - 7 milliards de personnes leur monde, leurs possibilités. New York : UNFPA ; cité dans CNUDD (2012). *Rio 2012 Issues Briefs*, n° 14.
- 460 ONUDAES, Population Division (2011). *World Population Prospects: The 2010 Revision* (updated 28 June, 2011) ; cité dans CNUDD (2012). *Rio 2012 Issues Briefs*, n° 14.
- 461 Population Reference Bureau (2012). 2012 World Population Data Sheet. *Washington DC : Population Reference Bureau*, http://www.prb.org/pdf12/2012-population-data-sheet_eng.pdf (page consultée le 26 février 2013).
- 462 UNICEF (2012b). Progrès pour les enfants. Un bilan sur les adolescents. New York : UNICEF.
- 463 Ibid.
- 464 ONUDAES (2012). *The World Population Prospects, 2012 Revision*. New York : ONUDAES, http://esa.un.org/wpp/wpp2012/wpp2012_1.html. *Ces chiffres n'incluent pas les pays d'Asie occidentale et centrale*.
- 465 ONU (2011). *World Population Prospects: The 2010 Revision*. New York : ONUDAES, *Division de la population*.
- 466 Pour visualiser les données des populations pour 2010 et les prévisions pour l'ensemble des pays et régions, voir l'adresse suivante : <http://populationpyramid.net/>.
- 467 OMS (2013). *Infant Mortality*. Genève : OMS, http://www.who.int/gho/child_health/mortality/neonatal_infant_text/en/index.html (page consultée le 4 mars 2013).
- 468 Gribble, J. N. et Bremner, J. (2012). *The Challenge of Attaining the Demographic Dividend*. Washington DC : Population Reference Bureau.
- 469 Banque asiatique de développement (2012). *Asian Development Outlook 2012: Confronting Rising Inequality in Asia*. Manille : BAD, <http://www.adb.org/publications/asian-developmentoutlook-2012-confronting-rising-inequality-asia> (page consultée le 4 mars 2013).
- 470 Gribble, J. N. et Bremner, J. (2012). *The Challenge of Attaining the Demographic Dividend*. Washington DC : Population Reference Bureau.
- 471 *Rapport mondial de suivi sur l'EPT (2012)*. *Rapport mondial de suivi sur l'EPT. Jeunes et compétences. L'éducation au travail*. Paris : UNESCO.
- 472 GEFI (2012). *Initiative mondiale pour l'éducation avant tout*. New York : ONU.
- 473 *Rapport mondial de suivi sur l'EPT (2012)*. *Rapport mondial de suivi sur l'EPT. Jeunes et compétences. L'éducation au travail*. Paris : UNESCO.
- 474 Ibid.
- 475 Ibid.
- 476 Ibid.
- 477 Ibid.
- 478 ISU (2012). *Recueil de données mondiales sur l'éducation 2012. Opportunités perdues : impact du redoublement et du départ prématuré de l'école*. Montréal : ISU.
- 479 Ibid.
- 480 Voir le site Web de l'UNESCO Les TIC dans l'éducation, <http://www.unesco.org/new/en/unesco/themes/icts/m4ed/> (page consultée le 30 octobre 2013).
- 481 Banque mondiale (2012). *Information and Communications for Development 2012: Maximising Mobile. Édition pour conférence*. Washington DC : Banque mondiale.

- 482 UNESCO (2013). Principes directeurs de l'UNESCO pour l'apprentissage mobile. Paris : UNESCO.
- 483 Rapport mondial de suivi sur l'EPT (2012). Rapport mondial de suivi sur l'EPT. *Jeunes et compétences*. L'éducation au travail. Paris : UNESCO.
- 484 Ibid.
- 485 Institut de statistique de l'UNESCO (2007). Recueil de données mondiales sur l'éducation 2007. *Montréal : UNESCO-ISU*.
- 486 Ibid.
- 487 OCDE (2011). Regards sur l'éducation 2011 : Les indicateurs de l'OCDE. *Paris : Éditions OCDE*, <http://dx.doi.org/10.1787/eag-2011-en>.
- 488 Rapport mondial de suivi sur l'EPT (2012). Rapport mondial de suivi sur l'EPT. *Jeunes et compétences*. L'éducation au travail. Paris : UNESCO.
- 489 OCDE (2012). Statistiques de l'aide. <http://www.oecd.org/development/stats/developmentaidtodevelopingcountriesfallsbecauseofglobalrecession.htm> (page consultée le 27 mars 2013).
- 490 Rapport mondial de suivi sur l'EPT (2012). Rapport mondial de suivi sur l'EPT. *Jeunes et compétences*. L'éducation au travail. Paris : UNESCO.
- 491 Rapport mondial de suivi sur l'EPT (2013). L'Éducation pour tous est abordable – d'ici à 2015 et au-delà - Document d'orientation 06. Paris : UNESCO.
- 492 ONUSIDA (2012). Rapport mondial : rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2012. *Genève : ONUSIDA*.
- 493 Kaiser Family Foundation, ONUSIDA (2012). Financing the Response to AIDS in Low- and Middle- Income Countries: International Assistance from Donor Governments in 2011. *Rapport non publié*, <http://www.kff.org/hiv/aids/upload/7347-08.pdf> (page consultée le 28 mars 2013).
- 494 Ibid.
- 495 ONUSIDA (2012). Rapport mondial : rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2012. Genève : ONUSIDA.
- 496 ONUSIDA (2009). Impact de la crise financière et économique mondiale sur la riposte au sida. *25e Réunion du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA, Genève (Suisse), 8-10 décembre 2009*. Genève : ONUSIDA.
- 497 Amico, P., Gobet, B., Avila-Figueroa, C., Aran, C. et De Lay, P. (2012). Pattern and levels of spending allocated to HIV prevention programs in low- and middle-income countries. *BMC Public Health*, vol. 12, n° 221, Doi : 10.1186/1471-2458-12-221.
- 498 Ibid.
- 499 UNESCO et Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH (GNP+) (2012). *Positive Learning: Meeting the Needs of Young People Living with HIV (YPLHIV) in the Education Sector*. Paris : UNESCO.
- 500 UNESCO (2008). *School-centred HIV and AIDS Care and Support in Southern Africa. Rapport de consultation technique, 22-24 mai 2008, Gaborone (Botswana)*. Paris : UNESCO.
- 501 Helleve, A., Flisher, A. J., Onya, H., Mukoma, W. et Klepp, K. I. (2011). Can any teacher teach sexuality and HIV/AIDS? Perspectives of South African life orientation teachers. *Sex Education*, vol. 11, n° 1, pp. 13-26.
- 502 Clarke, D. J. (2008). *Heroes and Villains: Teachers in the Education Response to HIV*. Paris : IPE, <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001815/181572e.pdf>.

- 503 UNESCO (2005). HIV and AIDS Treatment Education. Rapport de consultation technique, novembre 2005. Paris : UNESCO.
- 504 UNESCO (2006). *L'éducation au traitement - Composante cruciale de l'action en faveur de l'accès universel à la prévention*, au traitement et à la prise en charge. Équipe de travail inter-institutions de l'ONUSIDA (IATT) sur l'éducation. Paris : UNESCO.
- 505 Cohen, M. S., Chen, Y. Q., *McCauley, M. et al.* (2011). Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *New England Journal of Medicine*, vol. 365, pp. 493-505.
- 506 Voir Auvert, B.E. *et al.* (2005). Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 trial. *PLoS Medicine*, vol. 2, n° 11, e298.
- 507 Gray, R. H. *et al.* (2007). Male circumcision for HIV prevention in young men in Rakai, Uganda: a randomised trial. *The Lancet*, vol. 369, pp. 657-66.
- 508 Bailey, R. C. *et al.* (2007). Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial. *The Lancet*, vol. 369 (9562), pp. 643-56.
- 509 Essai clinique 004 réalisé par le Centre du programme de recherche sur le sida en Afrique du Sud (CAPRISA) pour mesurer l'efficacité et la sécurité d'une formule de gel vaginal contenant 1 % de ténofovir.
- 510 ONUSIDA. Rapport mondial : rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2012. Genève : ONUSIDA.
- 511 ONU (2010). Rapport du Rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit à l'éducation. New York : ONU.
- 512 Voir par exemple la Déclaration du Forum mondial des jeunes à Bali (2012), http://icpdbeyond2014.org/uploads/browser/files/1334146f_french.pdf, et l'Appel à l'action d'Accra (2012), http://www.unfpa.org.br/cairo20/accra_call_action_icpd.pdf.
- 513 Boonstra, H. D. (2011). Advancing sexuality education in developing countries: evidence and implications. *Guttmacher Policy Review*, vol. 14, n° 3, pp. 17-33.
- 514 Bureau de l'évaluation de l'UNICEF (2012). Global Evaluation of Life Skills Education Programmes. New York : UNICEF.
- 515 Boonstra, H. D. (2011). Advancing sexuality education in developing countries: evidence and implications. *Guttmacher Policy Review*, vol. 14, n° 3, pp. 17-33.
- 516 <http://www.plusnews.org/Report/94046/RWANDA-Parents-teachers-divided-overcondom-initiative>.
- 517 Njue, C., Voeten, H. et Ahlberg, B. M. (2011). 'Youth in a void': sexuality, HIV/AIDS and communication in Kenyan public schools. *Sex Education*, vol. 11, n° 4, pp. 459-70, <http://dx.doi.org/10.1080/14681811.2011.595271> .
- 518 Ibid.
- 519 FIPF (2013). The ViiV Healthcare Effect. <http://www.viivhealthcareeffect.com/tour-ourprogrammes/act-tour-2012.aspx> (page consultée le 21 octobre 2013).
- 520 Al-Iryani, B., Basaleem, H., Al-Sakkaf, K., Crutzen, R., Kok, G. et Van den Borne, B. (2011). Evaluation of a school-based HIV prevention intervention among Yemeni adolescents. *BMC Public Health*, vol. 11, n° 279.
- 521 Ahmed, Z. (2011). *Youth at the nexus: ideology in HIV prevention in Nairobi, Kenya*. *Sex Education*, vol. 11, n° 2, pp. 129-54, DOI : 10.1080/14681811.558422.
- 522 UNFPA (2013). Population Reproductive Health in the Russian Federation. Document non publié.

- 523 IPPF European Network Choices (2011). Sexuality Education in Europe and Central Asia. Bruxelles. <http://www.ippfen.org/NR/rdonlyres/CAEAED62-A6D0-4327-B109-87F9B80AB501/0/ippfchoices2011.pdf>.
- 524 Larson, C. (2013). Chinese parents support more sex education in schools. Bloomberg Business Week, 4 juin, <http://www.businessweek.com/articles/2013-06-04/chinese-parents-support-more-sex-education-in-schools> (page consultée le 21 octobre 2013).
- 525 St Leger, L., Young, I., Blanchard, C. et Perry, M. (2010). Promouvoir la santé à l'école. Des preuves à l'action. Paris : UIPES.
- 526 Concentrer les ressources sur une santé scolaire efficace est un partenariat entre institutions des Nations Unies, notamment l'UNESCO, et la société civile dont le but est d'améliorer la santé et les résultats d'apprentissage des élèves et du personnel des établissements scolaires. Voir le site www.freshschools.org.
- 527 UIPES (2009). Vers des écoles promotrices de santé : lignes directrices pour la promotion de la santé à l'école. 2e version du document précédemment intitulé « Protocoles et lignes directrices pour les écoles promotrices de santé » (2008). UIPES, http://www.iuhpe.org/images/PUBLICATIONS/THEMATIC/HPS/HPSGuidelines_FR.pdf (page consultée le 1er avril 2013).
- 528 Ibid.
- 529 World Association for Sexual Health (2008). La santé sexuelle pour le millénaire. *Déclaration et document technique*. Minneapolis : World Association for Sexual Health.
- 530 Nussbaum, M. C. (2010). Not for Profit: Why Democracy Needs the Humanities. Princeton : Princeton University Press.
- 531 Silin, J. G. (1995). Sex, Death, and the Education of Children: Our Passion for Ignorance in the Age of AIDS. New York : Teachers College Press.
- 532 Torstensson, G. et Brundrett, M. (2009). The challenges to primary school leadership of HIV/AIDS in Botswana: the inadequacy of school effectiveness models in the context of the pandemic. *ISEA*, vol. 37, n° 1, pp. 74-90.
- 533 Silin, J. G. (1995). Sex, Death, and the Education of Children: Our Passion for Ignorance in the Age of AIDS. New York : Teachers College Press.
- 534 Howe, K. (1998). The interpretive turn and the new debate in education. *Educational Researcher*, vol. 27, n° 8, pp. 13-20.
- 535 Wood, L. (2012). *'Every teacher is a researcher!': creating indigenous epistemologies and practices for HIV prevention through values-based action research*. *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS: An Open Access Journal*, vol. 9, n° supp. 1, pp. S19-S27, <http://dx.doi.org/10.1080/17290376.2012.744910>.
- 536 Michielsen, K., Beauclair, R., Delva, W., Roelens, K., Van Rossem, R. et Temmerman, M. (2012). Effectiveness of a peer-led HIV prevention intervention in secondary schools in Rwanda: results from a non-randomized controlled trial. *BMC Public Health*, vol. 12, n° 729, <http://www.biomedcentral.com>.
- 537 World Association for Sexual Health (2008). La santé sexuelle pour le millénaire. *Déclaration et document technique*. Minneapolis : World Association for Sexual Health.
- 538 Bhana, D. (2009). 'They've got all the knowledge': HIV education, gender, and sexuality in South African primary schools. *British Journal of Sociology of Education*, vol. 30, n° 2, pp. 165-77, <http://dx.doi.org/10.1080/01425690802700222>.

- 539 Noar, S., Anderman, E. M., Zimmerman, R. S. et Cupp, P. (2004). Fostering student motivation in health education: are we applying relevant theory to school-based HIV prevention programs? *Journal of Psychology and Human Sexuality*, vol. 16, pp. 59-76 ; cité dans Anderman, E. M. *et al.* (2011). Classroom goal structures and HIV pregnancy prevention education in rural high school health classrooms. *Journal of Research on Adolescence*, vol. 21, n° 4, pp. 904-22, DOI : 10.1111/j.1532-7795.2011.00751.x.
- 540 Voir par exemple Dewey (1938), *Expérience et éducation* ; Freire (1973), *Education for Critical Consciousness* ; Darling-Hammond (2008), *Powerful Learning: What We Know About Teaching for Understanding*.
- 541 Ibid.
- 542 Silin, J. G. (1995). *Sex, Death, and the Education of Children: Our Passion for Ignorance in the Age of AIDS*. New York : Teachers College Press.
- 543 Ibid.
- 544 Delors, J. (1996). *L'Éducation: un trésor est caché dedans*. Rapport à l'UNESCO de la Commission internationale sur l'éducation pour le vingt et unième siècle (Extraits). Paris : UNESCO.
- 545 Cuban, L. (1993). *How Teachers Taught: Constancy and Change in American Classrooms 1890-1990*. New York : Teacher's College Press.
- 546 Martin, J. (1981). *Models of Classroom Management*. Calgary : Detselig Enterprises.
- 547 Bureau de l'UNICEF pour la Barbade et les Caraïbes orientales (2011). *Final Regional Report: Situation Analysis of Sexuality Education in the Caribbean*. Rapport non publié.
- 548 IATT de l'ONUSIDA (2013). *Enquête mondiale 2011-2012 sur les progrès réalisés par le secteur de l'éducation face au VIH et au SIDA. Progression, régression ou stagnation ?* Paris : UNESCO.
- 549 Bhana, D. (2009). 'They've got all the knowledge': HIV education, gender, and sexuality in South African primary schools. *British Journal of Sociology of Education*, vol. 30, n° 2, pp. 165-77, <http://dx.doi.org/10.1080/01425690802700222>.
- 550 Holderness, W. L. (2012). *Equipping educators to address HIV and AIDS: a review of selected teacher education initiatives*. *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS: An Open Access Journal*, vol. 9 (suppl. 1), pp. S48-S55, <http://dx.doi.org/10.1080/17290376.2012.744901>.
- 551 Bhana, D. (2009). 'They've got all the knowledge': HIV education, gender, and sexuality in South African primary schools. *British Journal of Sociology of Education*, vol. 30, n° 2, pp.165-77, <http://dx.doi.org/10.1080/01425690802700222>.
- 552 Voir par exemple Dankmeijer, P. (ed.) (2011). *GALE Toolkit: Working with Schools 1.0 - Tools for school consultants, principals, teachers, students and parents to integrate adequate attention of lesbian, gay, bisexual and transgender topics in curricula and school policies*. Amsterdam : GALE (Alliance mondiale pour l'éducation LGBT), www.lgbt-education.info.
- 553 Pour plus d'informations, voir UNESCO (2012). *Politiques rationnelles et bonnes pratiques en matière d'éducation au VIH et à la santé. Réponses du secteur de l'éducation au harcèlement homophobe*. Brochure 8. Paris : UNESCO.
- 554 UNICEF (2010). *Blame and Banishment. The Underground HIV Epidemic Affecting Children in Eastern Europe and Central Asia*. Genève : UNICEF, http://www.unicef.org/ceecis/UNICEF_BlameBanishment_WEB_final.pdf.

- 555 Pour plus d'informations, voir *UNESCO* (2012). Politiques rationnelles et bonnes pratiques en matière d'éducation au VIH et à la santé. Réponses du secteur de l'éducation au harcèlement homophobe. Brochure 8. Paris : UNESCO.
- 556 IATT de l'ONUSIDA (2013). Enquête mondiale 2011-2012 sur les progrès réalisés par le secteur de l'éducation face au VIH et au SIDA. *Progression, régression ou stagnation ? Paris : UNESCO*.
- 557 Voir Vygotsky (1978), *Mind in Society: The development of Higher Psychological Processes*.
- 558 OIT (2012). Comité conjoint OIT-UNESCO d'experts sur l'application des Recommandations concernant le personnel enseignant - Rapport final. Genève : OIT.
- 559 Torstensson, G. et Brundrett, M. (2009). The challenges to primary school leadership of HIV/AIDS in Botswana: the inadequacy of school effectiveness models in the context of the pandemic. *ISEA*, vol. 37, n° 1, pp. 74-90.
- 560 Ibid.
- 561 Silin, J. G. (1995). *Sex, Death, and the Education of Children: Our Passion for Ignorance in the Age of AIDS*. New York : Teachers College Press.
- 562 UNICEF (2013). Technical Brief. Effectiveness of HIV Prevention, Treatment and Care Interventions Among Adolescents: A Systematic Review of Systematic Reviews. New York : UNICEF.
- 563 UNFPA (2012). Rapport sur le statut des adolescents et des jeunes en Afrique subsaharienne : possibilités et enjeux. *New York : UNFPA*, http://www.prb.org/pdf13/youth-country-profiles_fr.pdf (page consultée le 30 août 2013).
- 564 Bureau de l'évaluation de l'UNICEF (2012). Global Evaluation of Life Skills Education Programmes. *New York : UNICEF*.
- 565 ONUSIDA (2011). Guide de terminologie de l'ONUSIDA. *Genève : ONUSIDA*.
- 566 ONUSIDA (2010). An Introduction to Indicators. *Genève : ONUSIDA*.
- 567 Commission internationale de juristes (2007). Les principes de Jogjakarta - Principes sur l'application de la législation internationale des droits humains en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre. http://www.yogyakartapinciples.org/principles_fr.pdf

L'ÉDUCATION EN DEVENIR

Une collection qui met à la portée des spécialistes du monde entier les travaux les plus récents en matière d'éducation

*La collection « **L'éducation en devenir** » a été conçue par l'UNESCO pour apporter un éclairage sur les tendances actuelles et les enjeux de demain dans le domaine de l'éducation. Elle a vocation à mettre à la portée de ceux qui élaborent les politiques et mènent les réformes toutes les connaissances issues de diverses organisations et sur des disciplines universitaires variées. À ce titre, elle a également pour objectif de contribuer aux réflexions en cours sur l'agenda international de l'éducation.*

Éducation et VIH

Évolution et perspectives

Plus de trois décennies après l'identification du virus, le VIH continue de toucher des millions de personnes dans le monde en dépit de la baisse des taux d'infection que connaissent un certain nombre de pays. Le secteur de l'éducation a, dès le début, joué un rôle primordial dans la réponse au VIH. Mais son rôle, ainsi que la contribution apportée par l'éducation au VIH en milieu scolaire, ont fait l'objet de nombreux débats. Cet ouvrage offre une vue d'ensemble de la manière dont le rôle du secteur de l'éducation et les approches de l'éducation au VIH ont évolué à travers le temps. S'appuyant sur les conclusions de travaux de recherche et d'études régionales récents, il examine les enseignements acquis, les difficultés et les opportunités qui se font jour, et propose des pistes pour l'avenir destinées à permettre au secteur de l'éducation de contribuer à la prévention de nouvelles infections, au traitement et à la prise en charge, et au recul de la stigmatisation et la discrimination.



Organisation
des Nations Unies
pour l'éducation,
la science et la culture

Secteur de
l'éducation