

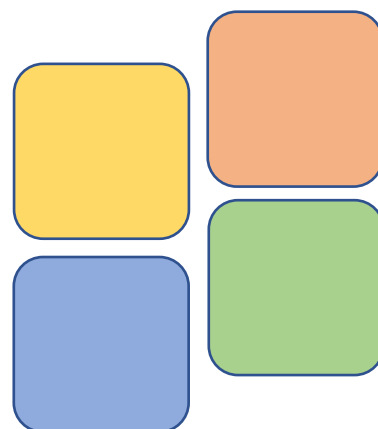


DOCUMENT REGIONAL

PLAIDOYER

BOENY

MARS 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 et reproductive pour les jeunes de chaque région de Madagascar.

Les jeunes, issues du programme de formation Malagasy Advocacy Training Program (MaTP), ont élaboré 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 afin d'élaborer de documents de plaidoyer. Ainsi, il 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 de chaque région en termes d'accès à la planification familiale.

TABLE DES MATIERES

I.	Généralité sur la région	4
1.	Démographie	4
2.	Historique de la région	4
3.	Géographie	4
4.	Cultures en lien avec la santé/santé sexuelle et REPRODUCTIVE	5
II.	PROBLEMATIQUES DE LA SANTE DES JEUNES.....	5
1.	Équité à la santé pour les jeunes.....	5
2.	Financement de la santé des jeunes	8
3.	Les ressources humaines en charge de la santé des jeunes	10
4.	Les infrastructures de la santé des jeunes	12
5.	La qualité de la prise en charge des jeunes	14
6.	Le genre	15
7.	Culture et us-coutumes	17
8.	Politico-leadership.....	18
II.	CONCLUSION	20

I. GENERALITE SUR LA REGION :

1. DEMOGRAPHIE :

La population de la région Boeny a triplé de 1993 à 2018. Elle représente actuellement 3,6% de la population totale de Madagascar avec une densité de 30 habitants/km². Ceci s'explique à travers :

-le taux de croissance annuel qui est de 3,53 % (1993-2018)

-l'Indice synthétique de fécondité : 3,9 enfants/femmes

-le taux de natalité chez les adolescentes : 134/1000

-le taux de naissance avant 18 ans : 38% ²

2. HISTORIQUE DE LA REGION :

Mahajanga signifie cité des fleurs. La population de la région Boeny sont majoritairement originaire du Golfe Persique, malaisiens, africains qui parlaient swahélie.

Les principales Foko et tribus sont les Sakalava de Boeny, mais aussi quelques Antalaotra et des Merinas venus des hautes terres. Créée en 2004, Boeny est classé troisième sur l'indice de pauvreté avec un taux de pauvreté de 62,9% en 2004 malgré les différentes potentialités qu'elle possède.

Elle est l'une des régions qui abrite un des plus grands gisements miniers de Madagascar.

Par la suite, la présence du complexe des zones humides Kinkony, une des sites clés des réseaux protégés des ressources gérées et du deuxième plus grand lac de Madagascar. D'ailleurs elle est la première ville crevetteière de Madagascar.

3. GEOGRAPHIE :

La région est constituée en majeure partie par des plaines qui longent les grands fleuves, et la côte maritime. Malgré le climat de la région qui est un climat tropical sec, la région dispose plusieurs fleuves et le deuxième plus grand lac de Madagascar et les types de sol que présente la région sont cultivables et rentables. Le paysage est couvert en majeure partie par les mangroves qui peuvent être utilisées en bois de construction et de chauffage et des forêts denses sèches réputées pour ses essences nobles (palissandre, ébène ...). Par ailleurs, la région possède plusieurs gammes de ressources minières comme l'immense gisement de fer et de magnétite de Soalala et de soufre.

¹INSTAT, 2018, RGPH3

² UNICEF, MICS 2018

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

La coutume citée ci-dessous appartient à une population de Boeny qui vit près des lacs kinkony. Les Sandrangoatsy. Nombreux sont les cultures qui peuvent constituer un obstacle à la santé.

Si le pied ou le siège de l'enfant sortait en premier, il serait abandonné en forêt, voire même étranglés. L'enfant qui naît avec des dents connaîtra aussi le même sort. Dans certaines familles, mettre au monde des jumeaux est fady, dans ce cas, la mère ne peut en élever qu'un ou aucun.

Dans la prévention des maladies ou dans les cas où les premiers nés de la mère sont morts en bas âge ou la mère a déjà été victime d'une fausse couche, on utilise le trambo. La potion préparée, la mère en boit la première, puis on donne à l'enfant la potion sera désormais donnée à l'enfant chaque fois qu'il présentera des signes de faiblesse ou de maladie. Quand une femme est enceinte, la femme peut avoir un amant et faire des rapports sexuels à condition d'en recevoir un petit cadeau, qui jadis était une piastre, ou une aiguille. Lorsque la mère redoute une fausse-couche, elle peut avoir recours au trambo.

II. PROBLEMATIQUES DE LA SANTE DES JEUNES

1. ÉQUITÉ A LA SANTE POUR LES JEUNES :

En parlant de santé, l'équité consiste à ce qui est juste en matière de répartition de service, de fournitures d'accès équitable, de dispensation des ressources équitables en vue d'obtenir de résultats égaux parmi les différents groupes de la population. De ce fait, on s'abstient de parler d'égalité car les conditions naturelles et géographiques ne sont pas les mêmes et ne permettent pas d'aboutir à un résultat égal. Il s'avère indispensable de minimiser les disparités évitables en santé et ces déterminants entre les groupes de personnes qui ont différents niveaux privilèges sociaux ; entre autres différents niveaux de pouvoir, de richesse dans la société par rapport aux autres groupes.

Par ailleurs, l'équité figure aussi parmi les principes directeurs de la Politique Nationale de Santé des Adolescents et des Jeunes : « 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 (capacités, âge, culture, ethnique, 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 »

Dans le discours à l'occasion des 70ans de la Déclaration des droits de l'Homme,

« chacun peut prévaloir de toutes les libertés proclamées dans la Déclaration universelle sans distinction aucune , notamment de race, de couleur, de sexe , de religion , d'opinion politique ou de toute autre opinion , d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation qui ont été fréquemment cités pour «élargir la liste des personnes spécifiquement protégées , non seulement les personnes LGBTQI+, mais aussi les personnes handicapées » et la Convention relatives aux personnes handicapées pour promouvoir , protéger et assurer la dignité, l'égalité devant la loi, les droits humains et les libertés fondamentales des personnes avec les handicaps en tout genre , adoptée par **l'Assemblée générale des Nations Unis le 13decembre 2006 »**

Outre, l'Article 7 DUDH « tous sont égaux devant la loi et ont droit sans discrimination à une égale protection de la loi. »

Malgré les efforts déployés en matière de politique par les acteurs à tous les niveaux, l'équité en matière de santé des jeunes est loin d'être atteint. Pour le cas de la région Boeny, à première vue, ceci s'illustre sur le fait que les jeunes ont du mal à accéder et sont non considérés aux services de planification familiale, l'utilisation de n'importe quelle méthode contraceptive des femmes mariées et en union est de 38%, si par contre les données concernant les jeunes ne sont pas répertoriées.³

Par la suite, on note la méconnaissance des droits, les jeunes n'ont pas accès à des services adéquats, « les services SR/PF ne sont, la plupart du temps pas adaptés aux jeunes » ⁴

Ces jeunes n'ont pas les mêmes accès aux informations sur leurs droits car la couverture en information sont différents : 93% des femmes non utilisatrices de PF n'ont jamais entendu parler des services de PF. De plus, selon la résidence 82% de femmes et 80% des hommes en milieu rural contre 65% de femmes et 43% d'hommes en milieu urbain n'ont été exposé à aucun media.⁵

³unicef MICS 2018

⁴(PANB 2016-2020

⁵ l'Enquête nationale sur le suivi des objectifs du millénaire, **EDSMD IV MADAGASCAR**

Or dans le cadre de l'atteinte de l'ODD numéro 3 : d'ici 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris la planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux.

. Article 7 DUDH « tous sont égaux devant la loi et ont droit sans discrimination à une égale protection de la loi. »

La diffusion des informations concernant les droits des jeunes doit alors être primordiale et surtout au niveau rural pour que tous ces jeunes aient accès aux mêmes informations et bénéficient des mêmes services.

Demande :

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 compte tous les facteurs pouvant interférer dans le respect de leurs droits

Au moins un centre ami de jeunes doit être mis en place dans chacune des 46 communes de la région boeny, proportionnel aux nombres de jeunes qui vont bénéficier des services dans ces communes. Ces centres vont être des antennes de diffusion des informations nécessaires aux jeunes et où ils seront à leur aise quel que soit leur appartenance ou leur identité sexuelle, où ils seront reçus par des personnes qualifiés et formés pour la prise en charge des jeunes c'est aussi une des axes stratégiques de la politique nationale de la santé des jeunes :

La politique 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 ;

- l'augmentation de l'utilisation des services sera renforcée par le biais de la stimulation de la demande ;

- la disponibilité et la diffusion des informations sur les offres de service en santé des adolescents et des jeunes ;

L'OBJECTIF 3 de l'ODD : d'ici 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris la planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux

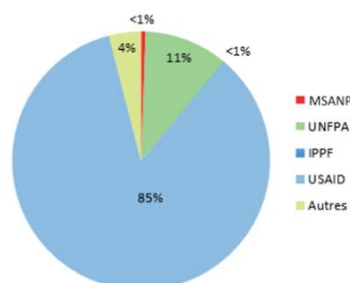
2. FINANCEMENT DE LA SANTE DES JEUNES :

Comme tous les autres secteurs de développement, la santé doit avoir un financement solide pour atteindre tous les objectifs qui ont été posés. Cependant, le financement de la PF dépend largement des aides extérieures et l'achat des consommables provient entièrement des partenaires⁶. 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 ⁷.

D'ailleurs, l'évolution de la répartition du budget de l'Etat montre une forte centralisation budgétaire au détriment de la part du budget du Ministère de la santé publique par rapport au budget général de l'Etat qui est passée de 8% en 2014 à 4% en 2020. C'est un lourd handicap pour le système de santé Malagasy et va avoir une répercussion sur la ressource financière allouée à la santé sexuelle et reproductive des adolescents des jeunes.⁸

De ce fait, l'Etat ne peut pas couvrir totalement les dépenses en matière de planification familiale. Il ne couvre que moins de 1% des dépenses en matière de santé sexuelle et reproductive des jeunes et adolescents.



Dépense des différents acteurs de la SRAJ en PF

D'où, la non gratuité des services de santé qui est un obstacle à l'accès de ces jeunes à la planification familiale. Suite à cette faible ressource financière allouée à la santé des jeunes, les ménages contribuent massivement au financement de leurs dépenses de santé, si le ratio de pauvreté de la région Boeny est en moyenne de 62,6% : 69,9% en milieu rural ⁹. La majorité des jeunes entre 15 et 24 ans ayant un

⁶ PANB

⁷ Ministère de la santé publique, PDSS 2015

⁸ UNICEF, 2018, l'analyse budgétaire de la santé à Madagascar

⁹ CREAM, 2013, Monographie de la Région Boeny

besoin élevé sont encore des charges et n'ont aucune source de revenus. Ils ne peuvent pas non plus compter sur leurs parents qui seront contre la planification familiale.

Quant à la dépendance du secteur santé vis-à-vis des aides extérieures, l'Etat doit être autonome dans le financement de la santé et surtout en planning familial. Il faudra alors :

**** augmenter d'au moins 5% pour les 5 années à venir, le budget alloué à la santé par rapport au budget total de l'Etat pour honorer l'engagement de Madagascar lors de la Déclaration d'Abuja,**

Selon :

-**La déclaration d'Abuja** où : l'Etat a pris un engagement financier en vue de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement : allouer 15% du budget total de l'Etat à la santé

-objectif du pays dans le cadre de l'initiative FP2020 est d'augmenter de 5% par an le budget de la santé alloué au programme PF

****relever 5% du fond communal dans chaque commune pour la prise en charge des plus défavorisés en matière de santé reproductive, en appuyant la CNSS pour la facilité d'accès aux soins à moindre coût, conforme à**

L'objectif 3 de l'ODD :

- Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture santé universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé de qualité.
- D'ici 2030, accroître considérablement le budget de la santé et le recrutement, le perfectionnement, la formation et le maintien en poste du personnel de santé dans les pays en développement, notamment dans les pays les moins avancés et les petits Etats insulaires en développement



Olga une jeune fille de 17ans à Mahajanga qui porte son bébé de 2ans, elle s'était trouvée enceinte quand elle était en classe de cinquième, abandonnée par le père de de son enfant, plonge dans une immense tristesse et bat dans la solitude. A cet âge-là, les jeunes filles de même âge qu'elle continue à étudier, à réaliser leur rêve, mais pour elle ce n'est pas le cas, elle prend la lourde responsabilité d'élever son enfant seule. Plusieurs filles de la région subissent le même sort qu'elle. Cela se reproduirait -il si on avait investi davantage dans la santé reproductive des adolescents.

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

Dans la Région Boeny, le nombre des médecins travaillant dans les CSB II en 2008 est de 56, soit un médecin pour environ 17.000 habitants. Tous les CSB II dans les districts de Mahajanga I, de Marovoay et de Soalala ont été pourvus de médecin. Cependant, seuls 57,1 % des CSB II dans le district de Mitsinjo disposent de médecins.

En 2009, La répartition des personnels médicaux dans la région est de 35 aides-sanitaires, 62 infirmiers et infirmières, 44 sages-femmes, 57 médecins généralistes et 2 médecins spécialistes. Pourtant, seuls les centres de santé publics dans les districts de Mahajanga I et de Soalala ont disposé chacun d'un médecin spécialiste.

Pour la répartition des personnels paramédicaux, un aide sanitaire occupe en moyenne 28 247 habitants dans la région. Ce ratio a été de 53 561 habitants dans le district d'Ambato Boeny contre 18 747 dans le district de Mahajanga II. Par ailleurs, en moyenne un(e) infirmier(e) se charge de près de 16 000 habitants dans la région. Ce taux a été de 33 803 dans le district de Marovoay contre près de 9 000 dans celui de Mitsinjo. Quant aux sages-femmes, le ratio nombre d'habitant par sage-femme a été de 22 469 dans la région. Ce ratio atteint 66 952 dans le district d'Ambato Boeny contre 8 640 à Mahajanga I. Concernant la répartition des médecins, un généraliste se charge d'en moyenne 17 345 habitants. Ce ratio a été de 29 756 dans le district d'Ambato Boeny contre 11 231 à Mahajanga I.

Par ailleurs un médecin spécialiste de la région occupe près de 500 000 habitants. Le nombre de médecin et des paramédicaux(infirmiers et sage femmes) dans le district de Mahajanga 1 à lui seul dépasse de loin le nombre de ces personnels dans les autres districts, plus de la moitié des medecins et paramédicaux dans la région se trouve concentrée dans celui-ci, la proportion de ces personnels médical dans le district de Mahajanga 1 par rapport aux nombre total des personnels présent dans ces 6 districts : est de 56%.¹⁰

On peut constater que la densité des personnels médical à BOENY demeure encore insuffisante pour assurer une couverture santé universelle tant pour l'ensemble de la population que pour les jeunes. On peut aussi remarquer la disproportion des répartitions des personnels dans la région, dont la majorité se concentre à Mahajanga I. Cela peut s'expliquer par l'éloignement et l'enclavement, l'absence d'infrastructures et le manque de confort, l'absence des établissements convenable pour les enfants des personnels qui dissuadent les professionnels de santé de s'installer et travailler dans les zones rurales et enclavées. De plus, s'ajoute l'insécurité qui sévit dans la région depuis la crise de 2009 constitue un problème supplémentaire dans certaines zones. Or, ces personnels sont les garants de l'effectivité des offres et la qualité des soins. Suite à cet éloignement quand les personnels effectuent des déplacements, ils sont dans l'obligation de fermer les centres car il n'y a personne pour les remplacer pendant leur absence.

¹⁰ MEI/CREAM/Monographie 2009

Répartition des personnels soignants dans la région BOENY

11

District	Nombre de médecin dans les CSB II	Pourcentage de CSB II ayant médecin (%)	Nombre de paramédicaux dans les CSB	Habitants / Paramedical
Ambato Boeny	9	81,8	22	12 173
Mahajanga I	19	100	53	4 238
Mahajanga II	7	77,8	16	5 859
Marovoay	14	100	24	9 859
Soalala	3	100	12	7 009
Total	56		146	6 772

Pour remédier aux problèmes cités ci-dessus, l'Etat devrait créer une stratégie de fidélisation des agents de santé présents dans ces structures enclavées, répartir les ressources humaines dans les zones périphériques afin qu'il y ait toujours un personnel dans le centre. Pour cette année faire en sorte que tous les CSB2 qui ne disposent pas encore de médecin notamment dans le district de MITSINJO, puis mahajanga2, puis Ambatoboeny puissent avoir au moins un médecin. Recruter 220 personnels médicaux par an à partir de 2022 soit 50 médecins, 90 sage-femme et infirmiers et 80 aides sanitaires et faire en sorte que la répartition de ces personnels recrutés se fasse de façon déconcentrée, c'est-à-dire en faveur des 5 autres districts que Mahajanga1. En parallèle avec ces recrutements, il est obligatoire de former ce personnel y compris les nouveaux recrutés à la prise en charge des adolescents et jeunes en matière de santé sexuelle.

Marinah, Une jeune de la commune d'Andranomavo Soalala : « Tout près de chez nous, se trouve un CSB. Après avoir assisté à une sensibilisation effectuée par des jeunes pairs éducateurs : que nous les jeunes ayant le droit à l'information dans les centres de santé, J'ai voulu m'y renseigner sur les méthodes contraceptives, mais la sage-femme est très sévère. Elle m'a dit « rentre chez-toi car je ne perds pas mon temps avec des enfants ». Suis-je trop jeune pour avoir des informations sur le planning familial car je n'ai que 14ans ? Je ne sais pas, mais j'ai tellement peur de la sage-femme et c'était la dernière fois où je me suis rendu au CSB »

¹¹ CREAM, 2013, Monographie de la région Boeny

4. LES INFRASTRUCTURES DE LA SANTE DES JEUNES :

L'organisation des infrastructures dans la région Boeny fait appel à trois niveaux :

Le premier niveau, se trouvant au niveau de chaque district sanitaire, est constitué par :

- La fourniture de services au niveau communautaire assurée par les agents communautaires et les agents de santé en stratégie avancée ; ils assurent essentiellement la promotion de la santé et incite les jeunes à aller dans les centres de santé de base.
- Les formations sanitaires de base, qui sont directement les plus proches des jeunes, ils constituent la première porte d'entrée de l'utilisateur dans le système de santé : ce sont les Centre de Santé de Base (CSB) Niveau 1 et 2 qui offre le Paquet Minimum d'Activités (PMA);

- Le deuxième niveau, constitué par les Centres Hospitaliers de Référence de District (CHRD) sans chirurgie assurant le Paquet Complémentaire d'activités (PCA) et les CHRD avec chirurgie représentant les hôpitaux de premier recours ou de premier niveau de référence ;

- Le troisième niveau, constitué des Centres Hospitaliers de Référence Régionale (CHRR) et des Centres Hospitalier Universitaires (CHU)

Ces 3 niveaux présentent tous des services de planification familiale pour les jeunes et les femmes. Cependant la région Boeny ne dispose que de quelques centres de santé amis des jeunes comme la CSAJ, le CSS Mahabibo qui sont les centres de santé spécifiques qui peuvent répondre à leur besoin.

En matière de santé de la reproduction, les CSB figurent parmi les centres qui sont les plus fréquentés par les jeunes, surtout dans le milieu rural du fait de l'absence des autres structures en dehors de la ville.

La région BOENY dispose au total 129 CSB.

« La jeunesse représente un partenaire et un atout incontournable pour le développement durable, la paix et la prospérité de l'Afrique [Madagascar] avec une contribution unique à faire au développement présent et futur. »

(Charte Africaine de la Jeunesse, 2006)

Pour que les jeunes puissent jouir de leur droit en matière de santé reproductif, il faut leur créer des structures qui offrent un ensemble de prestations répondant à leurs besoins et contribuant à leur développement.

La distance et la difficulté à l'accès à un centre de santé est un déterminant majeur à l'accès des jeunes à la planification familiale. Le rapprochement de ces centres de

santé est une des stratégies efficaces pour y remédier. Il faut procéder à la création ou transformation de 46 centres de santé en centre de santé amis des jeunes soit un centre de santé par commune jusqu'à 2023, c'est-à-dire que toutes les communes au niveau de la région Boeny tant au niveau urbain que rural disposent d'un centre de santé amis des jeunes.

Durée de trajets des jeunes pour aller dans un centre le plus proche

12

District	Moins d'une heure	1 h à 3 heures	3 h à une 1/2 journée	Plus d'une journée	Total
Ambato Boeny	100	0	0	0	100
Mahajanga I	100	0	0	0	100
Mahajanga II	0	100	0	0	100
Marovoay	16,7	66,7	16,7	0	100
Mitsinjo	28,6	42,9	28,6	0	100
Soalala	33,3	0	0	66,7	100
Total	39,5	46,5	9,3	4,6	100

Source : MEEI/CREAM/Monographie 2009.

Ces structures doivent avoir les caractéristiques suivantes : leur emplacement géographique doit être accessible aux jeunes, contribuent à éviter la discrimination aussi bien raciale que financièrement pour rendre un monde équitable, c'est-à-dire que les jeunes sans discrimination raciale, selon les niveaux de vies et selon la répartition géographique puissent en jouir de ces structures. De ce fait la construction ou la transformation des CSB en CSB ami des jeunes doivent se faire de façon déconcentrée et non seulement dans les chefs-lieux. Elles doivent être implantée dans un lieu pratique et un environnement sûr, munie d'un cadre convivial qui attire les jeunes, respectant l'intimité, Contribuant à éviter la discrimination, Dotée d'équipements, des fournitures et des services de base essentiels incluant les matériels pédagogiques destinés aux jeunes, propre et dispose d'infrastructure et matériels sanitaires et d'assainissement.

En 2018, lors du lancement de de plan stratégique national en santé de reproduction des adolescents et jeunes, il a été envisagé que 50% des CSB seraient transformés en CSB ami des jeunes en 2020¹³.

¹² CREAM, 2013, Monographie de la région BOENY

¹³ Ministère de la jeunesse et Sport, 2018, PSN SRAJ 2018-2020

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

Dans la prise en charge des jeunes, le personnel soignant parvient rarement à satisfaire les besoins des jeunes et des adolescents. Prenons l'exemple des préservatifs, malgré la disponibilité de ces derniers dans les centres de santé, les professionnels de la santé peuvent ne pas les mettre à la disposition des adolescents. Les services sont parfois peu accueillants, les jeunes sont très sensibles à l'intimité, or ils ne disposent pas d'horaire de consultation particulier, ils sont reçus avec les autres catégories d'âge.

Pour offrir des services de qualité aux jeunes, il faut que les offres existantes dans les centres de santé les satisfont. Pour cela, l'intégration des jeunes dans la planification et les suivis des services de soin est primordial. Les personnels d'accueil des jeunes au niveau des centres de santé doivent être formés pour maintenir des services adaptés et suivants les besoins des jeunes.

6. LE GENRE :

Le genre se définit comme « ensemble des aspects psychologiques et sociaux se rattachant au sexe, identité sexuelle. »

Transposé de l'anglais « gender », le genre est un concept sociologique désignant les « rapports sociaux de sexe » et de façon concrète, l'analyse des statuts, rôle sociaux, relations entre les hommes et les femmes dans une société donnée. - site Adéquations

Dimension identitaire, historique, culturelle et symbolique de l'appartenance biologique au sexe masculin ou féminin – Larousse

Le mot « sexe » se réfère davantage aux caractéristiques biologiques et physiologiques qui différencient les hommes des femmes.

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.

"Les hommes" et les "femmes" sont deux catégories de sexes, tandis que des concepts "masculins" et "féminins" correspondent à des catégories de "genre".

Les aspects de sexe ne changent pas beaucoup d'une société humaine à une autre, tandis que les aspects de "genre" varient beaucoup. (OMS)

Le sexe se définit par la nature, la biologie, on naît homme ou femme, tandis que le genre est une catégorie définie par la société, qui évolue et varie selon les circonstances.

Conscience au genre et aveuglette au genre

Conscience de genre : « expression d'une identité personnelle et collective définie en fonction des expériences communes vécues par les femmes ; elle exprime un sentiment d'appartenance à un groupe pensé, non pas sur la base d'une distinction de classes par exemple, mais selon les catégories de sexe » [Pelletier, 2009, p. 143],.

D'autres auteurs [Luciani, 2016] incluent dans cette notion l'idée que les femmes s'expriment en leur nom et se reconnaissent comme individus discriminés puisque femmes

. En Amérique latine, N. Richard a défini dans une approche plus politique la « conscience de genre » comme la « reconnaissance que ce qui est masculin et féminin n'est pas essentiellement naturel, mais des catégories socialement construites à partir d'un discours de hiérarchie et inégal qui subordonne ce qui est féminin au masculin » [Richard, 2007,

Situation à Madagascar : bien que des sensibilisations et des campagnes en faveur de la femme ont été effectuées durant ces dernières années pour l'égalité de genre, la situation de Madagascar n'a guère évolué, car la discrimination à l'égard des femmes, la violence et les stéréotypes sont encore et toujours en vigueur, surtout en milieu rural. Ceci est le fruit de plusieurs facteurs socioculturels qui favorisent les hommes et les mettent sur un pied d'égalité. En effet, l'homme a toujours été considéré comme force et le pilier sur lequel repose la famille, et ce presque dans

toutes les civilisations antérieures. Mais cette considération reste fortement ancrée jusqu'à maintenant. Ce sentiment de supériorité et de pouvoir de l'homme tend à réduire la femme à une simple charge à nourrir, indigne et incapable de prendre des décisions au sein de sa famille. Et même la femme n'est pas consciente de ses droits, devoirs et potentiels de pouvoir au sein de la société, se contente d'obéir aux ordres de son mari et de lui donner des descendants. Rares sont les femmes connues sur la scène politique, dû au fait de la dominance du genre masculin. Cette inégalité des rapports entre l'homme et la femme constitue la base de la discrimination et la violence faite à l'égard des femmes. Madagascar a pris part à la conférence de Beijing et la CEDEF et doit honorer son engagement pour la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la promotion de la femme.

Objectif stratégique H2 / Intégrer des perspectives de genre dans la législation, les politiques publiques, les programmes et les projets

Action à entreprendre :

c) promouvoir des stratégies et des objectifs nationaux et internationaux sur l'égalité entre femmes et les hommes afin d'éliminer tous les obstacles à l'exercice des droits de la femme et d'éradiquer toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes

d) promouvoir une participation accrue des femmes en tant qu'agentes actives et bénéficiaires du processus de développement, ce qui se traduirait par une amélioration de la qualité de vie pour tous

CEDEF : convention sur l'élimination de toute forme de discrimination à l'égard des femmes :

La discrimination : « c'est toute distinction, exclusion ou restriction fondée sur le sexe qui a pour but de compromettre ou détruire la reconnaissance, la jouissance ou l'exercice par les femmes, quel que soit leur état matrimonial, sur la base de l'égalité de droits de l'homme et des libertés fondamentales dans les domaines politiques, économique social, culturel et civil ou dans toute autre domaine. »

Cependant, pour que l'égalité de genre soit effective, il faut impliquer l'homme dans cette lutte. Autrefois, en matière de santé sexuelle et de planification familiale, l'homme s'est mis en retrait ou a été exclu en pensant que ce sont des « affaires de femmes ». Mais en matière de violence, ils sont les premiers acteurs. On ne peut alors rester indifférent face à cette situation. La sensibilisation des hommes mariés ou jeunes sur la planification familiale afin de les rendre plus responsables de leurs actes et des décisions de couple sur la planification familiale est primordiale pour espérer un changement de comportement du genre masculin. Selon le PANB, l'implication des hommes, les grands parents et les chefs de communauté qui sont souvent laissés de côté est un moyen de remédier à ces problèmes

- Sensibiliser au moins 50% des jeunes hommes dans les collèges et lycées publics, surtout les clubs de sport de la région Boeny sur la planification familiale et la prise de responsabilité dans le comportement sexuel d'ici 2022.

- Sensibiliser des pères de famille à la non-violence et la dénonciation des cas de violence basée sur le genre dans chaque Fokontany rural, chaque mois et pendant 2ans.

- Mettre en œuvre des sessions de discussion et sensibilisation pour l'empowerment » des jeunes filles, des plateformes de soutien de la femme dans les 46 communes pendant 05 ans.

Conférence de Beijing :

- -violences contre les femmes / : désigne tout acte de violence sexiste qui entraîne ou est susceptible d'entraîner un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques pour les femmes [..]

- -la violence contre les femmes est un obstacle à la réalisation des objectifs d'égalité, de développement et de paix

- Dans toutes les sociétés, à un degré plus ou moins grand, les femmes et les filles sont soumises à des abus physiques, sexuels et psychologiques qui transcendent les niveaux de revenus de classe et de culture.

Selon l'UNFPA, la violence basée sur le genre met en péril la santé, la dignité, la sécurité et l'autonomie de ses victimes comme les grossesses forcées et non désirées, les fistules traumatiques, infections sexuellement transmissibles, allant jusqu'à leur décès.

7. CULTURE ET US-COUTUMES :

La société Malagasy est reconnue pour son caractère conservateur. Les us et coutumes transmis par les ancêtres doivent être conservés, appliqués, et retransmis aux descendants. Plus particulièrement dans la région Boeny, cela se traduit par la pérennité des Doany qui demeure fortement respectés jusqu'à aujourd'hui.

Les us, coutumes et culture traditionnelle pro-nataliste et patriarcale et le faible pouvoir de décision des adolescents et des jeunes sur leur santé sexuelle et reproductive est un déterminant majeur dans la réticence des femmes et jeunes filles sur l'utilisation de planning familial. L'enfant est considéré comme un trésor précieux : « Harena ny zanaka », plus on en a, plus on est riche car l'enfant est un porte chance, « manambina »

12,8% de femmes dans la région Boeny n'utilisent pas et n'ont aucune intention d'utiliser une méthode de contraception car elles veulent autant d'enfants que possibles, et 3,6% parce que leurs maris ne sont pas d'accord.¹⁴

La circulation des rumeurs comme quoi les méthodes de contraception modernes rendent stérile est aussi une des causes de non utilisation de PF. D'après cette même enquête, 18,6% sont déterminées à ne pas utiliser par peur des effets secondaires. Du côté du genre masculin, seulement 3% des jeunes de 15 à 24 ans au niveau national utilisent du préservatif ¹⁵. Ils ne sont pas motivés à se protéger et déclarent ne ressentir aucun plaisir pendant le rapport sexuel avec préservatif, « TSY MATSIRO ».

¹⁴ ENSOMD 2012-2013, enquête sur l'atteinte des objectifs du millénaire

¹⁵ Unicef, MICS 2018

Par ailleurs, le mariage d'enfants qui est encore d'actualité à Madagascar est aussi un facteur qui pèse beaucoup dans les problèmes de santé des jeunes. « Les parents encouragent le mariage de leurs filles alors qu'ils sont encore enfants dans l'espoir que le mariage leur sera bénéfique à la fois financièrement et socialement, tout en allégeant le fardeau financier qui pèse sur la famille » MICS 2018. Avec le faible taux de prévalence contraceptive, ces jeunes sont exposés à de hauts risques de mortalité maternelle, de fistule obstétricale et de mortalité infantile pour leur enfant. Dans la région Boeny , 35% de jeunes filles ont été mariées avant 18 ans contre 12% pour les garçons.

Quant à la religion, on a tendance à penser à tort que la religion est contre la planification familiale., ce qui accentue encore une fois l'opposition de l'Eglise et de la science. Pourtant, « Nombre de mythes et d'idées préconçues existent sur la foi et la planification familiale. Les acteurs séculiers considèrent la foi comme un obstacle à la planification familiale et à l'autonomisation des femmes et des jeunes. En parallèle, certains acteurs confessionnels pensent que les groupes séculiers cherchent à imposer des valeurs occidentales plus récentes par rapport aux traditions observées depuis des siècles. [...] Dans certaines régions du monde, les religions interdisent la planification familiale, notamment à cause des mythes et d'idées préconçues largement répandus. Les chefs religieux peuvent s'opposer à la planification familiale s'ils ne disposent pas d'informations précises. Il est donc essentiel de les aider à comprendre le fonctionnement de toutes les méthodes de contraception ainsi que leurs avantages économiques, sociaux et sanitaires » *La foi et la planification familiale /FP2020*.

Pour y remédier il faut alors :

- Informer les chefs religieux sur les buts et les avantages de la planification familiale (clarifier la manière dont la planification familiale favorise de manière générale la santé physique, mentale, émotionnelle et spirituelle /FP2020) car les groupes communautaires religieux composés de femmes réussissent de manière efficace à sensibiliser le grand public à la planification familiale et à en améliorer la compréhension et l'adoption
- Contacter et faire un plaidoyer au niveau des grands chefs religieux du pays sur l'adoption de la planification familiale
- Faire un plaidoyer au niveau des doyens des villages locaux éloignés pour la sensibilisation à l'utilisation de planning familial.

8. POLITICO-LEADERSHIP :

Ce volet figure parmi les cinq piliers de l'organisation et Gestion du système de santé. Il constitue un intérêt majeur pour le système de santé des jeunes. Ce terme constitue la capacité du ministère de la santé publique à impulser, à coordonner à inciter l'adhésion des parties prenantes au développement. Malgré son importance, il est parmi les piliers qui rencontrent le plus de problèmes. 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. De ce fait,

celui qui est à la tête de ce ministère veut imprégner sa présence et ne continue pas les politiques menés par celui qui l'a précédé, les efforts accomplis par ce dernier reste vain. Tout cela a un impact au niveau de l'administration de la santé au niveau régional. Pour le développement de la santé au niveau régional, la mise en place d'une politique en est le point clé. Or, actuellement la région BOENY ne dispose pas encore d'un plan de développement de district qui régit les différents objectifs et la mise en œuvre des activités. De plus, au niveau périphérique, l'Equipe Managériale du District rencontre des difficultés dans la réalisation de ces fonctions d'où l'absence de coordination et d'intégration du système de soins au niveau des communes et l'inadéquation du dispositif de gestion des aspects sanitaires.

En termes de gouvernance, le mauvais fonctionnement du Ministère est la conséquence de la faible capacité en gestion des différents cadres aux niveaux du ministère jusqu'au niveau de la Service de district de Santé Publique et de l'insuffisance de financement du secteur. Le système de santé de Madagascar était sur le point d'entrer dans la décentralisation du système avant la crise de 2009, la réforme des finances publiques basée sur le budget de programmes et le mécanisme de Planification Budgétisation Suivi Évaluation. Cela a entraîné : une forte centralisation budgétaire du secteur : 80% du budget sont alloués au niveau central, une faiblesse des Services Techniques Déconcentrés (STD) tels que les DRSP et les SDSP qui n'arrivent pas à jouer correctement leur rôle dans l'appui, la coordination et l'accompagnement des structures de soin.

Il faut alors :

- renforcer la capacité de leadership des cadres à tous les niveaux,
- mettre en place un système de suivi et d'évaluation de la réalisation de toutes les activités mentionnées dans les Plans de Travail Annuel (PTA), création et rédaction des documents cadres comme le Plan National de Santé et le Plan de développement de district de santé.

Pour la lutte contre la corruption, on peut institutionnaliser les audits externes et internes et des mécanismes anticorruptions sur le système budgétaire.

II. CONCLUSION :

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.

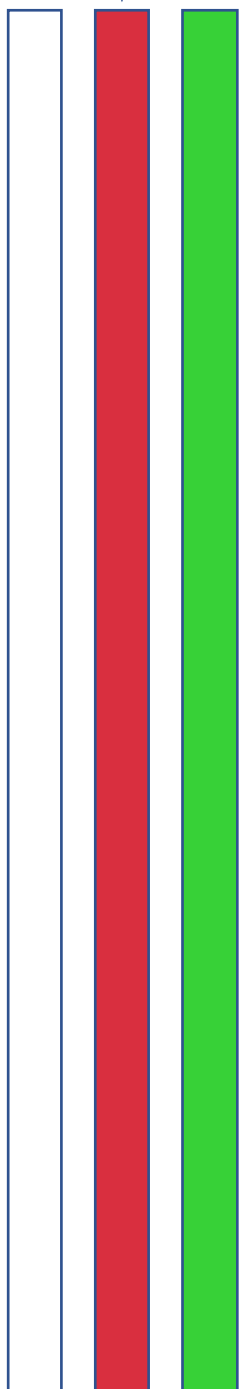
On devrait appuyer le personnel de santé en charge des jeunes en nombre par des recrutements et en renforcement de capacité par des formations en SRAJ pour les prestataires de service, en matière d'accueil des jeunes pour le personnel administratif et les agents d'appui, tous les semestres, dans tous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

Concernant les infrastructures de santé, procéder à la transformation de 50% des Centres de Santé de Base en CSB amis des jeunes avec un rythme de 10% chaque année par le Ministère de la Santé en partenariat avec le Ministère de la jeunesse et des sports et les communes respectives.

A propos de la coutume, les leaders communautaires devraient être sensibilisés sur les avantages socio-économiques de la planification familiale, tous les trimestres par la direction régionale de la population financée par le ministère de la population.

Quant au genre, mettre en place une politique de mise en avant de la femme et d'égalité des genres dans les communes, centre de santé effectués par le chef district des maires, des chefs CSB tous les semestres.

Concernant le leadership et gouvernance, appliquer la politique mise en œuvre par tous les acteurs en SRAJ et mettre en place des comités régionales regroupant tous les départements interministériels et les sociétés civiles.



AUTEURS-REDACTEURS

MIHARISOA Tanja

RADAFIHARISON ANDRIANIAINA Eddy Michel

COLLABORATEURS

NOELY Syrinia Danielle

GNAVE SOATIANA Flavia

BIFA Ny Aina Cristelle

NOMENJANAHARY Eliasy Albert

DJAANFAR TASSMYAT Célestine

INDRIAMIHAJA Garcia

NARISON Fanilo Steevia

ANDRAINASOA Jeannio

CHAMIC Cédric

ANDRIANARISON Gaël Rinaldi

RAZANADRASOA Lucie Francine

RAZAFINDRAMASY Joséphine

MAMINIRINA Haïra Souafat

RAZAFINTSALAMA Emanuel

GNAVE Soatiana Floria

