



## DOCUMENT REGIONAL

---

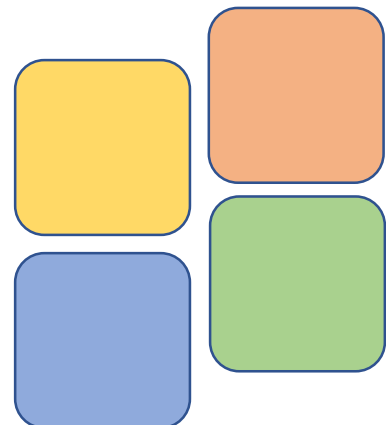
## PLAIDOYER

---

## SAVA

---

*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 labours 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 :

La population de la Région SAVA représente dans son ensemble 5,0 % de la population de Madagascar dont les 32,8 % de la population e la région sont des jeunes de 5 à 17 ans. 10, 7% de la population sont des femmes de 12 à 19 ans. La population de la Région SAVA est majoritairement rurale, les individus vivant en milieu rural représentent 90,5 % de la population. L'indice synthétique de fécondité qui représente le nombre moyen d'enfants par femmes se situe à 3,7.

Il faut noter aussi que la moitié des adolescentes âgées entre 15 à 19 ans ont déjà donné naissance à un enfant ou sont enceintes. Cet état de fait donne une importance particulière aux services liés à la santé de reproduction des adolescents dans la région.<sup>1</sup>

## B. HISTORIQUE DE LA REGION :

La Région SAVA se trouve dans la province d'Antsiranana et ne représente que les 3,6 % de Madagascar. Elle est composée de 4 districts : Sambava, Antalaha, Vohémar et Andapa et qui est la source du nom de la région.

La composition ethnique Selon la monographie de la région en 2003, à Antalaha, Sambava et Andapa, les Tsimihety et les Betsimisaraka, deux ethnies voisines l'une de l'autre, composent respectivement 75 %, 57 % et 75 % de la population. A Vohémar, 60 % des habitants sont des Sakalava et 30 % des Tsimihety. Les Antaimoro forment 15 %, 22 % et 17 % des immigrants respectivement à Antalaha, Sambava et Andapa. Ceux-ci sont essentiellement installés en milieu ruraux comme agriculteurs où l'on voit parfois des villages entiers comme Antafonoviana, Ambodivoangibe peuplés quasi-exclusivement d'Antaimoro. Les ressortissants du Grand Sud (Antandroy) s'investissent généralement dans le secteur de la sécurité et dans une moindre mesure les petits métiers. Les deux principales ethnies des hauts plateaux (Merina et Betsileo) arrivent en nombre toujours croissant, essentiellement en tant que commerçants.<sup>2</sup>

## C. Géographie :

Cette région est la limitrophe de la région de DIANA dans sa partie occidentale et de celles de la Sofia et Analanjirofo dans sa partie méridionale. La région a un accès sur sa partie Est à l'Océan Indien. Elle est composée de 4 districts et 79 communes. Sambava est le Chef-lieu de la région et se situe à 1 194 km d'Antananarivo.

La zone Nord-Est de Madagascar constitue un ensemble massif qui est marqué par le contact rapide et brusque entre les hautes terres et la mer. Du point de vue géomorphologie, la région juxtapose des formes variées : volcaniques, quartziques et cristallines.

La région se justifie par ailleurs par un certain nombre de traits caractéristiques communs, telles, une végétation riche mais fortement menacée par la pratique des tavy, une

---

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

<sup>2</sup> Monographie 2009

précipitation relativement abondante, une population moyennement homogène vivant dans un enclavement relatif et la pratique de cultures de rente (vanille, café, girofle, poivre).<sup>3</sup>

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

La culture Anteromba, bien qu'à première vue n'a pas de relation immédiate avec la santé sexuelle et reproductive, met en exergue la relation sexuelle, et émet des allusions par rapport aux sexes et les parties intimes. C'est une pratique très usitée dans les zones rurales. Présenté sous formes artistiques (Hosika, Antsa, Jijy) accompagné parfois de Rombo (applaudissement rythmé) et de la danse, elle se pratique dans les cérémonies de circoncision, de célébration des nouveaux nés, et parfois dans les mariages. C'est une culture Tsimihety, mais on les observe aussi chez les Antakarana et les Antemoro pratiqué dans les cérémonies surtout de circoncision.

La culture dans cette partie de l'île note une interdiction, un tabou pour les parents de parler de sexe avec leurs enfants. Ce rôle appartient aux Zama ou l'oncle sœur de la mère, ou bien encore à l'Angovavy ou la tante, sœur du père. Dans la pratique, les parents n'ont pas en effet l'habitude de parler d'éducation sexuelle avec leurs enfants, c'est comme si cela va de soi, naturel pour l'adolescent de comprendre ce qu'est la reproduction, la santé sexuelle. Pour comprendre, à défaut de confiance envers les parents, ils cherchent des personnes en dehors de la famille pour les instruire et les initier aux questions liées aux sexes, des alliés qui ne sont pas toujours fiables et profiteurs pour la plupart de leur naïvetés et ignorance.

Dans le domaine de la santé de la reproduction des jeunes à Madagascar, la situation est alarmante. Le taux élevé de grossesses précoces engendre des avortements clandestins. Le mariage précoce et l'éducation sexuelle insuffisante constituent également des problèmes de taille. Par ailleurs, les services de SR/PF ne sont, la plupart du temps, pas adaptés aux jeunes, car ceux de proximité est payante et celui qui est gratuit dans les CSB est éloigné et présente des coûts. Mais aussi en raison de l'accès limité aux outils de communication pour le changement de comportement (CCC) en matière de planification familiale et d'éducation sexuelle.

---

<sup>3</sup> Monographie 2009

# I. LES PROBLÉMATIQUES DE LA SANTÉ DES JEUNES :

## A ÉQUITE LA SANTE POUR LES JEUNES :

L'OMS considère l'Équité en matière de santé, comme la suppression des différences évitables et injustes entre les citoyens qui affectent leur capacité à accéder aux services de santé. Si l'égalité signifie que tout le monde se voit octroyer les mêmes ressources (par exemple, un salaire égal), l'équité consiste à s'assurer que chacun a ce dont il a besoin-ce qui pourrait signifier donner plus de soutien à ceux qui se trouvent dans des circonstances plus difficiles.

L'accessibilité égale de tous les adolescents et les jeunes aux soins et l'acquisition d'un état de santé optimal sans être défavorisé par sa position sociale ou d'autres attributs sociaux (capacités, âge, culture, ethnie, état matrimonial, genre, langue, race, religion, sexe, condition socioéconomique) sont à prévoir. Cela implique la disponibilité des services de qualité, et efficaces à tous les niveaux.

L'insuffisance d'éducation sexuelle complète (éducation des parents ...), d'informations sur la santé et sur les services adaptés aux jeunes rendent difficile l'accès des jeunes aux informations et aux services répondant à leurs besoins. Ceci constitue l'une des causes majeures de blocage de leur épanouissement. Bien que les méthodes modernes de contraception soient très vulgarisées, bon nombre de jeunes n'ont jamais entendu parler de méthodes modernes de contraception. Le tableau suivant décrit la distance des formations sanitaires les plus proches par rapport aux communes et reflète l'accès aux services de santé. Dans son ensemble, une grande partie des communes se trouvent proches des formations sanitaires. En effet, 88,6 % des communes se trouvent à moins de 5 km des formations sanitaires les plus proches. Toutefois, il faut considérer les 6,33 % des communes de la Région SAVA qui doivent encore parcourir plus de 11 km. Ces communes distantes se trouvent surtout dans le district d'Andapa où 27,8 % des communes sont à plus de 11 km des formations sanitaires les plus proches. Par rapport aux quatre districts qui composent la région, c'est à Sambava où la situation est la plus favorable. En effet, toutes les communes de ce district sont à moins de 5 km des formations sanitaires les plus proches. A Antalaha et Vohémar, la situation est quasi similaire car une proportion de 6 % des communes se trouvent encore entre 6 et 10 km. La situation est la plus défavorable à Andapa où la population de 38,9 % des communes doit encore parcourir plus, de 06 km.

L'analyse de la distance est plus pertinente si on la combine avec les moyens de déplacements que les jeunes utilisent pour rejoindre les formations sanitaires. Dans l'ensemble de la région, la quasi-totalité de la population (soit 97,5 %) marchent pour aller dans les centres de santé. Seuls 2,53 % des ménages peuvent utiliser une voiture (en particulier les taxis brousses) comme moyen de locomotion. Dans le district d'Andapa, la totalité des ménages rejoignent généralement les centres de santé à pied alors que 38,9 % des communes du district se trouvent à plus de 6 km pour rejoindre la formation sanitaire la plus proche. Cela reflète un accès relativement limité aux soins de santé. A défaut d'un système public de transport, les efforts doivent se concentrer sur la mobilisation communautaire pour instaurer un système qui permettra de prendre en charge ce déplacement. L'idée peut être, par exemple, l'instauration de mutuelle de santé communautaire ou les agents communautaires prend le rôle de catalyseur et pourvoyeur des besoins en méthode contraceptive.

## B . FINANCEMENT DE LA SANTE DES JEUNES :

Une forte centralisation budgétaire a été constatée dans la répartition du budget de l'Etat d'après la Loi des Finances 2017. La part du budget national allouée à la santé stagne autour de 7,5% du budget national (Toutefois, des partenaires techniques et financières contribuent à la santé des adolescents : OMS, UNICEF, USAID, UNFPA, BM, UNESCO, PAM, MDM. Le financement de la planification familiale pour les jeunes est assuré avant tout par les organisations étrangères. En ce qui concerne la source de financement et circuit des produits PF, la part de l'Etat revient à 3,61% et celui des partenaires techniques comble la dépense avec 96,39%. On peut en conclure que le financement de la santé sexuelle et reproductive n'est pas encore une priorité pour le pays. Chapitre « problèmes et défis essentiels/Financement).<sup>4</sup>

L'analyse du système de financement de la santé à Madagascar, pour guider de futures réformes, notamment la CSU, Février 2018 par USAID/Health Policy Plus, fait état que le gouvernement a en effet créé un plan de développement du secteur sanitaire afin de faire en sorte que d'ici 2030, l'ensemble de la population soit en bonne santé, vivant dans un environnement sain et a une vie meilleure et plus productif. La part du budget géré par les structures régionales et périphériques diminue en moyenne de 11% par année passant de 64 % en 2013 à 38 % en 2017, tandis que la part du budget gérée par les structures centrale augmente en moyenne de 15 % par année, passant de 36% en 2013 à 62% en 2017. Parmi les régions les moins alloué par l'Etat, les critères de répartition de l'enveloppe aux régions du à l'enclavement des districts et des communes de la région. Le nombre d'habitants desservis le type d'énergie utilisée dans les formations sanitaires et le nombre de PTF intervenant dans la région.

Les instances publiques régionales de santé régionales sont en difficultés et ne dispose pas de ressources suffisantes pour assurer un service de qualité pour les usagers par manque de moyens et de matériels. En ce qui concerne le rapport des dépenses sanitaires dédié à la PF régionale, la dépense s'élève à 0,5% du dépense du ministère, heureusement que les PTF qui comble le grand vide.<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> PF : Planification Familiale

<sup>5</sup> Plan national budgétise en planification familiale à Madagascar 2016-2020, Chapitre « problèmes et défis essentiels/Financement

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

Les personnels soignants dans les Centres de Santé de Base I et Centres de Santé de Base II Au niveau de la Région SAVA, on recense 47 médecins publics et 138 paramédicaux servants dans les CSB II. Une situation qui donne un ratio d'un médecin pour 3 paramédicaux contre un médecin pour 4 quant à la situation nationale. Le nombre de médecins selon les districts ne présentent pas un grand déséquilibre selon les districts. Le nombre de médecin est de 13 à Antalaha, 14 à Sambava et 12 à Vohémar. Le district d'Andapa en dispose le nombre le moins élevé avec 8 médecins. Par contre, les paramédicaux sont concentrés dans les districts d'Antalaha et de Sambava avec des nombres respectifs de 35 et de 48. Dans les districts d'Andapa et de Vohémar, les nombres de paramédicaux sont respectivement de 27 et 28. En ce qui concerne la part de la Région SAVA dans l'ensemble du pays, les médecins publics et les paramédicaux servant représentent respectivement 3,97 % et 2,88 %

Le manque de ressources flagrantes de personnel de santé qui œuvre dans la santé sexuelle et reproductive des jeunes sont aussi parmi le problème majeur qui empêche l'accessibilité des jeunes aux services de santé. On a recensé 34 personnels aux niveaux des districts et dont 17 personnels de santé sont seul au poste, or normalement il doit y avoir au moins un médecin et 3 paramédicaux. Ajouter à cela pour finir sur cette lancée, à propos de la loi 2017-043 sur la santé de la reproduction et de la planification familiale n'est pas encore très vulgarisé auprès des parties prenantes que ce soit les bénéficiaires, c'est-à-dire les jeunes. Ou que ce soit les autres qui œuvre et doivent veiller aux biens être des jeunes, c'est-à-dire : les parents, les personnels de santé, les responsables territoriales, administrative, scolaire.<sup>6</sup>

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

On dénombre 13 CSB amis des jeunes dans la région SAVA. Ces CSB amis des jeunes sont surtout sous la protection et aile de l'ONGI SAVE THE CHILDREN.

Les formations sanitaires ne sont pas de proximité, et les jeunes doivent parcourir plus de 5 KM pour accéder aux services. Et aussi les services existant ne sont pas encore très fonctionnels, car ne disposant pas les matériels nécessaires pour accueillir les jeunes. La prise en charge se manifeste par l'approche différenciée donné aux jeunes qui viennent consulter et l'attention particulière accordée à eux lors des consultations, selon les dire de la responsable de la santé sexuelle et reproductive au niveau de la région SAVA.

Ainsi, on comptabilise 104 centres de santé de base dont 35 CSB I et 69 CSB II. Par rapport au nombre total des communes de la région, on peut dire que trois communes disposent en moyenne 4 CSB. En matière de CSB II, les communes sont couvertes à 87 %, ce niveau atteint les 95 % dans le district de Vohémar.

L'analyse de l'offre de service de santé doit être faite tout en tenant compte des services publics mais aussi privés pour assurer l'accès de la population, notamment les plus vulnérables aux services de santé de base. Dans l'ensemble, les services de santé privés sont assez rare dans la région et se concentre sur les services de vente et de distribution de médicaments.

---

<sup>6</sup> Loi 2017-043 du 25 janvier 2018 sur la planification familiale

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

Les personnels de santé qui reçoivent les jeunes consultent de manière différenciée, la prise en charge de qualité est un leitmotiv, car en effet les jeunes nécessitent qu'on les aborde différemment de toute personne qui consulte. L'écoute active des besoins, la sensibilisation et information sont parmi les apports que les médecins et les personnels de santé prodiguent aux jeunes.

Au niveau communautaire, les activités promotionnelles, préventives, curatives, de réadaptions, de surveillance de la santé publique et de participation à la gestion du CSB et aux actions de solidarité pour l'amélioration de l'accès aux soins sont les apanages des agents communautaires. Ainsi, les agents communautaires peuvent agir en conseillant, ou en approvisionnant ceux qui ont besoin en matière de produit contraceptif. Sur les 30 personnes de 14 à 28 ans qui le consulte, 20 d'entre eux sont des jeunes entre 14 à 17 ans.

## F . LE GENRE :

Le genre est un concept qui désignent les rapports et les rôles sociaux, ainsi que les statuts qui, selon la représentation que s'en fait la société, déterminent les comportements, les activités, les attentes et les chances considérés comme adéquats pour tout un chacun dans un contexte socio culturel donné.

La population féminine est majoritaire dans la région. Le rapport de masculinité se situe à 98 % pour l'ensemble de la région.

Pour la région SAVA, une femme en âge de procréer a en moyenne 3,7 enfants, qui sont inférieurs à la moyenne nationale qui est de 4,6 enfants l'indice de fécondité. Parmi les femmes de 15-49 ans mariées ou en union dans la région SAVA, 64% sont satisfaites de leur demande en contraception avec une méthode moderne. Ce qui requiert inévitablement des efforts supplémentaires pour répondre à la demande. La prévention de la maternité précoce serait une mesure importante pour réduire les naissances avant l'âge de 18 ans, dont la tendance montre une augmentation parmi les jeunes générations. Deux femmes en union sur cinq (40%) utilisent une méthode de contraception moderne.

Si le taux d'alphabétisation en milieu urbain se situe à 85,3 % pour la population urbaine, il se situe à 76,4 % en milieu rural. Ces disparités existent aussi au niveau national. Comme dans le cas de l'ensemble de Madagascar, le secteur de l'agriculture reste le secteur qui occupe le plus de travailleurs dans la région. L'agriculture occupe 91,4 % de l'ensemble des travailleurs féminins et 87,6 % des travailleurs masculins. Concernant les autres secteurs, les ventes et services sont les plus importants pour les femmes. Pour les hommes, il y a une distribution équitable du reste de la population entre les secteurs du travail manuel, des ventes et des services et des cadres et techniciens. La structure de l'occupation est semblable au niveau national avec toutefois une plus forte proportion dans l'agriculture dans la région, s'expliquant par une plus forte proportion de la population vivant en milieu rural.



#### D. CULTURE ET US-COUTUMES :

Bon nombre de jeunes femmes de 15 à 24 ans entrent précocement dans les relations sexuelles et ont eu des relations sexuelles avant ses 15 ans. Soit 93% des ont eu des relations sexuelles, et seulement 31,2% n'ont jamais eu de relation chez jeunes les hommes de 15 à 24 ans. La présence active des PTF qui forment les Jeunes paires éducateur à sensibiliser leur camarade, les Agents Communautaire qui sont activent à faire la promotion de la santé et surtout les méthodes de contraception accessible aux jeunes fait qu'on tend aujourd'hui vers la vulgarisation de la santé sexuelle et des méthodes de contraception moderne. La pratique montre aujourd'hui que les jeunes au niveau des villes jouissent de cette prérogative de planning familiale que ce soit au niveau des CSB que ce soit au niveau des AC. La tendance montre aujourd'hui une hausse des effectifs et de l'accès des jeunes à l'offre de contraception. Soit une hausse de 15% au niveau du CSB II, et les 60% des clients sont des jeunes de 15 à 24 ans. La contraception favorite des jeunes femmes étant l'injection.

On note aussi chez les garçons cette précocité pour les relations sexuelles, presque 80% des jeunes hommes de 15 à 24 ans ont eu des rapports sexuelles, avant ses 15 ans 10,8% des jeunes ont eu des rapports sexuelles. Pour ce qui est du cas des garçons, quid de la contraception masculine ? L'utilisation du préservatif n'est pas un choix intéressant pour les jeunes hommes, et aucun des enquêtés n'affirment vouloir l'utilisé lors des rapports sexuels. Le rapport sexuel hors union ou mariage est de 65,4% chez les hommes alors qu'elle est de 34,5% chez les jeunes femmes. Ceci affiche un record par rapport à la moyenne nationale pour les garçons qui avoisinent les 46%.<sup>7</sup>

#### E. POLITICO-LEADERSHIP :

La place des parents dans le processus, ainsi que l'éducation des jeunes à la santé sexuelle restent à prévoir, car en effet ils ont un rôle primordiale dans l'éducation de l'enfant, de l'adolescent, s'ils ne prennent pas leur part de responsabilités, la nature a horreur du vide, la responsabilité sera comblé par d'autre personnes ou entités, mais ceci sera à la défaveur des parents. L'éducation sexuelle est une tâche qui appartient aux oncles et aux tantes. Les parents sont en difficultés, car ne disposant pas en effet les matériaux, les méthodes, et les arguments pour éduquer leur progéniture à l'éducation sexuelle.

Ce manque de contact, de communication et parfois aussi de tact des parents, notamment la plupart fait que les adolescents n'osent pas se confier à eux. Les jeunes recherchent des alliés extérieurs pour leur expliquer ce qu'est le sexe. Or les conseiller ne sont pas toujours des personnes fiables, ou des personnes qui peuvent leur informer en bonne et due forme, mais la plupart ce sont les paires, ces paires qui ne sachent pas plus qu'eux que ce que c'est la santé sexuelle et reproductive. Des aveugles qui se tiennent la main dans l'ignorance et à la fin tombe dans des difficultés pas possibles, avec des grossesses précoce, ou des avortements risqués, ou des maladies sexuellement transmissibles.

Ainsi les parents ont besoins d'être guider, appuyer et soutenu dans cette démarche, afin de les inclure dans ce processus d'éducation sexuelle des jeunes, pour qu'ils ne soient plus les bêtes noires mais partie prenante.

La mise en œuvre de cette éducation des parents à la santé sexuelle et reproductive des adolescents pour être vulgariser à l'échelle doit passer par les ondes. La masse média est un outil puissant, et un vecteur à prendre en considération pour toute quête de communication

---

<sup>7</sup> MICS 2018

pour le changement de comportement. Pour mettre en pratique, les associations de jeunes qui ont des expériences à leur actif dans la formation des jeunes seront formés ou bien renforcer en capacité pour bien acquérir le concept de l'andragogie et de la communication. Ces associations feront après le tour de rôle pour animer les émissions radiophonique qui s'adressera aux parents, qui aidera les parents à comprendre et à devenir l'allier de leurs enfants.

Mais dans d'autre contrés qui ne sera pas accessible aux ondes, les AC prendra le relais et feront office de formateur aux parents pour les initier à la santé sexuelle et reproductive des jeunes. Les astuces seront données aux parents, sur comment parler aux jeunes, comment faire pour écouter de manière très actives. La thématique abordée parlera surtout aussi de relation, de gestion de relation.

La sensibilisation des jeunes passe par le jeu, le divertissement, l'organisation de concours. Pour impacter la jeunesse d'aujourd'hui, il faut passer par l'évènementielle. Qui mieux que les scouts connaissent et maitrisent l'art de l'éducation par le jeu. Cette fois ci pour traiter le problème de grossesse précoce, une des problèmes évoqués lors du conseil national des jeunes dans la région SAVA.

Tous les jeunes sont appelés à participer à l'activité. Les partenaires techniques et financier, le ministère de la santé publique à travers sa direction régionale, toutes les parties prenantes aussi tel que les responsables territoriales et administratives, ainsi que les établissements scolaires que ce soit public ou privé. Les masses médias, radiophonique et télévisuelle, bref tout le monde.

## CONCLUSION

La région SAVA dispose déjà de quelques Centres de Santé de Base et des centres destinés spécialement aux jeunes. Cependant, ces infrastructures et ces moyens sont encore insuffisants face à l'évolution constante du nombre de la population.

D'après les analyses ci-dessus, Cette région manque d'éducation sexuelle complète (éducation des parents ...), d'informations sur la santé et sur les services adaptés aux jeunes rendent difficile l'accès des jeunes aux informations et aux services répondant à leurs besoins. Il serait donc recommandable de renforcer ce qui existe déjà dans chaque région et mettre en œuvre une nouvelle méthode de sensibilisation.

Le manque de ressources flagrantes de personnel de santé qui œuvre dans la santé sexuelle et reproductive des jeunes sont aussi parmi le problème majeur qui empêche l'accessibilité des jeunes aux services de santé. De ce fait, des étapes permettant le recrutement de nouveaux personnels compétent pour la réalisation des activités seraient primordiales.

Concernant l'équité et le genre, si le fond ainsi que le personnel existe en abondance, la qualité de service fonctionnera mieux. Mais cela n'existerais pas sans une politique adéquate à cette région. En addition avec tout cela, il faut désenclaver la région qui reste encore difficile d'accès avec le mauvais état des routes.

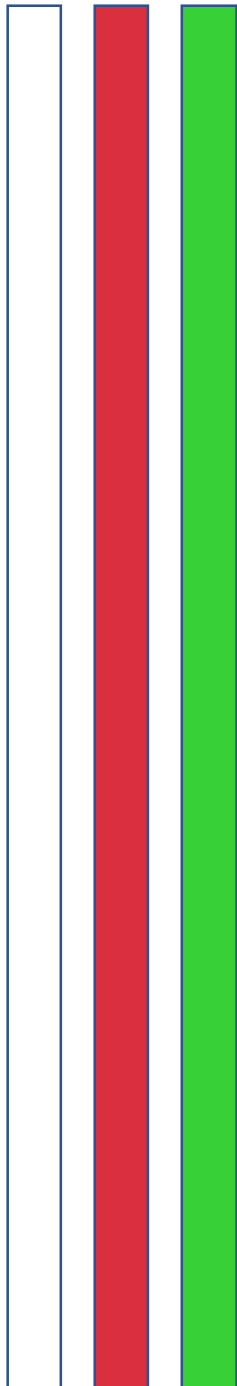
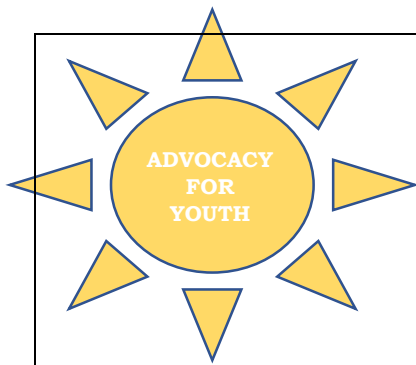
De ce fait, la région doit se procurer des ressources à la fois financières, logistiques et humaines. Cela permettra un meilleur accès des jeunes à la planification familiale.

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 200 000 000 d'Ariary ou 1 000 000 000 de Francs Malgache. Des véhicules assez robuste pour passer partout seront nécessaires pour réaliser à bon échéant chaque activité et pour assurer ainsi la mobilité des « tanks 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 :	2
C. GEOGRAPHIE :	3
D. CULTURES EN LIEN AVEC LA SANTE / SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE	
II. LES PROBLÉMATIQUES DE LA SANTÉ DES JEUNES :	4
A. ÉQUITÉ A LA SANTE POUR LES JEUNES :	4
B. FINANCEMENT DE LA SANTE DES JEUNES :	5
C. LES RESSOURCES HUMAINES EN CHARGE DE LA SANTE DES JEUNES :	6
D. LES INFRASTRUCTURES DE LA SANTE DES JEUNES :	6
E. LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES JEUNES :	7
F. LE GENRE :	7
G. CULTURE ET US-COUTUMES :	8
H. POLITICO-LEADERSHIP :	9
CONCLUSION	10
TABLE DES MATIERES	11



### **AUTEURS-REDACTEURS**

RANDRIANARISANDY Safidy Malala  
ARIMANANTSOA Luc Fehizoroniaina

### **COLLABORATEURS**

RAZAFINDRASOA Aristidia  
RAZANADRASOA Marie Juvegia  
BOUCHIRANY Winnie Greta  
RAZAFIVITRAMBELO Sabrina  
TOVO Prérueo Albert  
BERNARD Francki  
ZATSY Rabearison Ectanio  
MANJOVALA Geraldo  
MARCELLINE  
MANDIMBIARISOA Zita Antonide  
BERIVOTRA Mirca  
RASOANIRINA Marie Lycivia  
BEFANIVO Arlette  
JOELA Nirina  
RASOANIRINA Rajanamino  
RAKOTONIAINA Barilala T.

