

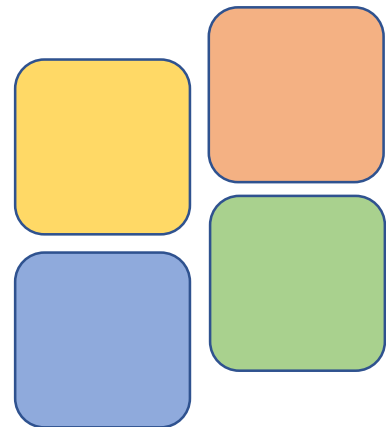


DOCUMENT REGIONAL

PLAIDOYER

ATSIMO ATSIANANA

DU MAI JUSQU'AU JUIN 2021, MADAGASCAR



INTRODUCTION

Le projet ADVOCACY FOR YOUTH, mis en œuvre par un consortium d'associations (TANORA IRAY- IAYFP MADAGASCAR- TANORA GARENTEEN), vise à porter la voix des jeunes pour un service de qualité et un accès équitable à la santé sexuelle reproductive pour les jeunes de chaque région de Madagascar.

Les jeunes, issues du programme de formation Malagasy Advocacy Training Program (MaTP), ont élaborés les documents régionaux contenant les potentialités économiques, les barrières à l'accès à la planification familiale et aux prestations de service de santé ainsi que les perspectives qu'ils jugent favorables à mener.

Le projet est appuyé par FamilyPlanning2020. Les contenus de chaque document sont rédigés par les jeunes formés en la méthodologie de plaidoyer et sont élaborés indépendamment.

Le présent document reflète le fruit de la formation des jeunes, et non un document préétabli. Le but ultime du programme de formation est de tisser le savoir-faire des jeunes de chaque région en matière de plaidoyer et d'élaboration de documents de plaidoyer. Ainsi, le document ne représente qu'une infime partie des plaidoyers des jeunes et des labeurs de la société civile locale formée.

L'objectif primordial de ce document est l'intégration des besoins spécifiques des jeunes en termes d'accès à la planification familiale.

I. GENERALITE SUR LA REGION

A. DEMOGRAPHIE :

La population de la Région Atsimo Atsinanana représente 7,1% de la population totale de Madagascar. La densité moyenne de la population de la région est 62,0 hab/km², ce qui en fait une région assez densément peuplée. Les districts de Farafangana et de Vangaindrano, qui représentent 55 % de la superficie de la région, abriteraient 76,1 % de la population totale de la région. Il y a environ 95 hommes pour 100 femmes dans la région. ¹L'indice Synthétique de fécondité est de 6,3 dans la région Atsimo Atsinanana, ce qui correspond à une fécondité bien plus élevée que la moyenne nationale (4,8 enfants par femme). Les naissances sont plus rapprochées chez les femmes de la région, tous les 31,8 mois. Et 45,8 % de l'adolescente de 15 à 19 ans ayant déjà donné des naissances ou qui sont enceintes. L'Age médian à la première naissance est 19,1 ans.

Le taux d'alphabétisation de la population âgée de 15 et plus est relativement moins élevé dans la Région Atsimo Atsinanana, comparé à l'ensemble du pays. En 2010, il était estimé à 42,5 %, pour la région, comparé à 71,4 % pour l'ensemble du pays.²

B. HISTORIQUE DE LA REGION :

Deux principales ethnies peuplent officiellement la région Atsimo Atsinanana : les Antefasy (Farafangana et Vondrozo) et les Antesaka (Vangaindrano, Midongy et Befotaka). A celles-là, s'ajoutent d'autres ethnies comme les Bara, sur la partie Ouest de Befotaka. Mais, en réalité, la structure des groupes ethniques de la région est beaucoup plus complexe. Au-delà des ethnies officielles Antefasy, Antesaka ou Bara, la région compte plusieurs groupes ethniques et clans. L'ethnie communément appelée Antefasy est en réalité, constituée de quatre groupes : les Antefasy proprement dits, les Zafisoro, les Sahafatra et les Rabakara. De même, l'ethnie Antesaka est constituée du groupe Antesaka proprement dit, auquel sont associés d'autres groupes comme les Antemanambondro,...

La région compte 215 édifices culturels, dont la grande majorité (208) est affiliée au christianisme, les autres types de religion (islam et autres) ne sont représentés que par 4 édifices localement.

La Région Atsimo Atsinanana est très pauvre, en ce sens que la grande majorité de la population locale vit en dessous du seuil de pauvreté et, ce dans un état de dénuement extrême. En d'autres termes, la pauvreté y est plus étendue et plus profonde, en milieu urbain comme en milieu rural.

3

¹ MDSG-INSTAT-RGPH2018

² INSTAT/DSM/EPM2010

³ Monographie 2009

C. GEOGRAPHIE :

La Région Atsimo Atsinanana, qui signifie littéralement Sud-Est, se situe, dans la partie Sud-Est de Madagascar et fait partie de la province de Fianarantsoa, son Chef-lieu. Elle a une superficie de 18 373 km². Elle est constituée de cinq districts : Befotaka-Atsimo, Farafangana, Midongy-Atsimo, Vangaindrano et Vondrozo. La région compte 90 communes, seules celles de Farafangana et Vangaindrano sont classées « urbaines », les 88 autres sont des communes rurales, et 740 fokontany.

La Région Atsimo Atsinanana se trouve dans une zone dotée d'un réseau hydrographique très dense, composé de fleuves, rivières et lacs. Les principaux cours d'eau de la région sont : Manapatrana, Manambato, Soakibany, Ihonarivo, Menarandra, et Menagnara. Ils drainent une vaste superficie de la Région et jouent un rôle géophysique et économique considérable.

La région se situe dans une zone à écosystème riche et à forte biodiversité, mais cet écosystème est menacé principalement par une déforestation massive. À noter également une érosion importante due au déboisement, une destruction de l'écosystème marin, une pollution marine, ... la région compte deux aires protégées en : la forêt classée de Fenoamby-Sud, d'une superficie de 3.180 ha et la forêt classée de Manambondro-Nord, d'une superficie de 2 319 ha, toutes deux situées dans le district de Vangaindrano, ainsi qu'une réserve spéciale : la « Réserve Spéciale de Manombo », d'une superficie de 5 080 ha.

4

D. CULTURES EN LIEN AVEC LA SANTE / SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

La bénédiction des parents aux nouveaux mariés : « Miteraha fito lahy, fito vavy » Ayez sept garçons et sept filles ; les différents dictons comme « Ny hanambadian-kiterahana » On se marie pour avoir des enfants ; « Ny zaza no voalohankarena » L'enfant est la première richesse, reflètent la mentalité des Malgaches et expliquent la famille nombreuse. Pour eux, les enfants constituent un symbole de prestige, de bonheur et une assurance pour leur avenir.

La majorité de la population de la région est Chrétienne : catholique et luthérien. Or, la loi du Vatican interdit formellement toutes formes de planification familiale.

La planification familiale a une mauvaise réputation dans la société. Ces éléments sont importants aux niveaux national et international et la mobilisation de chaque individu et celle de la société entière est nécessaire. Madagascar a ratifié ses engagements avec le partenariat mondial à propos de la planification familiale 2020 (PF2020), ce qui concrétise la volonté politique pour la planification familiale et le bien-être des familles malgaches. L'information, l'éducation et la communication des parents, des jeunes, des dirigeants, des enseignants, des leaders doivent être renforcés pour faire disparaître le tabou concernant ce sujet.

⁴ Monographie 2009

II. LES PROBLÉMATIQUES DE LA SANTÉ DES JEUNES :

A. ÉQUITÉ A LA SANTE POUR LES JEUNES :

La jeunesse est une période de défis, de changements et d'expérimentation, tout au long de laquelle le désir sexuel a augmenté avec pour conséquence possible la survenue d'une grossesse, qu'elle soit désirée ou non. C'est une population vulnérable à plusieurs égards et notamment en matière de santé de la reproduction. Les jeunes sont souvent mal informés sur la sexualité, la contraception, les signes d'une grossesse et les infections sexuellement transmissibles. Les jeunes pratiquent tôt la sexualité sans aucune information ni surveillance médicale.

Pour améliorer l'accès et l'équité d'accès pour les jeunes ; il faut appliquer la politique nationale du planning familial pour les adolescentes et les jeunes à Madagascar.

Pour se faire, il faut mettre en œuvre des programmes éducatifs appropriés aux hommes, aux femmes et aux jeunes. En plus, il faut intensifier les activités de santé reproductive des adolescent(e)s (SRA) à tous les niveaux en améliorant l'environnement politico-légal, institutionnel, socioculturel et programmatique du développement des activités en santé sexuelle et reproductive des adolescent(e)s et des jeunes (SSRAJ) à Madagascar, en renforçant les connaissances et les compétences des parties prenantes notamment les adolescent(e)s et les jeunes, les acteurs communautaires incluant les personnes influentes, ainsi que les prestataires impliqués dans la mise en œuvre des programmes en SSRAJ et en accroissant la disponibilité, de l'accessibilité et de l'utilisation des services de SSRAJ de qualité.

Ces actions en planification familiale seront menées en priorité dans les zones enclavées et les zones rurales et insister particulièrement sur les cibles prioritaires qui sont les démunies, les vulnérables et les jeunes (les enseignants, les parents et les jeunes scolarisés ou non de 15 à 24 ans). Il serait aussi indispensable de faire des plaidoyer et dialogue auprès des Ministères sectoriels, Partenaires Techniques et Financiers et leaders communautaires pour un soutien et un engagement socioculturel et légal favorable en SSRAJ.

Dans la région Atsimo Atsinanana, seulement 16% des femmes mariées ou en union libre utilisent les méthodes de contraception modernes et 18% des femmes mariées ou en union libre utilisent n'importe quelle méthode de contraception. Ce taux est encore loin de 50 % visé par le pays en 2020, des efforts sont nécessaire afin d'honorer l'engagement de Madagascar. Une information complète sur les droits à la planification familiale surtout pour les jeunes aiderait à atteindre cet objectif.

B. FINANCEMENT DE LA SANTE DES JEUNES :

Le gouvernement de Madagascar ait pris des engagements forts en faveur de la planification familiale ces dernières années, cette analyse démontre que des investissements financiers importants sont nécessaires pour que le pays mette en

œuvre toutes les activités détaillées dans son plan d'action national budgétisé (PANB) en planification familiale.

Pour que Madagascar atteigne ses objectifs de réduire les besoins non satisfaits de planification familiale à 9%, et d'augmenter le taux de prévalence contraceptive moderne à 50% d'ici 2020, une mobilisation des ressources est nécessaire sans plus attendre.

Il est crucial que de nouvelles ressources soient mobilisées, et que celles disponibles soient réalignées, si nous voulons assurer la mise en œuvre des activités dans des conditions qui promeuvent l'équité et l'accès à la planification familiale pour toutes et tous.

Il est préférable de donner au ministère de la santé la totalité de son budget pour qu'il puisse financer les services de planification familiale des jeunes et d'augmenter progressivement le part de l'État dans le secteur de la santé des jeunes et de mettre en place une stratégie de financement de la santé sexuelle et reproductive des jeunes indépendant et dirigé par le ministère de la santé lui-même.⁵

En plus, Madagascar s'est engagé à « L'accès universel à la Planification Familiale et qui concrétise la volonté politique d'assurer le bien-être des familles Malagasy. » lors de la signature de l'engagement au partenariat Mondial de la Planification Familiale (FP2020) en Septembre 2015.⁶

C. LES RESSOURCES HUMAINES EN CHARGE DE LA SANTE DES JEUNES :

Le personnel soignant des formations sanitaires de la région Atsimo Atsinanana est insuffisant. La répartition de ce personnel, entre les localités, est inégale. Le district de Befotaka est le moins avantagé, tous ses centres de santé ne fonctionnent qu'avec des aides-soignants. Les autres districts bénéficient, à divers degrés, de la présence des différentes catégories de personnel médical, avec un certain avantage pour le district Vangaindrano qui rassemble le 1/3 de ce personnel.

Ainsi, pour y remédier, il faut augmenter et répartir équitablement le nombre de médecins et paramédicaux qui exercent dans les Centre de santé de base en fonction du nombre de population dans la commune. Dans chaque CSB, il doit y avoir des prestataires de référence pour les jeunes, qui sont formé pour accueillir les jeunes, prendre soins d'eux et satisfaire ses besoins surtout en matière de la contraception sans les jugés. Chaque commune doit disposer d'un médecin comme dans le district de Midongy Atsimo et Befotaka atsimo, le nombre de personnels de santé doit être augmenté à 60 %.

« Le Ministère en charge de la Santé peut utiliser tous les moyens pour assurer la sensibilisation de la population aux fins de recours aux services de la SRPF.

⁵ Source : MINSANP, Comptes Nationaux de Santé 2003, 2007, 2010

⁶ Engagement de Madagascar au Partenariat Mondial de Planification Familiale 2020 (FP 2020) en septembre 2015

Les institutions, associations ou groupements reconnus peuvent être autorisés à mener des activités de sensibilisation conformément à la stratégie de communication du Ministère en charge de la Santé. »⁷ Ainsi, le ministère en charge de la santé a carte blanche pour trouver les ressources humaines nécessaires à la réalisation des actions pour la planification familiale.

D. LES INFRASTRUCTURES DE LA SANTE DES JEUNES :

La région bénéficie d'une assez bonne couverture en formations sanitaires de base. En effet, la grande majorité des communes de la région, plus précisément 85 communes sur les 90 que compte la région, sont dotées de CBS 2, et 86 communes sur les 90 sont dotées de maternités publiques (dispensant des soins obstétricaux essentiels).

Le centre de santé ami des jeunes est très peu, même méconnue leur existence dans la région. Les centres de santé sont toutes difficile d'accès en donnant l'exemple sur le district de Midongy Atsimo, trop éloignés des habitations, du fait que pour toutes les communes, le centre de santé le plus proche est à plus de 6 km, et que pour 4 des 6 communes de ce district, celui-ci est à plus de 11 km. Les jeunes qui souhaitent des prises en charge spécialisées doivent donc se rendre loin de chez eux pour y accéder. Parmi les 122 établissements sanitaires de la région, il y a 114 établissements sanitaires publics dont et 8 établissements privés.

Il faut donc intégrer un système spécialisé dans la prise en charge des jeunes dans chacun des CSB de la région D'ATSIMO AT SINANANA. On doit créer un espace spécialement conçu pour recevoir les jeunes pour qu'ils puissent profiter de leur intimité. Chaque commune doit intégrer un centre uniquement réservé aux besoins en planification familiale des jeunes. Il faut aussi donner des formation a tous les personnels de santé sur la prise en charge spécifique des jeunes qui veulent avoir accès à la planification familiale. Ils doivent maîtriser la communication avec les jeunes, le respect de de leurs vies privées et la confidentialité de l'échange.

«Toute personne a le droit d'accéder en toute liberté à tous les services de Santé de la Reproduction sans discrimination et aucune stigmatisation. Toute personne en âge de mener une vie sexuelle a le droit d'accéder en toute liberté aux services de la Planification Familiale sans discrimination et stigmatisation aucune. Toute personne a droit à une information complète, exacte et objective lui permettant de choisir la méthode contraceptive qui lui convient le mieux en fonction de sa situation personnelle, sociale et relationnelle.»⁸ Ce qui renforce cette obligation pour l'Etat de fournir les infrastructures adéquates.

⁷ Décret n° 2018-1625 de la loi 2017-043 article 27.

⁸ Décret n° 2018-1625 de la loi 2017-043 Article 02 et 03

E. LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES JEUNES :

À l'échelle mondiale, les grossesses non désirées chez les adolescentes représentent un fardeau de lourdes conséquences d'ordre médical, social et économique. En réalisant le plan stratégique de la planification familiale, Madagascar éviterait plus de 4,3 millions de grossesses non désirées de 2012 à 2020. La moitié des grossesses non désirées résultent de l'absence d'utilisation de contraceptif ; tandis que l'autre moitié résulte d'incohérences de contraception ou d'échec de la méthode.

On a constaté que le taux de l'activité sexuelle chez les jeunes est élevé et l'utilisation de la méthode contraceptive est encore insuffisante. Le sujet de la sexualité est un sujet délicat à aborder chez les jeunes, l'éducation sexuelle doit être initiée par des individus formés en santé de la reproduction apte à donner une information facile à comprendre et exacte ou par « paire ». La contraception offre aux jeunes un moyen de gérer leur vie reproductive. D'après les données du BIPAM, les jeunes se protégeaient peu contre le risque de grossesses. Par ailleurs, le personnel de santé devrait adopter une attitude donnant confiance aux jeunes. Ce sera une attitude tenant plus à informer qu'à juger.

A Madagascar, l'interruption volontaire de la grossesse est interdite par la loi. Tout avortement réalisé sans prescription médicale est clandestin. La pauvreté étant parmi les facteurs influençant le comportement à risque chez les jeunes. La grossesse chez les adolescentes ou en dehors du mariage engendre un déshonneur de la famille, une honte au niveau de la société voire un rejet de la famille et une déperdition scolaire. Ainsi, avorter apparaît comme une solution. La loi, la religion, la société n'acceptent pas l'avortement ainsi beaucoup de jeunes le font en clandestinité et souvent sans impliquer les parents.

Par conséquent, pour y remédier, il faut former les personnels soignants sur le droit des jeunes à bénéficier d'une bonne qualité de prise en charge en ce qui concerne leur santé sexuelle et reproductive.

La loi a prévu qu' « aucun individu ne peut être privé du droit à la Santé de la Reproduction et à la Planification Familiale, dont il bénéficie sans discrimination, aucune fondée sur l'âge, le sexe (...) la région, l'ethnie, la situation matrimoniale. » De plus, il faut que « Chaque individu a droit à l'information, à l'éducation concernant les avantages, les risques, et l'efficacité de toutes les méthodes contraceptives. »⁹

F. LE GENRE :

Le genre désigne les processus et rapports sociaux qui divisent, polarisent et organisent l'humanité en différentes catégories de « sexe », « genre » et de « sexualité ». Le mot "genre" sert à évoquer les rôles qui sont déterminés socialement, les

⁹ loi 2017-043 du 25 janvier 2018 sur la santé sexuelle et reproductive.

comportements, les activités et les attributs qu'une société considère comme appropriés pour les hommes et les femmes.¹⁰

Depuis un certain temps, certains pays comme Madagascar adoptent l'égalité entre femmes et hommes, mais dans la vie quotidienne ce concept n'est pas toujours appliqué. Dans la région Atsimo Atsinanana, la participation des femmes dans les prises de décision au sein des ménages sont rare, bien que les femmes soient quelques fois consultées sur les questions importantes mais la plupart du temps, prises par les hommes. La femme de la Région Atsimo Atsinanana a relativement un peu plus de contrôle sur son revenu, comparée à la femme malgache typique. Si 8 % des femmes seulement gagnent plus que leurs maris au niveau national ce qui déjà peu, la proportion est encore plus faible dans la Région, à peine 3,7 %.

Il est important de valoriser le statut de la femme par l'application des textes relatifs aux droits de la femme face à la violence physique ou mentale. Une prise en charge adéquate des filles mères, par le biais d'une association ou d'une organisation

Il faut aussi une éducation et sensibilisation aux conséquences du mariage et de la grossesse précoce pour qu'elles fassent les bons choix en matière de santé génétique.

De plus, il faut une mobilisation des collectivités et sensibilisation des hommes pour les inciter à promouvoir la santé et le bien-être des femmes.

« L'accessibilité égale de tous les adolescents et jeunes aux soins et l'acquisition d'un état de santé optimal sans être défavorisé par sa position sociale ou d'autres attributs sociaux (capacité, âge, culture, ethnie, état matrimonial, genre, langue, race, religion, sexe, conditions socioéconomiques) sont à prévoir. Cela implique la disponibilité des services de qualité et efficaces à tous les niveaux »¹¹

G. CULTURE ET US-COUTUMES :

Dans la région Atsimo Atsinanana, même à Madagascar, parler de la sexualité est un sujet tabou dans la famille ou dans la communauté, beaucoup des hommes empêchent leurs femmes ou leurs conjoints à utiliser les PF. Cette attitude empêche la réalisation du programme sur l'utilisation de la contraception. Madagascar a signé un engagement au partenariat Mondial de Planification Familiale 2020 (FP 2020) en septembre 2015 pour augmenter le taux couverture.

Pour atteindre ces objectifs, on suggère à l'amélioration à l'accès aux services de santé de reproductions et de la planification familiale en rendant les services plus accueillants pour les adolescentes, les jeunes. Le renforcement de l'approche pair en recrutant et en formant des conseillers masculins pour les hommes et des jeunes conseillères pour les adolescentes.

Il faut aussi améliorer la qualité de service par : un meilleur accueil des prestataires, lus de respect et de compréhension pour les clients du centre, préservation de la

¹⁰ <https://www.who.int/gender/whatisgender/fr/>

¹¹ Les principes directeurs de la Politique Nationale de Santé des Adolescents et des Jeunes

confidentialité dans les services de santé reproductive et ouvrir des centres spéciaux pour les adolescentes (jeunes).

Concernant la mentalité traditionnaliste, il faut promouvoir l'information, l'éducation, la communication et le changement de Comportement pour intensifier la participation des hommes, des mères de famille hésitantes à la planification familiale et des jeunes en collaborant avec les personnes d'influence, le maire, le député, le chef du quartier, les artistes, le « zoky ray aman- dreny » (l'Ainé) pour transmettre les messages.

En plus, « l'accès à la PF garantis le renforcement de certains droits humains comme le droit à la liberté, le droit à l'éducation et tant d'autres, ... L'utilisation des contraceptions protège essentiellement les femmes, en particulier les adolescents, concernant les risques que peuvent représenter la grossesse précoce pour leur santé. Ces méthodes ont différent mode d'action et sont d'efficacités pour parvenir une grossesse non désirée. »¹²

H. POLITICO-LEADERSHIP :

La politique nationale de santé des adolescents et des jeunes (2019) prévoit l'amélioration de l'accès aux services à travers la disponibilité de l'offre de services de qualité en santé des adolescents et des jeunes, adaptés à leurs besoins : accessibles, acceptables, abordables, équitables, adéquats, efficaces et pérennes.

Le Ministère de la Santé Publique dispose de cadres de référence législatifs, notamment le code de la santé réactualisé et la loi sur la réforme hospitalière. Une faible capacité de leadership intra et intersectoriel est toutefois constatée, accentuée par l'instabilité institutionnelle induite par les crises sociopolitiques répétitives. Par ailleurs, le faible alignement des parties prenantes, au développement sanitaire par rapport aux priorités du Gouvernement rend difficile l'atteinte des résultats escomptés.

Il faut donc renforcer et redynamiser la solidarité des acteurs publics et privés œuvrant sur la santé des jeunes. La formalité et l'implication des associations ainsi que les sociétés civiles à entrer dans ce domaine sont nécessaires pour permettre de promouvoir et générer des activités et d'effectuer de suivi et évaluation.

Le leadership et gouvernance fait partie des cinq piliers du système de santé définis par l'OMS, et qui visent à promouvoir et à renforcer un système de santé, regroupés sous l'appellation Organisation et Gestion du Système de santé.

En effet, le volet leadership et gouvernance est d'une importance capitale au bon fonctionnement du système de santé. Le ministère doit assurer son rôle de coordinateur au niveau national, et veiller à l'adhésion et l'alignement de toutes les parties prenantes au développement sanitaire à tous les niveaux.

¹² Family Planning, A Global Handbook for Providers. 2018 World Health Organization and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/ OMS

CONCLUSION

« La satisfaction des besoins en planification familiale engendre non seulement de progrès pour la santé de ces femmes, mais aussi la réduction de la pauvreté, cela va rendre les femmes autonomes, ... la planification familiale est essentielle à la promotion des droits fondamentales des femmes, des hommes et des jeunes. »¹³

D'après l'analyse, des problèmes et potentiels sont identifiés dans la région ATSIMO AT SINANANA en ce qui concerne la santé sexuelle et reproductive et l'adoption des méthodes contraceptives. La région souffre de l'insuffisance d'infrastructures adéquates pour accueillir et prendre en charge les jeunes. Il est ainsi nécessaire de construire des centres où les jeunes peuvent accéder aux informations nécessaires et de jouir leurs droits en matière de santé sexuelle et reproductive.

A part l'insuffisance d'infrastructures, des problèmes liés au manque des ressources humaines capables d'assurer l'accueil et prise en charge des jeunes sont aussi constatés. Cela est amplifié par le manque de coordination au niveau de tous les acteurs et parties prenantes à la santé sexuelle et reproductive des jeunes. Ce qui empêche les jeunes à accéder et adopter les méthodes de planification familiale. Des sessions de renforcement de capacité des acteurs ainsi que la mise en place de structures permettant de faciliter l'accès des jeunes aux informations et prise en charge de qualité doivent être réalisées.

Par conséquent, des solutions qui sont traduites en action sont proposées et suggérées. Ces actions concernent principalement la construction des infrastructures adéquates, des campagnes de sensibilisation et d'éducation, formation des acteurs ainsi que l'organisation de forum des jeunes et de communication événementielle.

Premièrement, du côté des ressources financières et matérielles, la réalisation des objectifs de cette région sur l'accès des jeunes à la planification familiale nécessite environ 300 000 000 d'Ariary ou 1 500 000 000 de Francs Malgache. Des véhicules assez robuste pour passer partout seront nécessaires pour réaliser à bon échéant chaque activité et pour assurer ainsi la mobilité des « tasks forces ».

Deuxièmement, du côté des ressources humaines, plusieurs personnes seront utiles voire même indispensables. Ces personnes peuvent être des salariés gouvernementaux ou pas, des agents communautaires, des agents sensibilisateurs ainsi que des bénévoles qui adhèrent à cette cause dont l'accès des jeunes à la planification familiale.

¹³ Count-down 2015 Europe

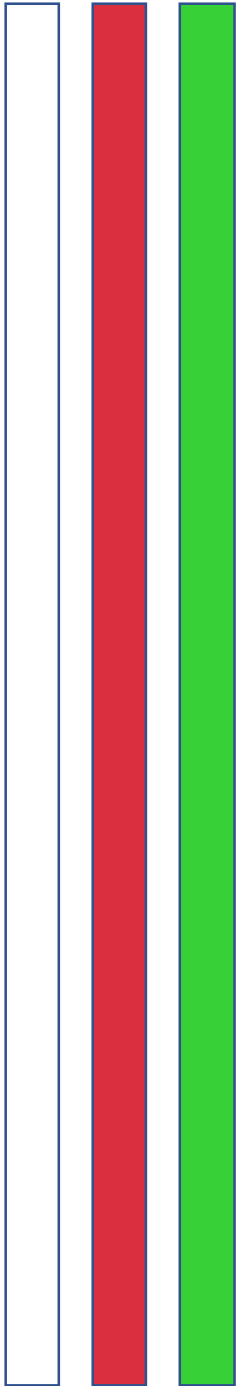
TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

I.	GENERALITE SUR LA REGION	2
A.	DEMOGRAPHIE :	2
B.	HISTORIQUE DE LA REGION :	2
C.	GEOGRAPHIE :	3
D.	CULTURES EN LIEN AVEC LA SANTE / SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE	
II.	LES PROBLÉMATIQUES DE LA SANTÉ DES JEUNES :	4
A.	ÉQUITÉ A LA SANTE POUR LES JEUNES :	4
B.	FINANCEMENT DE LA SANTE DES JEUNES :	4
C.	LES RESSOURCES HUMAINES EN CHARGE DE LA SANTE DES JEUNES :	5
D.	LES INFRASTRUCTURES DE LA SANTE DES JEUNES :	6
E.	LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES JEUNES :	7
F.	LE GENRE :	7
G.	CULTURE ET US-COUTUMES :	8
H.	POLITICO-LEADERSHIP :	9

CONCLUSION

TABLE DES MATIERES 11



AUTEURS-REDACTEURS

ARIMANANTSOA Luc Fehizoroniaina

COLLABORATEURS

- ROTSY ANDRIANDRAINAINA Dieu Donné Giovanni
- ANDRIAMBOLOLONANAHARY Mamitiana Julie-Anna
- RAZAFIARIVOSON Dimbiniaina Petrovich T.
- RAZAFINDRAFENO Hasina Alain Thibaut
- ANJANIRINA Julianah
- RAMANASATA Manantenaviavikoa Landrine
- RANDRIAMBELONA Marco
- MISILAHY Tiana Emilson
- TSARATAO
- MAURES
- MONIA Arsène
- RAJOELY Gishlain Sylvestre
- MAHETRISOA Safidy Olivia
- RASOAVELO Hélène
- ZAFINDRABAOKELY Tosine Fahitasoa B.
- RASENDRASOA Andoniaina Voninahitrininosy

