

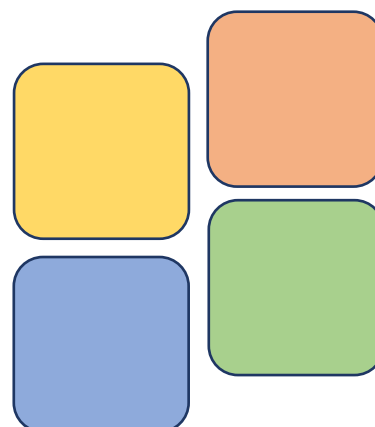


## DOCUMENT REGIONAL

# PLAIDOYER

## ITASY

MAI 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.

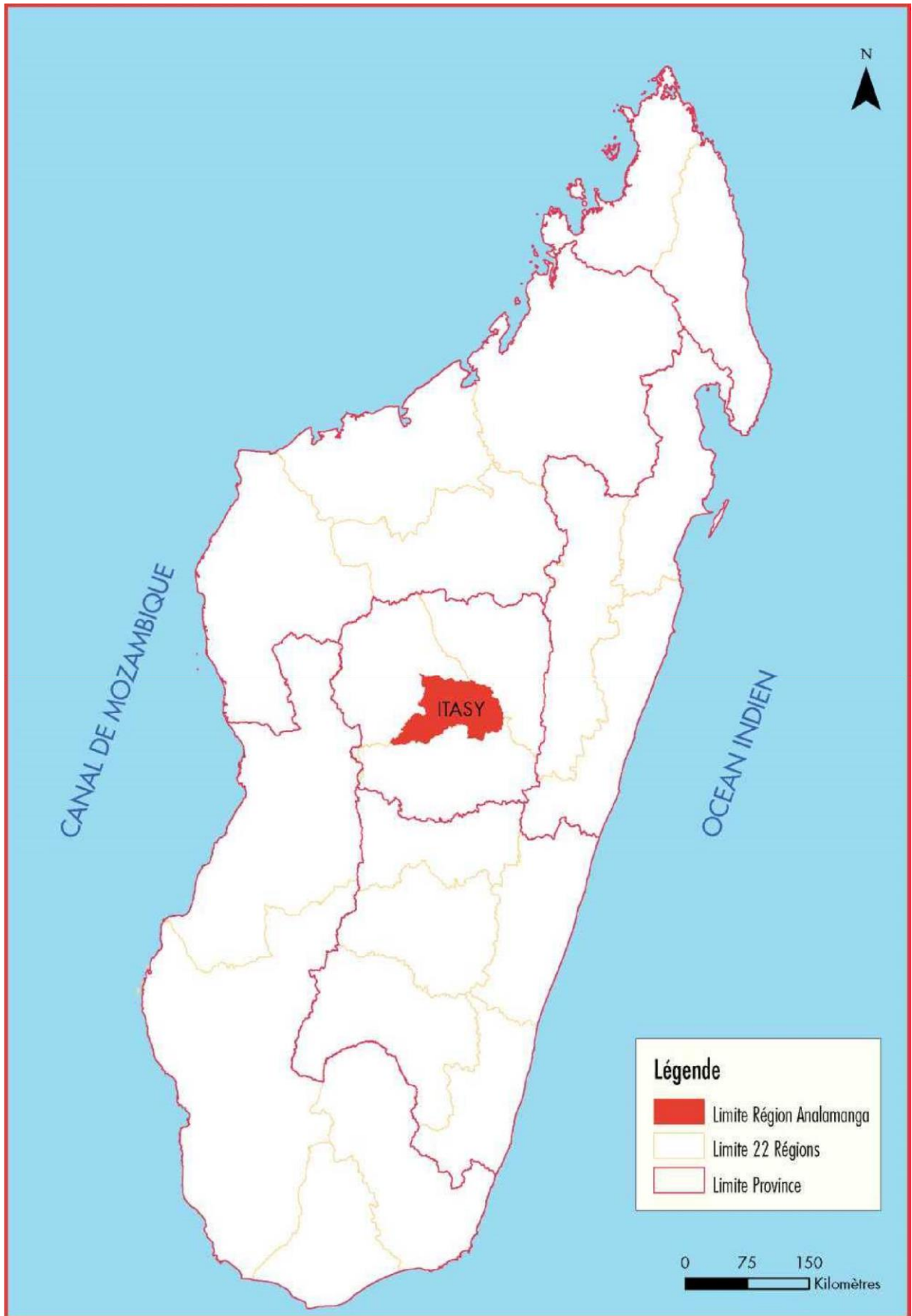
Le projet est appuyé par FamilyPlanning2020. Les contenus de chaque document sont rédigés par les jeunes formés en la méthodologie de plaidoyer et sont élaborés indépendamment.

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 : .....	5
1.	Démographie : .....	5
2.	HISTORIQUE DE LA REGION.....	5
3.	Géographie : .....	6
4.	Cultures en lien avec la santé/santé sexuelle et reproductive:.....	7
II.	LES PROBLÉMATIQUES DE LA SANTÉ DES JEUNES.....	8
1.	Équité à la santé pour les jeunes :.....	8
2.	Financement de la santé des jeunes :.....	10
3.	Les ressources humaines en charge de la santé des jeunes : .....	12
4.	Les infrastructures de la santé des jeunes :.....	14
5.	La qualité de la prise en charge des jeunes :.....	16
6.	Le genre : .....	17
7.	Culture et us-coutumes :.....	20
8.	Politico-leadership :.....	22
III.	CONCLUSION :.....	23



Source : FTM 2000

## I. GENERALITE SUR LA REGION :

### 1. DEMOGRAPHIE :

En 2018, le nombre d'habitants dans la région ITASY atteignait 898 549, soit 3.5% de la population malgache.

Avec une densité de 136.6 Hab/km<sup>2</sup>, le taux d'urbanisation est de 16.9%.

En général, 48% est constitué de jeune de moins de 17ans. Les jeunes de moins de 30ans composent 70.9% de la population. En moyenne, la taille des ménages est de 4.3.

La situation matrimoniale de la population se dessine comme suit : 42% des hommes âgés de 12ans au plus sont célibataire, 54.7% sont mariés contre 33% et 56.9% pour les femmes. L'âge médian du chef de ménage est de 39 pour l'homme et 43 pour les femmes.

1

### 2. HISTORIQUE DE LA REGION

En général, la population de la région ITASY est majoritairement jeune et constituée de merina, il existe une petite poignée d'Antandroy dans la partie ouest de la région et quelques originaires du betsileo. C'est à ce roi que remontent toutes les généalogies royales d'Imamo. Il aurait fixé les frontières orientales (Imamo orientales et Imamo occidentales) en accord avec Andriamasinavalona. Plus tard, c'est le roi Andrianampoinimerina qui a définitivement unifié le Nord Est, l'Imamo et Vakinakaratra. C'est à cet unification que doit le nom des principaux villes de l'ITASY : Fenoarivo (feno ny arivo handeha hanafika), Imerintsiatosika (Imerina tsy atosika fa satria namana fa tsy fahavalo), Arivonimamo (Mamo ny miaramila arivolahy nanambatra an'Imerina), Miarinarivo (niarina ny arivo), Soavinandriana (Nohasoavin'ny Andriana). Le 27 Octobre 1817, le Royaume Imerina est devenu officiellement royaume de Madagascar.

Après l'empire colonial et les républiques successives, la région a été mise en place en 2004, Le Chef de Région est le représentant de l'État et a vocation à diriger l'ensemble des services publics présents dans sa Région.

### 3. GEOGRAPHIE :

2

La région ITASY s'étend sur une superficie de 7651km<sup>2</sup>. C'est la plus petite parmi les 22 régions de Madagascar. La Région Itasy est caractérisée par trois principaux types de sol : les sols d'alluvions (baiboho), les sols volcaniques très fertiles et les sols ferrallitiques.

Le potentiel forestier (forêt de tapia) favorise le développement de la sériculture qui constitue un savoir-faire local. ITASY est l'une des régions les plus riches en lacs, au nombre de 51. Ces lacs représentent des facteurs importants faisant la renommée de la région en matière d'aquaculture, de tourisme et d'éco-tourisme.

Dans la région ITASY, les activités économiques se concentrent sur le secteur agricole, la pêche et l'extraction minière. Le tourisme commence à se développer dont les actions se concentrent sur les trois sites : Geysers d'Analavory, la chute de la Lily et l'Îlot de la vierge.

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

La norme en matière de santé sexuelle prône l'abstinence sexuelle jusqu'au mariage particulièrement pour les filles afin d'éviter une grossesse précoce ou non voulue et les maladies sexuellement transmissibles. Les arguments sanitaires actuels semblent renforcer cette norme. Dans la réalité, le rattachement à certaines cultures ancestrales ou religieuses, qui favorise le mariage dès la majorité ou moins semble faire front à cette norme. Le faible niveau d'éducation, le faible taux de prévalence contraceptive et l'état des infrastructures constituent un frein à l'accès à une bonne éducation sexuelle et reproductive.<sup>3</sup>

La religion a également une influence sur l'éducation sexuelle dans la région. Le catholicisme est majoritaire (34.3%) et le protestantisme détient 27%. Pour l'église catholique, toute forme de contraception artificielle dans le mariage est considérée comme immorale, mais il n'interdit pas utilisation de la pilule pour raisons médicale. Aux XXème siècles, les attitudes ont progressivement évolué dans certaines branches du christianisme. Pour l'éthique protestante, un couple est responsable de sa fécondité et peut donc employer des contraceptifs. Cependant, 55.3% est le pourcentage des femmes mariées ou en union utilisant une méthode contraceptive dans la région qui est supérieur à la moyenne nationale (44.4%). Le mariage avant 15ans des femmes entre 20 et 24ans atteint la proportion de 6.3%, 34% avant 18ans. Ce qui est encore inférieur à la moyenne nationale mais des efforts sont encore à maintenir en matière d'éducation et de sensibilisation. <sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> « African Journal of Reproductive Health, Juin 2013

<sup>4</sup> l'INSTAT ITASY, 2020

## II. LES PROBLÉMATIQUES DE LA SANTÉ 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 équitables, 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.

A cause du manque d'équité dans la façon dont les sociétés sont organisées, les possibilités de s'épanouir et d'être en bonne santé ne sont pas réparties équitablement entre sociétés et en leur sein. Les inégalités s'observent dans les conditions de vie pendant la petite enfance, dans la scolarisation, la nature de l'emploi et les conditions de travail, les caractéristiques physiques de l'environnement bâti et la qualité de l'environnement naturel. Selon la nature de ces environnements, les conditions matérielles, le soutien psychosocial et les schémas comportementaux ne sont pas les mêmes pour tous les groupes et les rendent plus ou moins vulnérables aux problèmes de santé. La hiérarchie sociale crée aussi des disparités dans l'accès et le recours aux soins, avec pour conséquence des disparités dans la promotion de la santé et du bien-être, la prévention de la maladie, les chances de rétablissement et de survie. En matière de santé, l'équité signifie que chaque personne a un accès égal aux possibilités de vivre en bonne santé grâce à des soins ponctuels, appropriés et de qualité indépendamment de sa situation sociale, économique ou démographique.

Le problème de l'équité se pose entre les personnes qui sont différentes par leur situation sociale : riche ou pauvre. En matière de santé, le taux de mortalité de moins de 5ans se dessine comme suit selon les caractéristiques socio-économiques et le lieu de résidence : 62% en milieu rural contre 46 en milieu urbain, 78% pour les plus pauvres contre 31% contre les plus riches, 65% pour les enfants dont la mère n'a aucun niveau d'instruction et 42% pour les enfants dont la mère a un niveau secondaire ou plus.

« Nous imaginons un monde dans lequel chaque femme et chaque fille a accès au soin de santé abordable et de qualité »

Dans la région ITASY, la proportion jeunes hommes de 15 à 24ans ayant eu des rapports sexuels avant 15ans est de 2% contre 5% pour les jeunes femmes. Si on étudie les chiffres 10ans auparavant, ce pourcentage est respectivement de 12.8% et 5.2% (EDSMD IV 2008), une réelle baisse est constatée au niveau des jeunes hommes. Quant aux jeunes femmes on constate une hausse de 0.2% au cours des 10 dernières années. L'utilisation des préservatifs atteint 18% pour ces jeunes hommes contre 0% pour les femmes alors que dix années auparavant, 6.8% est le pourcentage pour les hommes.

Le taux de prévalence contraceptive affiche un pourcentage de 40% pour les méthodes modernes, 4% pour les méthodes traditionnelles contre 56% pour ceux qui n'utilisent aucune méthode dans la région ITASY. Le taux de la maternité précoce est également en hausse pour les plus pauvres(55) par rapport aux plus riches (16) selon les enquêtes par grappes multiples en 2018. De plus, ce taux de la maternité précoce (avant 18ans) affiche un chiffre de 40 en milieu rural et 23 en milieu urbain d'après les enquêtes MICS 2018. Selon toujours ce dernier, 88.2% des femmes ont entendu parler du VIH SIDA dans la région ITASY, contre 90.3 contre les hommes qui est largement supérieur à la proportion nationale.



Pour ce qui est du taux de fécondité, les femmes adolescentes de 15 à 19ans affichent un taux de 168pour mille dans la moyenne rurale nationale pour 115.2 pour la région ITASY.

Par rapport à la mortalité néonatale, on note une stagnation du niveau nationale (22pour mille), la région ITASY affiche un niveau de 30pour mille, elle fait partie des régions qui sont les plus exposées au risque de décès néonatale. La mortalité infanto-juvénile affiche un taux de 50pour milles ces dix dernières années dans la région ITASY, c'est relativement moyen par rapport aux chiffres des autres régions.

Les efforts en matière de santé sont encore à multiplier pour faire valoir l'équité dans la région.

-La dissémination des campagnes de sensibilisation sur le PF et la SSR tant au milieu rural qu'en milieu urbain

-Diversification des partenaires et des interventions multisectorielles : IEC, Fokontany ; Ecoles, réseau, Société civile.

-La réduction du décalage de niveau doit être prise en compte par la considération de la production, l'infrastructure économiques et les investissements et la lutte contre le chômage

-L'échange interrégionale s'avère être une option importante pour assurer l'équité au niveau des jeunes de toutes les régions.

## 2. FINANCEMENT DE LA SANTE DES JEUNES :

L'engagement financière de l'Etat malgache en matière de Planning familiale demeure insuffisant. Cette situation ne s'est pas améliorée depuis la crise du 2009. 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 1 suivant montre l'évolution de la répartition des sources de financement de la santé de 2003 à 2010.

Tableau 1: Répartition des sources de financement de la santé

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

Source: MSANP, Comptes Nationaux de Santé 2003, 2007, 2010.

La part du financement extérieur et celle de l'Etat varient inversement durant cette Période. Par contre, la part des ménages augmente d'année en année : 20% en 2003, 23% en 2007 et 40% en 2010.

Les ménages contribuent massivement au financement de leurs dépenses de santé. En 2010, sur 419 millions USD de dépenses en soins de santé (soit 20,78 USD per capita),

40% ont été dépensés par les ménages (Source: MSANP, Comptes Nationaux de Santé,

Le ministère de la santé publique est le premier responsable étatique pour la promotion et le développement du secteur santé dans toutes les régions. Cependant il ne dispose que très peu de moyens. Le gouvernement met en place certains soins accessible à tous mais pas seulement pour les jeunes. Pour soulager ce système, les organisations internationales vont pallier les déficits de l'Etat. L'OMS dans le « Madagascar Action Plan » oriente les stratégies de soutien par des agents externe de la manière suivante :

- Appui institutionnel au ministère de la santé et du PF
- Appui à la mise en place des services de santé de qualité
- Appui aux programmes de réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies transmissibles et non transmissibles
- Appui au développement et à la mise en œuvre des stratégies de participations communautaires

Selon les propos d'un responsable de la santé sexuelle et de la reproduction dans la région ITASY, la santé des jeunes et la SSR n'a bénéficié d'aucun financement spécifique pour les jeunes. Ce qui bloque toute initiative et pénalise les efforts engagés dans les programmes de l'Etat.

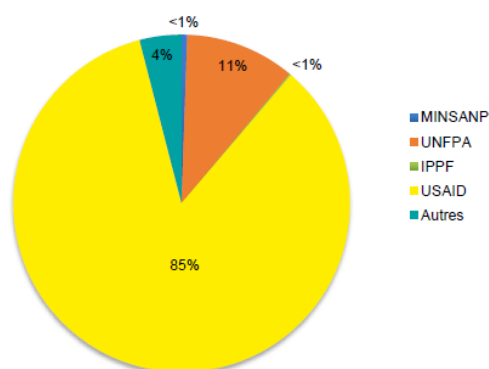
Comme preuve d'engagement étatique, il est préférable de :

Mettre en place une stratégie de financement de la santé sexuelle et reproductive des jeunes indépendant et dirigé par le ministère de la santé lui-même. La mise en place de la décentralisation effective dans le domaine de la santé

Faire de la multi-sectorialité un évier pour le développement de la santé des jeunes qu'ils soient riche ou pauvre, ruraux ou urbains, filles ou garçons renforcer et multiplier l'initiative des jeunes dans les activités en réseau, pairs éducateurs

Lors de la signature du protocole FP 2020 de 2015, le gouvernement malgache s'est engagé à augmenter de 5 % le budget alloué à la planification familiale chaque année. Toutefois, malgré le fait qu'on est déjà en 2021, on n'est pas encore là. Seulement 67.6 % des femmes qui voulaient des services de planification familiale ont été satisfaites. Cela témoigne de l'insuffisance de budget.

### Répartition de financement pour les intrants de santé PF/SR en 2014, Plan national budgétisé en PF à Madagascar 2016-2020



On constate, d'après le graphique ci-dessus, une forte dépendance de Madagascar aux organismes étrangers en matière de financement de la planification familiale en générale. La part du ministère est inférieure à 1 % du budget total. On constate également que le budget alloué à la planification familiale réservée aux jeunes est moindre. Cette dépendance pourrait coûter cher au pays si jamais un investisseur étranger se retire. Le financement à la santé sexuelle se verrait grandement affecté et beaucoup de jeunes se trouveraient privés de leurs droits.

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

<sup>5</sup>Selon le plan de développement du secteur santé 2015-2019, 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. En 2014, le MSANP a recensé 15 164 agents fonctionnaires composés de 26,03% de médecins, 37,90% de paramédicaux, 16,55% d'agents administratifs et 19,56% de personnel d'appui. Les régions disposent du plus grand nombre de professionnels de santé (88,56%), mais presque la moitié sont constitués de paramédicaux (42,14 %). Toutefois, si l'on considère le nombre de population desservie, les ressources humaines ont tendance à se concentrer essentiellement au niveau central, la région ITASY suit cette tendance. Le norme de l'OMS est de 1 médecin pour 10000 Habitants, la moyenne nationale est proche de ce ration mais la réalité est différente pour chaque région.

#### Offre de services

Formation :

Après les études et les stages en interne, les médecins vont travailler dans les CSB ou les CSD, ils seront évalués au bout de six ans, et pourront avoir une promotion pour occuper un poste à responsabilité dans les CSD ou dans les CHRR

**Tableau 1 Répartition des personnels dans la DRSP de la région Itasy en 2017**

CORPS	MEDECIN		PARAMED			AUTRES PERSONNELS
	Spécialistes	Généralistes	Sagesfemmes	Infirmiers	autres	Administratifs
Nombre	25	76	57	50	75	

Source : DRSP Itasy 2017

**Tableau 2 : Répartition du personnel soignant par formation sanitaire publique dans la région Itasy**

Formati on sanitaire	REGION ITASY	MEDECIN		PARAMED	
		Spéciali stes	Générali stes	Sagesfe mmes	Infirmiers
BDRSP					
SDSP MIARINA RIVO	BSDSP Miarinarivo	12	5	0	0
BSDSP	CHRR	3	5	1	0
CSB 2 -	CSB 2 -	1	8	15	3
CSB1	CSB1	0	0	3	11
SDSP ARIVONI	SDSP ARIVONIMA	1	6	ND	ND

<sup>5</sup> PDSS 2015-2019

MAMO	MO				
BSDSP	CHRD	0	7	3	6
CSB 2 -	CSB 2 -	0	23	17	10
CSB1	CSB1	0	0	5	5
SDSP SOAVINA NDRIANA	BSDSP Soavinandria na	2	3	0	0
CHRD	CHRD	0	3	3	1
CSB 2 -	CSB 2 -	0	12	6	8
CSB1	CSB1	0	1	1	2
CHRR	CHRR	6	3	3	4
TOTAL	TOTAL	25	76	57	50

Source : DRSP Itasy 2017

Selon les propos d'un responsable des ressources humaines au sein de la DRSP ITASY, la répartition du personnel en charge de la santé des jeunes se dessine comme suit :

Un responsable prestataire au niveau CSB

Un responsable programme pour chaque District

Un responsable de la Santé et jeune dans la région

Un responsable du Service Adolescent et jeune dans la région

Après consultation des jeunes nous proposons les pistes de progrès ci-après :

- Adoption d'une approche participative et systémique qui implique les jeunes et les réseaux des jeunes
- Augmentation des offres en matière de formation professionnelle, actuellement dans le secteur privé ; la région ITASY ne dispose que d'un seul institut œuvrant dans le secteur de la santé.
- Dynamisation des conseils régionaux des jeunes par les entités concernés : DRJ, Réseau, communes, DREN, DRSPPF...
- Formation du personnel de la santé
- Augmentation des activités impliquant les pairs éducateurs et les Agents communautaires
- Formation élargie des pratiquants de la médecine traditionnelle
- Répartition équilibrée du personnel de la santé dans la région ITASY en adoptant une politique de recrutement et de gestion de ressources humaines adéquate.

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

67

Sur le plan administratif, le système de santé comprend trois niveaux :  
- le niveau central (MSP) en charge de la coordination générale du secteur santé, identification des politiques nationales, normalisation, développement des ressources humaines, matérielles et financières, supervision, suivi et évaluation. Il est organisé autour du cabinet du ministre et du secrétariat général.  
- le niveau régional avec comme attribution l'appui technique aux districts sanitaires.  
- le niveau district, comportant : (i) un service de santé du premier échelon formé de Centres de Santé de Base (CSB1 et CSB2) qui constituent en fait la porte d'entrée de l'utilisateur dans le système de santé et servent aussi d'interface entre la communauté et le système de santé. Ce premier assure un Paquet Minimum d'Activité (PMA), (ii) un hôpital de référence (CSD) assurant un Paquet Complémentaire d'Activité (PCA) et qui constitue le premier niveau de référence. Ces deux niveaux forment le Service de Santé de District, entité opérationnelle du système de santé malgache et pièce maîtresse de la politique de décentralisation dans le secteur santé.

D'une manière générale, moins de 65% de la population est située dans un rayon de 5 km d'une structure de soins et le taux d'utilisation des services de santé de base publics est de 50%. Ce taux montre qu'une partie importante de la population, surtout localisée en zones enclavées, n'a pas encore accès aux soins essentiels. La région ITASY n'échappe pas à cette règle

**Tableau 16 : Répartition des infrastructures sanitaires par district**

CHRR	District	Formations Sanitaires			
		CHRR	CHD1**	CSBII***	CSBI****
CHD1	Arivonimamo		1	23	10
CSB2	Miarinarivo	1		14	13
CSB1	Soavinandriana		1	15	6
Infirmierie	DRSP ITASY	1	2	52	29

<sup>6</sup> Monographie régionale de l'ITaSy 2017

<sup>7</sup> PDSS 2007-2011

Dans la région ITASY, les infrastructures dédiées à la santé sexuelle et reproductive des jeunes sont encore insuffisantes, du coup, le taux d'accès à l'information et aux offres est relativement faible. Selon les dires d'un responsable dans le CHRR ITASY, les trois CSD dispose chacun d'un centre des jeunes qui est chargé d'offrir les services de la santé et de la reproduction et du planning familial aux jeunes :

- SDSP Soavinandriana : CSB Soavinandriana et CSB Ampary en partenariat avec l'ONG Vahatra
- SDSP Miarinarivo : CSB Analavory
- SDSP Arivonimamo : CSB Ampahimanga

On constate que les infrastructures de la santé est réellement insuffisante surtout pour les jeunes. Les jeunes ont proposé les recommandations ci-après :

-Vulgarisation de l'importance de la santé à la reproduction des jeunes en tenant compte des dix droits à la santé reproductive qui reposent sur les droits des hommes et des femmes à l'accès à la PF(Association, pairs éducateurs, écoles, association, ONG)

- Multiplication des efforts de l'État en matière d'engagement financier pour les infrastructures sanitaire à l'endroit des jeunes (CSB ami des jeunes)

-Diversification et renforcement des partenariats dans le renforcement des efforts en matière d'infrastructure au sein de la région ITASY : ORN, UNICEF, MDF....

-Collaboration et intervention intersectoriel : Écoles, institutions, communes...

-Utilisation du mass média pour vulgariser les informations par les jeunes éducateurs

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

8

« Etre en mesure de jouir de l'état de santé le meilleur est un droit fondamental de chaque être humain sans distinction de race, de religion, d'opinions politiques ou de conditions sociales et économiques » déclare l'OMS dans sa Constitution de 1946.

Pour un patient, accepter sa maladie n'est pas chose aisée. Ainsi, ils attendront le plus longtemps possible en espérant que le problème passera tout seul. Rendre visite à un médecin est également source d'angoisse ayant pour origine le comportement nonchalant des médecins, la réputation de négligences de certains paramédicaux qui se divulgue facilement sur les réseaux sociaux. Ainsi, les jeunes sont parfois livré à eux même les exposant à des risques de grossesse et mariage précoces (29% dans la région ITASY) et d'avortement nocif.

En général les problèmes en matière de prise en charge se résument comme suit :

- Le faible taux d'accouchement par un personnel qualifié
- Le mauvais accueil au niveau des formations sanitaires
- Une faible couverture en formation sanitaire
- Manque de personnel qualifié pour la prise en charge
- Faiblesse de la demande et insuffisance de l'offre à l'endroit des jeunes

L'accès déjà difficile aux soins est encore aggravé par l'enclavement de la commune éloignées qui disposent de très peu de moyens de locomotion, souvent sur des pistes en piteux état. Une évaluation de l'OMS nous apprend que plus d'un tiers des localités rurales sont à plus de 10 kilomètres du centre de santé le plus proche

Selon l'enquête MICS Madagascar en 2018, 55.3% est le taux de prévalence contraceptive des femmes dans la région ITASY, un chiffre qui dépasse la moyenne nationale mais qui exige encore des efforts à maintenir en terme d'information et de sensibilisation. Pour la Couverture des soins prénatals (au moins quatre fois par d'un prestataire), la moyenne nationale est de 50.6% contre 38.6% pour la région ITASY. Toujours à l'issue de cette enquête, 56.1% des femmes bénéficient d'une assistance qualifiée à l'accouchement.

Pour les jeunes de 15 à 24 ans, 28% environ disposent de connaissances basiques sur le VIH dans la région ITASY, et seulement 1.7% ont été dépistés au cours des 12 derniers mois.

---

<sup>8</sup> Aperçu du système de santé malgache et de la prise en charge de la femme (juin 2012)



Pour y remédier :

Amplifier la sensibilisation par les Agents communautaires ou les pairs éducateurs. En parallèle, assurer la formation des personnels soignants sur le droit des jeunes à bénéficier d'une bonne qualité de prise en charge en ce qui concerne leur santé sexuelle et reproductive. Encourager de l'initiative privé en matière d'offres de PF pour les jeunes. Informer les jeunes sur leur droit en matière de planification familiale pour qu'il n'ait pas à souffrir de grossesse précoce et donc envisager le recours à l'interruption volontaire de grossesse qui est encore condamnée sur l'île. Par la suite, mettre en place d'un centre d'écoute dans les fokontany à forte proportion de jeunes avec boîte à idées.

La convention internationale des droits de l'enfant, première partie, article 24, alinéas 2/f stipule que les États parties de cette convention doivent s'assurer du développement des soins de santé préventifs, des conseils aux parents et l'éducation et les services en matière de planification familiale.

Les jeunes ont donc le droit de jouir d'une prise en charge de qualité en matière de services de planification familiale. D'ailleurs, cela fait partie des soins préventifs contre la grossesse précoce.

## 6. LE GENRE :

Le genre désigne « les processus et rapports sociaux qui divisent, polarisent et organisent l'humanité en différentes catégories de « sexe » <sup>(9)</sup>. L'application du concept de genre à Madagascar n'a pas amélioré la situation des femmes sur tous les plans car elle n'a pas permis de changements nécessaires pour mettre fin aux inégalités structurelles de genres inhérentes au système patriarcal<sup>10</sup>. Au niveau de la profession, les inégalités entre hommes et femmes sont frappantes. Il arrive souvent que pour un diplôme égal, on recrute des hommes à la place des femmes, et pour un travail égal, les hommes sont mieux payés que les femmes. Les femmes sont donc destinées aux travaux mal rémunérés et avec une mauvaise condition par rapport aux hommes<sup>11</sup>.

Dans la plupart des ménages, seuls les chefs de famille travaillent, si bien que tous les membres de la famille deviennent leurs charges. Mais si la femme travaille, le revenu familial augmentera, donc il y aura une amélioration du bien-être du ménage (les enfants sont mieux nourris, bien éduqués et ont une facilité de soin). Même pour le cas des emprunts, les femmes ont moins accès au crédit.

---

<sup>9</sup> wikipedia

<sup>10</sup> politika.mg, Novembre 2020

<sup>11</sup>RARIVOMANANTSOA Harivelo Tantely, 2020, INEGALITE DU GENRE DANS LA PROFESSION « LE CAS DE MADAGASCAR »

Pour le cas de la région ITASY, l'approche genre a connu une nette évolution mais nécessite encore de nombreux efforts.

- Dans la Région Itasy, 54% des femmes gagnent moins que leur mari/partenaire contre 47,6% pour le pays. Environ 7,1% des femmes seulement ont déclaré avoir un salaire supérieur à celui de leur mari/partenaire
- le taux d'activité des hommes est supérieur à celui des femmes, avec des valeurs respectives de 65,1% et 59,4%, soit une différence de 5,7 points en pourcentage.
- Le taux d'incidence du travail des enfants âgés de 5 à 17 ans dans la Région a une légère différence de 1,1 point avec le taux au niveau national. En milieu rural, l'incidence du travail des enfants de la même classe d'âge est considérablement importante (24,2%) par rapport à celle du milieu urbain (17,8%) bien qu'inférieure à celle du milieu rural national (26,5%)
- En matière de couverture d'assurance maladie, seulement 1% des femmes en bénéficient dans la région
- Concernant le domaine du TIC, 22,6% des femmes de 15 à 49ans possèdent un téléphone portable contre 32,9% pour les hommes
- Dans la région ITASY selon l'enquête MICS en 2018, 22% des femmes ont connaissance du VIH SIDA, ce chiffre s'élève à 27% pour les hommes. L'utilisation du préservatif chez les jeunes est encore très faible pour les jeunes femmes de 20 à 24ans (2%) contre 4% pour les jeunes hommes.

La violence et la maltraitance des femmes et des enfants est encore fréquente dans la région ITASY. D'après les données issues de l'enquête MICS 2018, la proportion des enfants de moins de 14ans qui ont subi des agressions corporelles ou psychologiques est de 92,4%, ce chiffre dépasse la moyenne nationale qui est de 86%, et mérite une attention particulière.

Il en va de même pour les jeunes femmes de 15 à 49ans ayant subi une violence physique dont la proportion est de 27.3% contre 23.5% dans la moyenne nationale. En matière de droit de l'homme, 19.2% des femmes dans la région ITASY se sont senties discriminées ou harcelés contre 17.2% pour les hommes. Au sein de leur foyer, les pourcentages des femmes de 15 à 49ans ayant subi une violence physique, sexuelle et émotionnelle de la part de leur mari/partenaire sont de 12.5%, 14.3%, et 28.9%. Ces pourcentages dépassent ceux de la moyenne nationale. Ce sont en général des chiffres résultant des enquêtes et des déclarations effectuées par les intéressées, il est important de noter que de nombreux cas restent non déclarés à la communauté pour diverses raisons qui sont encore liés au faible statut attribuée à la femme.

Il est notoire de contourner ces problèmes par :

- La dissémination des références internationales en matière de droit de l'homme en utilisant le maximum de canaux (écoles, fokontany, associations, églises, ONG)
- Sensibilisation des jeunes
- Encouragement de l'initiative et la participation des jeunes femmes aux activités sociales et économiques (éducation-entreprenariat)
- Renforcement de la rétention scolaire des femmes et lutte contre la discrimination de la valeur des filles par rapport aux garçons dans les foyers malgaches
- Éducation parentales
- Éducation par les paires et les AC
- Augmentation des réseaux des jeunes femmes militant pour la protection du droit de la femme et des jeunes
- Orientation des jeunes afin qu'ils ne soient attirés à l'alcool ou à la drogue (activités sportives, culturelles, religieuses....)

## 7. CULTURE ET US-COUTUMES :<sup>12</sup>

A Madagascar, le contexte socioculturel est marqué par l'emprise des pratiques, des us et coutumes dans toutes les régions de l'île. Dans un contexte de diversité ethnique, et de croyance traditionnelle, les facteurs culturels constituent un déterminant crucial de la santé sexuelle et reproductive des jeunes. Selon les données disponibles, les pratiques traditionnelles influencent le comportement sexuel des adolescents et des 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 de l'homme comme le mariage arrangé ou forcé, le mariage des enfants.

La faible scolarisation des parents et la mauvaise condition sociale sont des problèmes sociaux majeurs à Madagascar. Pour la région ITASY, de nombreux efforts entrepris par l'Etat ont permis un taux de scolarisation assez élevé même si la rétention jusqu'au secondaire est assez bas.

Les us et coutumes de la région ITASY fait partie intégrante de ceux des Merinas. Les Merina ont marqué l'histoire du pays par de nombreuses expéditions qu'ils menèrent partout sur le territoire. Ils furent également les premiers à s'ouvrir aux étrangers pour acquérir leurs savoirs et pour les aider dans leurs conquêtes. Pour le culte des Morts, ils pratiquent également le « Famadihana » ou retournement de morts entre Juin et Septembre, une festivité qui dure 03 jours et qui consiste à recouvrir les défunts dans la tombe familiale par un nouveau linceul ou « lamba mena ». Tous les évènements, à citer le famadihana, la circoncision, le mariage ou « vodiondry », la fête du nouvel an ou « Asaramanitra » sont rythmés par la musique traditionnelle « Hira Gasy », animés par des allocutions « Kabary » sans oublier le sacrifice de zébu ou « Joro ». 03 Castes sociales sont rencontrées chez les Merinas : les Andriana (nobles), les Hova (roturiers) et les Andevo (esclaves).

Les Merinas de la région ITASY sont majoritairement agriculteurs et éleveurs.

A l'issue de discussions engagées auprès de quelques notables de fokontany, on a appris que la population rurale d'ITASY est très conservatrice en terme d'Us et coutume, l'homme ou le père de famille et l'enfant masculin a une place importante dans la gestion des affaires familiales, ainsi la femme est désigné comme celle qui est responsable des enfants. Les croyances sont encore très présentes dans l'esprit de la population de la région .Parler de sexualité ou PF est assez difficile malgré une nette ouverture envers les agents communautaires. Les méthodes traditionnelles et le recours à la médecine ancienne ainsi que les plantes est encore très courante étant donné que le coût des soins dans un établissement privé n'est pas à la portée de tous. Les établissements sanitaires publics sont en général loin et l'état des routes et les insécurités ne facilitent pas les choses pour la communauté rurale.

---

<sup>12</sup> PSN SRAJ 2018-2020, Monographie de la région ITASY 2017

Comme perspective d'urgence, on peut introduire du volet santé sexuelle et reproductive dans les programmes scolaires de secondaire. Favoriser le dialogue libre et sans tabou entre parents et enfants en matière de PF. Encourager l'introduction et l'ouverture de la communauté à différentes méthodes de planning familial. Sensibiliser et informer les ménages à l'utilisation des méthodes évolutives par rapport aux offres traditionnelles risquées liées à certaines coutumes (par exemple la circoncision). Encourager la création d'association de jeunes prenant en charge les filles mères dans leur lutte contre l'exclusion sociale. Sensibiliser et orienter les jeunes à se focaliser sur les études. Assurer une coordination multisectorielle en matière d'éducation, de santé, d'accès au financement et à l'investissement. Utilisation de la médecine traditionnelle comme appui à la médecine moderne. Utiliser certaines traditions courantes pour introduire le thème sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes : hira gasy, kabary

## 8. POLITICO-LEADERSHIP :

Force est de constater qu'en matière de santé des jeunes, on constate une grande faiblesse de l'appropriation des intervenants des directives cadres. La coordination des acteurs est également insuffisante pour un meilleur échange en matière de santé reproductive des jeunes. Viennent s'ajouter le manque d'uniformisation des stratégies, des ressources et la faible implication des jeunes, l'instabilité politique et le désengagement de l'Etat.

Les points à renforcer sont donc :

La formation des coordinateurs et intervenants dans les services de planification familiale sur la bonne gouvernance. Le but étant de répartir équitablement le budget alloué à la planification familiale, les zones d'intervention et les ressources humaines.

Le Renforcement du système d'information sur la santé sexuelle et reproductive-planification familiale afin d'assurer un meilleur réseautage des parties prenantes formelles et informelles.

Renforcer le cadre législatif en matière de droit de l'homme en matière de santé, le droit des femmes, la lutte contre l'exclusion sociale, le tabagisme...Valorisation des ressources humaines : formation, recrutement. Construction et réhabilitation des infrastructures sociales et économique : hopital, route, barrage, marché, école...Renforcement de la déconcentration et de la décentralisation effective. Amélioration de l'accès et la qualité des soins. Implication significative des jeunes en matière de sensibilisation et de prise de décision.

Ainsi, les services de planification familiale doivent être les mêmes partout dans la région sans tenir compte de l'éloignement. Donner un traitement de faveur à la capitale ou à une partie spécifique de la capitale serait une violation de ce droit.

### III. CONCLUSION :

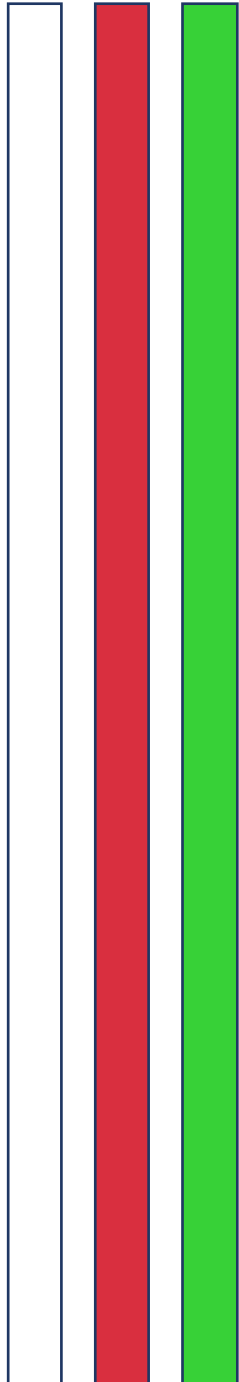
Étant donné la proportion élargie des jeunes dans la population qui est majoritairement rurale dans la région ITASY, il est important de souligner qu'ils ont leur place dans la planification, la mise en œuvre de définition des politiques de gouvernance ainsi que le suivi et évaluation des activités inhérentes à la santé sexuelle et reproductive des jeunes. Le financement devrait être en conséquence considérés comme prioritaire parmi les axes stratégiques importants. L'infrastructure permettant l'accès à l'offre de service de santé est primordiale. Les décideurs doivent être conscientisés par les associations de jeunes que la décentralisation est le meilleur moyen d'aboutir à cette fin.

On devrait appuyer le personnel de santé en charge des jeunes en nombre par des recrutement 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 respectifs.

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 financé 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.



### **AUTEURS-REDACTEURS**

RAHERILISY Nambinina Hobimalala

RADAFIHARISON      ANDRIANIAINA      Eddy  
Michel

### **COLLABORATEURS**

SAFIDIMANANJARA	Fanantenana Andry José
RAFALINIRINA	Fanomezantsoa Felix
RAKOTOZAFY	Celestin Roland
ANDRIAMIHAJASOA	Haingo Fitahiana
RAVELONJANAHARY	Marie Francine
RAKOTOMALALA	Jean Freddy Jerico
RAVONJINJANAHARY	Francois Josaphat
RATSILAVINARIVELO	Tolojanahary Mamitiana
RAZAFIARIVONY	Haingovololona Jemima
RASOAVOLOLONA	Moraharivony Kezia
ANDRIAMIHAJASOA	Toky Fitiavana
FALIARIMASY	Tsiky Faneva
RAMARORAIBE	Haingotiana Arokoloina
ANDRIAMIARINJAKA	Manampiniaina
RANDRIANARIVO	Sandratra Andosoa
	Fenomanitra

