



MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

**PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE
CONTRE LES IST/VIH/SIDA**

**STRATEGIE DE COMMUNICATION POUR LA
PREVENTION DU VIH**

PNLS

A large, abstract geometric design at the bottom of the page, composed of several overlapping 3D rectangular blocks in shades of orange, red, and blue. The year '2013' is printed in large black font on a white rectangular background that is part of the design.

2013

STRATÉGIE DE COMMUNICATION POUR LA PRÉVENTION DU VIH

Table des matières

Liste des Abréviations	3
PRÉFACE	4
RÉSUMÉ EXÉCUTIF	5
INTRODUCTION	10
ANALYSE DE LA SITUATION.....	12
RÉSULTATS ATTENDUS.....	20
CADRE CONCEPTUEL.....	21
AXES D'INTERVENTION	22
Corrélation des axes d'intervention avec les résultats attendus	22
Propositions d'actions par axe d'intervention.....	23
I - Renforcement de la Gouvernance et du Leadership.....	23
II- Etablissement de Partenariats Stratégiques.....	24
III- Renforcement des capacités et de la performance.....	25
IV- Amélioration de l'accès et de la qualité des services de prévention.....	26
Monitoring et Evaluation	26
ORIENTATIONS STRATÉGIQUES	27
A- Focus sur les personnes les plus exposées.....	27
Groupes de population et segments priorités	28
B- Ciblage des « foyers » de l'épidémie.....	30
C- Habilitation pour la gestion du risque.....	31
D- Engagement et l'implication des organisations sociales et communautaires.....	32
E- Stimulation de l'action des décideurs à tous les niveaux.....	32
Approches par groupe de population.....	34
Grandes lignes d'activités	41
Liste des documents consultés.....	42

Liste des Abréviations

AES	Accident d'Exposition au Sang
ARV	Anti Rétroviraux
CBIS	Community-Based Information System (Système d'Information à Base Communautaire)
CCC/MC	Communication pour le Changement de Comportement/Mobilisation Communautaire
CNLS	Commission Nationale de Lutte contre le Sida
DPSPE	Direction de Promotion de la Santé et de Protection de l'Environnement
EMMUS	Enquête sur la Morbidité, la Mortalité et l'Utilisation des Services
HARSAH	Hommes ayant des Rapports Sexuels avec d'Autres Hommes
IHE	Institut Haïtien de l'Enfance
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
MARP	Most At Risk People (Personnes les plus à risque)
MAST	Ministère des Affaires Sociales et du Travail
MCFDF	Ministère à la Condition Féminine et aux Droits de la Femme
MENFP	Ministère de l'Education Nationale et de la Formation Professionnelle
MESI	Monitoring, Evaluation and Surveillance Interface
MJSAC	Ministère de la Jeunesse, des Sports et de l'Action Civique
MJSP	Ministère de la Justice et de la Sécurité Publique
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
NASTAD	National Alliance of State and Territorial AIDS Directors
NTIC	Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
OEV	Orphelins et Enfants Vulnérables
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH et le Sida
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PSI	Programme de Santé et d'Information
PSNM	Plan Stratégique National Multisectoriel (de Lutte contre le VIH/Sida)
PTME	Prévention de la Transmission (du VIH) de la Mère à l'Enfant
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
Sida	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
TS	Travailleurs/euses de Sexe
UNGASS	United Nations General Assembly (Assemblée Générale des Nations Unies sur le Sida)
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

PRÉFACE

Des progrès considérables ont été accomplis dans la lutte contre le VIH/Sida en Haïti depuis ces trente dernières années. Le nombre de sites offrant les services de dépistage a augmenté, de nombreux patients reçoivent leur thérapie anti rétrovirale et plus de 60% des femmes enceintes séropositives enrôlées au niveau des sites de prise en charge sont placées sous ARV. Pourtant, le comportement de certains groupes, en particulier les jeunes, reste très préoccupant sur tout le territoire haïtien, ce qui nécessite un questionnement des interventions de prévention en vue de leur renforcement. Quoique les patients infectés au VIH accèdent plus facilement au traitement anti rétroviral qui a été reconnu comme une nouvelle stratégie de prévention, les défis restent de taille ; d'autant que les ressources financières et matérielles allouées au programme de lutte contre l'épidémie du VIH s'amenuisent. La pérennisation des interventions devient alors un souci réel pour nos autres, les responsables nationaux.

Cette situation montre qu'il faut accentuer les efforts pour faire reculer l'épidémie et permettre à tous ceux qui en ont besoin de bénéficier du traitement et des soins nécessaires. Certes, les activités de Communication ont apporté un grand soutien dans la riposte nationale du VIH/sida mais il faut renforcer les actions afin de contribuer à l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le Développement et la vision des trois (3) Zéro de l'ONU/Sida à l'horizon de 2015.

Il est important de noter que la prévention du VIH se trouve au centre de la Politique Nationale du gouvernement et répond aux stratégies sectorielles Santé et Développement. Il s'agit d'empêcher que d'autres personnes soient infectées et de réduire le coût humain et financier de l'épidémie qui affecte en grande majorité les jeunes, la force productive nécessaire à la relance économique et au développement du pays. Le Plan Stratégique National Multisectoriel réaménagé 2008-2012 avec extension en 2015 dans l'analyse de l'axe stratégique # 1 fait référence à la réduction des risques contre le VIH par : i) le renforcement et l'extension des services de CCC/MC, ii) la disponibilité et l'accès aux préservatifs, iii) la promotion et le renforcement du dépistage volontaire, iv) l'extension et l'intégration des services de PTME, v) la sécurité transfusionnelle et la prévention de l'exposition accidentelle au sang qui sont autant d'interventions clés reflétant clairement la vision globale des différentes directions concernées.

Partant du mandat spécifique du MSPP visant à garantir à tous les citoyens sans distinction le droit à la vie, à la santé et à leur assurer, dans toutes les collectivités territoriales, les moyens appropriés pour la protection, le maintien et le rétablissement de leur santé ; il a été indispensable de réactualiser, vu les exigences du moment le guide national de prévention relatif aux IST/VIH/sida pour une période de trois ans 2012-2015.

Les diverses consultations réalisées dans le passé ont montré qu'une nouvelle orientation s'imposait pour la conception et la mise en œuvre des programmes de communication sur les IST, VIH/sida. Ce nouveau document stratégique va réorienter les interventions pour le changement de comportement notamment dans les domaines de la prévention ainsi que de la réduction de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH/sida. Cet outil contribuera à donner une réponse aux préoccupations du MSPP qui accorde une importance accrue à la prévention du VIH au sein de l'action sanitaire globale.

L'élaboration de ce document résulte d'une collaboration efficace entre la Coordination Technique du Programme National de Lutte contre le VIH/Sida, le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) et les différents intervenants dans la lutte contre le VIH/Sida.

Nous profitons de l'opportunité pour remercier tous les partenaires nationaux et internationaux du MSPP qui ont contribué à rendre disponible ce document national de Stratégie de Communication sur la prévention des IST/VIH/Sida. Nous restons persuadés qu'il sera utilisé à bon escient afin d'arriver à une génération haïtienne exempt des nouvelles infections.



Dr Florence Duperval GUILLAUME
Ministre de la Santé Publique et de la Population

Mots de remerciements

Cette « Stratégie de communication » est le fruit d'un travail laborieux réalisé en collaboration avec de nombreux partenaires. Tous ceux qui ont participé à son élaboration avaient la conviction qu'il fallait d'un guide pour la prévention afin de fournir des services de qualité à la population. Nous les remercions pour leur soutien et leur contribution à la réalisation de cet ouvrage.

Un merci spécial à Mme Elsie Lauredent qui a produit ce document et qui n'a jamais marchandé son concours. Cet outil stratégique n'aurait pas pu voir le jour sans la contribution du Fonds Mondial et nous profitons de cette opportunité pour remercier le PNUD qui nous a soutenu dans cette démarche. Un très grand merci aux membres du Cluster de CCC/MC qui ont une fois de plus montré leur engagement et leur solidarité.

Nous remercions particulièrement les nombreuses personnes de différents secteurs qui ont participé aux entretiens, en particulier les cadres des Ministères sectoriels sur qui le PNLS compte pour rendre effective la multisectorialité. Il est temps pour nous d'aborder la prévention en tenant compte de nos communautés et en engageant avec elles un véritable dialogue afin de mieux comprendre les problèmes et d'apporter une réponse appropriée.

Nous remercions chaleureusement tous les professionnels de la Coordination Technique du PNLS, en particulier Mme Bernadette Christian, chef du service CCC/MC qui est toujours à la recherche d'un produit de qualité.

Enfin, nous voulons adresser un remerciement spécial au Dr Gracia Desforges, consultant de l'UGP/MSPP/PEPFAR attaché à la Coordination Technique du PNLS pour sa précieuse contribution à l'élaboration de ce document.

Nous terminerons en formulant le souhait que la prévention retrouve sa place dans la réponse au VIH.


DR JOËLLE DEAS VAN ONACKER
COORDONATRICE DU PNLS

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) assume l'importante responsabilité du pilotage stratégique de l'ensemble des interventions visant le contrôle de l'épidémie dans le pays. Bien que des progrès significatifs aient été accomplis, Haïti fait encore face à une épidémie généralisée où les jeunes et les femmes font partie des groupes de population les plus touchés. À la fin de l'année 2011, il a été décidé de conduire une évaluation à mi-parcours du Plan Stratégique National Multisectoriel (PSNM) 2008 -2012.

Les recommandations de l'équipe qui a mené l'évaluation à mi-parcours ont été mises à profit par les dirigeants du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) pour le réalignement du PSNM et son extension jusqu'à 2015. Ce processus a également pris en compte les nouvelles orientations définies par l'UNGASS (Juin 2011) pour renforcer la riposte à l'épidémie du Sida au niveau mondial qui ont été synthétisées dans la nouvelle stratégie prônée par l'ONUSIDA : « *Zéro Nouvelle Infection – Zéro stigmatisation – Zéro Décès* » d'ici 2015 en support à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). La mise en œuvre du PSNM 2008-2015 devra également s'inscrire dans le cadre stratégique défini par la nouvelle Politique Nationale de Santé publiée en Juillet 2012.

Dans ce contexte et face aux nouveaux défis à relever, il s'est avéré indispensable pour le PNLS d'assurer l'actualisation des directives stratégiques en matière de Communication pour la Prévention du VIH. Ceci a été d'autant plus important que le document de Stratégie disponible ne portait que sur la Prévention de la transmission sexuelle du VIH et couvrait la période 2008 -2012.

La démarche d'actualisation de la stratégie a été basée sur une analyse méthodique de la situation. Le document de Politique Nationale de Santé et le Plan Stratégique National Multisectoriel de Lutte contre le VIH/Sida 2008 -2015 décrivent avec précision et de manière détaillée les différents facteurs sociaux et économiques qui peuvent être associés à la situation épidémiologique du Sida dans le pays. Les informations tirées de ces documents ont permis de bien comprendre les déterminants de tous ordres qui influencent aussi bien les niveaux de risque et de vulnérabilité des différents segments de la population que l'accès et l'utilisation des services de prévention et de prise en charge. La revue du volet Communication du PNLS a amené au constat que sa performance était affectée par de sérieux problèmes de gouvernance et de gestion découlant pour la plupart des défis confrontés en général par le système de santé.

Les conclusions de l'analyse de la situation et du programme ont servi à la détermination des résultats escomptés sur le plan programmatique et en matière de communication pour que la stratégie développée contribue à l'atteinte de l'objectif stipulé dans le PSNM et dans son Plan de suivi : « **Une réduction globale du niveau de transmission du VIH, toutes sources confondues, d'ici 2015** ».

Puis, les axes d'interventions et les orientations stratégiques pour arriver aux objectifs fixés dans le PSNM, tant sur le plan comportemental et social que sur le plan sanitaire ont été sélectionnés et présentés de façon schématique dans un cadre conceptuel. Il ne doit pas être vu ni interprété comme un modèle théorique à proprement parler, n'ayant été conçu que pour fournir une vue d'ensemble de la stratégie.

La Stratégie retenue pour la Prévention du VIH en Haïti pourrait être intitulée : « **5 X 5 pour moins de nouvelles infections d'ici 2015** ».

Les actions relevant des cinq (5) axes d'intervention retenus doivent contribuer à établir un cadre propice à la mise en œuvre d'interventions focalisées, cohérentes, articulées et soutenables. Ces axes portent sur la définition d'une vision partagée qui guidera le leadership du programme national de Communication dans ses efforts de mobilisation des ressources de toute sorte, de coordination de l'action et d'augmentation de l'efficacité. Il devrait en résulter une optimisation des résultats et des produits à partir des opportunités qui permettront de contourner les obstacles majeurs à l'exécution des plans d'action et de relever les importants défis liés à la disponibilité des ressources et des services. Ce sont :

1. Renforcement de la Gouvernance et du Leadership
2. Etablissement de Partenariats Stratégiques
3. Renforcement des capacités et de la performance
4. Amélioration de l'accès et de la qualité des services de prévention
5. Monitoring et Evaluation - axe transversal devant assurer la disponibilité, de manière opportune, d'informations fiables pour la prise de décision éclairée pour la bonne marche du programme.

Les cinq (5) orientations stratégiques définissent les grandes lignes tactiques devant guider l'action des intervenants directs dans le but de modifier effectivement les comportements, les normes sociales et autres facteurs environnementaux susceptibles d'influencer les niveaux de risque et de vulnérabilité à l'infection au VIH. Elles s'inspirent, en grande partie, des directives d'ONUSIDA pour la période 2012 – 2015 et fournissent un cadre de référence pour la planification, le suivi et l'évaluation des activités sur le terrain:

1. Focus sur les personnes les plus exposées
2. Ciblage des « foyers » de l'épidémie
3. Habilitation pour la gestion du risque
4. Engagement des organisations sociales et communautaires
5. Stimulation de l'action des décideurs à tous les niveaux

Cinq (5) groupes de population ont été priorisés:

- Jeunes de 16 à 24 ans des 2 sexes
- Femmes
- Personnes les plus à risque – (Most At Risk People- MARP)
- Hommes
- Personnes vivant avec le VIH (PVVIH)

De plus, la stratégie de Communication pour la Prévention du VIH accordera une attention particulière et soutenue à une catégorie de personnes jusqu'ici négligée: les enfants de 4 à 15 ans et une catégorie virtuelle, «la population en général».

Les interventions en cours actuellement touchent les cinq groupes prioritaires. Cette stratégie se propose de les améliorer et d'en ajouter d'autres plus adéquates en regard des besoins actuels des membres de chaque groupe. Les modifications et innovations seront basées sur une meilleure connaissance des caractéristiques et des besoins des différents segments de population.

L'approche globale privilégiée dans cette stratégie sera la **déviante positive**. Cette option se justifie par le fait que l'écart observé entre le niveau de connaissance sur le VIH et les comportements actuels peut être causé par des déficits psychomoteurs et d'autres facteurs socio culturels ou économiques qui rendent difficile la prise des décisions appropriées pour une gestion efficace du risque personnel.

A la lumière de cette approche, des interventions spécifiques seront conçues et menées à travers les approches tactiques et les canaux retenus pour chaque groupe de population primaire et secondaire pour promouvoir les comportements souhaités. Les approches tactiques habituelles : éducation par les pairs, éducation par le divertissement, activités d'information et de sensibilisation, counseling seront appuyées par une utilisation plus méthodique des médias de masse et des médias traditionnels. Les interventions de mobilisation sociale et communautaire de même que le plaidoyer seront menées de manière plus systématique. La principale innovation tactique de cette stratégie devra être une exploitation rationnelle et efficiente des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication. Sur le plan programmatique, son originalité réside dans l'importance considérable accordée à la recherche pour une plus grande adéquation des actions et une meilleure documentation des processus et des résultats qui permettra de démontrer la contribution de la Communication à la réduction des nouvelles infections au VIH dans le pays.

INTRODUCTION

Le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) assume l'importante responsabilité du pilotage stratégique de l'ensemble des interventions visant le contrôle de l'épidémie dans le pays. Bien que des progrès significatifs aient été accomplis, Haïti fait encore face à une épidémie généralisée où les jeunes et les femmes font partie des groupes de population les plus touchés. A la fin de l'année 2011, il a été décidé de conduire une évaluation à mi-parcours du Plan Stratégique National Multisectoriel (PSNM) 2008 -2012 en vue de :

- Mesurer les progrès réalisés dans la mise en œuvre du PSNM
- Apprécier la qualité de la gouvernance du PNLS
- Evaluer le niveau de disponibilité et d'accessibilité des services essentiels de lutte contre le Sida dans le pays.

Les conclusions de cette évaluation devaient fournir aux responsables des informations actualisées nécessaires à la prise de décisions politiques et stratégiques pertinentes pour l'atteinte des objectifs nationaux et le respect des engagements pris par le pays au niveau international. Les recommandations de l'équipe qui a mené l'évaluation à mi-parcours ont été mises à profit par les dirigeants du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) pour le réaligement du PSNM et son extension jusqu'à 2015. Ce réaménagement a également pris en compte les résolutions de l'UNGASS tenue en Juin 2011 :

- Eliminer les nouvelles infections par le VIH
- Eradiquer la maladie et les décès liés au VIH et au Sida
- Respecter les droits de l'homme pour réduire la stigmatisation, la discrimination et la violence liées au VIH
- Renforcer les systèmes de soins à travers des actions transversales et l'intégration de la lutte contre le VIH et le Sida à la lutte plus générale en faveur de la Santé et du Développement.

Ces nouvelles orientations pour renforcer la riposte à l'épidémie du Sida au niveau mondial ont été synthétisées dans la nouvelle stratégie prônée par l'ONUSIDA : « **Zéro Nouvelle Infection - Zéro stigmatisation - Zéro Décès** » d'ici 2015 en support à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

L'élaboration du PSNM 2008 - 2015 constitue une initiative louable des autorités sanitaires nationales dans le but de renforcer la riposte nationale pour atteindre les ambitieux objectifs fixés et, par ainsi, réduire la mortalité et la morbidité liées au VIH et au Sida; ce qui contribuerait au développement socio économique du pays. Il faut cependant, regretter que ces efforts soient entrepris dans un contexte de crise économique à l'échelle mondiale et que les priorités géo politiques actuelles risquent de provoquer une réduction de l'Aide au Développement. Tenant compte aussi du fait que les ressources financières nationales sont encore très limitées, la mise en œuvre des interventions du PSNM devra

être faite dans un contexte de rationalisation stricte des efforts et de l'utilisation des ressources particulièrement en renforçant leur coordination, en augmentant leur efficacité et leur efficience.

La mise en œuvre du PSNM 2008-2015 devra également s'inscrire dans le cadre stratégique défini dans le document de Politique Nationale de Santé publié en Juillet 2012. Les options stratégiques retenues par l'Etat haïtien incluent : « une action cohérente à travers les divers secteurs concernés sur l'ensemble des déterminants de la santé », « une convergence vers les corrections des problèmes structurels du secteur » et une nouvelle perspective de la santé, « placée au cœur du développement national en tant que réponse sociale et comme investissement ». Dans leur conception, leur planification et leur développement, les différentes composantes du PSNM 2008-2015 devront respecter les principes directeurs qui constituent les fondements de la Politique Nationale de Santé : **Universalité, Globalité, Equité et Qualité** ; elles devront aussi s'inspirer des valeurs qui la sous-tendent : **droit à la vie et à la santé, solidarité, participation citoyenne et efficience**.

Dans ce contexte et face aux nouveaux défis à relever, il s'est avéré indispensable pour le PNLS d'assurer l'actualisation des directives stratégiques en matière de Communication pour la Prévention du VIH. Ceci a été d'autant plus important que le document de Stratégie disponible ne portait que sur la Prévention de la transmission sexuelle du VIH et couvrait la période 2008 -2012. De plus, il faut se rappeler que, même si les orientations qui y sont définies servaient de référence pour les intervenants tant du secteur public que du secteur privé, le document n'a jamais été officiellement publié.

ANALYSE DE LA SITUATION

L'épidémie du Sida constitue une illustration claire de l'impact de nombreux facteurs sur l'état de santé d'une population donnée. En effet, pour prévenir effectivement l'infection au VIH, il importe de bien comprendre les déterminants de tous ordres qui influencent aussi bien les niveaux de risque et de vulnérabilité des différents segments de la population que l'accès et l'utilisation des services de prévention et de prise en charge. Le document de Politique Nationale de Santé et le Plan Stratégique National Multisectoriel 2008 -2015 décrivent avec précision et de manière détaillée les différents facteurs sociaux et économiques qui peuvent être associés à la situation épidémiologique du Sida dans le pays. On peut en extraire certains éléments clés :

Sur le plan Politique - Depuis bientôt deux (2) ans, Haïti dispose d'un gouvernement qui a clairement défini ses priorités. La mise en œuvre effective et la réussite des programmes qui en découlent devraient contribuer à une amélioration des conditions de vie de la population. Cependant, une Politique Nationale de Développement n'est pas encore élaborée; cet état de fait rend difficile une action articulée et synergique dans la mise en œuvre des différents plans d'action sectoriels existants. Il faut aussi souligner que les interventions de l'Etat sont assez souvent limitées ou gênées par la vétusté du cadre juridico-légal disponible.

Du point de vue démographique - La population haïtienne est supérieure à dix millions (10,000,000) d'habitants; elle est aussi très jeune, 61% des haïtiens sont âgés de moins de 25 ans et plus de la moitié de la population (environ 52%) est de sexe féminin. Actuellement, le pourcentage de la population vivant en milieu rural est estimé à 60%; des 40% vivant en milieu urbain, plus de la moitié habite dans des zones dites marginales avec une densité très élevée (environ 1000 à 1300 personnes à l'hectare). A noter également la croissance rapide de la population résultant de la fécondité encore élevée (4 enfants par femme) associée à une réduction des niveaux de mortalité infantile, juvénile et générale¹.

La situation économique - Une assertion datée de 2007, « la République d'Haïti est en proie à une pauvreté massive entretenue par des inégalités importantes ²», est malheureusement, encore valide. Elle pourrait même avoir été aggravée, au cours des cinq dernières années, par les tensions sociopolitiques, les désastres et catastrophes naturels, l'insécurité ; ce qui aurait contribué à une baisse de la production nationale dans tous les secteurs, une réduction des investissements donc à un accroissement du taux de chômage et à une situation de misère dans le pays.

Le pourcentage du Budget national 2012 -2013 alloué à la Santé est encore inférieur à 10%. Une bonne partie du financement des services de santé provient donc, du paiement direct par les patients et leur famille; ceci diminue souvent et retarde parfois le recours aux soins de santé.

Sur le plan social et culturel - La quête de meilleures conditions de vie a poussé de nombreux haïtiens à migrer vers les centres urbains ou même à quitter le pays vers des rives plus clémentes. Cette démarche bien que légitime a profondément secoué les structures sociales et contribué à l'effritement des valeurs ainsi qu'au rejet des normes sociales. Les familles sont trop souvent éparpillées ou déstabilisées par les efforts excessifs nécessaires pour assurer la survie de leurs membres ; elles sont souvent contraintes, en raison de la pauvreté, de vivre dans des conditions de promiscuité inacceptables. De plus, l'éloignement de la famille élargie et des réseaux traditionnels de support social

¹ MSPP, Politique Nationale de Santé. Juillet 2012 (Chapitre 2 – pages 17 et 18)

² Document de Stratégie Nationale pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté. 2007 - cité par MSPP, PSNM 2008-2012 réaménagé. 2012 (page 17)

laisse les enfants et les jeunes livrés à toute sorte d'influences malsaines qui les conduisent à adopter des comportements non conformes aux normes sociales et non favorables à la santé.

L'accès aux services sociaux de base (santé, éducation, eau potable, assainissement, informations) est encore nettement insuffisant pour la grande majorité de la population haïtienne. Cette situation contribue à entretenir des croyances nocives et des comportements inappropriés. Par exemple, le recours tardif aux services de santé en raison de la croyance que la maladie est d'origine surnaturelle. D'autres attitudes et croyances ancrées dans le background culturel portent la population à une sorte d'inertie qui peut même être perçue comme de l'indifférence. En général, le locus de contrôle est situé à l'extérieur de la personne : « *Bondye bon* », « *Bondye ki konnen* », « *se pa mwen* », « *se pa fèt mwen* » ... sont quelques unes des expressions trop fréquentes dans le milieu et qui traduisent clairement que la plupart des Haïtiens ne se croient ni capables, ni responsables de changer leur réalité.

Sur le plan épidémiologique - Haïti présente le tableau d'une épidémie généralisée avec une prévalence estimée à 2.2%, chez les adultes de 15 à 49 ans, en 2012 (EMMUS V), le même niveau qu'en 2005-2006 (EMMUS IV) ; ce qui montre une tendance à la stabilisation de l'épidémie. Il faut retenir que la prévalence du VIH est nettement plus élevée chez les femmes (2.7%) que chez les hommes (1.7%). Les résultats de l'EMMUS V mettent aussi en relief une différence marquée entre les sexes, dans la progression de l'infection avec l'âge. La prévalence du VIH augmente plus rapidement avec l'âge chez les femmes que chez les hommes comme l'indique le tableau 1 qui montre aussi qu'avant 40 ans, le pourcentage de séropositifs est toujours plus élevé chez les femmes.

Tableau 1 - Prévalence de l'infection au VIH par sexe et par âge

Sexe	Groupes d'âge							
	15-19	20 - 24	25- 29	30 - 34	35- 39	40 - 44	45- 49	50 - 59
Femmes	0.5%	2.1%	4.2%	3.5%	3.8%	3.9%	3.1%	N/A
Hommes	0.1%	0.7%	1.1%	2.2%	3.3%	4.4%	4.2%	2.6%

Source : Rapport préliminaire sur la prévalence du VIH (EMMUS V)

Même si tous les groupes d'âge sont touchés, on doit noter que les niveaux de prévalence les plus élevés sont enregistrés entre 25 et 45 ans, en plein dans la période de reproduction et de productivité de la population.

Les données présentées confirment la féminisation de l'infection au VIH dans le pays : i) prévalence plus élevée que chez les hommes à tous les groupes d'âge jusqu'à 40 ans, ii) croissance très rapide du taux de prévalence chez les jeunes filles, iii) prévalence nettement plus élevée (5.7%) - plus que le double de la moyenne nationale, parmi les femmes vivant dans les camps de déplacés. De plus, la comparaison des données des EMMUS IV et V montre que la prévalence du VIH chez les femmes est passée de 2.4% à 2.7% tandis qu'elle a régressé de 2% à 1.7% chez les hommes. Il faut toutefois noter une légère baisse de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes ; les résultats préliminaires de l'enquête de séroprévalence par méthode sentinelle chez les femmes enceintes réalisée en 2012 par IHE et NASTAD rapportent une prévalence de 2.4% alors qu'en 2009, elle était de 2.7%.

Le lieu de résidence constitue une autre variable importante dans la distribution de l'infection au VIH. La prévalence du VIH est plus faible en milieu rural (2.0%) qu'en milieu urbain (2.4%). Elle est supérieure à ou très proche de la moyenne nationale dans certains départements ayant des activités commerciales plus intenses (présence de ports, zones frontalières...) : Nord-Est, Nord-Ouest, Aire Métropolitaine de Port-au-Prince, Artibonite, Sud-Est et Nippes, comme illustré dans le tableau 2.

EMMUS V rapporte aussi une prévalence particulièrement haute parmi les résidents des camps d'hébergement (3.9%) surtout chez les femmes (5.7%).

Tableau 2 – Prévalence de l'infection au VIH par sexe et par département

Sexe	Départements Sanitaires										
	Ouest		Sud Est	Nord	Nord Est	Artibonite	Centre	Sud	Grande Anse	Nord Ouest	Nippes
	Aire Métropolitaine	Reste Ouest									
Femmes	2.8%	2.0%	1.9%	1.8%	4.2%	3.0%	1.7%	2.4%	2.2%	4.2%	2.6%
Hommes	2.1%	1.0%	2.3%	1.6%	3.4%	1.6%	1.8%	1.1%	0.8%	2.1%	1.3%
Totale	2.5%	1.5%	2.1%	1.7%	3.9%	2.3%	1.8%	1.8%	1.5%	3.2%	2.0%

Source : Rapport préliminaire sur la prévalence du VIH (EMMUS V)

Selon les résultats de deux (2) études menées par PSI-Haïti en 2012, les niveaux de prévalence du VIH seraient particulièrement élevés parmi les travailleuses de sexe (8.4%) et les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (18.1%). Les chiffres rapportés de ces études varient considérablement d'un département à un autre : pour les travailleuses de sexe, de 5.6% dans l'Ouest, la prévalence atteint 18% dans le Centre; et de 3.3% dans la Grande Anse à 28.6% dans le Nord Est.

Au niveau éducationnel et comportemental – La disponibilité de données dans ce domaine est très limitée. Si quelques chiffres existent sur certains comportements qui augmentent le risque d'infection au VIH, rares sont les données qualitatives actualisées qui permettraient de mieux comprendre les facteurs éducationnels (connaissances, habiletés et attitudes) qui sous-tendent les comportements observés.

Certaines pratiques sexuelles non sécuritaires sont très répandues dans le pays :

- initiation sexuelle précoce,
- faible utilisation du préservatif particulièrement au début de l'activité sexuelle et dans les rapports sexuels transgénérationnels ou transactionnels,
- multipartenariat concomitant avec une faible utilisation du condom

Des données récentes sur ce dernier point sont présentées dans le rapport préliminaire de l'EMMUS V :

- Parmi les personnes sexuellement actives, le nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie est de 2,4 chez les femmes et 12,6 chez les hommes.
- 2.3% des femmes et 24.8% des hommes interrogés ont déclaré avoir eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois. EMMUS IV avait rapporté respectivement 1.9% et 29.8%.
- Parmi les personnes ayant eu 2 partenaires ou plus au cours des 12 derniers mois, moins de la moitié -43% des femmes et 44% des hommes ont déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels. En comparaison avec les résultats de l'EMMUS IV, une nette

amélioration chez les femmes (25.7%) et une légère augmentation chez les hommes (41.9%) ont été notées.

Les rapports des études réalisées par PSI-Haïti au cours de l'année 2012 fournissent des données spécifiques sur les comportements des travailleuses de sexe et des hommes ayant des rapports avec d'autres hommes.

Les niveaux de **connaissances relatives au VIH et au Sida** sont relativement élevés dans la population en général. Selon les résultats de l'EMMUS V, plus de 99% des personnes interrogées ont entendu parler du Sida, quelque soit l'âge, le milieu de résidence et le niveau d'instruction sauf pour les hommes sans instruction (98.7%). Cependant, un pourcentage bien moindre (autour de 50%) des hommes et femmes en âge de procréer connaissent les moyens de réduire le risque d'infection au VIH. La connaissance sur le VIH est incomplète et plutôt superficielle dans certains groupes (âge, lieu de résidence, niveau d'instruction) ; de plus, certaines opinions erronées sur les modes de transmission et les moyens de prévention persistent encore particulièrement en milieu rural.

Faible perception du risque, croyances que le Sida est une maladie surnaturelle et que « Bondye Bon », préoccupation par la lutte pour la survie, machisme, stigmatisation des personnes infectées et affectées sont les principales attitudes qui ont cours dans la société haïtienne. En association avec les **normes sociales**, dans le contexte socio économique très précaire, ces attitudes entretiennent les **pratiques sexuelles non sécuritaires** mentionnées précédemment malgré l'augmentation progressive du niveau de connaissances de la population sur le VIH et le Sida.

Les taux de dépistage du VIH sont encore faibles sauf chez les femmes enceintes. L'utilisation des autres services de prévention du VIH (PTME, Prise en charge des AES, Prise en charge des IST, ...) est encore loin d'atteindre les niveaux escomptés. Cette **sous utilisation des services** de dépistage et de prévention serait liée à de multiples facteurs dont la stigmatisation encore très répandue, la disponibilité restreinte des services, la faible couverture des activités de promotion des services et dans une certaine mesure de leur qualité non satisfaisante.

La riposte nationale bien que reconnue efficace pourrait être plus efficace et avoir un impact bien plus important si le contexte social et économique était plus propice et si son opérationnalisation était mieux coordonnée. Le PNLS bénéficie du support des plus hautes autorités sanitaires nationales. Toutefois, la volonté exprimée ne s'est pas encore matérialisée dans les mesures indispensables pour doter le pays des politiques spécifiques, du cadre légal approprié et des institutions viables et fortes pour assurer le suivi de leur application. De plus, la gouvernance du programme est limitée en raison de l'absence d'une entité ou d'une structure dotée du mandat et de l'autorité nécessaire pour coordonner effectivement les interventions de tous les secteurs dans le but de freiner pour de bon l'épidémie.

L'axe Prévention tel que décrit dans le PSNM comprend 9 composantes : promotion « Abstinence et Fidélité », promotion du condom, promotion du dépistage, promotion de la PTME, prise en charge des IST, prévention positive, prise en charge des AES, circoncision masculine et sécurité transfusionnelle. Des orientations assez claires ont été définies pour chacune des composantes ; mais les différents programmes de prévention ne sont pas articulés. De plus, leur couverture reste encore très limitée

d'autant que le volet prévention semble être le moins financé, et celui dont le budget est le premier revu à la baisse.

La disponibilité des services de prise en charge et de traitement a considérablement augmenté mais le niveau de couverture, tributaire du système de santé, reste encore très restreint ; de ce fait, l'impact des interventions de promotion des services n'est pas toujours évident.

L'équipe qui a conduit l'évaluation à mi-parcours a accordé une attention particulière à l'analyse du volet Prévention du PSNM et certaines des conclusions et recommandations du rapport fournissent de précieuses indications sur la situation actuelle et même sur ses principaux déterminants.

- Les résultats observés, même s'ils semblent dénoter un certain progrès au niveau des connaissances, des attitudes et des comportements, ne peuvent pas être attribués aux efforts consentis dans le cadre du PSNM 2008-2012; vu que les changements dans ces domaines sont les fruits cumulés du travail réalisé au cours des deux (2) dernières décennies.
- Le programme souffre d'un déficit de Gouvernance et de Leadership. Le PSNM prévoit la mise en place d'une Commission Nationale de Lutte contre le Sida pour garantir une coordination effective de l'action multisectorielle; cette structure n'a pas encore été établie. Ce qui laisse une situation de vide vu qu'aucun mécanisme n'a été retenu pour la période de transition. Au niveau du MSPP, deux (2) structures différentes ont la responsabilité des interventions de Communication pour la Prévention du VIH sans qu'aucune modalité formelle n'ait été définie pour leur articulation.
- Les priorités définies par le Cluster CCC/MC n'ont pas été mises à profit pour le renforcement du volet communication du PNLS qui a pourtant un grand besoin d'être mieux géré et mieux coordonné pour contribuer pleinement au succès du PNLS.
- Environ 76% des institutions de santé offraient des séances d'éducation sur le VIH. Mais, il faudrait questionner la régularité et la qualité de ces séances.
- La cartographie des interventions d'éducation faite en 2008 et actualisée en 2010 ne renseigne pas en détails sur le niveau de couverture par type d'intervention et par cible. Il n'est pas utilisé systématiquement pour la prise de décision en vue d'augmenter la couverture des interventions.
- Plusieurs autres Ministères mènent des interventions visant la Prévention du VIH. Le MENFP qui détient le mandat de coordonner les interventions d'éducation sexuelle des jeunes a élaboré un Plan Stratégique (2002-2006) avec le support de l'UNICEF et développé un curriculum de formation. Cependant, un ralentissement marqué des activités dans les milieux scolaires a été observé en raison de la disponibilité limitée de ressources financières. De nombreuses organisations de femmes réalisent des activités d'éducation sur le Sida, mais le MCFDF ne dispose d'aucune structure, d'aucun mécanisme pour assurer la coordination et le suivi des interventions.

En matière de Communication

L'importance de la Communication en support aux différents volets du programme de lutte contre le Sida est reconnue par tous les décideurs et tous les intervenants. Toutefois, les résultats obtenus sont encore trop limités pour produire les effets escomptés. Il faut reconnaître que, trop souvent, les

interventions ne sont pas menées dans le respect d'orientations stratégiques basées sur des évidences scientifiques.

Bien que des directives stratégiques et techniques soient définies par le PNLS de concert avec ses partenaires, les actions sur le terrain ne s'inscrivent pas vraiment dans le cadre d'un programme structuré et continu ; de nombreuses interventions de Communication sont menées sur le terrain de manière plus ou moins régulière selon la disponibilité de ressources fournies en grande partie par la Coopération Internationale.

Les stratégies retenues ne sont pas toujours définies avec précision en raison de la disponibilité limitée de données de qualité sur les comportements et leurs déterminants. Elles ne sont pas, en général, mises en œuvre de manière conforme, ni sur une période suffisamment étendue pour permettre d'en évaluer objectivement l'adéquation et l'efficacité. Les difficultés rencontrées au cours de leur mise en œuvre et les leçons apprises ne sont pas documentées de façon méthodique, ce qui aurait permis de les adapter au fur et à mesure.

La grande majorité des interventions menées actuellement portent sur l'information et la sensibilisation de la population en général ou sur des groupes de population non segmentés. Les « activités d'éducation » sont encore fortement concentrées au niveau des centres urbains. Dans l'ensemble, les interventions s'adressent de façon privilégiée aux jeunes surtout les scolarisés, aux femmes particulièrement aux femmes enceintes, aux leaders communautaires. Il n'y a aucune évidence que les réunions avec les leaders communautaires rapportées par quelques intervenants soient réalisées selon une approche structurée de mobilisation communautaire. La grande efficacité de la communication interpersonnelle est unanimement reconnue, cependant, elle est limitée par la faible disponibilité et le manque de compétences des prestataires de santé.

L'utilisation des mass médias particulièrement de la radio est, en raison de la disponibilité limitée de fonds, réduite à la diffusion de spots et d'émissions particulièrement à l'occasion d'événements tels : les fêtes patronales et la célébration du 1^{er} Décembre. Il en est de même de l'organisation des « activités de sensibilisation » - marches, kiosques, caravanes.

Des faiblesses importantes peuvent être relevées au niveau de la planification, de la documentation et du suivi des interventions. Une évaluation objective de l'efficacité des interventions requiert une analyse approfondie des données dont la disponibilité est limitée et la fiabilité non garantie, une documentation soignée des approches utilisées et une revue de leur coût-efficacité. Le PNLS a conçu et mis en place un système de suivi des activités au niveau communautaire (Community-Based Information System - CBIS) qui devrait fournir des informations fiables sur les activités d'éducation tant pour la prévention et la prise en charge du VIH que pour l'assistance aux Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV). Mais, l'utilisation de ce système est surtout limitée aux institutions supportées par le PEPFAR; encore que le postage des données sur MESI n'est pas encore systématique dans tous les sites.

La perception d'efficacité des interventions semble associée au volume d'activités donc probablement à la disponibilité de financement. Selon l'opinion exprimée par les participants à la réunion extraordinaire du Cluster CCC/MC du 16 Novembre 2012, voir le tableau 3, les interventions visant la prévention du VIH jugées comme les plus efficaces sont : la promotion de l'utilisation du condom, la promotion du dépistage, la promotion des services de prise en charge des AES et la sécurité transfusionnelle. Celles portant sur la promotion de l'abstinence et de la fidélité ainsi que sur la promotion de la PTME sont perçues comme n'ayant pas atteint les objectifs fixés. Les interventions de

promotion de la circoncision masculine n'ont été notées que par 3 des 6 groupes; cela vient probablement du fait qu'elles n'ont pas été initiées de manière formelle dans le pays.

Tableau 3

Estimation du niveau d'atteinte des objectifs des interventions visant la prévention de l'infection à VIH*

	Interventions pour la prévention du VIH								
	Abstinence Fidélité	Condom	Dépistage	PTME	Traitement des IST	Préventio n positive	Prise en charge AES	Circoncision	Sécurité transfusion
Appréciation (Score 1 à 5)	1	4	3	2	3	2	4	-	-
	1	3	3	1	3	3	2	1	-
	-	5	5	3	3	3	3	2	3
	2	4	3	2	2	3	2	-	5
	-	-	-	3	-	-	-	-	-
	1	3	3	1	2	2	4	1	3
Total sur 30	5	19	17	12	13	13	15	4	11
Pourcentage	16.67	63.33	56.67	40	43.33	43.33	50	13.33	36.67
Classement (sur pourcentage)	8	1	2	6	4	4	3	9	7
Moyenne (des scores exprimés)	1.25	3.8	3.4	2	2.6	2.6	3	1.33	3.67
Classement (sur moyenne)	9	1	3	7	5	5	4	8	2

*Résultats des discussions en groupe menées au cours de la réunion du Cluster CCC/MC – 16 Novembre 2012

En résumé, la performance du volet communication du Programme National de Lutte contre les IST/VIH/SIDA est affectée par de sérieux problèmes au niveau de la Gouvernance et de la gestion découlant pour la plupart des défis confrontés par le système national de santé:

- La planification opérationnelle n'est pas basée sur les orientations nationales, elle est plutôt guidée par le financement disponible. Les modalités de collaboration avec les différentes agences d'appui rendent difficiles une planification conjointe, intégrée, faite à temps et adaptée aux réalités particulières de l'aire de desserte.
- L'exécution des plans d'action élaborés dans les délais prévus relève d'une véritable gymnastique pour jongler avec les intérêts et priorités concurrents des autres intervenants et des autres programmes, les réalités du terrain, les impondérables, l'insuffisance et/ou la non-disponibilité des ressources.
- L'inadéquation, la non efficacité des structures et mécanismes de coordination causées surtout par un « vacuum sur le plan structurel »
- La non-disponibilité de mécanismes adéquats pour assurer le suivi effectif des activités de communication, ce qui rendrait disponible l'information nécessaire pour faire les ajustements en cours de mise en œuvre des interventions.
- La problématique complexe des ressources humaines à tous les niveaux du système de santé – en quantité nettement insuffisante, avec une faible motivation, ne disposant pas des habiletés essentielles en communication, avec un système de valeurs qui affectent leurs interactions avec leurs coéquipiers et leurs clients.

- Des problèmes d'ordre structurel et organisationnel – gestion des ressources humaines, lenteurs administratives, manque de coordination entre les différentes entités du MSPP et entre programmes connexes, manque d'intégration dans la conception et la mise en œuvre des interventions de communication pour la promotion de la santé.
- Le déficit de coordination avec d'autres entités de l'Etat gêne sérieusement la prise en compte de certains groupes de population jusqu'ici ignorés ou négligés par les interventions de communication et d'éducation, tels : les moins de 15 ans, les travailleurs de sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les prisonniers, les consommateurs de drogues.
- La disponibilité limitée des services réduit grandement les résultats des interventions de promotion des services de prévention du VIH. De plus, la faible qualité de services disponibles cause un niveau élevé d'insatisfaction de la clientèle, ce qui entraîne souvent une perte de crédibilité des messages de communication aux yeux de la population.
- La non-utilisation d'une stratégie standard pour la distribution gratuite de condoms dans tout le pays.

RÉSULTATS ATTENDUS

Cette stratégie vise à contribuer à l'atteinte du résultat attendu stipulé dans le PSNM et dans son Plan de suivi : « Une réduction globale du niveau de transmission du VIH, toutes sources confondues – d'ici 2015 ». Il convient de noter qu'à date aucune enquête n'a encore été menée pour déterminer l'incidence de l'infection au VIH dans le pays; il faut donc espérer qu'en plus des estimations publiées par le PNLS, des indicateurs « proxy » seront sélectionnés pour permettre une évaluation objective des efforts de prévention du VIH.

Sur le plan programmatique

1. Le programme de communication pour la prévention du VIH est inscrit dans le cadre du plan national de Communication pour la Promotion de la Santé en partenariat avec tous les secteurs concernés.
2. Des structures et des mécanismes appropriés et fonctionnels permettent d'assurer effectivement la gouvernance et le leadership technique du programme de communication au niveau national (central et départemental).
3. Une amélioration de la qualité et de l'intégration des services offerts dans le cadre de la prévention du VIH, de la prise en charge et du traitement du VIH/Sida.

En matière de Communication

1. Une utilisation accrue des services de prévention du VIH, de prise en charge et de traitement du VIH/Sida.
2. L'augmentation du nombre de personnes adoptant des comportements à moindre risque pour se protéger de l'infection à VIH.
3. Des approches appropriées et efficaces sont mises en œuvre dans tout le pays ; elles sont développées en tenant compte du profil et des besoins des segments de population prioritaires, déterminés à partir de données qualitatives de type socio anthropologique.

Sur le plan comportemental

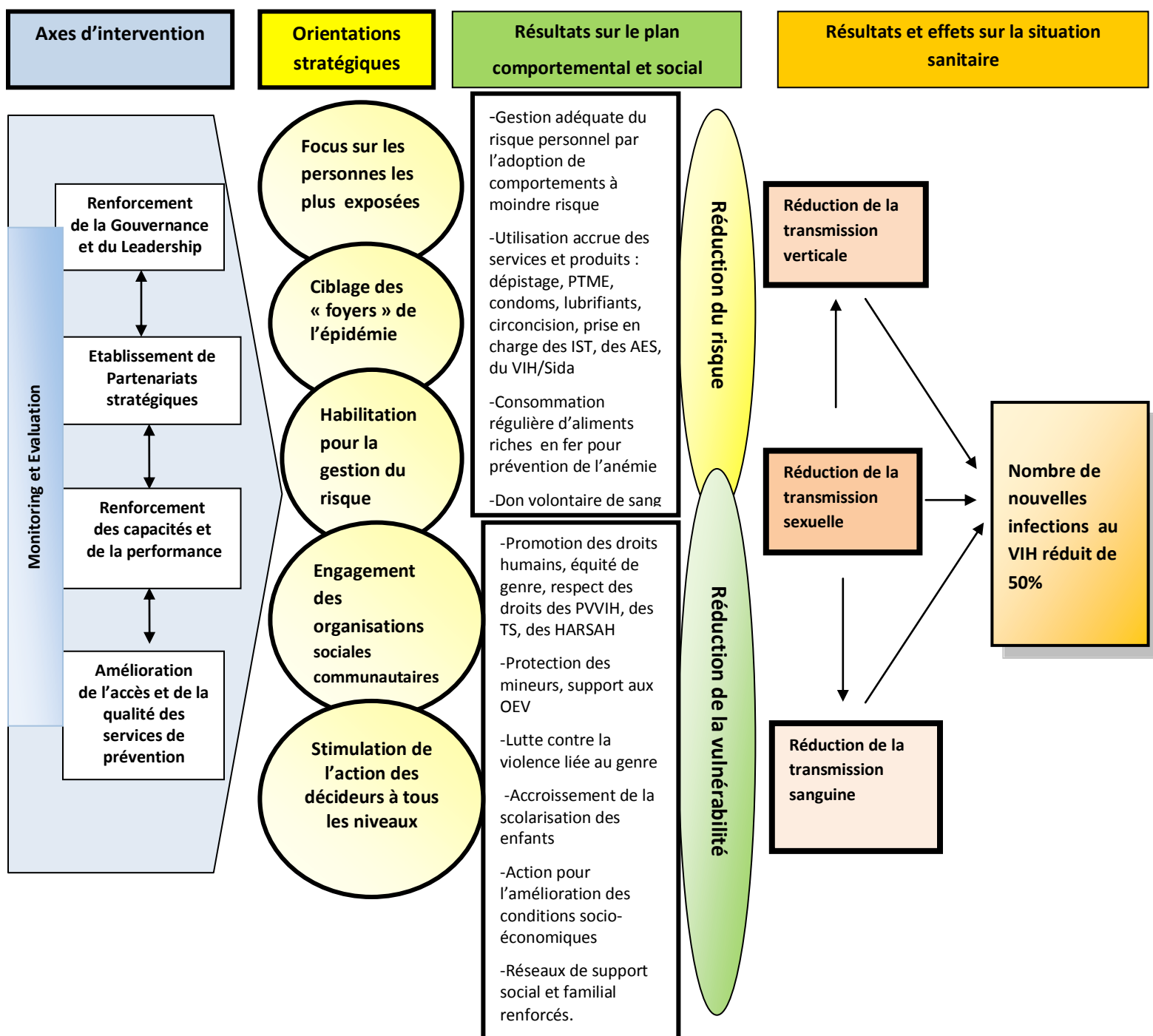
Les objectifs de comportement seront formulés pour chaque segment de populations à la lumière des résultats d'une analyse approfondie qui permettra de déterminer ou de mieux comprendre les comportements actuels et souhaités de même que les facteurs environnementaux associés à l'incidence élevée du VIH dans le pays.

Note :

Les résultats attendus ne constituent nullement des objectifs programmatiques spécifiques ; ceux-ci ne seront déterminés et formulés qu'au cours de l'élaboration des plans d'action et des plans opérationnels. Ce processus de planification se fera à la lumière des objectifs et indicateurs pour le volet Prévention indiqués dans le cadre de performance du PSNM 2008-2015.

CADRE CONCEPTUEL

Ce cadre présente, de façon schématisée, les axes d'interventions proposés et les orientations stratégiques retenues pour arriver aux objectifs fixés dans le PSNM 2008 – 2015, tant sur le plan comportemental et social que sur le plan sanitaire. Il ne doit pas être vu ni interprété comme un modèle théorique à proprement parler.



AXES D'INTERVENTION

A partir de l'analyse du programme de Communication pour la Prévention du VIH qui a permis d'identifier les causes sous-jacentes des problèmes observés, les quatre (4) axes d'intervention suivants ont été retenus dans le but d'orienter les actions sur les priorités et de produire les résultats escomptés avec le plus d'efficience possible.

1. Renforcement de la Gouvernance et du Leadership
2. Etablissement de Partenariats Stratégiques
3. Renforcement des capacités et de la performance
4. Amélioration de l'accès et de la qualité des services de prévention

Ces axes d'intervention seront soutenus par un axe transversal : le Monitoring et l'Evaluation qui permettra aux entités chargées de la gouvernance et de la gestion du programme de disposer, de manière opportune, d'informations fiables pour la prise de décision éclairée pour assurer la bonne marche du programme.

Corrélation des axes d'intervention avec les résultats attendus

Le tableau ci-dessous montre clairement que les axes d'interventions retenus en matière de Communication pour contribuer à la réduction du nombre de nouvelles infections au VIH sont pertinents et devraient permettre d'obtenir les résultats escomptés. De plus, il faut se rappeler que les axes sont interdépendants et que leurs interrelations doivent être gérées et coordonnées pour assurer une meilleure synergie des interventions.

Tableau 4 - Corrélation des axes d'intervention avec les résultats attendus

Résultats attendus	Axes d'intervention			
	Gouvernance Leadership	Partenariats Stratégiques	Capacités Performance	Qualité des services
Le programme de communication pour la prévention du VIH est inscrit dans le cadre du plan national de Communication pour la Promotion de la Santé en partenariat avec tous les secteurs concernés.				
Des structures et des mécanismes appropriés et fonctionnels permettent d'assurer effectivement la gouvernance et le leadership technique du programme de communication au niveau national.				
Une amélioration sensible de la qualité et de l'intégration des services offerts dans le cadre de la prévention du VIH, de la prise en charge et du traitement du VIH/Sida.				
Une utilisation accrue des services de prévention du VIH, de prise en charge et de traitement du VIH/Sida.				
L'augmentation du nombre de personnes adoptant des comportements à moindre risque pour se protéger de l'infection à VIH.				
Des approches novatrices et efficaces développées à partir d'une connaissance raffinée des segments de population prioritaires sont mises en œuvre dans tout le pays.				

Propositions d'actions par axe d'intervention

I - Renforcement de la Gouvernance et du Leadership

Le volet Prévention du PSNM 2008-2015 doit être implémenté en articulation avec les autres volets du Plan et de façon intégrée tant avec les autres programmes de Santé qu'avec les programmes de Développement Social. Ceci ne sera possible que si une vision précise et des stratégies clairement définies sont partagées par les différents partenaires. De plus, il est nécessaire que des structures adéquates et dotées de l'autorité nécessaire soient mises en place pour assurer le pilotage, la gestion et la coordination de l'opérationnalisation des stratégies à tous les niveaux.

En fait, cet axe dépasse le cadre de ce document de Stratégie de Communication pour la Prévention du VIH; toutefois, il constitue un pré requis, quasiment une condition critique pour faire face au défi de réduire le nombre de nouvelles infections au VIH dans le pays. Il convient aussi de rappeler ici que la mise en œuvre de cette Stratégie de Communication doit impliquer tous les concernés, vu que la Prévention du VIH est une priorité nationale.

Les grandes lignes d'action qui pourraient être inscrites dans cet axe sont :

- 1.1- Plaidoyer pour la mise en place du CNLS comme prévu dans le PSNM 2008 – 2015
- 1.2- Plaidoyer pour la constitution d'un Comité interministériel de Pilotage de la Prévention du VIH
Autant que possible, il serait souhaitable que ce comité soit une entité du CNLS. Son mandat principal serait d'assurer le leadership et la synergie de l'action des différents Ministères.
- 1.3- Elaboration et mise en œuvre d'un Plan Stratégique de la DPSPE
La DPSPE n'a toujours pas pu jouer pleinement et effectivement son rôle comme entité centrale du MSPP responsable de la normalisation et de la standardisation des interventions de Communication pour la Promotion de la Santé. Une analyse soignée de son environnement interne et de son environnement externe permettrait de déterminer les mesures susceptibles de la rendre plus apte à remplir son mandat et de renforcer ses capacités d'action, à court terme.
- 1.4- Mise en place d'un comité technique de Communication pour la Santé et le Développement
En attendant la mise en œuvre du Plan Stratégique de la DPSPE et compte tenu de l'urgence d'agir pour atteindre les objectifs fixés, le comité technique proposé faciliterait la coordination des interventions de Communication pour une augmentation de leur synergie et de leur efficacité ainsi qu'une utilisation plus efficiente des ressources disponibles. Le mandat et la constitution de ce comité seront définis de concert avec les organisations concernées.

II- Etablissement de Partenariats Stratégiques

La Prévention de l'infection au VIH passe par la réduction aussi bien du risque que de la vulnérabilité des personnes exposées. Les nombreux facteurs sur lesquels il faut agir pour y arriver ainsi que leurs interactions créent une situation d'une complexité telle que **le Gouvernement a reconnu : « qu'aucun secteur, aucun Ministère, aucune organisation n'est à lui seul suffisant pour contrôler l'épidémie du Sida en Haïti »**³. De plus, le contexte de crise économique qui affecte aussi bien le pays que ses principaux supporteurs internationaux exige une mise en commun et une utilisation plus efficiente des ressources. De nos jours, tous les intervenants sont dans l'obligation de faire plus et mieux avec moins. Il faut aussi souligner ici que la synergie des actions permet d'obtenir des résultats nettement supérieurs, qualitativement et quantitativement, à la somme des interventions menées de façon isolée et verticale.

Le partenariat stratégique ne signifie pas que tous doivent faire les mêmes choses de la même façon, mais plutôt que chaque partenaire doit contribuer à la concrétisation de la vision partagée par la mise en œuvre des stratégies définies conjointement tout en gardant son identité propre et en respectant ses valeurs. Ce type de partenariat exige aussi une recherche de complémentarité des expertises, des expériences, des atouts pour mieux saisir les opportunités et faire face aux menaces et contraintes.

Pour établir un cadre propice pour un partenariat effectif pour la prévention du VIH, il faudrait :

- 2.1 Développement d'un consensus avec tous les secteurs de la vie nationale pour l'action en faveur de la Prévention du VIH dans la perspective des OMD et du développement économique.

Utilisation des résultats de l'EMMUS V et d'autres recherches récentes pour lancer un débat national sur la prévention du VIH et mobiliser tous les secteurs autour du PSNM 2008 – 2015.

- 2.2 Elaboration d'un cadre de partenariat interministériel ou intersectoriel pour la réduction de moitié des nouvelles infections au VIH.

Ce document devra indiquer avec précision les résultats escomptés globalement ainsi que la contribution attendue de chaque Ministère ou secteur. Il devrait aussi décrire clairement les mécanismes de coordination, de suivi et d'évaluation des interventions. Un autre point important à définir dans ce cadre est le processus de reddition de comptes pour que chaque entité s'engage avec une pleine conscience des responsabilités qui lui incombent.

- 2.3 Développement du plan opérationnel intersectoriel et de plans d'action sectoriels pour la Prévention du VIH.

Le plan intersectoriel devra être complètement aligné sur les orientations stratégiques définies dans le PSNM 2008-2015 et celles retenues dans la Stratégie de Communication pour la Prévention du VIH. Les plans d'action sectoriels découleront directement du

³ MSPP. PSNM 2008-2012 réaménagé avec extension à 2015. 2012 (chapitre 5 - page 31)

plan intersectoriel et chacun devra indiquer les articulations nécessaires avec les autres secteurs ainsi que les mécanismes de coordination à mettre en place.

- 2.4 Mobilisation et allocation des ressources pour la mise en œuvre du plan opérationnel intersectoriel et des plans d'action sectoriels

Cette action requiert une coordination effective entre les bailleurs de fonds sous le leadership du Gouvernement. L'implication de tous les secteurs exigera probablement une certaine réallocation des ressources disponibles en tenant compte du mandat de chaque secteur et des responsabilités qui lui sont confiées.

- 2.5 Etablissement de mécanismes de coordination et de suivi par le Comité interministériel de Pilotage de la Prévention du VIH

L'organisation de rencontres thématiques périodiques, la publication d'un bulletin d'échanges constituent des exemples de mécanismes de coordination.

III- Renforcement des capacités et de la performance

L'analyse de la situation du programme de Communication a permis de mettre en relief les besoins de renforcement de compétences des intervenants tant au niveau du secteur santé que dans les autres secteurs. Les représentants ont recommandé vivement l'organisation de sessions de formation en Communication pour la Santé et le Développement pour les chargés de Communication des différents Ministères. Les prestataires de santé ont également besoin de renforcer leurs habiletés et modifier leurs attitudes pour pouvoir interagir plus positivement avec leurs clients et leur fournir des services de meilleure qualité. Pour permettre à tous les intervenants d'avoir une performance optimale, ils devront être dotés de références techniques, d'outils et de matériels appropriés. Ils devront aussi bénéficier d'un encadrement technique continu dans l'accomplissement de leurs tâches.

- 3.1 Elaboration et/ou dissémination des normes et protocoles standards pour la planification, l'organisation et le suivi des interventions de communication.
- 3.2 Développement et distribution d'outils et de matériels éducatifs adéquats pour répondre aux besoins spécifiques des différents segments de population.
- 3.3 Elaboration et mise en œuvre d'un plan de formation et d'appui technique de proximité des gestionnaires de programmes de communication, des intervenants et des prestataires dans tous les secteurs.
- 3.4 Intégration du volet Communication et Education dans les plans, protocoles et outils de supervision pour assurer la formation et l'encadrement technique des intervenants à tous les niveaux.
- 3.5 Participation au plaidoyer et aux efforts visant le renforcement de la gestion des ressources humaines et l'amélioration de leurs conditions de travail.

- 3.6 Mise en place de mesures visant la prévention et la prise en charge du «burn out» particulièrement des prestataires impliquées dans le counseling et la prise en charge.

IV- Amélioration de l'accès et de la qualité des services de prévention

Le programme de Communication vise entre autres, à promouvoir l'utilisation des services de santé et particulièrement de ceux qui visent la prévention du VIH. Il est évident que l'accès aux services et leur qualité déterminent leur niveau d'utilisation. Il importe donc que les intervenants en Communication soient pleinement engagés dans les efforts ayant pour objectifs l'augmentation de l'accès aux services même dans les zones les plus reculées et l'amélioration de leur qualité. De plus, ce programme devra assumer la responsabilité de stimuler la demande pour les services en faisant leur promotion, en informant la population de leur disponibilité et de leur localisation. Une approche qui peut s'avérer très efficace dans la promotion des services consiste aussi à promouvoir les prestataires en faisant auprès de la population le marketing de leurs compétences, de leurs nouvelles attitudes et de leur disponibilité ; ceci exige que les interventions de renforcement des capacités et d'amélioration des conditions de travail du personnel aient été mises en œuvre.

- 4.1 Renforcement de la coordination entre les programmes de prévention, de prise en charge et de traitement du VIH au niveau de toutes les entités du MSPP
- 4.2 Collaboration aux efforts visant l'amélioration de la qualité des services particulièrement de l'amélioration des interactions entre les clients et les prestataires.
- 4.3 Participation au monitoring de l'accès et de la qualité des services avec la participation des organisations communautaires de base.
- 4.4 Promotion des prestataires et des services de qualité

Mise en place d'une intervention de marketing de la nouvelle image des prestataires et des services de qualité optimale qu'ils offrent.

Monitoring et Evaluation

Cet axe bien que transversal revêt une importance capitale. En effet, il doit garantir la disponibilité, à temps, des données indispensables pour un pilotage éclairé du programme vers les objectifs poursuivis par chacun des axes d'intervention retenus. Un plan de suivi du programme de Communication sera élaboré en tenant compte du cadre de performance du PNLS défini par le Service de Suivi et d'Evaluation. Les indicateurs retenus dans ce cadre guideront la planification et la programmation des activités.

Les compétences du Service de Suivi et d'Évaluation du PNLS seront sollicitées pour la détermination des objectifs de processus et de résultats spécifiques à chaque axe d'intervention. La collaboration entre les services de Communication et de Suivi/Évaluation permettra aussi d'arriver à la mise à jour et l'implémentation du CBIS pour assurer la disponibilité et la fiabilité de données produites par la réalisation des activités au niveau communautaire par tous les intervenants. L'analyse de ces données et l'utilisation de l'information qui en découle pour la prise de décision à tous les niveaux du système de santé constituera une des priorités de l'action pour cet axe.

La disponibilité très limitée de données qualitatives sur les comportements de la population entrave fort souvent l'évolution du programme de Communication et rend difficile une évaluation objective de ses résultats et de son impact. Une proposition d'action immédiate serait l'inventaire des rapports de recherche récente disponibles et la détermination des besoins les plus pressants d'information qualitative et quantitative sur le profil et les besoins des groupes cibles prioritaires. Des activités de recherche sur les comportements, les normes sociales et autres facteurs environnementaux pourraient alors être planifiées et menées selon des méthodologies simples mais scientifiquement prouvées. Ces activités de recherche seront, autant que possible, intégrées dans les interventions planifiées sous forme de « recherche-action ». Cette approche permettra une transition progressive pendant laquelle les interventions actuelles pourront être enrichies, complétées, modifiées et d'autres novatrices introduites progressivement à la lumière des informations actualisées issues des interactions avec les groupes de population visés et les intervenants à tous les niveaux, dans tous les secteurs.

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

Les actions relevant des cinq (5) axes d'intervention retenus dans ce document de stratégie, doivent contribuer à établir un cadre propice à la mise en œuvre d'interventions focalisées, cohérentes, articulées et soutenables. Ces axes portent sur la définition d'une vision partagée qui guidera le leadership du programme national de Communication dans ses efforts de mobilisation des ressources de toute sorte, de coordination de l'action et d'augmentation de l'efficacité. Il devrait en résulter une optimisation des résultats et des produits à partir des opportunités qui permettront de contourner les obstacles majeurs à l'exécution des plans d'action et de relever les importants défis liés à la disponibilité des ressources et des services.

Les orientations stratégiques définissent les grandes lignes tactiques devant guider l'action des intervenants directs dans le but de modifier effectivement les comportements, les normes sociales et autres facteurs environnementaux susceptibles d'augmenter les niveaux de risque et de vulnérabilité à l'infection au VIH. Elles s'inspirent, en grande partie, des directives d'ONUSIDA pour la période 2012 – 2015 et fournissent un cadre de référence pour la planification, le suivi et l'évaluation des activités sur le terrain.

A- Focus sur les personnes les plus exposées

Les interventions visant la Prévention du VIH doivent porter en priorité sur les personnes les plus exposées à l'infection en raison de: i) leur faible perception de leur niveau de risque, ii) leur niveau élevé de vulnérabilité (émotionnelle, sociale, économique, ...), iii) leurs comportements à haut

risque. Cependant, elles devront aussi être orientées vers les personnes vivant avec le VIH dont le comportement peut influencer la transmission. Ces considérations associées aux résultats de l'analyse épidémiologique ont permis d'identifier **cinq (5) groupes de population prioritaires**:

1. Jeunes de 16 à 24 ans des 2 sexes
2. Femmes
3. Personnes les plus à risque – (Most At Risk People- MARP)
4. Hommes
5. Personnes vivant avec le VIH (PVVIH)

De plus, la stratégie de Communication pour la Prévention du VIH accordera une attention particulière et soutenue à une catégorie de personnes jusqu'ici négligée: les enfants de 4 à 15 ans et une catégorie virtuelle, «la population en général». Cette dernière catégorie peu précise servira à prendre en compte les besoins des groupes encore mal définis ou d'accès difficile et de certains groupes de population non retenus parmi les prioritaires.

Les interventions en cours actuellement touchent les cinq groupes prioritaires. Cette stratégie se propose de les améliorer et d'en ajouter d'autres plus adéquates en regard des besoins actuels des membres de chaque groupe. Les modifications et innovations seront basées sur une meilleure connaissance des caractéristiques et des besoins des différents segments de population. De ce fait, les principales actions à entreprendre seront:

- ✓ L'analyse secondaire approfondie des résultats de recherche comportementale (surtout qualitative) disponibles pour: raffiner la segmentation, polir les profils et identifier les besoins d'études complémentaires.
- ✓ L'adaptation des messages et approches de communication à l'information plus pointue disponible à partir de l'analyse mentionnée au point précédent.
- ✓ La planification et la réalisation d'études comportementales et d'activités de recherche-action pour satisfaire les besoins d'information complémentaire.
- ✓ La conception et l'élaboration de nouveaux messages et matériels, développement de nouvelles approches spécifiques par segment qui tiendront compte de l'information actualisée et des nouvelles orientations stratégiques définies.

Groupes de population et segments priorisés

Les données épidémiologiques disponibles indiquent que la prévalence du VIH est particulièrement élevée chez les HARSAH, les travailleuses de sexe, les femmes surtout les jeunes filles et les hommes particulièrement à partir de quarante ans. Les résultats de deux (2) études comportementales menées, en 2012, par PSI dans le cadre du Projet PrévSida portent à croire que: la fréquence élevée des rapports sexuels transactionnels, transgénérationnels, tant hétérosexuels qu'homosexuels, l'utilisation non constante et incorrecte des condoms, la pratique élevée du multi partenariat concomitant, l'initiation sexuelle précoce seraient à la base de la prévalence encore trop haute du VIH dans le pays.

Le tableau suivant présente les groupes de population retenus comme prioritaires et pour lesquels des approches spécifiques ont été adaptées à partir des documents de stratégie ou des plans d'action existants.

Tableau 5 - Segments de groupes de population prioritisés

Groupes de population	Segments prioritaires
1. Jeunes de 16 ⁴ à 24 ans des 2 sexes	Jeunes filles de 16 à 18 ans
	Jeunes garçons de 16 à 18 ans
	Jeunes filles de 19 à 24 ans
	Jeunes garçons de 19 à 24 ans
2. Femmes de 25 ans et plus ⁵	Femmes enceintes
	Femmes enceintes séropositives
	Femmes ayant des partenaires multiples
	Femmes en union stable
3. Personnes les plus à risque (Most At Risk People - MARP)	Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HARSAH)
	Travailleuses de sexe (bordels, trottoirs)
	Hommes et femmes ayant des rapports sexuels transactionnels avec des partenaires multiples
	Hommes en uniforme
	Migrant(e)s surtout les transporteurs, les routiers, les commerçant(e)s.
	Prisonniers
4. Hommes de plus de 25 ans	Hommes ayant des partenaires multiples
	Hommes en union stable
	Hommes de 40 ans et plus ayant des rapports sexuels transgénérationnels
	Migrants - routiers, hommes en uniforme, artistes, commerçants, déplacés vivant dans les camps
	Ouvriers, travailleurs de construction
5. Personnes vivant avec le VIH (PVVIH)	Adultes des 2 sexes
	Adolescents et jeunes
	Membres des couples discordants
	Tuberculeux

Les interventions de Communication devront aussi prendre en compte les besoins de deux (2) groupes de population :

- Les enfants de 4 à 15 ans⁶ avec 4 segments : 4-9 ans, 10-15 ans, OEV (enfants infectés et affectés par le VIH, enfants de rue, enfants en domesticité), parents

⁴ Les participants à l'atelier de validation ont recommandé de laisser les jeunes de 15 ans avec ceux de 10-14, car il n'est pas souhaitable de les mettre avec ceux de 18.

⁵ Ce groupe inclut aussi les jeunes filles émancipées par une union stable, une grossesse.

- La population en général incluant les personnes affectées par le VIH et la tuberculose, les personnes handicapées, entre autres.

B- Ciblage des « foyers » de l'épidémie

La prévalence du VIH est élevée dans tous les départements du pays. Elle varie de 1.5% à 3.9% selon les résultats de l'EMMUS V; le niveau de prévalence du VIH dans un département semblerait associé à certains facteurs tels: l'intensité des activités économiques en raison de l'existence de port maritime ou frontalier, les conditions de promiscuité de logement dans les camps d'hébergement, les bidonvilles. Compte tenu de la prévalence très élevée du VIH chez les travailleurs et travailleuses de sexe, il est fort probable que les « poches de prostitution » constituent aussi des foyers pour la propagation de l'épidémie.

Le rapport préliminaire de l'EMMUS V indique également que le niveau de l'infection est légèrement plus faible en milieu rural (2.0%) que dans les centres urbains (2.4%). A l'intérieur des villes, il semblerait que certains quartiers et centres de loisirs particulièrement dans les zones chaudes représentent des lieux propices à la transmission de l'infection, selon un « mapping » réalisé par PSI-Haïti.⁷

De tout ce qui précède, on peut conclure que les interventions de communication pour la prévention du VIH devraient être menées sur **tout le territoire national**, des efforts importants doivent être consentis pour augmenter leur couverture. Il convient toutefois de reconnaître qu'une attention particulière et soutenue devra être accordée : aux **centres urbains** et suburbains, aux zones marginalisées, aux **sites d'activité économique intense**, en coordination avec les points de prestation de services.

Dans cette optique, il faudra réaliser une cartographie de l'épidémie aux différents niveaux d'intervention pour disposer d'information précise sur les potentiels foyers de propagation de l'épidémie:

- ✓ Au niveau national, une classification des départements à partir de la prévalence du VIH – données déjà disponibles dans le rapport de l'EMMUS.
- ✓ Chaque département devrait identifier les communes les plus touchées en se basant sur toutes les données disponibles : EMMUS V, MESI, rapports de centres de surveillance sentinelle...
- ✓ Au niveau des communes « à haute prévalence », faire un « mapping » des localités et des zones rouges (foyers) en utilisant une version adaptée de la méthodologie de PSI-Haïti.

Les informations rendues ainsi disponibles seront mises à profit dans la conception, la planification et la réalisation d'une campagne multi média dans le pays. Il faudra toutefois, planifier une intensification des activités au niveau des foyers et une utilisation de canaux et approches adaptés, par exemple : implication des organisations sociales et communautaires en milieu rural, utilisation des radios communautaires dans les petites villes des média traditionnels pour certains groupes et des réseaux sociaux pour d'autres. Ces interventions spécifiques seront soutenues par des

⁶ Voir la note de pied de page # 4 à la page 27

⁷ Dans le cadre du Projet PrévSida, pour planifier la mise en place de points de vente de condoms.

approches transversales, plus globales du genre «éducation par le divertissement», utilisation de matériels imprimés, entre autres.

C- Habilitation pour la gestion du risque

La prévention de l'infection au VIH dépend fondamentalement de la capacité des individus à gérer leurs facteurs de risque personnel avec le support de leur entourage familial, communautaire et social. Les interventions à entreprendre dans la mise en œuvre de cette stratégie de Communication devront porter les individus et les communautés à développer les compétences nécessaires pour:

- Adopter et maintenir des comportements à moindre risque adaptés à leur situation de vie
- Utiliser de façon opportune les services de prévention disponibles
- Contribuer la modification des normes sociales en faveur de la prévention du VIH
- Promouvoir les comportements à moindre risque et les normes sociales positives dans leur entourage.

Cette habilitation doit résulter de la mise en œuvre des approches adaptées au profil des groupes et segments de population prioritaires, particulièrement dans les zones à haute prévalence, par des intervenants des différents secteurs en tenant compte de leur mission et leur mandat.

L'écart existant entre le niveau de connaissance sur le VIH et les comportements actuels peut être causé par des déficits psychomoteurs et d'autres facteurs socio culturels ou économiques qui rendent difficile la prise des décisions appropriées pour une gestion efficace du risque personnel. Il s'avèrera donc nécessaire de recourir à une utilisation équilibrée de la **Déviance Positive**⁸.

Quelques pistes pour orienter l'action peuvent déjà être définies :

- ✓ Les éléments retenus dans l'approche de déviance positive serviront de base pour : i) la conception et le développement du volet mass média du programme de communication, ii) la conception et le développement des interventions d'éducation par le divertissement, iii) l'adaptation du contenu des interactions entre les clients et les animateurs ou prestataires.
- ✓ Les thèmes couverts à travers les mass médias et l'éducation par le divertissement seront repris et approfondis au cours de discussions structurées, des débats communautaires et dans des programmes radiophoniques interactifs. Ces réflexions porteront surtout sur les facteurs de vulnérabilité et leur gestion au niveau familial, communautaire et national.
- ✓ L'existence de mécanismes de coordination appropriés et fonctionnels constitue une condition essentielle pour la complémentarité et la synergie des actions des intervenants des différents secteurs.
- ✓ Les participants ayant eux-mêmes réussi à changer de comportement, au fur et à mesure de l'évolution du programme représenteront de puissants avocats, des témoins efficaces qui pourront être mis à profit dans une approche méthodique d'éducation par les pairs.
- ✓ L'utilisation de ligne téléphonique du genre «Téléphone Bleu», du téléphone cellulaire pour l'envoi de message texte (SMS) peut s'avérer une tactique pour accompagner et soutenir les

⁸ La Déviance Positive est une approche qui permet de montrer, comme modèle, un individu qui, bien que faisant face à la même réalité, réussit à relever les défis et vaincre les obstacles pour adopter et maintenir les comportements souhaités.

personnes engagées dans une démarche de changement de comportement pour se protéger de l'infection au VIH.

D- Engagement et l'implication des organisations sociales et communautaires

Le document de Politique Nationale de Santé publié en Juillet 2012, dans son chapitre traitant de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation reconnaît le rôle privilégié des communautés, «raison d'être du système, à la fois acteur, utilisateur et constituant; elles y contribuent effectivement par la participation à la promotion de la santé, l'utilisation rationnelle des services et des soins ... ». L'implication des organisations sociales et communautaires est aussi importante que l'engagement des autres secteurs dans le programme de prévention du VIH. D'autant que les organisations communautaires menant des actions structurées peuvent faciliter la coordination des interventions de différents secteurs sur le terrain. De plus, la participation effective des organisations sociales et communautaires à la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des interventions pour la prévention du VIH constitue une garantie de leur adéquation et de leur acceptabilité. Elle peut aussi contribuer à augmenter leur couverture particulièrement en milieu rural, à assurer leur continuité au-delà du temps défini par un projet et à améliorer leur coût-efficacité.

Dans ce domaine aussi, il faudra éviter de tenter de réinventer la roue ; le MSPP dispose d'un cadre référentiel pour la Participation Communautaire⁹ et de nombreuses expériences ont été réalisées en Haïti, tant dans le secteur santé que dans les autres secteurs. Il s'agira donc de construire sur ces acquis par :

- ✓ L'analyse des documents de référence existants
- ✓ L'inventaire des approches déjà utilisées dans le pays et l'analyse des leçons apprises
- ✓ L'élaboration, de façon participative, d'un modèle par l'intégration des expériences réalisées dans le pays
- ✓ La dissémination du modèle et le partage d'expériences à travers la fertilisation croisée
- ✓ La mobilisation des ressources techniques et financières pour fournir aux organisations communautaires l'encadrement et le support nécessaires à la matérialisation de leur implication. Ces ressources doivent être déterminées et prévues dans les plans d'action sectoriels.

Une attention particulière devra être accordée à la documentation de la démarche, des résultats et des leçons apprises de même qu'au partage des résultats avec tous les intervenants surtout les organisations communautaires.

E- Stimulation de l'action des décideurs à tous les niveaux

La lutte contre le VIH et le Sida et, plus particulièrement, les interventions visant la prévention de l'infection sont entravées par des contraintes d'ordre structurel. Les leviers pour les contourner étant situés au niveau macro, une action concertée et méthodique des décideurs est requise pour faciliter la mise en œuvre harmonieuse des activités planifiées. Cette composante de la stratégie, bien que placée à la fin de la liste, n'est pas pour autant la moins importante. En fait, de son

⁹ MSPP. Orientations Nationales sur la Participation Communautaire. Document développé par Genesis pour la DPSPE. 2007

efficacité dépend, en grande partie, la capacité du pays à relever le défi posé par la réduction significative du nombre de nouvelles infections d'ici 2015.

De nombreuses actions attendent l'intervention des décideurs nationaux; certaines démarches ont déjà été initiées, d'autres sont bien avancées alors que pour certains aspects, tout reste à faire. Il s'agira donc de faire le point sur la situation et de prioriser soigneusement les batailles à entreprendre tenant compte des nombreuses autres préoccupations concurrentes des responsables de l'Etat.

Les priorités une fois définies, les efforts devront tendre vers :

- La sensibilisation de toutes les composantes de la société à partir de la mise en œuvre d'un plan de plaidoyer:
 - dissémination des données disponibles sur la prévalence du VIH, les comportements actuels, les normes sociales, les facteurs socio économiques;
 - analyse de l'impact du VIH sur la qualité de vie et le développement du pays;
 - partage d'information sur les engagements pris par le pays à l'UNGASS
- L'implication des élus locaux, associations socio –professionnelles, des associations de PVVIH, des organisations de femmes et de jeunes, des syndicats dans le plaidoyer pour la prévention du VIH.

Les principaux résultats attendus de ces interventions de plaidoyer convergent vers le renforcement de la gouvernance du programme:

- La mise en place des structures de coordination prévue dans le PSNM pour favoriser l'engagement effectif de tous les secteurs de la vie nationale
- L'actualisation et l'adaptation de la législation
- L'accroissement du financement de la lutte contre le VIH à partir des fonds propres du pays
- La mobilisation de ressources complémentaires

Pour maintenir une harmonisation de l'action dans le programme visant la Prévention du VIH au niveau national, il conviendra d'assurer une bonne articulation des interventions de plaidoyer avec l'axe 2 – « Etablissement de partenariats stratégiques» et avec la ligne stratégique D – «Engagement et Implication des organisations sociales et communautaires».

Approches par groupe de population

Groupe de Population:

Jeunes de 16 à 24 ans

Segments prioritaires:

Jeunes filles de 16 à 18 ans, Jeunes garçons de 16 à 18 ans,
Jeunes filles de 19 à 24 ans, Jeunes garçons de 19 à 24 ans

Comportements souhaités	Cibles secondaires	Approches et canaux
Retarder l'initiation de l'activité sexuelle Réduire le nombre de partenaires sexuels Utiliser systématiquement et correctement le condom à chaque rapport sexuel Faire le test de dépistage du VIH Encourager ses pairs à adopter et maintenir des comportements à moindre risque.	- Parents/ tuteurs - Professeurs - Leaders religieux - Moniteurs de sport - animateurs de groupes de jeunes - animateurs radio et télé (incluant DJ) - Prestataires de services sociaux et de santé.	Education par les Pairs – à travers les associations, clubs et organisations de jeunes
		Déviance Positive – recherche et utilisation de l'expérience de jeunes ayant adopté les comportements souhaités pour les promouvoir auprès des autres jeunes.
		Education par le Divertissement – chansons, musiques, jeux interactifs, théâtre ...
		Utilisation de la radio et de la télévision – concours de chanson, de musique, de saynète ; campagne multimédia
		Mobilisation Sociale et Communautaire : Education en groupe –contenu et méthodes standardisés, dans les écoles, les églises, les associations, clubs et organisations de jeunes
		Utilisation des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC) – téléphone cellulaire, Internet et réseaux sociaux.

Secteurs responsables et/ou impliqués

MENFP

MJSAC

MCFDF

MAST

Ministères de la Culture et de la Communication

Groupe de Population:

Segments prioritaires:

Femmes de 25 ans et plus

Femmes enceintes, Femmes enceintes séropositives,

Femmes ayant des partenaires multiples, Femmes en union stable

Comportements souhaités	Cibles secondaires	Approches et canaux
Réduire le nombre de partenaires sexuels	- Partenaires/conjoints	Education par les Pairs - à travers les associations, clubs et organisations de femmes ; à travers les organisations communautaires.
Utiliser systématiquement et correctement le condom à chaque rapport sexuel	- Membres et proches de la famille	
Faire le test de dépistage du VIH	- Leaders communautaires	Education par le Divertissement - chansons, musiques, jeux interactifs, théâtre ... prenant en compte les éléments issus de la « Déviance positive ».
Utiliser une méthode moderne de Planification Familiale	- Leaders religieux	
	- Leaders d'opinion	
Réduire le nombre de rapports sexuels occasionnels	- Membres d'organisations communautaires	Mobilisation Communautaire – sensibilisation et habilitation des organisations féminines et communautaires pour leur pleine implication dans la prévention du VIH chez les femmes de leur communauté.
Aller en consultation dès la suspicion de la grossesse	- Membres d'organisations féminines	
Respecter les rendez-vous à la clinique prénatale		Utilisation des « mass média » - feuilleton, capsules audio et vidéo, émissions interactives conçus selon l'approche « Déviance positive ».
Planifier et préparer son accouchement	- Prestataires de services sociaux et de santé	Utilisation of the NTIC – téléphone cellulaire, «Hotline »pour atteindre certains segments parmi les femmes.
Accoucher dans une institution de santé	- Travailleurs communautaires	Plaidoyer – des interventions visant les décideurs à tous les niveaux pour promouvoir un plus grand accès à l'information et aux services.
Accepter d'être enrôlée en PTME		Counseling -
Informers son partenaire et ses proches, autant que possible de son statut sérologique		
Envoyer le nouveau né à l'institution de santé avant 3 jours si l'accouchement a lieu à domicile.		

Secteurs responsables et/ou impliqués

MCFDF

MAST

MENFP

MJSAC

MSPP

Ministères de la Culture et de la Communication

Groupe de Population:
- MARP)

Personnes les plus à risque - (Most At Risk People

Segments prioritaires:

Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HARSAH), Travailleuses de sexe (bordels, trottoirs), Hommes et femmes ayant des rapports sexuels transactionnels avec des partenaires multiples, Hommes et femmes en uniforme, Migrant(e)s surtout les transporteurs, les routiers, les commerçant(e)s, Prisonniers, Toxicomanes

Comportements souhaités	Cibles secondaires	Approches et canaux
Réduire le nombre de partenaires sexuels Utiliser systématiquement et correctement le condom à chaque rapport sexuel Faire le test de dépistage du VIH Réduire le nombre de rapports sexuels occasionnels Encourager ses pairs à adopter et maintenir des comportements à moindre risque Utiliser, de façon opportune, les services de diagnostic et de traitement des Infections Sexuellement Transmissibles Utiliser du lubrifiant à base d'eau avec le condom à chaque rapport sexuel anal.	- Pairs - Partenaires - Proxénètes - Propriétaires de maison de passe - Prestataires de services sociaux et de santé	Counseling
		Education par les Pairs
		Education par le Divertissement – programmes sportifs, musiques pendant transit.
		Utilisation des NTIC – téléphone cellulaire, hotline, réseaux sociaux
		Activités d'information et de sensibilisation – fêtes champêtres, péristyles, garages, gares routières,
		Plaidoyer pour la promotion du respect des droits humains

Secteurs responsables et/ou impliqués

MAST

MCDFD

MJSP

MJSAC

MSPP

Ministères de la Culture et de la Communication

Groupe de Population:

Hommes de plus de 25 ans

Segments prioritaires:

Hommes ayant des partenaires multiples, Hommes en union stable, Hommes de 40 ans et plus ayant des rapports sexuels transgénérationnels, Migrants: routiers, hommes en uniforme, artistes, commerçants, déplacés vivant dans les camps, Ouvriers, Travailleurs de construction

Comportements souhaités	Cibles secondaires	Approches et canaux
Réduire le nombre de partenaires sexuels Utiliser systématiquement et correctement le condom à chaque rapport sexuel – même avec un partenaire régulier Faire le test de dépistage du VIH Réduire le nombre de rapports sexuels occasionnels Encourager ses pairs et ses partenaires à adopter et maintenir des comportements à moindre risque Utiliser, de façon opportune, les services de diagnostic et de traitement des Infections Sexuellement Transmissibles	- Pairs - Partenaires/conjointes - Leaders communautaires - Leaders religieux - animateurs de radio – émissions de sports - Prestataires de services sociaux et de santé	Education par les Pairs
		Education par le Divertissement
		Mobilisation Communautaire
		Activités de sensibilisation et d'éducation sur les lieux de travail, de loisir, de transit
		Utilisation des « mass média » - programmes radio et télé sur le sport, l'économie, l'actualité politique
		Counseling

Secteurs responsables et/ou impliqués

MAST

MJSAC

MJSP

MSPP

DPC/MICT

Ministères de la Culture et de la Communication

Groupe de Population:

Personnes vivant avec le VIH (PVVIH)

Segments prioritaires:

Adultes des 2 sexes, Adolescents et Jeunes, Membres des couples discordants, Tuberculeux

Comportements souhaités	Cibles secondaires	Approches et canaux
Réduire le nombre de partenaires sexuels Utiliser systématiquement et correctement le condom à chaque rapport sexuel Utiliser, de façon opportune, les services de diagnostic et de traitement des Infections Sexuellement Transmissibles Informer son partenaire et ses proches, autant que possible de son statut sérologique Encourager ses pairs à adopter et maintenir des comportements à moindre risque Utiliser, de façon opportune et continue les services de Support Psycho Social et de Soins Palliatifs	- Pairs - Partenaires/conjoints - Prestataires de services sociaux et de santé	Counseling
		Education par les Pairs
		Groupes de support
		Hotline Téléphone cellulaire
		Utilisation des « mass média » - capsules audio et vidéo, émissions interactives
		Plaidoyer pour le respect des droits humains, l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination.

Secteurs responsables et/ou impliqués

MSP

MCFDF

MAST

MENFP

MJSAC

Ministères de la Culture et de la Communication

Groupe de Population:**Enfants de 4 à 15 ans****Segments prioritaires:**

Enfants de 4-9 ans, enfants de 10-15 ans, Orphelins et Enfants Vulnérables (enfants infectés et affectés par le VIH, enfants de rue, enfants en domesticité), parents

Comportements souhaités	Cibles secondaires	Approches et canaux
Retarder l'initiation de l'activité sexuelle Réduire le nombre de partenaires sexuels Utiliser systématiquement et correctement le condom à chaque rapport sexuel Encourager ses pairs à adopter et maintenir des comportements à moindre risque	- Parents - Jardinières d'enfants - Instituteurs - Moniteurs - Encadreurs des centres d'accueil - Prestataires des services sociaux et de santé - Leaders religieux - Leaders communautaires - Pairs	Mobilisation sociale et communautaire – activités d'information et de sensibilisation sur la vulnérabilité des enfants au VIH
		Utilisation des « mass média » - capsules audio et vidéo
		Activités d'éducation sur l'estime de soi et les habiletés essentielles dans les églises, les écoles, les jardins d'enfants, les centres d'accueil et autres structures communautaires
		Education par le divertissement – danse, musique, chansons, théâtre de rue
		Activité d'éducation sur la sexualité, le dialogue parent/enfant dans les églises, les associations et réunions de parents, les organisations communautaires, les organisations féminines.
		Education par les Pairs dans les organisations de jeunes (pour les 10-15 ans)

Secteurs responsables et/ou impliqués

MENFP

MAST

MCFDF

MSPP

MJSAC

Ministères de la Culture et de la Communication

Groupe de Population:

La Population en général

Segments prioritaires:

Personnes affectées par le VIH, personnes handicapées, ...

Comportements souhaités	Cibles secondaires	Approches et canaux
Retarder l'initiation de l'activité sexuelle Réduire le nombre de partenaires sexuels Utiliser systématiquement et correctement le condom à chaque rapport sexuel Faire le test de dépistage du VIH Encourager ses pairs à adopter et maintenir des comportements à moindre risque Respecter les droits de tous - PVVIH, femmes, enfants, jeunes, Travailleurs de sexe, hommes ayant des rapports avec d'autres hommes, LGBT Supporter les personnes infectées et affectées par le VIH	Non Applicable	Utilisation des mass média – capsules audio et vidéo, distribution de séries de feuillets informatifs
		Education par le divertissement : chansons, saynètes, théâtre ...
		Organisation de débats communautaires à travers les organisations structurées de jeunes, de femmes, ... Retransmission des débats à travers les radios communautaires
		Activités d'information et de sensibilisation sur les lieux de travail, de transit, de loisir.
		Causeries et discussions au niveau des églises, des organisations sociales et communautaires

Secteurs responsables et/ou impliqués

MCDFD

MAST

MENFP

MJSAC

MSPP

DPC/MICT

Ministères de la Culture et de la Communication

Grandes lignes d'activités

Sur le plan technique, les interventions seront articulées autour de l'approche « Déviance Positive ». Elles seront initiées par l'élaboration du profil des «déviants positifs» à partir des résultats de recherche disponibles et avec la participation des segments de population priorisés. Puis, elles porteront sur une description précise des situations difficiles et des défis vécus par les «déviants positifs». Le profil et le contexte de vie des déviants positifs fourniront les éléments fondamentaux pour : i) la conception de messages et de matériels audio visuels. ii) la préparation du contenu, des questions et points clés à traiter avec les participants. iii) l'actualisation ou adaptation des curricula et guides de discussion iv) le développement des chansons, jingles, matériels imprimés, matériels audio et vidéo avec la pleine participation des participants. Le plan d'implémentation de la stratégie devra être développé après obtention de consensus avec les intervenants des différents secteurs et une bonne estimation des ressources disponibles. A titre illustratif, les principales activités techniques pourront être :

- Revue documentaire des résultats de recherche disponibles
- Recherche comportementale
- Recherche-Action
- Elaboration du profil des « déviants positifs »
- Mise à jour des documents de référence sur les approches retenues
- Conception de messages et développement de matériels en tenant compte du profil des « déviants positifs».
- Planification et coordination de la campagne multimédia.
- Formation des intervenants en Mobilisation Communautaire
- Développement de curriculum et de matériel de support standard
- Formation des jardinières d'enfants, des instituteurs, des moniteurs de groupes d'enfants.

Liste des documents consultés

1. MSPP. Document de Politique Nationale de Santé . Juillet 2012
2. MSPP/PNLS. Plan Stratégique National Multisectoriel 2008-2012 – Réaménagé avec extension à 2015. Septembre 2012
3. Futurist Group et al. (Juillet 2011). Rapport préliminaire de l’Evaluation à mi-parcours de la mise en œuvre du Plan Stratégique national multisectoriel 2008-2012.
4. MSPP/PNLS. Rapport de Situation Nationale, Haïti (UNGASS). Mars 2012
5. Rapport préliminaire sur la prévalence du VIH. EMMUS V – Haïti 2012. Non publié- Décembre 2012
6. PSI – Haïti (2012) Rapport préliminaire TRAC – Prévalence VIH et utilisation du condom parmi les travailleuses de sexe Haïtiennes
7. PSI – Haïti (2012) Rapport préliminaire TRAC – Prévalence VIH et utilisation du condom parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HARSAH) en Haïti
8. MSPP/PNLS. Plan de Suivi et Evaluation du Programme National de Lutte contre le Sida 2012-2015. 2012
9. MSPP/LMS. Stratégie Nationale de Communication pour la prévention de la transmission sexuelle du VIH 2007 – 2012. Non publié -Juillet 2007
10. MSPP/HCP. Stratégie de communication préconisant l’Abstinence et de la Fidélité pour la prévention des IST/VIH/SIDA chez les Jeunes. Septembre 2005
11. MSPP/SDSH. Stratégie de communication pour la promotion de la PTME. Non publié- Janvier 2009
12. I-TECH. Prévention Positive des PVVIH – Manuel du Participant
13. PSI - Stratégie PrévSida – Plan marketing pour les MARPs
14. MTPTC/MSPP/Konesans Fanmi. Document de Projet (2012)

ANNEXE

Plan d'action 2013 - 2015

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

Programme National de Lutte contre le Sida

Stratégie de Communication pour la Prévention du VIH Plan d'action Avril 2013 – Septembre 2015

La mise en œuvre de la Stratégie de Communication pour la Prévention du VIH s'étendra sur une période de trente (30) mois allant d'Avril 2013 à Septembre 2015. Cette période sera subdivisée en trois (3) phases:

- | | |
|----------------------------------|--|
| 1- Avril à Septembre 2013 | Initiation et mise en place pour l'implémentation de la Stratégie |
| | Renforcement des interventions en cours |
| 2- Octobre 2013 à Septembre 2014 | Implémentation de la Stratégie – Suivi et documentation du processus |
| 3- Octobre 2014 à Septembre 2015 | Consolidation de l'action et documentation des résultats |

No.	Grandes Lignes d'action et Interventions	Intervenants	Phase 1		Phase 2				Phase 3			
			T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
1.	Dissémination du document de Stratégie de Communication pour la Prévention du VIH – Organisation de réunions avec des intervenants des différents secteurs (au niveau décisionnel et opérationnel) – Axes I et II	PNLS DPSPE DG/MSPP PNUD ONUSIDA	X	X								
2.	Etablissement de consensus avec les différents secteurs de la société sur l'importance de la Prévention du VIH pour le développement socioéconomique du pays et l'atteinte des OMD – Axe II	PNLS DPSPE DG/MSPP ONUSIDA	X	X								
3.	Plaidoyer pour la mise en place du Comité National de Pilotage de la Prévention du VIH - Axe I	PNLS DG/MSPP ONUSIDA	X	X								
4.	Plaidoyer pour la mise en place du CNLS - Axe I	PNLS DG/MSPP ONUSIDA	X	X								

No.	Grandes Lignes d'action et Interventions	Intervenants	Phase 1		Phase 2				Phase 3			
			T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
5.	Elaboration d'un cadre de partenariat national pour la Prévention du VIH - Axe I	PNLS DG/MSPP ONUSIDA	X	X								
6.	Mise en place du Comité Technique de Communication pour la Santé et le Développement - Axe I	DPSPE UNICEF	X									
7.	Elaboration du Plan Stratégique de la DPSPE - Axe I		X	X								
8.	Elaboration de Plans d'action sectoriels de Prévention du VIH - Axe II	DPSPE PNLS DG/MSPP PNUD		X								
9.	Elaboration du Plan Opérationnel intersectoriel de Prévention du VIH - Axe II			X								
10.	Etablissement de mécanismes adéquats de coordination et de suivi du Plan Opérationnel et des plans d'action sectoriels de Prévention du VIH - Axe I et II			X								
11.	Mobilisation et allocation des ressources nécessaires pour la mise en œuvre du Plan Opérationnel et des plans d'action sectoriels de Prévention du VIH - Axe I et II	PNLS DPSPE DG/MSPP ONUSIDA	X	X								
12.	Renforcement de la coordination entre les programmes de prévention, de prise en charge et de traitement du VIH/Sida au niveau de toutes les entités du MSPP et avec les autres secteurs	PNLS DPSPE DG/MSPP	X	X	X	X	X	X				
13.	Elaboration d'un plan de renforcement des activités de communication pour la prévention du VIH pour la période Avril - Septembre 2013	DPSPE PNLS Départements sanitaires	X									
	<u>Mise en œuvre des interventions selon les priorités retenues</u> a) Actualisation de la cartographie des services et des	PNUD	X	X								

No.	Grandes Lignes d'action et Interventions	Intervenants	Phase 1		Phase 2				Phase 3			
			T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
	activités de communication b) Renforcement des capacités du personnel en CIP et sur le respect des droits de la personne et des clients (recyclage, orientation) c) Renforcement de la promotion des services et des produits d) Dialogue communautaire sur la stigmatisation e) Renforcement de la coordination des interventions avec tous les secteurs	USAID										
14.	Renforcement de l'encadrement et du support technique aux équipes départementales dans la mise en œuvre du plan d'action Avril-Septembre 2013	DPSPE PNLS PNUD UNICEF USAID	X	X								
15.	Actualisation et dissémination des normes et protocoles standards pour la planification, l'organisation et le suivi des interventions et activités de Communication	DPSPE PNLS UNICEF USAID PNUD UNFPA		X								
16.	Adaptation et reproduction d'outils et de matériels éducatifs de support			X	X							
17.	Elaboration de plans de formation et d'appui technique à tous les niveaux				X	X						
18.	Actualisation et standardisation des curricula et des matériels didactiques				X	X						
19.	Planification et organisation de la formation des prestataires et des intervenants du secteur santé en Communication Interpersonnelle pour améliorer la qualité de l'Interaction entre les Clients et les Prestataires	Départements DPSPE PNLS UNICEF USAID PNUD	X	X	X	X	X	X				

No.	Grandes Lignes d'action et Interventions	Intervenants	Phase 1		Phase 2				Phase 3			
			T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
20.	Elaboration du Plan de Monitoring du programme de Communication	DPSPE PNLS ONUSIDA USAID PNUD	X	X								
21.	Appui pour l'extension de l'utilisation du CBIS au niveau national	PNLS USAID PNUD	X	X								
22.	Coordination et suivi de la mise en œuvre des activités planifiées pour la période Avril - Septembre 2013	DPSPE PNLS	X	X								
23.	Inventaire des rapports de recherche comportementale disponible et détermination des besoins d'information complémentaire sur les comportements, leurs déterminants, les normes sociales et autres facteurs environnementaux en rapport avec l'infection au VIH	DPSPE PNLS UNICEF USAID	X	X								
24.	Planification des activités de recherche pour l'obtention des informations nécessaires	DPSPE PNLS UNICEF USAID		X	X							
25.	Intégration d'activités de « recherche-action » dans les activités planifiées et en cours sur le terrain en vue de les enrichir, de les compléter, de les modifier.	Départements DPSPE PNLS	X	X	X	X						
26.	Intégration des aspects relatifs à la Communication et à l'éducation dans les protocoles et outils de supervision	Départements DPSPE PNLS DG/MSPP		X	X							
27.	Réalisation des études comportementales planifiées - cf. # 24	DPSPE			X	X	X					

No.	Grandes Lignes d'action et Interventions	Intervenants	Phase 1		Phase 2				Phase 3			
			T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
		PNLS										
28.	Développement de l'approche « Déviance Positive » – planification de l'identification et de l'analyse des déviants positifs – utilisation des résultats de l'analyse pour la conception de messages, de matériels, d'interventions média et communautaires	UNICEF USAID PNUD ONUSIDA		X	X	X	X					
29.	Réalisation de la cartographie : – de l'épidémie au VIH au niveau de chaque département selon la méthodologie définie pour identifier les « foyers géographiques » de l'épidémie – des services de prévention et de prise en charge disponibles – des interventions de communication sur le VIH et le Sida en cours	Départements DPSPE PNLS UNICEF USAID	X	X								
30.	Conception et planification d'une campagne multimédia et en plusieurs phases, avec un focus sur les « foyers » identifiés	DPSPE PNLS UNICEF USAID PNUD ONUSIDA UNFPA			X	X						
31.	Lancement et mise en œuvre de la campagne multimédia	DG/MSPP DPSPE PNLS UNICEF USAID PNUD ONUSIDA UNFPA				X	X	X	X	X	X	

No.	Grandes Lignes d'action et Interventions	Intervenants	Phase 1		Phase 2				Phase 3			
			T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
32.	Elaboration du modèle d'intervention en Participation Communautaire à partir des Orientations nationales et des expériences réalisées dans le pays	DPSPE PNLS UNICEF USAID		X	X	X						
33.	Coordination du volet Mobilisation Communautaire : encadrement des organisations communautaires dans le cadre des plans d'action sectoriels	DPSPE PNLS UNICEF USAID PNUD				X	X	X	X	X	X	
34.	Elaboration d'un plan de plaidoyer en support à la prévention du VIH et à la lutte contre le Sida	DPSPE PNLS ONUSIDA		X								
35.	Réalisation des interventions de plaidoyer planifiées	DPSPE PNLS ONUSIDA			X	X	X	X	X	X	X	
36.	Documentation des interventions, des résultats et des leçons apprises	DG/MSP DPSPE PNLS UNICEF USAID PNUD ONUSIDA UNFPA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

