

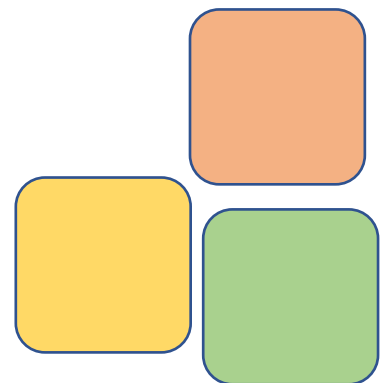


DOCUMENT REGIONAL

# PLAIDOYER

ALAOTRA MANGORO

MARS 2021, MADAGASCAR



## TABLES DES MATIERES

INTRODUCTION :.....	3
Généralité sur la région :.....	<a href="#">4</a>
1. Démographie :.....	<a href="#">4</a>
2. Historique de la région : .....	<a href="#">4</a>
3. Géographie :.....	<a href="#">5</a>
4. Cultures en lien avec la santé/santé sexuelle et reproductive:.....	<a href="#">5</a>
LES PROBLEMATIQUES DE LA SANTE DES JEUNES :.....	6-7
1. Équité à la santé pour les jeunes :.....	<a href="#">7</a>
2.Financement de la santé des jeunes : .....	<a href="#">7</a>
3.Les ressources humaines en charge de la santé des jeunes : .....	<a href="#">8</a>
4.Les infrastructures de la santé des jeunes : .....	<a href="#">9</a>
5.La qualité de la prise en charge des jeunes :.....	<a href="#">10</a>
6.Genre :.....	11
7.Culture us et coutume :.....	12
<a href="#">8</a> .Politico-leadership :.....	<a href="#">12</a>
CONCLUSION : .....	<a href="#">13</a>

## INTRODUCTION

Le projet ADVOCACY FOR YOUTH, mis en œuvre par un consortium d'associations (TANORA IRAY- IYAFP 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 des 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 afin d'élaborer des documents de plaidoyer. Ainsi, il ne représente qu'une infime partie des plaidoyers des jeunes et des labours de la société civile locale formée.

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

## GENERALITE SUR LA REGION :

### 1. DEMOGRAPHIE :

La population de la région ALAOTRA MANGORO avoisine 1 175 581 habitants en 2009. La population des 3 districts les plus peuplés (AMBATONDRAZAKA, AMPARAFARAVOLA et MORAMANGA) représente 81,6 % de celle de la région.

AMBATONDRAZAKA est le district le plus peuplé de la région avec un pourcentage de 29 %, suivi de MORAMANGA et D'AMPARAFARAVOLA, avec des parts respectives de 26,6 % et 26,1 %. Le district le moins peuplé est ANOSIBE AN'ALA avec 9 % de la population.

Le rapport de masculinité de la région est de 102,6. Cette valeur est encore plus importante en milieu rural (105,4). Une femme âgée de 15 à 49 ans de la région aura au cours de sa vie, en moyenne, 5 enfants. Pendant la période des collectes des données, 9,1 % des femmes de la région étaient enceintes. Le nombre moyen d'enfants nés pour les femmes âgées de 40 à 49 est de 5,5, la situation identique à celle de l'ensemble du pays. Pour les adolescentes âgées de 15 à 19 ans, 35,1 % sont déjà enceintes ou ont donné naissances.

### 2. HISTORIQUE DE LA REGION :

La Région ALAOTRA-MANGORO est la fusion des deux anciennes Régions ALAOTRA et MANGORO.

Historiquement, ALAOTRA vient du nom du grand lac ALAOTRA situé au milieu des Districts D'AMBATONDRAZAKA et D'AMPARAFARAVOLA (le plus grand lac de Madagascar) tandis que MANGORO est le nom de la rivière principale traversant MORAMANGA et ANOSIBE AN'ALA du Nord au Sud. Située sur les hautes terres, à environ 101 km Nord-Est de la Capitale sur la RN 2 (MORAMANGA), la région dispose de 79 communes répartis dans ses 5 districts : AMBATONDRAZAKA, AMARAFARAVOLA, ANDILAMENA, MORAMANGA, et ANOSIBE AN'ALA.

Le nombre total de Fokontany y est de 719. Le Chef-lieu de la région est AMBATONDRAZAKA. Le district le plus vaste D'ALAOTRA MANGORO est celui de MORAMANGA qui représente 28,4 % de la superficie totale de la région, suivi de celui D'ANDILAMENA qui en constitue 22,8 %. Le district D'ANOSIBE AN'ALA est le plus petit en termes de superficie avec seulement 2 668 km, soit 8,1 % de la superficie de la Région ALAOTRA MANGORO.

La population est composée en majorité de l'ethnie SIHANAKA dans le Nord, de BEZANOZANO et de BESTIMISARAKA au Sud et à l'Est.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> monographie région ALAOTRA MANGORO ,2013

### 3. GEOGRAPHIE :

La Région ALAOTRA MANGORO est limitée par le district de MANDRITSARA au Nord, le district de TSARATANÀNA au Nord-Ouest, par les districts D'ANJOZOROBE et de MANJAKANDRIANA à l'Ouest, le district de MAROLAMBO au Sud, la région du VAKINANKARATRA au Sud-ouest et les régions D'ANALANJOROFO et D'ANTSINANANA à l'Est avec une superficie de 33 441 km<sup>2</sup>.

La Région ALAOTRA MANGORO dispose de 18 lacs, 5 rivières, 2 grands fleuves. Elle est caractérisée par un climat tropical chaud et humide avec des températures moyennes comprises entre 18 et 20 °C.<sup>2</sup>

### 4. CULTURES EN LIEN AVEC LA SANTE/SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE:

Dans un contexte de diversité ethnique, et de croyances traditionnelles, les facteurs culturels constituent un déterminant crucial de la Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes. Selon les données disponibles, les pratiques traditionnelles influencent le comportement sexuel des adolescents et jeunes à Madagascar.

Certaines pratiques traditionnelles sont néfastes à la santé et surtout à la santé de la reproduction en allant à l'encontre du respect des droits humains comme le mariage arrangé ou forcé, le mariage des enfants.

Comme celle des autres régions, la région ALAOTRA MANGORO a connu une évolution rapide de l'effectif de la population, comptait aujourd'hui 1 249 931 avec une densité de 44,9 hab/km<sup>2</sup>, selon le dernier recensement général de la population et de l'habitat, décembre 2020, si 613 411 dans l'année 1993. Celle-ci est confirmée par l'indice synthétique de fécondité (ISF) de femme en âge de procréer, de 15 à 49 ans de la région, avec 4,0% répartie comme suit : 3,2% en milieu urbain et 4,1% en milieu rural. Cette source révèle par la suite un taux de natalité brut de toutes les femmes de 12 ans et plus, avec 34,3%.

Outre, la pratique du mariage des enfants avant 18 ans, avec un taux de 30% chez les filles et 6% chez les garçons, qui explique le taux de natalité chez les adolescentes dans la région ALAOTRA MANGORO de 141%<sup>o</sup> dont le taux de la naissance avant 15 ans est de 4%, le taux de naissance avant 18 ans est de 30%.

A travers, la fécondité précoce fortement influencée par les déterminants culturels à Madagascar et qui peut conduire les jeunes filles à la mort, et la région ALAOTRA MANGORO n'en fait exception, connaissant un taux de

---

<sup>2</sup> Monographie Alaotra Mangoro

mortalité maternelle de 22,48%, un taux de mortalité néonatale 24%, et un indicateur de la mortalité Infanto-juvénile de 60,49%.<sup>3</sup>

## LES PROBLEMATIQUES DE LA SANTE DES JEUNES :

### 1. ÉQUITÉ A LA SANTE POUR LES JEUNES :

En parlant d'équité, il nous vient à l'esprit le mot « justice », ce qui est juste en matière de répartition de biens, de traitement. On s'abstient de parler d'égalité car les conditions naturels et géographiques ne sont pas les mêmes et ne permettent pas à aboutir à un résultat égal. Ainsi pour arriver à un développement durable, satisfaisant et équitable sur tous les plans, tous les secteurs et toutes les régions de l'île, on devrait se pencher sur les différents problèmes de chaque groupe de personne sans distinction constituant la population, en prenant en compte tous les facteurs pouvant interférer dans le respect de leurs droits<sup>4</sup> « tous sont égaux devant la loi et ont droit sans discrimination à une égale protection de la loi. »

Par ailleurs l'équité figure aussi parmi les principes directeurs de la Politique Nationale de Santé des Adolescents et des Jeunes « l'accessibilité é 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 »

Selon le PDSS, en 2014, « la moyenne nationale en ratio médecin public par habitants était de 1/10 500, proche de celle préconisée par l'OMS qui est de un médecin pour 10 000 habitants. Le manque de personnel est surtout ressenti au niveau des paramédicaux (1 infirmier pour 8 400 habitants et 1 sage-femme pour 15 000 habitants) mais également vrai au niveau des médecins spécialistes. En outre, l'âge moyen toutes catégories confondues est de 50,5 ans, montrant ainsi le vieillissement préoccupant du personnel de la santé »<sup>5</sup>

### 2.FINANCEMENT DE LA SANTE DES JEUNES :

Le financement de la planification familiale pour les jeunes dépend encore par les organisations internationales (OMS, USAID, UNFPA....etc.).

---

<sup>3</sup> MICS 2018

<sup>4</sup> Article 7 DUDH

<sup>5</sup> PDSS 2015-2019, p. 9

Le ministère de la santé publique n'apparaît pas encore à financer ce service, il n'y a que 1% seulement de son budget. Ainsi, le financement de la santé sexuelle et reproductive n'est pas encore un privilège pour le Gouvernement Malagasy.<sup>6</sup>

Le Programme d'Investissement Public (PIP de la Région Alaotra Mangoro ) a augmenté de 105,8 % en passant de 5 739 366 Milliers d'Ar en 2008 à 11 811 924 Milliers d'Ar en 2010. Le montant engagé en 2008 représente 57,6% du PIP disponible. En 2009, même si le crédit modifié s'élevait d'une manière importante, soit 16 367 640 milliers d'Ar en plus, et le crédit engagé, 4 007 461 Milliers d'Ar en plus, une diminution considérable jusqu'à 24,6 points de pourcentage du taux d'engagement a été constatée. Cette situation est probablement due aux difficultés engendrées par la crise socio politique qui a débuté en la même année, et qui n'ont pas permis d'engager le maximum de dépenses. En 2010, même si le montant engagé a diminué de 17,7 % par rapport à l'année précédente, la part du montant engagé a augmenté à 50,9 %. La raison en est la diminution du crédit modifié.

Comme tous les autres secteurs de développement, la santé doit avoir un financement solide pour atteindre tous les objectifs qui ont été posés. Cependant, selon la PANB, le financement de la PF dépend largement des aides extérieures et l'achat des consommables provient entièrement des partenaires. 80% du financement du PF vient de l'extérieur ce qui pose un problème quant à l'instabilité politique du pays.

En effet, tous les partenaires financiers se retirent dès que les circonstances politiques se dégradent (PDSS 2015). Depuis 2008, le budget national alloué au secteur suit une évolution irrégulière passant, en milliards d'Ariary courant, de 237

En 2009 à 189 en 2010 pour atteindre 74 en 2014, soit une baisse de 70% entre 2009 et 2014<sup>7</sup>.

L'évolution de la part de budget du Ministère de la santé publique par rapport au budget général de l'Etat est passée de 8% en 2014 à 4% en 2020. C'est un lourd handicap pour le système de santé Malagasy Selon l'analyse budgétaire de la santé à Madagascar par l'UNICEF, ce financement risque de baisser fortement à partir de 2020. En 2010, seulement 7,5% du budget total de l'Etat a été allouée à la santé.<sup>8</sup>

---

<sup>6</sup> Plan national budgétisé en planification familiale à Madagascar 2016-2020

<sup>7</sup>PDSS

<sup>8</sup> Monographie 2009, CREAM

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

La Région Alaotra Mangoro compte 72 médecins publics, exerçant dans ses CSB II, et représentant 6,1 % des médecins exerçant dans les CSB de tout Madagascar.

Le nombre de paramédicaux exerçant dans la région est de 175, et représente 3,6 % des paramédicaux des CSB de l'ensemble du pays. Environ 78,9 % des paramédicaux de la région sont installés dans les trois districts sus mentionnés. Le district le plus défavorisé avec seulement 4 médecins publics sur les 72 travaillant dans la Région et 16 paramédicaux sur les 175 d'Alaotra Mangoro, est celui d'Andilamena.

En termes de ratios, un médecin public des CSB assure en moyenne 19 959 habitants à Alaotra Mangoro. Le nombre d'habitants dans cette région pris en charge par un paramédical est de 8 212.

Pour les services de Service de Planning Familial Public 1 commune sur 10 n'en dispose pas. Pour ce qui est de l'utilisation par les femmes des services de planning familial public, on a enregistré un taux d'accroissement de près de 50 % du nombre de femmes affiliées à ces services entre 2007 et 2008. Par contre, si le nombre de femmes affiliés au service de planning familial public dans les districts d'Anosibe An'ala ne constituait que 0,06 % en 2007, ce taux est arrivé à 7,2 % en 2008. Une proportion de 81 % des communes des districts de la Région Alaotra Mangoro ne disposent pas de service de planning familiaux privés.<sup>9</sup>

Concernant l'utilisation des services de planning familial privé, 48 975 femmes y sont affiliées en 2008, soit un taux d'accroissement de 49,9%.

Moramanga a enregistré le nombre maximal de femmes affiliées à ce type de service par district, avec une proportion de 36,5 % de celles de l'ensemble de la Région. Le taux d'accroissement y afférent entre 2007 et 2008 est de 33,5 %. La proportion minimale de femmes affiliées au service de planning familial privé par district a été enregistrée par Andilamena (72 %). Le taux d'accroissement de ce nombre entre 2007 et 2008 y est également le plus petit, soit 11,1 %. La fréquentation des services de planning familial privé par les femmes au niveau du district d'Anosibe An'Ala a connu une importante évolution si le nombre de femmes affiliées à ce genre de structure est égal à 15 en 2007 pour arriver à 3 524 en 2008, soit un accroissement de 184,5 %.

---

<sup>9</sup> VPEI/CREAM/Monographie 2009



#### 4. LES INFRASTRUCTURES DE LA SANTE DES JEUNES :

Le système de santé à Madagascar est structuré par rapport aux niveaux d'administration qui peuvent être définis par les services offerts, la qualité des personnels et les types d'infrastructures disponibles.

En 2008, la Région Alaotra Mangoro dispose de 67 CSB I, 78 CSB II. Le seul CHD I de la région se trouve à Amparafaravola. Les trois CHD II sont implantés respectivement dans les districts d'Andilamena, d'Anosibe An'Ala et de Moramanga.

Tableau de répartition des communes par districts selon la disposition d'infrastructures sanitaires<sup>10</sup> :

District	CSB I	CSB II	CHD I	CHD II	Soin dentaire	Total des communes
Ambatondrazaka	24	20	0	0	2	20
Amparafaravola	11	19	1	0	3	20
Andilamena	8	8	0	1	1	8
Anosibe An'ala	11	10	0	1	1	10
Moramanga	13	21	0	1	1	21
Total de la région	67	78	1	3	8	79

La disponibilité d'infrastructures sanitaires privées pallie les lacunes enregistrées au niveau de l'infrastructure publique, aussi bien en termes de quantité qu'en termes de qualité. Leur existence fait normalement suite aux demandes exprimées par les utilisateurs ou identifiées selon des études de marchés initiées par leurs propriétaires. La région compte au total : 17 cabinets médicaux privés, 4 maternités privés, 4 hôpitaux et cliniques privés, 4 cabinets dentaires privés et 46 officines ou dépôts de médicaments.

En moyenne, plus de la moitié des communes dans la Région Alaotra Mangoro sont distantes de 1 km par rapport aux formations sanitaires les plus proches. Une proportion de 3,8 % des communes seulement se trouve à plus de 1 km mais à moins de 5 km des formations sanitaires les plus proches. Les 44 % restants des communes se trouvent à plus de 6 km, dont près de la moitié à plus de 11 km.

Le district de Moramanga est le plus favorisé en termes d'accessibilité aux formations sanitaires les Plus proches. Toutes les communes se trouvent, en effet, à des distances inférieures à 1 km de ces infrastructures.

<sup>10</sup> VPEI/CREAM/Monographie 2009

## 5.LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES JEUNES :

Il s'agit de fournir des services de PF adaptés au jeune, la situation actuelle indique qu'il n'existe aucune politique ciblant les jeunes dans la fourniture des services de PF.

Les trois composantes de la prestation de services sont abordées dans l'indicateur fourniture de services de PF adaptés aux adolescents.

Ces composantes sont les suivantes :

1. la formation et le soutien des prestataires, dans le cadre d'une fourniture de prestations de services non critiques aux jeunes afin qu'ils proposent des services de contraception adaptés aux jeunes,
2. application des principes de confidentialité et garantie des conditions d'intimité visuelle et auditive,
3. prestations de services gratuits ou subventionnés.

En matière de prise en charge en santé des jeunes, elle est marquée par des obstacles liés à la qualité des services comme Absence de prestataires formé-e-s aux besoins des jeunes, attitude hostile envers les adolescentes et les jeunes, refus de prescrire en-deçà d'un certain âge ou hors union, manque de confidentialité

Pour le cas de la région d'Alaotra Mangoro, l'accessibilité de la majorité dans les Centres de Santé sera appréciée par diverse paramètre :

- Distance pour la majorité de la population dans les communes des infrastructures sanitaires les plus proches ;( 44 % des communes se trouvent à plus de 6 km, par rapport aux formations sanitaires dont près de la moitié à plus de 11 km)
- Moyens utilisés par les ménages pour se rendre auprès d'un centre de santé ; (moyens de locomotion utilisée par les patients pour se rendre auprès d'un service de maternité ; et l'accessibilité pendant toute l'année ;
- Durée du parcours pour aller à une formation sanitaire ;( la majorité de la population des communes met entre 1 heure à 3 heures pour avoir recours aux services sanitaires)
- Distance pour la majorité du service de maternité le plus proche presque une commune sur 4 de la région dispose de services de maternité situés à moins de 1 km de son chef-lieu. Une proportion de 22,8 % de ces communes se situe entre 1 et 10 km des services de maternités les plus proches
- Moyens de locomotion utilisée par les patients pour se rendre auprès d'un service de maternité ; (à pieds ou à bicyclette)
- Un accès inégal aux soins de santé, recourt à la médecine traditionnelle<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> <https://www.who.int/gender/whatisgender/fr/>)

## 5. GENRE :

Le mot "genre" sert à évoquer les rôles qui sont déterminés socialement, les comportements, les activités et les attributs qu'une société considère comme appropriés pour les hommes et les femmes.

Le concept genre sous-entend que le rapport entre femmes et hommes est construit par l'ensemble du processus de socialisation. Comme le dit si bien Simone de Beauvoir « *on ne naît pas femme, on le devient, de même on ne naît pas homme* », mais on le devient par l'ensemble du processus de socialisation familiale, scolaire, professionnelle. Le « sexe » est l'ensemble des caractéristiques biologiques, héréditaires et génétiques qui organisent les individus en deux catégories : mâle et femelle.

La proportion de femmes dont le revenu est inférieur à celui de leur mari est de 62,2 % dans la Région Alaotra Mangoro, contre 47,6 % dans tout Madagascar. Presque une femme de la région sur quatre gagne à peu près le même revenu que leur mari/partenaire. Cette proportion est de 39,1 % pour l'ensemble du pays. Une proportion de 0,7 % de femmes de la région subviennent seules aux dépenses des ménages dans la mesure où leur mari/partenaire n'a pas de revenu.

Une proportion de 68,4 % des femmes de la Région Alaotra Mangoro ont déclaré avoir participé dans la prise de décision concernant les soins de santé, les grosses dépenses du ménage, les achats quotidiens du ménage et la visite à sa propre famille ou parents. Cette proportion pour l'ensemble du pays y est inférieure (72,1 %). Par contre, la proportion de femmes qui ne participent à aucune des décisions au sein du ménage est moindre à Alaotra Mangoro (0,2 %) par rapport à celle de l'ensemble de Madagascar, dont la valeur est de 1,7 %. Les décisions les plus fréquemment attribuées à la femme de la région sont les achats des besoins quotidiens de la famille, et concernent 95,4 % des femmes. Presque 9 femmes sur 10 ont déclaré prendre elles-mêmes la décision sur leurs soins de santé personnels.

La seconde activité la plus pratiquée par les femmes âgées de 15 à 49 ans dans la région est la vente et les services. Ainsi, 17,9 % de cette catégorie de femmes exercent la vente et les services, si cette proportion est de 7,3 % pour les hommes de la même catégorie et 12,2 % pour l'ensemble des femmes malgaches, toujours de la même catégorie.

## 7. CULTURE ET US-COUTUMES

Graphique 8 : Raisons invoquées pour ne pas utiliser les services PF, femmes en union, 2012-13 (6)



En matière de la santé sexuelle reproductive de jeunes, la question en relatives des pratiques culturelles restent une barrière à l'accès à la contraception chez les jeunes

En voici des exemples :

- Croyance et dangers perçus de la contraception
- Perte de plaisir
- Influences des normes religieuses

Pour le cas de la région Alaotra Mangoro, une région fortement liée à la religion que la plupart sont des christianismes, et que parler de la sexualité est un tabou surtout dans les zones rurales.

## 8. POLITICO-LEADERSHIP :

Parler d'organisation et gestion du système de la santé c'est se focaliser sur le leadership et la gouvernance comme étant un pilier revêtant un intérêt capital. Il s'agit pour le MSANP de mettre en place des institutions, des mesures, des règles, des organes de décision, d'information et de suivi afin d'assurer le bon fonctionnement du Ministère et de respecter les droits à la santé de la population, en termes de recevabilité, de Transparence et de participation citoyenne, entre autre à susciter l'adhésion des parties prenantes au développement sanitaire.

On constate que cette situation de faible leadership du niveau central est accentuée par le changement fréquent des principaux cadres du ministère et la forte politisation de l'administration. Au niveau du district sanitaire, on note aussi l'absence de Plan de Développement du District qui aurait défini les objectifs et permis la mise en œuvre des activités afin d'assurer un meilleur développement

En matière de gouvernance, les problèmes prioritaires sont:

- L'insuffisance de supervision et de partage d'information entre le niveau central et périphérique entraînant l'isolement et le manque d'orientation et/ou de soutien des structures périphériques;
- La mauvaise gestion et tendance à la corruption du fait du non institutionnalisation des audits externes et internes et des mécanismes anticorruption sur le système budgétaire y compris le FANOME, et sur le système de passation des marchés publics;
- La centralisation du secteur;
- Le manque d'inter- et de démarche intégrée du développement du secteur;
- L'insuffisance de sens de responsabilité et de redevabilité de la part des responsables et des acteurs à tous les niveaux.

### III . CONCLUSION :

Par rapport aux autres régions, la région de ALAOTRA MANGORO fait partie de ceux qui ont une grande difficulté à promouvoir l'utilisation de la planification familiale. Malgré sa forte potentialité de résilience, ce problème n'a quasiment jamais été traité par les responsables, le trouvant peu important.

De ce fait, la région doit se procurer des ressources à la fois financières, logistiques et humaines. Cela permettra un meilleur accès des jeunes à la planification familiale. Ainsi, grâce à ces améliorations, peut être que la mentalité de la population pourrait changer.

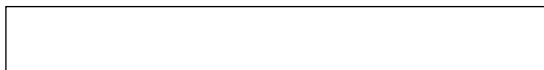
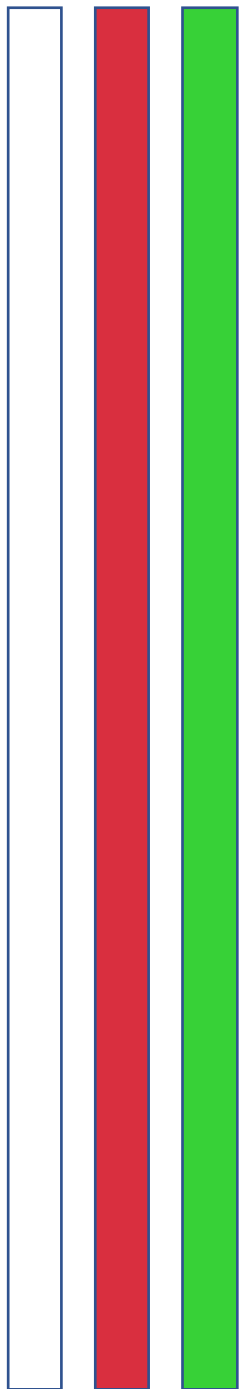
Afin d'améliorer la santé reproductive des jeunes et adolescents dans la région BOENY, il est indispensable de faire régner l'équité sur tous les plans d'actions tout au long de l'année. Les décideurs doivent être conscientisés par les associations de jeunes que la décentralisation est le meilleur moyen d'aboutir à cette fin. La réalisation de toutes les activités relatives à cette conscientisation nécessite des supports de la part des Partenaires techniques et financiers.

Il sera préférable que la prise en charge et tous les services de planification familiale pour les jeunes soient gratuits. Le ministère de la santé publique à travers la DRSP et la SDSP doit maintenir cette stratégie durant toute l'année dans les centres de santé publics. Pour ce faire, le ministère peut réévaluer la répartition budgétaire des différentes branches de la santé en faveur de la SRAJ.

On devrait appuyer le personnel de santé en charge des jeunes en nombre par des recrutements et en renforcement de capacité par des formations en SRAJ pour les prestataires de service, en matière d'accueil des jeunes pour le personnel administratif et les agents d'appui, tous les semestres, dans tous les CSB. Cette formation sera effectuée par des spécialistes en SRAJ et financée par les partenaires techniques et financiers.

Afin d'améliorer la santé reproductive des jeunes et adolescents dans la région Alotra Mangoro, il est indispensable de faire régner l'équité sur tous les plans d'actions tout au long de l'année. Les décideurs doivent être conscientisés par les

associations de jeunes que la décentralisation est le meilleur moyen d'aboutir à cette fin. La réalisation de toutes les activités relatives à cette conscientisation nécessite des supports de la part des Partenaires techniques et financiers.



AUTEURS-REDACTEURS

RANDRIANRISANDY Sahaza Miary Fitahiana

COLLABORATEURS

- RAKOTOARISON Safidiniaina Paul
- RAMIARAMANANA Tanjona R
- TOJOHARISON Elio Marcellin
- RANDRIAMIHAJA F. Fandresena
- RAKOTOMALALA V. Eliot Jean P.
- MAHEFASOA N. Aldo
- RANDRIANIRINA Jonah
- RIJANIAINA Tsimijaly
- RASAFIDINANDRASANA L. Mélanie
- RANDRIANARISON J. Bienvenue
- ROJONIAINA Mélanie Z.
- RAHOELISON Natolojanahary M.
- HOVARISON Rijanirina D.
- RAHANITRINIAINA Malalatiana
- RAHERINIRINA Jean De Dieu

