

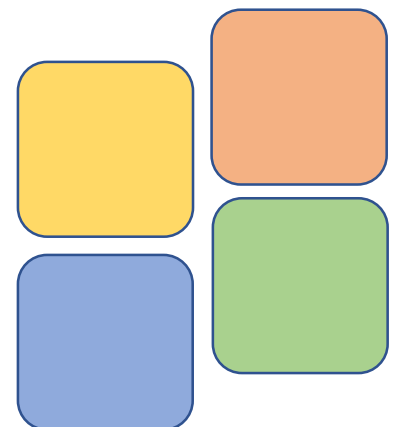


DOCUMENT REGIONAL

PLAIDOYER

MELAKY

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 :.....	8
4.	Les infrastructures de la santé des jeunes :.....	9
5.	La qualité de la prise en charge des jeunes :.....	10
6.	Le genre :	12
7.	Culture et us-coutumes :.....	13
8.	Politico-leadership :.....	14
III.	CONCLUSION :.....	15

I. GENERALITE SUR LA REGION :

1. DEMOGRAPHIE :

La région est constituée par les 5 Districts : Besalampy, Ambatomainty, Antsalova, Morafenobe et Maintirano.

La population est composée de Sakalava qui est l'ethnie autochtone, mais aussi de nombreux migrants venant des hautes terres centrales, du sud du pays et du nord, qui cohabitent en parfaite entente. La zone continue d'accueillir des immigrants et le bilan migratoire est positif avec un taux de 12,78% pour l'année 2015.

2. HISTORIQUE DE LA REGION :

Maintirano vient de l'ensemble de deux mots : maito (coupé) rano (eau). La population de l'embouchure sur la descente en mer de la rivière a été souvent « coupé en eau » pendant chaque période de la marée haute et elle ne peut pas avoir de l'eau potable pendant quelques jours, voire quelques mois pendant la période cyclonique. C'est pourquoi l'eau potable est coupée périodiquement. Mais c'était à partir de l'entrée de l'administration coloniale que le terme s'est amélioré à une consonance académique "Maintirano".

Melaky veut dire « satrana » en version du langage officiel, mais c'est du « satrana » typique de la région. La couverture de cet arbre symbolique est importante dans toute la région. En plus, le « melaky » est aussi une source de « spiritualité ancestrale ». La majorité de la population paysanne produit une boisson typique appelée « sora » extrait depuis le tronc de « satrana ».

3. GEOGRAPHIE :

La Région Melaky se trouve dans le Centre Ouest de Madagascar, dans la Province de Mahajanga. Couvre environ le 25,5% du Faritany de Mahajanga par laquelle Maintirano la capitale de la région et autre Besalampy occupent plus de la moitié de la Région, il est classé sous peuplé au niveau national

La superficie de ce dernier représente 29,06% de celle de l'ensemble de la Région.

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

En général, le « moraingy » est un sport de combat pratiqué par les jeunes. La rythme «degoly» est à la fois une danse et style de musique traditionnelle à côté du « kilalaky » qui est pratiquée partout dans la région. La danse rythmée par la frappe

de grand tambour appelée « dabalava », avec le tissage « dokodoko » des femmes maquillées en « masonjoany » et habillé de « salova » en deux pièces, figure dans les rites traditionnels incontournables de la communauté Sakalava.

Un grand patrimoine culturelle et historique est abritée dans l'ancien palais du « Ampagnito » ou royauté dans le village de Beraketa à peu près une dizaine de kilomètre de la ville, à l'est à côté de la route vers la Commune Rurale Andabodoka.

II. LES PROBLÉMATIQUES DE LA SANTÉ DES JEUNES :

1. ÉQUITE 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.

Le problème d'équité à la santé pour les jeunes existe encore dans la région de MELAKY. Cela est dû au non-respect des différentes dispositions de la loi 2017-043 du 25 janvier 2018 sur la santé sexuelle et reproductive. D'après cette loi, Les jeunes ont le droit à l'information sur la santé sexuelle et à la planification familiale alors que beaucoup de jeunes sexuellement actif ne savent pas encore leurs droits et surtout pour les jeunes dans les milieux ruraux. De ce fait, les jeunes ne peuvent jouir de leur droit pleinement comme la connaissance de la santé sexuelle et de choisir les planifications familiales de leur choix. En outre leur indisponibilité, les forces par la suite à l'utilisation de moyen de contraception disponible même si ce n'est pas leur choix puisque la réalité les oblige (les méthodes naturelles), aussi les problèmes financières.

Pour améliorer l'accès et l'équité d'accès pour les jeunes, il est recommandé de :

- Faciliter l'accès à la planification familiale pour les jeunes de la région de MELAKY et ce, quel que soit le milieu de résidence des jeunes. Entre autre, informer les jeunes sur leurs droits de pouvoir jouir des services de planification familiale dans les différents services de santé responsables de cette activité conformément à ce que la loi sur la santé sexuelle et reproductive prévoit. Cela peut engendrer une meilleure gestion du taux de natalité ainsi qu'une meilleure planification familiale.

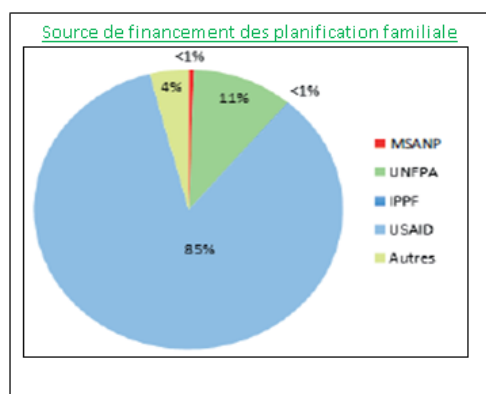
En plus le décret d'application de cette loi (le décret n° 2018-1625) prévoit dans ses Article 02 et 03 que : « Toute personne a le droit d'accéder en toute liberté à tous les services de Santé de la Reproduction sans discrimination et aucune stigmatisation. Toute personne en âge de mener une vie sexuelle a le droit d'accéder en toute liberté aux services de la Planification Familiale sans discrimination et stigmatisation aucune. Toute personne a droit à une information complète, exacte et objective lui permettant de choisir la méthode contraceptive qui lui convient le mieux en fonction de sa situation personnelle, sociale et relationnelle. » Ce qui induit à déterminer que la planification familiale est une nécessité fondamentale surtout pour les jeunes.

D'ailleurs, dans son article 27, ce décret stipule que : « Le Ministère en charge de la Santé peut utiliser tous les moyens pour assurer la sensibilisation de la population aux fins de recours aux services de la SRPF.

Les institutions, associations ou groupements reconnus peuvent être autorisés à mener des activités de sensibilisation conformément à la stratégie de communication du Ministère en charge de la Santé. »

2. FINANCEMENT DE LA SANTE DES JEUNES :

La majorité des financements pour pouvoir réaliser les activités dans la promotion de la planification familiale est assurée par les bailleurs de fonds étrangers. L'Etat par l'intermédiaire du ministère de la santé ne contribue que peu dans ces activités. Cela se manifeste par le fait que le budget général de l'Etat n'alloue qu'une petite somme (un taux inférieur à 1%) par rapport aux autres ministères pour améliorer la qualité des services sanitaires surtout quand c'est un service public.



Ce qui a généré quelque fois l'indisponibilité pour certaines personnes de ces services voire même leur inaccessibilité dans certaines zones quasiment reculées. En fait, 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.

3.

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%

Ce n'est pas tout, le taux de pauvreté en milieu rurale est presque deux fois plus élevé que ceux relevés en milieu urbain. Trois quart des jeunes se trouvent en milieu rural travaillant notamment dans l'agriculture et dans les activités de commerce.

A cause de la pauvreté qui règne dans cette région, la plupart de la population ne peut plus bénéficier de l'accès à la planification familiale qui aurait dû être gratuite dans les services publics. Alors que le décret d'application n°2018-1625 règlementant la distribution, la prescription, l'importation, la vente des produits et méthodes contraceptives ainsi que leur publicité de la loi n°2017-043 en son Article 13 et 14 prévoit que : « Tous les produits contraceptifs sont gratuits au niveau des formations sanitaires publiques. Tous les produits contraceptifs peuvent être vendus au niveau des formations sanitaires privées incluant les services mobiles et des pharmacies selon la législation pharmaceutique en vigueur. » Ainsi, un meilleur accès à la planification familiale ne peut être faite que par la multiplication des financements émanant de l'Etat ainsi que les différents bailleurs.

De ce fait que la pratique de la planification familiale n'est pas une priorité par rapport aux besoins fondamentaux quotidiens. Puisque la population de cette région n'a pas le moyen de le payé donc ignore l'importance de la Planification Familiale. En plus, les coutumes, les croyances et l'analphabétisation en sont aussi leurs causes.

Il est donc recommandé pour l'Etat d'allouer plus de budget à ce secteur puisque si les bailleurs étrangers constatent le désintérêt de l'Etat à ce secteur, ils pourront peut-être refuser d'apporter leur aide. En plus, le principe de gratuité des services publics doit être prôné par l'Etat lui-même.

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

Le Plan sectoriel pour l'accompagnement de la politique de l'émergence en matière de planning familial que l'Etat Malagasy veut instaurer est : la promotion des programmes de planning familial de proximité et à la portée de tous ; la mise en place d'un système d'information sanitaire performant, établissement de nouvelles normes en matière d'équipement, d'infrastructures et de ressources humaines ; l'application des normes et procédure pour la disponibilité de services de qualité à tous les niveaux de formations sanitaires.

Cependant, dans les faits, il y a un manque de ressources humaines en charge de la santé dans la région de VAKINANKARATRA surtout dans les milieux rurales. Par conséquent, il y a un manque de sensibilisation en matière de planification familiale pour les jeunes hommes et femmes ainsi qu'une médiocrité de la qualité des services auprès de ces centres de santé.

Nombre des aides sanitaires, infirmier(e), sages-femmes, médecins généralistes et spécialistes

District	Aide-sanitaire	Infirmiers et infirmières	Sages-femmes	Médecins généralistes	Médecins spécialistes
Ambatolampy	5	22	6	26	2
Antanifotsy	6	3	6	15	0
Antsirabe I	0	8	7	15	2
Antsirabe II	10	15	9	16	0
Betafo	0	13	10	14	1
Faratsiho	7	8	4	12	0
Mandoto	1	5	7	11	0
Total	29	74	49	109	5

Source : MEEI/CREAM/Monographie

Cela est dû par une insuffisance de motivations, de soutiens et de formations pour ces agents qui ont donnés le maximum de leur capacité avec l'appui des sociétés civiles. Il y a aussi le manque de recrutement de ces agents par l'Etat à travers le ministère chargé de la santé voire même il recrute un petit nombre de personnes ou des personnels non-qualifiés. Mais le fond du problème se trouve dans l'insuffisance de financement à cette branche de la santé.

Ainsi, il serait recommandable de biens assurer les moyens nécessaires pour rémunérer ces personnels de la santé ainsi que de leur mettre à disposition les matériels nécessaire pour la réalisation de leur travail. Il en va de même pour le recrutement d'agents quand ces derniers viennent à manquer.

5. LES INFRASTRUCTURES DE LA SANTE DES JEUNES :

Disposant d'une somme d'un montant de 763 722 406 milliers d'Ariary¹, le ministère de la santé publique est suffisamment financé pour pouvoir effectuer les différentes activités de ce ministère comme le cas de la planification familiale. Il en résulte que ce fonds dont dispose le ministère est distribué équitablement dans chaque région.

De ce fait, chaque région est censée pouvoir construire ou rénover les différentes infrastructures qui leur seront utile pour améliorer au maximum la qualité des services de santé.

La répartition des infrastructures de santé est quasi-proportionnelle au nombre de la population au niveau de la plupart des régions. Concernant la région de MELAKY, cette région ne dispose que de peu d'infrastructures de santé de 6 % comparativement au pourcentage de la population qui est de 8,1 %.²

Concernant la répartition de ces infrastructures dans chaque district, là aussi, il y a un grand déséquilibre en matière de jouissance de bonne infrastructure. Puisque, malgré l'existence de différents milieux dont le milieu rural et le milieu urbain, il ne devrait pas y avoir une telle différence. En guise d'exemple, l'inexistence de centre de santé de base niveau I (CSB I à ANTSIRABE I) ; seul le district d'ANTANIFOTSY, FARATSIHO et BETAFO dispose d'un centre hospitalier de district niveau 1 (CHD I) et enfin, seul le district d'AMBATOLAMPY et ANTSIRABE I dispose d'un centre hospitalier de district niveau 2 (CHD II).

Nombre d'infrastructures sanitaires publiques par district

District	Unité : Effectif						
	CSB I	CSB II	Maternité publique	CHD I	CHD II	Soin dentaire public	Nombre des communes
Ambatolampy	6	18	24	0	1	1	18
Antanifotsy	7	15	32	1	0	2	12
Antsirabe I	0	23	23	0	1	1	1
Antsirabe II	12	25	37	0	0	1	20
Betafo	9	10	19	1	0	1	18
Faratsiho	10	9	19	1	0	1	9
Mandoto	5	8	13	0	0	1	8
Total	49	108	157	3	2	8	86

Source : MEEI/CREAM/Monographie 2009

Ces différents problèmes causent l'inaccessibilité pour certaines personnes à des services de santé, chargé de la planification familiale. Ainsi, il est impératif de

¹ Loi n°2020-010 portant loi de finances rectificative pour 2020

² Source : Résultats provisoires du Troisième recensement général de la population et de l'habitation RGPH -3, INS TAT-CCER, 2018, page 22

financer et de promouvoir la création, l'entretien et l'amélioration des différentes infrastructures de la santé des jeunes dans cette région.

En plus, la loi garantit l'accès de tout le monde à des structures de santé adéquates à leur besoin. Il en va aussi de l'accès gratuit à ces différentes infrastructures.

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

Selon la donnée Monographique de la région de MELAKY, il y est constaté que l'accessibilité à un centre de santé de base le plus proche diffère d'un district à l'autre. Les jeunes y vont à pied ou en charrette comme celle dans les régions de MANDOTO et BETAFO selon les distances de centre de santé le plus proche. Cet éloignement de CSB rend difficile à l'accessibilité des jeunes aux services de santé notamment à la planification familiale surtout pour les milieux ruraux comme MANDOTO et BETAFO.

La durée de parcours pour aller à un centre de santé varie d'un district à l'autre .Elle est inférieure à 1h pour la majorité de la population dans 50 communes pour 86, comme dans le district d'ANTANIFOTSY, ANTSIRABE I, ANTSIRABE II, et FARATSIHO.

Répartition des communes par district suivant la durée du parcours pour se rendre à une formation sanitaire

Unité : effectif de communes

District	Moins de 1 h	1 h à 3 h	3 h à 1/2 journée	1/2 journée à 1 jour	Total
Ambatolampy	4	8	4	2	18
Antanifotsy	12	0	0	0	12
Antsirabel	1	0	0	0	1
Antsirabe II	18	2	0	0	20
Betafo	5	1	9	3	18
Faratsiho	9	0	0	0	9
Mandoto	1	2	3	2	8
Total	50	13	16	7	86

Source : MEEI/CREAM/Monographie 2009

Dans la plupart des cas, ça peut varier d'une heure à une demi-journée (½) jusqu'à un jour.

Etant face à ces différentes difficultés, il serait donc nécessaire que la qualité de prise en charge des personnes qui ont besoins des services de la santé doit être améliorée ne serait-ce que l'équivalent de la qualité des services des établissements qui offrent déjà de très bonne prestation vis-à-vis de ces jeunes.

Ce n'est pas tout, ce problème est aussi lié aux problèmes des ressources humaines, des infrastructures et du financement qui doivent être résolus en même temps.

Or, 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.

7. LE GENRE :

Le genre est une notion qui fait référence à une construction politique et sociale de la différence des sexes. Il est interactif et transversal, il opère dans toutes les sphères de la société. Le « sexe » est l'ensemble des caractéristiques biologiques, héréditaires et génétiques qui organisent les individus en deux catégories : mâle et femelle.

De ce fait, le sexe fait référence aux différences anatomiques et biologiques entre hommes et femmes, mâles et femelles. Ainsi, lorsqu'on parle du sexe, il s'agit du sexe biologique. Ce qui différencie au niveau biologique le mâle de la femelle (chromosomes, anatomie).

La notion du genre est à tenir en compte en matière de la santé de reproduction.

A- 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 sexe³. 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 contraception⁴, 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 %) ⁵. 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,

³ PDSS (2015-2019)

⁴ INSTAT, l'EDS-IV, 2008-2009

⁵ INSTAT, EDS-IV, 2008-2009

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 IV) et à 478/100 000 naissances vivantes en 2012⁶. 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 est alors primordiale pour identifier les problématiques concernant les soins prénatals, l'assistance pendant l'accouchement et les visites postnatales.

8. CULTURE ET US-COUTUMES :

Les pratiques traditionnelles influencent le comportement sexuel des adolescents et jeunes à Madagascar. Certaines pratiques traditionnelles sont néfastes à la santé et surtout à la santé de la reproduction en allant à l'encontre du respect des droits humains comme le mariage arrangé ou forcé, le mariage des enfants.⁷

De plus, ces traditions nuisent à l'accès des femmes à des services médicaux en lien avec la santé sexuelle et reproductive surtout à l'utilisation de la planification familiale. En fait, dans la culture malgache, à travers les adages ou proverbes ou encore les expressions, les progénitures sont considérées comme une richesse précieuse : « Ny hanambadian-kiterahana » ou « la raison pour laquelle on se marie est d'avoir des enfants » ; « Tokan'anaka ka sarin'ny momba » ou « n'avoir qu'un seul enfant c'est presque être stérile » ; « Miteraha fito lahy, fito vavy » ou « ayez sept garçons et sept filles » bénédiction annoncé aux nouveaux mariées.

Les enfants sont considérés comme des richesses surtout parce qu'ils constituent des mains d'œuvre qui vont aider les parents dans leurs activités (travaux de champs, travaux ménagers...).

Ce tableau illustre l'accès très tôt, voire trop tôt, des enfants au monde du travail. Dans la pratique actuelle qui prône le travail des enfants se transformant en une exploitation sexuelle des enfants. La planification familiale n'existe plus.

Par rapport à la région, il se peut que certaines d'entre eux n'interdisent pas directement la planification familiale mais utilisent des moyens différents pour

⁶ PDSS 2015-2019, p.30- ENSOMD, 2012

⁷ Les faits et les chiffres sur la jeunesse Malagasy, UNICEF- UNFPA 2012 ; Family Planning TRaC survey, PSI Madagascar, 2015

empêcher ses fidèles de pratiquer cette planification familiale voire même l'usage de méthodes contraceptives.

Afin de parvenir à remédier à ces problèmes, les informations complètes concernant le planning familial doivent être à porter de main en créant des lignes vertes pour donner des informations sur la planification familiale, en faisant des animations dans les fokontany, et en recrutant des leaders et animateurs pour faire les animations. Pour s'y faire, il est nécessaire de convaincre les leaders et décideurs pour le programme scolaire sur l'importance de la Planification Familiale et de la jouissance des droits de chacun sans critères d'âge.

Age moyen et répartition par tranche d'âge de la population active

Unités: nombre d'années et %

	Age moyen (ans)	Proportion selon la tranche d'âge (%)					Total
		05-09	10-14	15-24	25-64	65 et plus	
Vakinankaratra	31,4	3,6	11,4	26,1	55,9	3,1	100,0
Madagascar	32,1	2,9	7,2	27,4	59,6	3,0	100,0

Source : INSTAT/DSM/EPM 2010

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 communautaire⁸ 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 ».

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

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 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 réaliser⁹. 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 insuffisants. 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.

III. CONCLUSION :

⁹ PDSS 2015-2019, PANB 2016-2020, PSNSRA 2018-2020

Ce document est élaboré pour comprendre le contexte des jeunes de la région Melaky 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. Pour la région MELAKY, par rapport aux autres régions, elle fait partie de ceux qui ont une grande difficulté à promouvoir l'utilisation de la planification familiale. Malgré sa forte potentialité de résilience, ce problème n'a quasiment jamais été traité par les responsables, le trouvant peu important.

Pourtant, 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»,

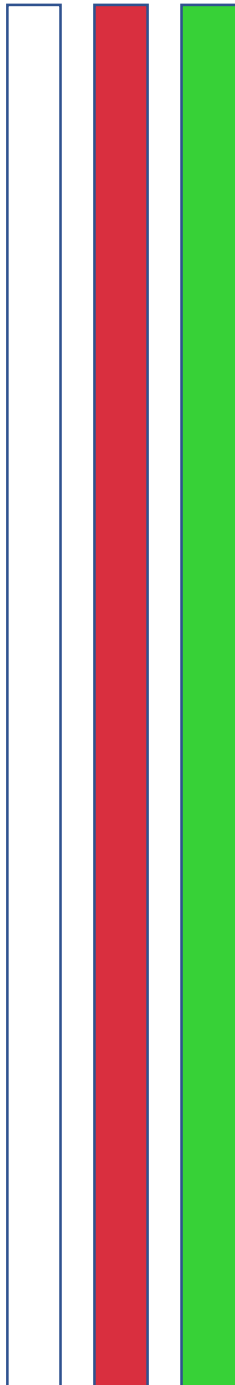
Se traduisant par des multitudes d'actions relatives à des différents axes afin de répondre aux besoins des jeunes en matière de PF, des paramètres sont à prendre en considération, en se focalisant aux jeunes :

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

ARIMANANTSOA Luc Fehizoroniaina

RAHARIMISAMANANA Avisoa Mihanitra Andrianina

COLLABORATEURS

RAHARIVELO Annie Yrène

DENIS Nainitsy

RANDRIANANTENAINA Patricia

RAKOTOZAFY Faranala Maria Laura

MAIVAZARA Berthine

NAMBINY Raharisoa

NOMENJANAHARY Augustine

RAHARIMALALA Géorgine

RAZANABAHINY Dolcia

RASOANANTENAINA Rose Florine

HARILALAINA Gladis Olivia

ARIZETY Yollice Antena Williane

NOMENDRAZA Norbert

MAHAVONJISOA Mohamed Richard

RAFITIAVANJANAHARY Solo Simon

