

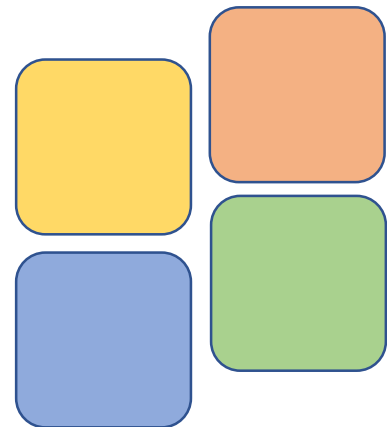


DOCUMENT REGIONAL

PLAIDOYER

MENABE

DU MARS JUSQU'AU JUIN 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 reproductive pour les jeunes de chaque région de Madagascar.

Les jeunes, issues du programme de formation Malagasy Advocacy Training Program (MaTP), ont élaborés 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 et d'élaboration de documents de plaidoyer. Ainsi, le document 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 en termes d'accès à la planification familiale.

I. GENERALITE SUR LA REGION

A. DEMOGRAPHIE :

En 2018, le nombre d'habitants de la région MENABE était 700 577. La région Menabe reste une ancienne zone de migration. La densité de la population est faible, entre 8 et 25 habitants/km², avec une densité démographique moyenne de 17 habitants au km².

Les données récoltées au cours de l'enquête monographique 2009 ont montré que 3 % de la population nationale vivent dans la Région Menabe. Cette proportion est inférieure de 1,5 point par rapport à la moyenne nationale de 4,5 %. Un ménage de la Région Menabe compte en moyenne 4,8 personnes. La part de la population qui vit en milieu urbain est 22,5 % et est légèrement supérieure à la moyenne nationale qui est de 20,3 %.

Dans la Région Menabe, il s'avère que le taux de masculinité est supérieur de 9,2 points par rapport à la moyenne nationale.

Dans son ensemble, la population économiquement active du Menabe peut être considérée comme jeune puisque l'âge moyen de celle-ci est de 29,8 ans et est de 40,6%. La tranche de la population active comprise entre 25 à 64 ans dans la région est de 58 %, un taux qui se rapproche de la moyenne nationale de 59,6 %.

1 2

¹ Troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH-3)

²² Monographique 2009

B. HISTORIQUE DE LA REGION :

Le nom « MENABE » est née de l'histoire de combat entre les deux grand bœuf, « omby mena be » du district de Manja et « omby mazava loha » du district de Morondava. Lors de cet rencontre, le grand « omby mena be de Manja » a été sorti vainqueur, d'où la naissance du nom Menabe.

La Region Menabe, littéralement, « le Grand Rouge », doit son nom à la couleur de ses fleuves charges de latérite. La population de MENABE est composée essentiellement de la tribu SAKALAVA. Concernant la composition ethnique, la région correspond à l'ancien royaume du Menabe (composée de Sakalava). Plus tard, elle est devenue multiethniques puisqu'on y trouve actuellement plus de 10 ethnies dont : Sakalava, Bara, Antesaka, Vezo, Betsileo, Antandroy, Mahafaly, Masikoro, Antalaotse, Merina, Tanosy ; parce qu'elle a toujours été une ancienne zone de forte migration, c'est l'une des régions multiethniques de Madagascar.

L'économie de la Région Menabe tourne autour de plusieurs secteurs tels que l'agriculture, l'élevage, la pêche et le tourisme. L'agriculture est pratiquée presque dans tous les districts de la région. La Région Menabe présente des potentialités économiques considérables en matière d'agriculture, d'élevage et de tourisme. Elle dispose également d'une ressource humaine dynamique du fait d'un mouvement migratoire qui y est fortement présent. Cependant, elle connaît aussi de réelles contraintes, essentiellement en termes d'infrastructures, qui constituent de réels freins à son développement et auxquelles les acteurs du développement devraient prêter attention.

3

³ Monographie 2009

C. GEOGRAPHIE :

4

La région Menabe s'étend sur une superficie de 46 121 km² soit 4 612 100 ha. Elle comprend 5 districts subdivisés en 51 communes, elles-mêmes subdivisées en 574 Fokontany. Les districts de la région sont composés de 10 communes en moyenne avec un maximum de 15 communes pour le district de Miandrivazo contre 5 pour Morondava. La Région Menabe est subdivisée en 5 districts à savoir : Belo-sur-Tsiribihina, Mahabo, Manja, Miandrivazo et Morondava.

La région Menabe offre un paysage diversifié composée par : les zones côtières, les plaines, les plateaux et les massifs.

La superficie cultivable est de 108 600 ha, ce qui représente 2,3 % de sa surface totale. 95% de cette superficie est mise en valeur, principalement par les cultures vivrières avec la riziculture qui occupe plus de 42% de la superficie totale. Les principales activités comprennent l'agriculture, l'élevage, la pêche et la pisciculture. La Région Menabe est une zone à forte potentialité agricole. En effet, le secteur Agriculture constitue un atout important dans l'économie de la région. Environ la moitié de cette surface cultivable totale, plus précisément 52,1 %, est réellement cultivée ; un taux qui se rapproche de la tendance nationale de 51,7 %.

L'élevage demeure une activité importante dans la Région Menabe. On peut distinguer deux catégories: un élevage extensif et contemplatif de zébus et un élevage domestique de bovins, qui vivent dans ou à proximité des villages. Bref, l'économie de la région est caractérisée par 75% du secteur primaire, 15% du secteur secondaire et 10% du secteur tertiaire.

⁴ Monographie 2009

D. CULTURES EN LIEN AVEC LA SANTE / SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Dans la région Menabe, la situation alarmante du mariage précoce est très élevée. Là-bas, des petites filles de 10 à 12 ans se marient déjà et entament leurs premières grossesses. MICS 2018 indique que le mariage précoce touche encore 66 % des enfants de la région.

Selon cette même source, seulement 31 % des femmes utilisent des méthodes contraceptives, modernes ou non.

La société Sakalava du Menabe enregistre les différentes facettes de la représentation de la sexualité dans la société. Ici, les traditions sexuelles loin d'être un simple culte de plaisir. Elles sont en interdépendances entre des institutions. Elles constituent, par excellence, un fait social total, évoquant, entre, autres, le lien entre corps humain et corps social, entre le monde des vivants et le monde des ancêtres.

La fécondité et la virilité : pareille à toutes les sociétés malgaches, la société Sakalava ne peut concevoir une prospérité sans fécondité. Les aspects les plus manifestes de ce concept apparaissent, lors des cérémonies liées à l'enfance, à travers l'effort déployé par les lignages pour demander auprès des dieux et des ancêtres descendance. Mais cette fécondité ne peut exister sans son pendant naturel qui est la virilité. L'éducation sexuelle sakalava se préoccupe particulièrement de ces deux aspects potentiels sexuels.

II. LES PROBLÉMATIQUES DE LA SANTÉ DES JEUNES :

A. ÉQUITÉ A LA SANTE POUR LES JEUNES :

La santé sexuelle et reproductive des jeunes connaît encore des problèmes en lien avec l'équité. En effet, elle fait face à des difficultés liées au non-respect des droits et à la non-application des lois sur la planification familiale. (4 février 2020, article de presse, site www.agencymalagasydepresse.com)

Pour améliorer l'accès et l'équité d'accès pour les jeunes ; 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. Le but est 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 la région de MENABE surtout dans les zones rurales.

Le droit malgache reconnaît l'existence du droit à la santé sexuelle et reproductive dans sa loi n°2017-043 fixant les règles générales régissant la Santé de la Reproduction et la Planification Familiale en son article 3 alinéa 2 et 3 expliquant que : « Le droit à la Santé de la Reproduction et à la Planification Familiale est un droit fondamental (a12). Aucun individu ne peut être privé de ce droit dont il bénéficie sans 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 situation (a13). »

La contraception est bien connu par la population malgache mais il y a encore un fort décalage entre la connaissance et la pratique. En 2012, 89% des femmes et 88% des hommes connaissent au moins une méthode moderne de contraception. Le recours à la planification des naissances a joué un rôle important dans la baisse de l'Indice Synthétique de Fécondité grâce aux contraceptifs modernes. Mais la pratique de ces méthodes contraceptives reste encore limitée chez la famille malgache. En 2012, seulement un tiers des femmes la pratiquent, contre 10% en 1997, 29% en 2007. Elle est un peu moins courante en milieu rural (32%) qu'en milieu urbain (39%).

Proportion de femmes de 15 à 49 ans qui ont déclaré avoir rencontré des problèmes importants d'accès aux soins de santé par type de problème.

5

⁵ Loi n°2017-043 fixant les règles générales régissant la Santé de la Reproduction et la Planification Familiale/Art 3 alinea 02 et 03/ Art 27

B. FINANCEMENT DE LA SANTE DES JEUNES :

Le financement de la planification familiale pour les jeunes est assuré avant tout par les organisations étrangères. Moins de 1 % de ce budget est fourni par le ministère de la santé publique. On peut en conclure que le financement de la santé sexuelle et reproductive n'est pas encore une priorité pour le pays. (Plan national budgétise en planification familiale à Madagascar 2016-2020. Chapitre « problèmes et défis essentiels/Financement)

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

- Donner au ministère de la santé la totalité de son budget pour qu'il puisse financer les services de planification familiale des jeunes et d'augmenter progressivement le part de l'État dans le secteur de la santé des jeunes.
- 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.

Plus de la moitié de la population de la région Menabe fait partie de la classe la plus pauvre. Ce sont surtout les jeunes qui font face à la fois à la pauvreté et au chômage. Ils n'ont pas les moyens de financer leurs santés surtout reproductive et familiale. De plus, il n'existe pas de modèles spécifiques pour le financement de la santé des jeunes.

- Le mieux serait de donner aux jeunes les moyens de financer leurs santés en leur offrant des opportunités de travail. Il faut rendre possible l'intégration à 75 % dans le secteur professionnel des jeunes entrant dans la catégorie de la population active. Toutefois, vu le nombre de jeunes présents à Menabe, la mise en place de cette solution peut prendre un certain temps, mais un délai de 10 ans serait assez réaliste.
- La région Menabe devrait bénéficier d'un modèle de financement spécifique pour les jeunes pour qu'ils puissent financer leurs santés. Les jeunes ayant généralement un revenu plus faible, ils devraient payer 50 % moins cher que la population lambda dans les établissements publics. L'Etat devrait financer le reste afin de leur permettre de jouir d'un système de santé dans les normes. La réalisation de ce projet doit se faire de manière progressive, mais devrait se faire en 1 an.

6

⁶ Source : MINSANP, Comptes Nationaux de Santé 2003, 2007, 2010

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

Le nombre de médecin qui exerce dans les CSB I et II est inégalement réparti dans les différentes communes de MENABE voire même inexistant.

On demande à :

- Répartir équitablement le nombre de médecins et paramédicaux qui exercent dans les CSB II et CSB I en fonction du nombre de population dans la commune. Chaque CSB II doit disposer d'un médecin chef, de 2 médecins soignants, de 3 infirmiers et d'une sage-femme.
- Chaque commune doit disposer d'un médecin dans chacune des services de maternité.

Les droits de l'homme comprennent le droit à un système de santé qui garantisse à chacun, sur un pied d'égalité, la possibilité de jouir du meilleur état de santé possible. Un meilleur état de santé passe avant tout par la présence de personnels soignants suffisants dans un établissement de santé.

Dans les CSB I et les CSB II : L'enquête du CREAM en 2009 traduit dans le tableau ci-dessous a permis de recenser 17 médecins qui travaillent dans les CSB II de la région assistés par 98 paramédicaux soit en moyenne 5 paramédicaux pour 1 médecin. La répartition est cependant inégale entre les districts. En effet, dans le district de Belo-sur-Tsiribihina par exemple, il n'existe aucun médecin en service dans les hôpitaux mais uniquement 17 paramédicaux. De même, pour le district de Manja ou 1 seul médecin est en activité avec 13 paramédicaux. Le district de Miandrivazo est celui qui dispose le plus de médecins avec un nombre de 7 et de 24 paramédicaux. Le nombre de médecins est à peu près le même pour les districts de Morondava (5) et de Mahabo (4). Toutefois, avec 27 paramédicaux à son actif, Morondava dispose de dix fois plus de paramédicaux que Mahabo.

7

⁷ VPEI/CREAM/Monographie 2009

D. LES INFRASTRUCTURES DE LA SANTE DES JEUNES :

Disponibilité de CSB I, CSB II, CHD I, CHD II et soin dentaire public : dans la région Menabe, l'enquête du CREAM en 2009 montre que 20 communes sont pourvues de CSB I et 47 de CSB II. Ainsi, lorsque pratiquement toutes les communes de la Région disposent de CSB II, les CSB I sont toutefois moins nombreux. Tel est le cas du district de Belo-sur-Tsiribihina qui ne dispose que d'un seul CSB I pour ses 14 communes de même qu'à Mahabo où le rapport est de 4 CSB I pour 11 communes. Concernant les centres hospitaliers de district de niveau I et II, ils sont respectivement au nombre de 4 et 37 au total. Chaque district dispose d'un CHD I sauf Morondava qui n'en possède pas. En ce qui concerne les CHD II, toutes les communes des districts de la Région en possèdent sauf dans le district de Belo-sur-Tsiribihina qui n'en est pas pourvu. Par ailleurs, les maternités publiques sont au nombre de 45 au total dans la Région et les communes des districts de Mahabo, Manja et Morondava sont toutes pourvues. Pour le district de Belo-sur-Tsiribihina, 11 communes sur les 14 qui le composent disposent d'une maternité publique de même que pour le district de Miandrivazo où sur les 15 communes qui le composent, 12 possèdent cette structure. Enfin, pour les centres de soin dentaire, chaque district de la région en possède un (01) chacun, ce qui ramené à 5 le nombre total de ces centres pour la région.

Sur les 5 districts que compose la région, 3 d'entre eux à savoir Manja, Miandrivazo et Morondava disposent de maternités qui sont pourvues de chambres d'accouchement. Dans les districts de Belo-sur-Tsiribihina et de Mahabo, il apparaît que respectivement 28,5 % et 18,1 % des maternités qui ne disposent pas de chambres d'accouchement. Au total, 54 lits sont disponibles dans les maternités publiques de la région compte tenu des données indisponibles pour les maternités de Morondava.

Pour ce qu'il en est de l'accouchement par césarienne, l'enquête a montré que celui-ci pourrait être pratiqué uniquement à Morondava.

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

La plupart des jeunes et adolescents vulnérables au niveau du secteur de la santé ont rarement été touchés par les sensibilisations. Cette situation concerne essentiellement les jeunes hors du système scolaire et ceux qui vivent dans le milieu rural. La qualité de prise en charge des jeunes est menacée par l'insuffisance d'infrastructure de santé spécialement conçue pour eux. De plus, il y a une faible disponibilité des acteurs spécialisés dans la santé de la reproduction des adolescents à Menabe.

- Concentrer les sensibilisations sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes au niveau rural tout en offrant des services égaux à celles dans les grandes villes. Les offres de services ainsi que les produits de santé présents dans les CSB en zone rurale et urbaine doivent être les mêmes. La sensibilisation devrait se faire en 2 ans tandis que l'égalisation des offres de services se fera en 5 ans.
- Former plus de spécialistes dans la santé de la reproduction des adolescents et des jeunes à Menabe. Tous les personnels de santé doivent bénéficier d'une formation spécialisée sur la bonne qualité de prise en charge des jeunes. Cela peut prendre environ deux ans.

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.

Ainsi, les CHD II sont au nombre de 37 au total pour les 51 communes de la région. Le district de Belo-sur-Tsiribihina n'en dispose pas tandis que Morondava n'en dispose que de 5. Les CHD I sont de 4 au total a raison d'un CHD I par district sauf a Morondava ou il est inexistant. Concernant les services de maternité, près de 62 % des communes ne disposent pas de médecins dans leur maternité et l'accouchement par césarienne ne peut être pratiqué que dans environ 20 % des communes de Morondava. La région a ainsi enregistré un nombre élevé de décès infantiles et maternels a l'accouchement. Le taux de vaccination est assez bas par rapport à la moyenne nationale, il en résulte que les maladies touchant les enfants (IRA, Fièvre, Diarrhée) sont aussi plus élevés dans la région qu'au niveau national. Le service de planning familial public : compte tenu des données non-disponibles pour le district de Belo-sur-Tsiribihina, tous les districts de la région disposent d'un service de planning familial public sauf 20 % des communes de Miandrivazo. Au cours de l'année 2008, l'effectif des femmes affiliées à ce service a augmenté de 57,3 % par rapport à l'année précédente. C'est notamment dans le district de Mahabo que l'effectif des femmes affiliées a pratiquement doublé en passant de 5 711 en 2007 à 11 400 affiliations en 2008. Dans les autres districts, le nombre d'affiliation supplémentaire varie de 2 72 pour Morondava à 1 415 pour Miandrivazo. Ce qui donne un nombre total d'affiliations pour l'année 2008 de 30 169 femmes.

F. LE GENRE :

Les femmes, surtout les jeunes, subissent encore des inégalités en ce qui concernent l'accès aux services de santé. Dans la région Menabe, les femmes ont beaucoup plus de mal à s'adresser aux personnels de santé surtout s'ils sont du sexe opposé. Peu d'entre elles osent réclamer leur droit en matière de santé sexuelle et reproductive.

La sensibilisation sur l'égalité du genre doit être renforcée dans les établissements de santé jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de distinction entre les genres dans la région Menabe. Il faudrait également promouvoir les minorités pour qu'ils puissent jouir du même droit que les autres. La mise en place de cette solution devrait prendre dans les 2 ans.

Il faudrait former les personnels de santé sur les méthodes de communication efficace pour s'adresser aux femmes. Ainsi, elles n'auraient plus ce sentiment de barrière qui les empêche de se confier à un personnel soignant du sexe opposé. La formation de tous les personnels soignants de la région d'Atsimo devrait durer un an au total.

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.

Les normes sociales limitent l'épanouissement scolaire et professionnel des filles : Les grossesses précoces, qui touchent une fille sur trois, entraînent le décrochage scolaire et une perte d'opportunité à l'éducation, la formation et l'accès à l'emploi formel. (Source : Pour un Processus de Plan National d'Adaptation (PNA) qui Répondre aux Questions de Genre à Madagascar - Ministère de l'Environnement Del 'Écologie, et des Forêts de Madagascar, République de Madagascar).

Emplois et rémunérations des femmes : selon l'enquête EDS-IV 2008-2009, environ une femme sur deux, plus précisément 51,9 %, des femmes du Menabe gagnent à peu près le même salaire que leur conjoint. Les femmes qui gagnent moins que leur conjoint sont de l'ordre de 36,4 %, un taux satisfaisant par rapport à la moyenne nationale qui est de 47,6 %. En ce qui concerne la part des femmes qui gagnent plus, le taux de 8,3 % voisine la moyenne nationale.

Contrôle du revenu des femmes : Le contrôle du revenu est un des principaux indicateurs du degré d'autonomie des femmes en union de 15 à 49 ans. Ainsi, dans la région du Menabe, les femmes contrôlant leurs revenus sont de 33 %, ce qui avoisine la moyenne nationale. La méthode la plus pratiquée est la cogestion des revenus avec le mari, c'est notamment le cas de 59,5 % des femmes contre 62,9 % au niveau national. La part des femmes qui se voient contrôler leurs revenus par leur mari est cependant supérieure à la moyenne nationale de 2,9 points. Les femmes de la région qui se retrouvent dans cette situation sont de l'ordre de 6,7 %.

La participation des femmes dans la prise de décision au sein du ménage constitue un autre indicateur important pour mesurer le degré d'émancipation des femmes. Dans la région du Menabe, le taux de femmes qui affirment participer aux quatre décisions essentielles du ménage est identique à la moyenne nationale, soit 72,1 %. Il en va de même pour la proportion de femmes qui ont dit ne participer à aucune des décisions au sein du ménage qui est de l'ordre de 1,3 %, la moyenne nationale étant de 1,7 %.

G. CULTURE ET US-COUTUMES :

L'utilisation des méthodes de planification est mal vue par la société. Dans les zones enclavées, les barrières culturelles constituent un frein à la planification familiale. Cela ne fait pas partie de la culture locale et c'est même souvent condamné lorsque c'est un jeune célibataire qui en a recours. (Article de Fenosoa Hanitriniala le 6 décembre 2019 dans LA PARTIE SONDAGE à Madagascar.)

Comme perspective d'urgence, on a à :

1) Démystifier la planification familiale. Donner une formation complète sur la santé sexuelle et reproductive aux jeunes grâce à la sensibilisation surtout dans les zones enclavées.

2) Rendre publique le taux de jeunes filles enceinte avant ses 18 ans pour que la population comprenne que la planification familiale est indispensable pour les jeunes.

Madagascar faisant partie des Nations Unies, elle a accepté de faire partie du projet de l'UNFPA à atteindre les principaux objectifs de développement durable. Elle s'est engagée à diminuer à zéro (0) le nombre de besoins non-satisfaits en matière de planification familiale, surtout pour les jeunes. Les méthodes de planification familiale subissent encore beaucoup de préjugés du fait de la culture locale qui n'est pas favorable à cette pratique.

10

⁸ <https://www.who.int/gender/whatisgender/fr/>

⁹ Pour un Processus de Plan National d'Adaptation (PNA) qui Répondre aux Questions de Genre à Madagascar - Ministère de l'Environnement Del 'Écologie, et des Forêts de Madagascar, République de Madagascar).

¹⁰ Enquête MICS 2018 thématique fécondité et planification familiale

H. POLITICO-LEADERSHIP :

L'accès à des informations sur la santé reproductive (SR) et planification familiale (PF) reste un défi d'ordre mondial. On estime que 225 millions de femmes dans les pays en développement qui souhaitent arrêter ou retarder la maternité n'ont pas accès à toutes les méthodes de contraception¹. Ils touchent surtout les jeunes âgés de 10 à 24 ans. Toutefois, malgré la vulgarisation du programme PF et SR pour les jeunes au niveau de plusieurs pays dans le monde, ces besoins croissants en PF chez les jeunes ne sont pas encore satisfaits.

Le Gouvernement de Madagascar a adopté la PF comme un des moyens pour réduire la mortalité maternelle. Les attitudes et comportements sur la planification familiale ont changé de façon significative entre 1992 et 2012, comme en témoigne un taux de prévalence de la contraception qui a augmenté de 28,2% au cours des deux dernières décennies. En dépit des progrès, la prévalence contraceptive reste faible chez les jeunes Malagasy: 14% des jeunes sexuellement actifs âgés de 15-19 ans indiquent avoir déjà utilisé une méthode contraceptive (traditionnelle, moderne y compris l'utilisation de préservatif). En 2011-2012, le Ministère de la Santé Publique (MINSANP) a mis en place l'initiative «Centres de Santé de Base (CSB) amis des jeunes» afin de fournir les services en PF et SR aux jeunes adolescents. Dans sa Politique Nationale de la santé reproductive de 2012, le MINSANP a annoncé qu'il projetterait de transformer 50 pourcent des CSB en « CSB amis des jeunes ». Plus récemment, le GOM a souligné que les services de SR et de PF pour les jeunes constituaient un domaine nécessitant une mise au point importante pour le programme de santé publique du pays. Il a renouvelé son engagement envers l'initiative PF2020 en déclarant augmenter la prévalence contraceptive à 50 pourcent et réduire les besoins non satisfaits en planification familiale à neuf pourcent en 2020.

malgré la fait que la PF ait été reconnue comme un élément clé dans l'élaboration des politiques visant à améliorer la santé et le développement au niveau national, et dans la création d'un environnement favorable à l'atteinte du dividende démographique, l'environnement habilitant doit encore être renforcé. Le manque de volonté et d'engagement politiques des dirigeants a retardé la mise en place de politiques favorables. Par ailleurs, les parties prenantes et exécuteurs clés ont souvent une mauvaise connaissance des implications politiques de leur travail, cela aboutissant à une dissémination politique souvent inadéquate, surtout au niveau inférieur des agents de santé.

CONCLUSION

D'après les analyses ci-dessus, La région de Menabe manque cruellement de sensibilisation sur la planification familiale surtout à cause de l'insuffisance de financement dans le domaine de la santé.

Les cultures locales ont provoqué un manque d'informations sur l'utilité de la planification familiale. Pour y remédier, il faut effectuer une sensibilisation, plaider sur les Médias de la région et poser des affiches dans tous les Fokontany sur l'importance de la planification familiale et d'augmenter le nombre des agents sensibilisateurs au sein des Fokontany. Il est aussi nécessaire de former les parents et enfants c'est-à-dire, toute la famille sur la planification familiale. En vue d'avoir un meilleur résultat, il faut penser à former tous les Médecins même les traditionnalistes sur ce qu'ils doivent ou ne doivent pas faire et faire fusionner la culture et les nouvelles pratiques.

Le dernier problème est l'inaccessibilité des femmes et la non-implication des hommes à l'utilisation de la planification familiale puisque leur culture ne leur permet pas. Une demande de partenariat auprès du ministère de la santé publique pour renforcer les apports serait un atout.

De ce fait, la région doit se procurer des ressources à la fois financières, logistiques et humaines. Cela permettra un meilleur accès des jeunes à la planification familiale.

Premièrement, du côté des ressources financières et matérielles, la réalisation des objectifs de cette région sur l'accès des jeunes à la planification familiale nécessite environ 90 000 000 d'Ariary ou 450 000 000 de Francs Malgache. Des véhicules assez robustes pour passer partout seront nécessaires pour réaliser à bon échéant chaque activité et pour assurer ainsi la mobilité des « tasks forces ».

Deuxièmement, du côté des ressources humaines, plusieurs personnes seront utiles voire même indispensables. Ces personnes peuvent être des salariés gouvernementaux ou pas, des agents communautaires, des agents sensibilisateurs ainsi que des bénévoles qui adhèrent à cette cause dont l'accès des jeunes à la planification familiale.

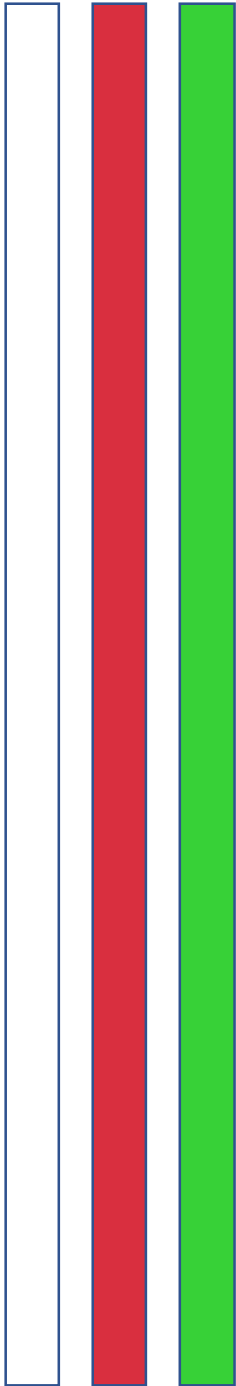
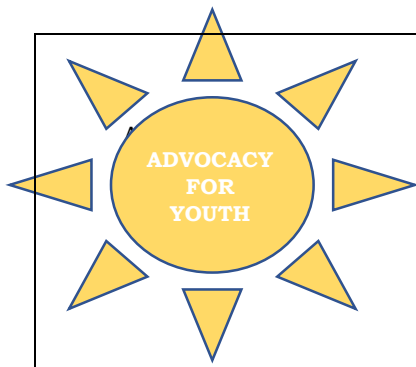
TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

I.	GENERALITE SUR LA REGION	2
A.	DEMOGRAPHIE :	2
B.	HISTORIQUE DE LA REGION :	3
C.	GEOGRAPHIE :	4
D.	CULTURES EN LIEN AVEC LA SANTE / SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE	
II.	LES PROBLÉMATIQUES DE LA SANTÉ DES JEUNES :	6
A.	ÉQUITÉ A LA SANTE POUR LES JEUNES :	6
B.	FINANCEMENT DE LA SANTE DES JEUNES :	7
C.	LES RESSOURCES HUMAINES EN CHARGE DE LA SANTE DES JEUNES :	8
D.	LES INFRASTRUCTURES DE LA SANTE DES JEUNES :	9
E.	LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES JEUNES :	10
F.	LE GENRE :	11
G.	CULTURE ET US-COUTUMES :	12
H.	POLITICO-LEADERSHIP :	13

CONCLUSION

TABLE DES MATIERES



AUTEURS-REDACTEURS

NAMBININTSOA Tiavina Solomampionona

RABEARIVELO Njiva Mbolatiana Nantenaina

RANDRIANARISANDY Safidy Malala

ARIMANANTSOA Luc Fehizoroniaina

COLLABORATEURS

- RASOAMANAHIRA Faravavy
- RASOANIRINA Marie Saniela
- RAMALASON Rivotiana Ijudore C.
- AIME Jonasson Manjo
- ANDRIANARIJAONA Léon Stephan
- RANDRIAMIHELINA Jean Patrick
- RASOLOTAHINA Julia Eliot
- HANTRINIAINA Mirantsoa Marie Louise Alberthine
- RAHELIMAHALY Albertina Romualdine
- ANDRIAMANAMIHAJA Pierre Emile
- TANTELINIRINA Tahinjanahary Damienne Elodie
- HAJANIRINA Todisoa Michelas
- RANDRIAMASIMIHAJA Finoana Iarena Ornella
- HERIMANJAKA Jean Bruno

