

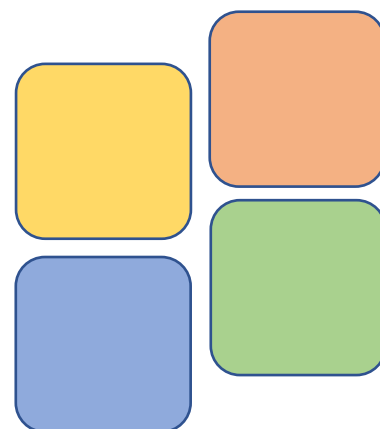


DOCUMENT REGIONAL

PLAIDOYER

HAUTE MATSIATRA

MARS 2021, MADAGASCAR



INTRODUCTION

Le projet ADVOCACY FOR YOUHT, 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 élaboré 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 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:.....	4
II.	LES PROBLÉMATIQUES DE LA SANTÉ DES JEUNES :.....	5
1.	Équité à la santé pour les jeunes :.....	5
2.	Financement de la santé des jeunes :.....	6
3.	Les ressources humaines en charge de la santé des jeunes :.....	7
4.	Les infrastructures de la santé des jeunes :.....	8
5.	La qualité de la prise en charge des jeunes :.....	9
6.	Le genre :	10
7.	Culture et us-coutumes :.....	13
8.	Politico-leadership :.....	14
III.	CONCLUSION :.....	16

I. GENERALITE SUR LA REGION :

1. DEMOGRAPHIE :

La région Haute Matsiatra figure parmi les sept régions les plus peuplées de l'île concentrant à elle seule 5,6%. Pour ce qui est de la répartition par milieu de résidence, ¹la population de cette région se trouve donc majoritairement en milieu rural avec 83% contre 17% se trouvant en milieu urbain. Concernant la répartition par tranche d'âge de la population active, les 15-24ans représentent 27,9% et les 25-64ans représentent 62,8%².

2. HISTORIQUE DE LA REGION :

La capitale administrative de la région Haute Matsiatra ; c'est à dire la ville de Fianarantsoa. En effet, les premiers habitants de la ville de Fianarantsoa étaient des merina affectés pour l'administration de la capitale du sud et des betsileo ramenés d'Isandra, de Lalangina et d'Iarindrano. Ce qui fait la diversité ethnique de la région.

L'appellation « Fianarantsoa » n'a pas été créé par hasard car « Fianarantsoa peut être traduit par « qui imite bien ». Cette première interprétation, qui remonte sans doute aux origines de la citadelle merina, exprime l'espoir, pour Fianarantsoa, d'une croissance aussi prometteuse que celle d'Antananarivo. Il faut reconnaître qu'à première vue, avec son Rova, son lac Anosy, le lac de barrage aménagé dans la vallée d'un court affluent du Mandranofotsy, Fianarantsoa rappelle, en plus modeste, la capitale de l'Imerina »³

3. GEOGRAPHIE :

La Région Matsiatra est située dans la province de Fianarantsoa, dans le centre de l'île. Elle représente 20,46 % de la superficie totale de la province de Fianarantsoa. La Région possède une superficie couverte de forêts de 59 453 ha en 2005⁴. Classée parmi les régions les plus froides de Madagascar.

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

¹INSTAT, 2018, Recensement Général de la Population et Habitation (RGPH-3)

² CREAM, 2013, Monographie de la région Haute Matsiatra,.

³ Yvan, G.Paillard, 1986, p.347.

⁴ CREAM, 2013, Monographie de la région Haute Matsiatra,

Le marché aux filles ou « Tsenan'ampela » pratiqué dans la région Haute Matsiatra et plus précisément dans le district d'Ambalavao constitue une forme de mariage précoce et de prostitution⁵. D'un côté, ils offrent aux filles la possibilité de rencontrer un époux potentiel et de l'autre côté, de gagner un peu d'argent. En effet, cette pratique révélée comme tradition est observée dès l'âge de 13 ans, où les filles commencent à se rendre aux marchés des bestiaux dans l'espoir d'attirer l'attention des propriétaires de bétail. Dans un cas comme dans l'autre, les parents reçoivent de l'argent ou du bétail en échange des « services » rendus par leur fille (jusqu'à 3 euros par nuit)⁶.

La pratique du « Tsenan'ampela » dans cette région soulève des analyses concernant le comportement sexuel des jeunes, l'utilisation d'une méthode contraceptive, le mariage précoce de jeunes filles ainsi que la grossesse précoce).

II. LES PROBLÉMATIQUES DE LA SANTÉ DES JEUNES :

1. ÉQUITÉ A LA SANTE POUR LES JEUNES :

Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'équité en santé désigne l'absence de différence systématique et potentiellement remédiable, entre différents groupes de personnes, qu'ils soient définis selon des critères sociaux, économique, démographique ou géographique.

La santé est un droit fondamental de la personne, spécifiquement la santé de la reproduction qui repose implicitement sur les droits des hommes et des femmes.

De par cela, l'équité va au-delà des simples inégalités relatives aux déterminants de la santé, en donnant au groupe concerné (groupes confrontés à des inégalités en matière de santé : les pauvres, les minorités raciales et ethniques, les femmes, les jeunes) les moyens d'agir à travers des changements systématiques, une réforme de loi ou modification des relations économiques ou sociale.

Concernant la situation à Madagascar, nous avons des documents cadre, d'orientation stratégique de santé illustrant les programmes et le plan de mise en œuvre à travers les engagements Family Planning 2020, outre le document politique, le PNS SRAJ. D'ailleurs, le droit malgache reconnaissant l'existence du droit à la santé sexuelle et reproductive fixant les règles générales régissant la Santé de la Reproduction et la Planification Familiale expliquant que : « Le droit à la Santé de la Reproduction et à la Planification Familiale est un droit fondamental. Aucun individu ne peut être privé de ce droit dont il bénéficie sans

⁵Gulnara Shahinian, Juillet 2013, rapport sur les formes contemporaines d'esclavage,

⁶ ECPAT France, 2014, suivi de la situation de l'exploitation sexuelle des enfants à des fins commerciales à Madagascar

discrimination aucune fondée sur l'âge, le sexe, la fortune, la couleur de la peau, la religion, l'ethnie, la situation matrimoniale ou sur toute autre situation⁷.

Pourtant d'après une étude d'analyse de situation se référant à l'utilisation de méthodes contraceptives, d'un côté chez les adolescentes non en union mais sexuellement actives âgées de 15-19 ans : 76% n'ont jamais utilisé de méthode de contraception, or 37% des adolescentes de 15-19 ans ont déjà commencé leur vie de reproduction⁸, 13,7 % seulement utilisent les méthodes modernes de contraception⁹. D'autre côté 41% des femmes malagasy mariées ou en union utilise de méthodes contraceptives modernes¹⁰.

A travers ces faits, on observe un écart non négligeable pour ce qui est d'accès à la santé pour les jeunes. Les problèmes inhérents s'avèrent nombreux et qui sont relatifs aux aspects pratiques socioculturels qu'économiques et informationnelles, aussi le paramètre de non considération de chaque couche sociale de la population et chaque région.

On peut conclure donc que la santé sexuelle et reproductive des jeunes connaît encore des problèmes en lien avec l'équité. Mais à travers les perspectives en cours informant la gratuité des services PF pour la population sans distinction de genre ni de sexe avec l'équité¹¹, le Protocole de Maputo sur les Droits des Femmes¹², la loi n°2017-043 SRPF en vigueur, afin de surmonter les injustices, et d'éliminer progressivement les inégalités liées aux incapacités pour favoriser l'épanouissement personnel, il est recommandable de :

- Augmenter les campagnes de sensibilisation sur l'existence de la loi 2017/043-régissant la santé sexuelle et reproductive de la population et la planification familiale afin d'informer les jeunes sur leurs droits de pouvoir jouir des services de planification familiale.
- Faciliter l'accès à la planification familiale pour les jeunes de chaque région toute en tenant compte de ses spécificités et potentialité

2. FINANCEMENT DE LA SANTE DES JEUNES :

La structure du financement de la santé est composée par des fonds publics, des fonds privés y compris les ménages et le reste du monde.

Le tableau suivant montre l'évolution de la répartition des sources de financement de la santé de 2003 à 2010.

⁷ Loi n°2017-043, article 3 alinéa 2 et 3

⁸ ENSOMD 2012-2013

⁹ PNS SRAJ20

¹⁰ MICS 2018

¹¹ PDSS 2021-2025

¹² Plan d'action élargi de Maputo sur la santé sexuelle et reproductive et les droits y relatifs 2016-2030

Années	Fonds publics	Ménages	Reste du Monde (PTF)	Fonds privés
2003	32%	20%	37%	11%
2007	49%	23 %	17%	11%
2010	14%	40%	42%	4%

3.

En effet, le financement de la planification familiale pour les jeunes est assuré par les organisations étrangères. Moins de 1 % de ce budget est fourni par le ministère de la santé publique¹³. On peut en conclure que le financement de la santé sexuelle et reproductive n'est pas encore une priorité pour le pays.

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

Les ressources humaines constituent un pilier déterminant majeur de la performance du système de santé car il influe à la fois sur l'effectivité de l'offre de service et sur la qualité des soins de santé.

La moyenne nationale en ratio médecin public par habitants était de 1/10 500, proche de celle préconisée par l'OMS qui est 1 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 spécialistes¹⁴.

Pour la région Haute Matsiatra, on constate une disparité inter-régionale quant à la répartition géographique des personnels de santé. En effet, sur l'ensemble de la région, le nombre de médecins publics exerçant dans les CSB 2 et le nombre d'aides sanitaires servant dans les CSB 2 sont respectivement de 64 et 219. Pour le district de Fianarantsoa I qui est composé d'une seule commune urbaine et donc d'un seul CSB 2, le nombre de médecins publics est de 25 et le nombre d'aides sanitaires 88 soit un pourcentage de 39% et 40% sur l'ensemble de la région. Par contre, les deux districts, regroupant le plus grand nombre de communes, d'Ambalavao et Ambohimahasoia ; avec respectivement 17 et 18 communes ; ne recensent que 8 médecins et 37 aides sanitaires pour le premier ainsi que 5 médecins et 26 aides sanitaires pour le second. Généralement, le nombre de CSB correspond au nombre de communes dans le district d'une région. Donc, pour le district d'Ambalavao et d'Ambohimahasoia, plus de la moitié des

¹³ PANB, 2016-2020. Chapitre « problèmes et défis essentiels/Financement)

¹⁴ PDSS, 2014

CSB 2 ne dispose pas de médecin à sa tête soit un pourcentage de 53% pour Ambalavao et 73% pour Ambohimahasoa. ¹⁵

La concentration des professionnels de santé dans les milieux urbains est donc une problématique majeure de cette région où 83% de sa population se trouve en milieu rural.

Pour cela, on demande à :

- Répartir équitablement le nombre de médecins et paramédicaux qui exercent dans les CSB II en fonction du nombre de population dans la commune.
- Augmenter de 5% le nombre de médecins au niveau des maternités des CSB dans le district d'Ambalavao et Ambohimahasoa dans les trois prochaines années.
- Former 50% des personnels de santé dans les CSB 2 des districts se trouvant en milieu rural (Ikalamavony, Isandra, Lalangina, Vohibato) à la prise en charge des mineurs voulant avoir accès aux méthodes contraceptives d'ici 2 ans.

5. LES INFRASTRUCTURES DE LA SANTE DES JEUNES :

Généralement, un CSB 2 dispose d'une maternité et cette région compte en tout 80 CSB 2. La totalité des CSB 2 se trouvant dans les communes du district de Fianarantsoa I (1 commune urbaine) et d'Ikalamavony (8 communes) dispose d'un médecin au sein de leur maternité (100%). Par contre, 22,2 % des communes d'Ambohimahasoa (sur 18 communes) et 18,2 % de celles d'Isandra (sur 11 communes) bénéficient de services des médecins travaillant dans des maternités. Il est à noter qu'aucun médecin ne travaille dans les maternités des communes du district d'Ambalavao lequel compte 17 communes soit 17 CSB II.

Tableau 40: Distance pour la majorité de la formation sanitaire la plus proche

Unité: %					
Distric	Moins de 1 km	1 à 5 km	6 à 10 km	11 km et plus	Total
Ambalavao	5,9	94,1	0	0	100
Ambohimahaso	5,6	5,6	88,9	0	100
Fianarantsoa I	0	100	0	0	100
Ikalamavony	12,5	87,5	0	0	100
Isandra	100	0	0	0	100
Lalangina	7,7	61,5	30,8	0	100
Vohibato	0	64,3	21,4	14,3	100
Ensemble de la région	18,3	51,2	28,1	2,4	100

Source : MEI/CREAM/Monographie 2009

¹⁵ CREAM, Monographies de la région Haute Matsiatra, 2013

6. LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES JEUNES

En terme de qualité des prises en charge, la fédération internationale sur la planification familiale indique que la Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes (SRAJ) comprend les prestations sur :

Les Conseils, les Informations et les Communications en rapport à tout ce qui a trait à la SRAJ et la prévention des grossesses précoces ou non désirées,

- La lutte contre les IST/VIH, cancer du col, VBG : prévention et prise en charge,
- La prise en charge des grossesses précoces, des complications des avortements,
- La prévention et la prise en charge de la toxicomanie, des problèmes liés aux mésusages de produits
- Dépendogènes,
- L'IEC/CCC sur la nutrition, et la prévention et la prise en charge de la malnutrition
- Les services de santé amis des jeunes

Le taux de couverture contraceptive au niveau des CSB dans la région est de 44,3% pour les femmes de 15 à 49ans¹⁶. Néanmoins, aucune précision pour les jeunes de 15 à 24 ans n'y est mentionnée. Par contre, l'enquête MICS donne plus d'information concernant l'utilisation de méthodes contraceptives modernes par les filles âgées de 15 à 19ans non mariées qui est de 38%¹⁷. La place de la contraception dans la vie des adolescents n'est donc pas priorisée. Les raisons qui poussent les adolescents et les jeunes à ne pas vouloir utiliser une méthode contraceptive trouvent souvent source dans le mauvais accueil dans les centres de planification familiale et la crainte d'être vues par l'entourage dans ces centres¹⁸.

Dans la région Haute Matsiatra où l'objectif de procréation est précocement encouragée surtout pour les jeunes filles (cf : culture us et coutumes, la pratique du « Tsenan'ampela »), le fait de vouloir contrôler la fécondité dès l'entrée dans la vie sexuelle est mal vue. C'est dans ce contexte de jugement et de préjugée que s'installe la stigmatisation des mineurs par les agents de santé. L'existence d'un décalage entre les demandes des jeunes de 15 à 19 ans en matière de contraception et la qualification du personnel médical pour la prise en charge de ces jeunes subsistent donc.

Le Ministère de la Santé publique a déjà sorti la troisième édition sur les normes et procédures en santé de la reproduction en 2017 mais l'application effective de cette norme au niveau des CSB reste un défi.

¹⁶ Annuaire des statistiques du secteur de la santé, 2016

¹⁷ INSTAT, 2018

¹⁸ Gastineau Bénédicte, Binet Clotilde, 2006

7. LE GENRE :

La notion du genre est en relation avec la santé de reproduction

Inégalité d'accès aux méthodes contraceptives

Les services relatifs à la planification familiale et santé reproductive figure dans le paquet de base fournis au sein des services communautaires de base. Ces services sont censés être gratuits pour la population sans distinction de genre ni de sexe¹⁹. Néanmoins, à la vue des différentes enquêtes et rapports sur le sujet de la santé sexuelle et reproductive, la responsabilité de l'utilisation d'une méthode contraceptive incombe principalement au sexe féminin sans distinction de la tranche d'âge.

Tout d'abord, concernant les enquêtes sur les sources d'approvisionnement et coût de la contraception²⁰, seul le sexe féminin a été enquêté. A cet effet, le pourcentage d'utilisatrices de méthodes contraceptives modernes âgées de 15 à 49ans s'approvisionnant au niveau des CSB 2 et en fonction de la méthode dont : 49% utilisant la pilule, 71,8% pour les injectables, 63,1% pour les implants et seulement 4,8% pour le condom masculin. Pour cette méthode contraceptive en particulier, les sources d'approvisionnement se font surtout au niveau des boutiques (41,3%) et du secteur médical privé (24,7%) lesquels incombe aux utilisatrices de payer pour les obtenir.

Concernant le coût desdites méthodes contraceptives modernes, le pourcentage de femmes qui ont obtenu leur méthode gratuitement est plus élevé dans le secteur public (61%) que dans le secteur privé (14 %) ²¹. Le pourcentage de la gratuité des services dans le secteur public selon la méthode utilisée est comme suit : 66,2% pour la pilule, 62,6% pour les injectables, 61,6% pour les implants et aucun pourcentage affiché pour le condom masculin.

En termes de coût et de sources d'approvisionnement de méthodes contraceptives modernes donc, le secteur public offre des services plus ou moins gratuits pour les femmes désirantes utilisées la pilule, les injectables et les implants. Par contre, quant il s'agit de l'accès au condom masculin, la distribution et la gratuité au niveau du secteur public (plus particulièrement au niveau des CSB2) fait défaut. Bien évidemment, cette absence d'offre pour les préservatifs masculins peut s'expliquer par la demande élevée en injection pour les femmes. Ainsi, la charge mentale pour l'utilisation de méthode contraceptive est donc attribuée à la responsabilité de la femme.

La mortalité maternelle a stagné ces dernières années. Elle est passée de 488/100 000 naissances vivantes en 1997 (EDS II) à 469/100 000 naissances vivantes en 2004 (EDS III), pour remonter à 498/100 000 naissances vivantes en 2008 (EDS

¹⁹ PDSS (2015-2019)

²⁰ INSTAT, l'EDS-IV, 2008-2009

²¹ INSTAT, EDS-IV, 2008-2009

IV) et à 478/100 000 naissances vivantes en 2012²². Aussi, près de 34% des décès maternels surviennent dans la tranche d'âge de 15 à 19 ans. L'analyse des normes en matière de santé de la femme enceinte (entre 15 à 24 ans) dans la région Haute Matsiatra est alors primordiale pour identifier les problématiques concernant les soins prénatals, l'assistance pendant l'accouchement et les visites postnatales.

Pour la région Haute Matsiatra, le pourcentage de femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par type de prestataire consulté durant la grossesse pour la naissance la plus récente est de 34% au niveau de médecin, 55,6% au niveau d'infirmière et sage femme, et 2,9% au niveau des accoucheuses traditionnelles. Il est à noter que pour les mères ayant eu une naissance vivante avant l'âge de 20ans, le pourcentage ayant reçu des soins prénatals par du personnel formé est de 82,8%. Même si ce taux est assez élevé, près de 17,2% des jeunes mères dont l'âge est inférieur à 20 ans n'effectue pas de soins prénatals près d'un personnel de santé formé.

Concernant l'assistance lors de l'accouchement, 54,7 % des femmes de 15-49 ans ; qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête ; ont eu recours aux services d'accoucheuses traditionnelles. Au niveau de l'assistance d'un médecin et d'infirmière et ou sage femme, il passe de 16,9% à 20% respectivement. En tout donc, le pourcentage dont l'accouchement a été assisté par un professionnel de santé est de 37,5% lequel sont largement inférieur par rapport aux autres régions comme Analamanga qui affiche 73,8%. Pour les mères ayant eu une naissance vivante avant l'âge de 20ans, 51,9% ont eu recours aux accoucheuses traditionnelles contre 11,8% au niveau de médecin et 28,3% au niveau de l'infirmières/sage-femme. Cette préférence pour les accoucheuses traditionnelles semble correspondre à la volonté des femmes enceintes d'accoucher à domicile. En effet, pour les mères dont l'âge est inférieur à 20ans, 66,3% ont accouché dans leur maison contre 30% sont celles qui ont accouché dans un établissement de santé public.

Ensuite, sur le point des visites postnatales, 18,2% des femmes de 15-49 ans ; qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête ; ont déclaré qu'elles n'ont pas effectué de visite postnatale. Par rapport à la région Androy avec 68,5% des femmes dans la même tranche d'âges, le pourcentage des femmes déclarant pas de visite postnatale après l'accouchement dans la région Haute Matsiatra est largement inférieur, ce qui insinue que la grande majorité des femmes soit 81,8% ressentent le besoin de consulter après un accouchement. Il est important de présenter ces chiffres « une proportion importante de décès maternels et de décès de nouveau-nés qui surviennent dans la période néonatale se produit dans les 48 heures qui suivent l'accouchement ». ²³

Ainsi, pour les jeunes femmes dans la région Haute Matsiatra, l'assistance pendant l'accouchement et les visites postnatales se font de préférence au niveau d'accoucheuse traditionnelle. Par définition « on entend par accoucheuse

²² PDSS 2015-2019, p.30- ENSOMD, 2012

²³ INSTAT. ENSOMD, 2012-2013, page 31

traditionnelle une personne d'une communauté qui assiste les femmes au cours de leur grossesse, de leur l'accouchement et de la période post-partum, mais qui n'appartient pas au système de santé officiel ²⁴». Pour les mineurs, cette préférence peut s'expliquer d'une part par la stigmatisation des jeunes femmes mineurs enceintes par les agents de santé au niveau des CSB d'où la méfiance et le sentiment de rejet envers les services publics qui s'installe et d'autre part, par l'influence des mères concernant la confiance attribuée à l'accoucheuse traditionnelle²⁵.

Augmenter de 50% le nombre d'unités consommées pour les préservatifs au niveau des 80 CSB II de la région Haute Matsiatra d'ici 2ans. (Augmenter l'offre et stimuler la demande)

- *En 2016, le nombre d'unités consommées pour les préservatifs au niveau des CSB de la région Haute Matsiatra a été de 2.183 contre 128.153 pour les injectables et 82.251 pour les contraceptifs oraux (Annuaire des statistiques du secteur de la santé de Madagascar, MinSanp, 2016).*
- *A Madagascar, les partenaires techniques et financiers constituent principalement la source de financement pour l'achat des intrants et consommable en planification familiale. 85% provient de l'USAID, 11% pour l'UNFPA et la part du Ministère de la Santé Publique est inférieure à 1% (Plan stratégique national en santé de la reproduction des adolescents et jeunes 2018-2020).*

Afin de prévenir les décès maternels avant l'âge de 18ans, il est primordial de doubler le nombre de jeunes femmes enceintes effectuant une ou des consultations prénatales au niveau des CSB de la région Haute Matsiatra d'ici 5 ans et aussi d'augmenter de 10% le nombre d'accouchement effectué dans les CSB 2 de cette région d'ici 2 ans.

- *Sur 58.461 grossesse attendue recensée dans les CSB de la région Haute Matsiatra, le nombre de femme ; dont l'âge est inférieur à 18ans ; ayant fait une consultation prénatale est de 6.181 pour un taux de 10% (Annuaire des statistiques du secteur de la santé de Madagascar, MinSanp, 2016).*
- *Sur 51.965 naissances attendues recensée dans les CSB de la région Haute Matsiatra, 19.942 accouchement ont été effectué dans le centre soit un taux de 38,4% (Annuaire des statistiques du secteur de la santé de Madagascar, MinSanp, 2016).*

²⁴ ANDRIANTSOA Andriamihaja, thèse de doctorat en médecine Formation des accoucheuses traditionnelles à Ambohimahamasina pour la promotion de la maternité sans risque, l'Université d'Antananarivo, 2006, p.2,

²⁵ Susan Igras et al, septembre 2019

8. CULTURE ET US-COUTUMES :

La pratique du « Tsenan'ampela » : entre précocité de la sexualité et mariage précoce

Comme on l'a présente précédemment (cf : contexte, culture en lien avec la santé sexuelle et reproductive), la région Haute Matsiatra figure parmi les régions où la pratique du « Tsenan'ampela » est prépondérante. En effet, le comportement sexuel engendré par cette pratique n'est pas anodin, le pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans dans la région Haute Matsiatra est de 12% et 9% respectivement. Malgré la pratique du « Tsenan'ampela », ce pourcentage de 12% pour les jeunes femmes ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans reste toutefois inférieur à la moyenne nationale de 17% et est largement inférieur au pourcentage de 42% pour les jeunes femmes du même tranche d'âge résidant dans la région d'Ihorombe²⁶.

La région Haute Matsiatra et Ihorombe sont deux régions voisines étant donné que la première est délimitée au sud par la deuxième. Cette proximité géographique, délimitée par les circonscriptions administratives fait ressortir les similitudes en termes d'us-et-coutumes en lien avec la sexualité des jeunes. C'est ainsi que les pratiques du « Valifofo » et du « Tsenan'ampela » sont largement répandues dans les deux régions, spécialement celle d'Ihorombe d'où le pourcentage élevé par rapport à la région Haute Matsiatra.

La jouissance de cette sexualité dite « précoce » dans la région Haute Matsiatra est en étroite relation avec les questionnements liés à l'utilisation d'une méthode contraceptive de préférence du préservatif afin de prévenir tous risques d'IST/VIH et au mariage précoce avant l'âge de 18ans. Dans cette région, le pourcentage d'hommes de 15-24ans utilisant le préservatif lors du dernier rapport sexuel est de 8% tandis que pour les femmes de 15-24ans, ce pourcentage diminue de 3%. Ce dernier est en dessous de la moyenne nationale de 5% pour les femmes et figure parmi les plus faibles sur les 22 régions. Evidemment, ces pourcentages sont assez évasifs du fait notamment du manque de précision concernant le caractère réguliers ou non des partenaires sexuels et de l'existence d'une union conjugale ou non.

Cette réticence par rapport à l'utilisation du préservatif n'est pas anodin « une grande majorité des jeunes hommes et une bonne partie des jeunes femmes, le principal argument avancé pour esquiver l'utilisation de préservatif est la diminution du plaisir et des sensations éprouvées lors des rapports sexuels²⁷. A ceci s'ajoute, leur impression commune d'avoir des relations sexuelles contre-nature car le port de préservatif est assimilé à l'introduction d'objet étranger à l'intérieur du vagin des femmes. Pour les jeunes hommes spécifiquement, l'acte

²⁶ MICS, 2018

²⁷ HEARD, 2018-2019)

sexuel est incomplet s'il ne s'achève pas par leur éjaculation sans entrave dans le vagin de leur partenaire. S'ajoute à ce motif de réticence de l'utilisation du préservatif est le caractère onéreux de ce dernier mais aussi le sentiment de honte qui s'installe quand il s'agit d'acheter cette méthode contraceptive au niveau des points de vente surtout pour les mineurs.

Concernant le mariage précoce ; une des conséquences directes de la pratique du « Tsenan'ampela » ; le pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 20 à 49 ans qui ont été mariés ou en union avant l'âge de 18 ans sont respectivement de 30% pour les filles et de 12% pour les garçons²⁸. D'après ces pourcentages, les filles de moins 18 ans sont plus enclins à être mariées que les garçons. Fait récurrent dans plusieurs régions de Madagascar, le mariage de jeunes filles avant 18ans constitue une violation des droits humains et conduit très probablement à une grossesse précoce en absence d'utilisation de méthodes contraceptives. D'ailleurs, selon l'enquête démographique et de santé « plus l'âge de la femme à la première naissance est précoce, plus la probabilité qu'elle ait un nombre d'enfants élevé est importante »²⁹. Comme on l'on énoncé précédemment (cf : contexte, démographie), l'ISF de cette région est de 4,6 qui correspond à la moyenne nationale. Aussi, le pourcentage de femmes âgées de 20 à 24 ans ayant eu une naissance vivante avant l'âge de 15 ans ne représente qu'1%, ce qui est en dessous de la moyenne nationale de 5%.

9. POLITICO-LEADERSHIP :

Théoriquement, les différents cadres institutionnels en matière de santé à Madagascar sont tous encadrés voire basés sur des valeurs dites « fondamentales ». En effet, l'exemple nous est donné par la politique nationale de santé communautaire³⁰ qui sous-tend quatre valeurs : représentation, équité, transparence et éthique.

Concernant la transparence, les agents de santé, les acteurs communautaires, les parties prenantes et les communautés sont tenues de partager toutes les informations sur les problèmes, les priorités, les processus de gestion, et de contribuer de manière participative et transparente. Selon leurs compétences et attributions, aux activités menées, aux suivis et aux évaluations des résultats obtenus ».

Pour ce qui est de l'éthique englobant l'intégrité et la redevabilité, les agents communautaires et tous les membres des structures d'opérationnalisation et de coordination des interventions en santé communautaire sont redevables envers la communauté de laquelle ils sont issus et/ou qu'ils servent. Aussi, pour gagner

²⁸ INSTAT, MICS, 2018

²⁹ EDSMD, INSTAT, 2008-2009

³⁰ Ministère de la Santé Publique, PNSC, Juillet 2017, p.7 et 8

leur confiance, leur reconnaissance et jouir d'une bonne réputation, ils doivent être honnêtes, impartiaux et justes ». Néanmoins, l'on constatera par la suite qu'une grosse fausseté sépare la théorie de la pratique au niveau des régions.

Absence de transparence dans le suivi et l'évaluation des différentes politiques et plan d'action en faveur de la santé reproductive et sexuelle des jeunes.

Dans le PANB 2016-2020, le Ministère de la Santé publique à travers la direction de la santé familiale assure la mise en œuvre et le suivi des performances du PANB mais la transparence sur le partage du suivi et de l'évaluation de ce PANB n'est pas rendue publique. Cette situation ne se limite pas seulement au PANB mais est quasi remarqué dans les autres politiques de l'Etat sur le SSR des jeunes comme le Plan stratégique national en santé de la reproduction des adolescents et jeunes 2018-2020. Des objectifs ont été définis, des axes stratégiques ont été présentés mais quant est-il de l'atteinte de ces objectifs et de l'impact engendré sur le quotidien des groupes cibles. A la vue de ces documents stratégiques, des mécanismes de suivi et d'évaluation ont été évidemment présentés mais l'application effective et tangible de ces derniers reste un défi majeur pour le Gouvernement.

Les organisations de jeunes sont de plus en plus impliquées dans les différents processus de consultation en vue de la rédaction de politique, de plaidoyer ou de plan d'action en faveur de la santé sexuelle et reproductive. Nombreux sont les documents stratégiques qui incorporent le volet de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes dans les axes prioritaires à réaliser³¹. Mais cette avancée reste encore au stade de l'embryon car l'engagement et la participation des jeunes dans la mise en œuvre de ces politiques et plan d'action restent insuffisant. Aussi, le rôle de jeunes dans le suivi et l'évaluation est quasi inexistant.

Améliorer la transparence des mécanismes de suivi et d'évaluation des institutions publiques en charge de la coordination de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes.

Augmenter la participation des jeunes et/ou organisations de jeunes dans la mise en œuvre de l'adéquation de l'offre de services au niveau des CSB et la demande des jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive.

³¹ PDSS 2015-2019, PANB 2016-2020, PSNSRA 2018-2020

III. CONCLUSION :

Ce document est élaboré pour comprendre le contexte des jeunes de la région d'Haute Matsiatra en matière de la santé, l'accès à la planification familiale. Illustrant les diverses potentialités spécifique que représentent ce région, et l'identification des principaux problèmes suite à l'analyse de chaque pilier du système de santé, il sert d'un instrument de plaidoyer.

En tenant compte des réalisations, beaucoup d'efforts ont été menés pour améliorer l'état de santé de la population, mais à l'examen des problèmes et contraintes, la situation sanitaire du pays demeure préoccupante.

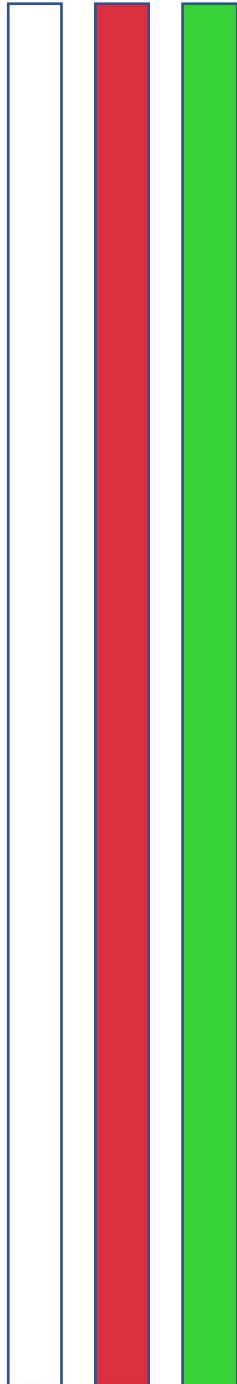
Et à travers la vision inscrit dans le Plan de Développement du Secteur Santé 2015-2019 : « En 2030, l'ensemble de la population malgache est en bonne santé dans un environnement sain, ayant une vie meilleure et productive»,

Se traduisant par des multitudes d'actions relatives à des différents axes afin de répondre aux besoins des jeunes en matière de PF, des paramètres sont à prendre en considération, en se focalisant aux jeunes :

D'abord, mettre en effective la promotion de la santé et des activités préventives en santé, telle que la mise en place de stratégie de communication adaptée à chaque catégorie de cibles, le financement des activités de promotion de la santé, telle que : des activités d'information et communication en ESC (Education Sexuelle Complète) ainsi que la sensibilisation sur la santé sexuelle reproductive (SSR) dans la localité.

Ensuite, la promotion de la notion d'équité dans l'accès aux soins préventifs et curatifs de qualité, à savoir : répartition des ressources humaines au détriment des zones périphériques ; ressources humaines tant en quantité qu'en qualité, en renforçant les capacités des acteurs à tous les niveaux du système de santé ; par le financement équitable, partagé et durable des coûts de développement du système de santé.

Afin rendre effective la bonne mise en œuvre de ces activités focus jeunes, revenir à l'engagement du gouvernement malgache (à travers la signature du protocole FP 2020 de 2015) à augmenter de 5 % le budget alloué à la planification familiale chaque année s'avère primordiale si seulement moins de 1 % de ce budget est fourni par le ministère de la santé publique. D'ailleurs, la révision de PANB dans les prochaines années, tenant en considération les orientations stratégiques axées aux jeunes.



AUTEURS-REDACTEURS

NDRASANA TOLOJANAHARY

RANDRIANASOLO Gino Samuel

RAHARIMISAMANANA Avisoa Mihanitra Andrianina

COLLABORATEURS

-RAHERIMAMONJY Mialisoa Yvette

-RAZAFISOAVELO Mialy

-RAVELONARIVO Aosifaneva Olivier

-RANIVOARINIAINA Natacha

-RANDRIANASOLO Dominique Léonce Eugene

-RAOELISON Jean Desiré Mampionona

-HARISON Sariaka Julia

-RARIFALIVONY Zoharijao

-ANDOFANASINA Juliana

-TSIKIVY Manandray Bienvenue

-RAKOTONDRASOA Mialy Manitry ny Avo
Jocelyne

-RAKOTONDRABEMIHAJA Nihafy

-RAZAFINIRINA Jean Rodin

-RAFANOMEZANTSOA Ratelo Jean Fidelis

-ANDRIANAMBININA Anjaraso Francis

