

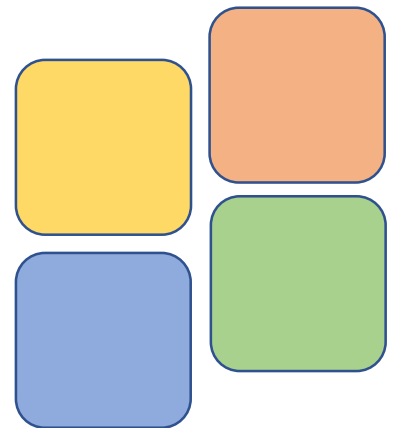


DOCUMENT REGIONAL

PLAIDOYER

VATOVAVY FITOVINANY

MARS 2021, MADAGASCAR



INTRODUCTION

Le projet ADVOCACY FOR YOUTH, 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 labours 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:	5
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 :	7
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 :	11
7.	Culture et us-coutumes :	14
8.	Politico-leadership :	15
III.	CONCLUSION :	19

I. GENERALITE SUR LA REGION :

1. DEMOGRAPHIE :

Selon RGPH3 en 2018, la population de Vatovavy fitovinany compte 1 435 882 habitants dont 96 hommes pour 100 femmes, soit 5,6% de la population totale à Madagascar.

La densité de la population est estimée à 69,5 habitants au km².

A mentionner que environ 49 100 de jeunes âgés de 10 à 20 ans vivent en milieu urbain si 330 302 vivent en rural soit une totalité de 379 402.

2. HISTORIQUE DE LA REGION :

L'espace de Vatovavy Fitovinany est habité par différents groupes ethniques, mais deux (2) origines différentes peuvent se partager : les Antambahoaka et les Antemoro, groupes dominants, les Antanala et les Betsimisaraka les restes.

Le tranobe, une maison traditionnelle construite en falafa ou en bambou, accueille toutes les cérémonies traditionnelles, événements ou réunions présidées par l'Ampanjaka et assistées par les notables. La particularité de tranobe dans une société Antemoro c'est la présence d'une chevelure noire à l'intérieur pour le distinguer aux autres maisons ordinaires. Par contre, dans un pays Antañala, deux bâtons de bois en forme de «V» se trouvent fixés aux deux extrémités du faitier symbole qui la distingue des autres maisons ordinaires. Les habitants de tranobe est fortement attaché aux sandrana et aux fady au niveau social, soit individuel, familial, ou même ethnique.

À part les institutions étatiques, les Ampanjaka constituaient les principales institutions au sein de la commune depuis des années. Ils sont autorités traditionnelles du village, dictées toutes les lois coutumières, décideurs, ...

Dans tout le royaume Antemoro, l'Ampanjaka d'Ivato siège à Vohipeno où le roi des Antemoro a toujours le dernier mot concernant la prise des décisions à l'échelle nationale.

Au bas de l'échelle se trouvent les Ampanjaka des sept embouchures (fitovinany) où les décisions sont prises au niveau régional ou au niveau des villages où sillonnent les rivières des dites embouchures.

Dans les deux sociétés, la polygamie fait partie de la tradition dont des chefs de ménage ont plus d'une femme dans le village. Tous cela convient du mot Vatovavy Fitovinany.

3. GEOGRAPHIE :

La Région Vatovavy Fitovinany est située sur la côte Sud Est de Madagascar. Faisant partie de la Province de Fianarantsoa avec les régions de Amoron'i Mania, Atsimo Atsinanana, Haute Matsiatra et Ihorombe. La superficie de La région est de 20 875 km².

Elle a pour Chef-lieu la ville de Manakara qui se situe à 250 km Environ de Fianarantsoa (Chef-lieu de Province) et 580 km Environ d'Antananarivo (La Capitale). Elle est délimitée par la Région de Atsinanana au Nord, d'Amoron'i

Mania et Haute Matsiatra à l'Ouest, par Atsimo Atsinanana au Sud et l'Océan Indien à l'Est.

En 2007, suivant l'enquête menée par le FID, elle abritait un peu moins de deux millions d'âmes, répartis sur 6 districts qui sont : Ifanadiana, Ikongo, Mananjary, Manakara, Nosy Varika, Vohipeno

Les 2/3 de la surface régionale sont des savanes ou pseudo steppes pour 14 800 km² de côtières dont 9 500 km² de savanes avec des éléments ligneux.

Les couverts végétaux y occupent également une place importante composés de forêts denses humides sempervirentes de 4 500 km².

On peut noter également la présence de réserves naturelles telle Ranomafana de 45000 hectares.

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

Madagascar s'est toujours milité pour le droit de l'homme, y compris le droit à la santé : « ...La jeunesse, les femmes et les filles constituent le pivot de toutes nos politiques publiques et nos actions pour le développement...La santé est la première garante de la productivité de la population » (Président de la République de Madagascar à la 71 Assemblée Générale des Nations Unies en Septembre 2016).

Ceci, depuis des années, à travers ces engagements au niveau national qu'international en ratifiant des chartes et des conventions, qu'à la promulgation des lois, à titre d'exemple :

La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1968, stipulant que les couple sont le droit fondamental de décider librement et en toute responsabilité du nombre d'enfants voulu et du moment de leur naissance ;

La Convention pour l'Élimination de toutes les formes de Discriminations à l'Égard des Femmes (CEDEF) de 1979 ;

La Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples de 1981, incluant le droit à l'accès aux services de la Santé de la Reproduction et le devoir à la Planification Familial

Et aujourd'hui, dans le contexte du présent même, en tenant son engagement en termes de droit à la santé, celle de la santé reproductive reste encore préoccupantes et ceci s'affiche dans plusieurs domaines y afférent.

II. LES PROBLÉMATIQUES DE LA SANTÉ DES JEUNES :

1. ÉQUITE A LA SANTE POUR LES JEUNES :

Il est bien de connaître la distinction de l'équité à l'égalité parce que ces deux mots sont souvent confus.

L'égalité c'est l'état des choses ou des personnes qui sont égales, équivalentes, unies, régulières, mêmes. En principe, tous les citoyens sont égaux devant la loi et sont même droits.

L'équité c'est la réalisation suprême de la justice ou bien l'impartialité, allant parfois au-delà de ce que prescrit par la loi. L'équité prend à deux formes : soit de faire prévaloir l'égalité dans les rapports d'échanges, soit à écarter ou à assouplir la règle applicable à l'espèce. Ce dernier cas est la plus praticable. Par exemple : refus de condamner une mère qui a volé du pain pour nourrir ses enfants.

Ici, on va élucider alors l'équité. Dans le domaine de la santé sexuelle reproductive des jeunes, il est encore difficile la trace d'équité dans les services fournis aux jeunes. De ce fait, les jeunes sont réticents d'aller au centre de santé parce qu'ils pensent que jeunes en plein de force et de santé, confiance de soi. Alors, les adultes sont jouis plus de services de santé que les jeunes.

Par la suite, les services spécifiques pour les jeunes ne sont pas encore disponibles dans le milieu résidant des jeunes, c'est-à-dire le centre ami des jeunes et d'autres services pour les jeunes.

Puis, pour Madagascar, la plupart de la population malagasy c'est des jeunes avec 65% de la population malagasy est représentée par les jeunes dont 32,7% constitue des jeunes filles moins de 25 ans.

Source : UNICEF Madagascar

En tant que jeunes, beaucoup d'entre eux n'ont pas encore eu des travaux décents ou des revenus bruts. Alors, ce n'est pas important pour eux de consommer des méthodes contraceptives modernes faute de pouvoir d'achat. Et, la question de santé sexuelle reproductive peut être comme tabou dans la famille, alors, il n'ose pas de demander à leurs parents sur la prise en charge en planification familiale.

La question de distance de trajet reste encore comme problème rattaché à l'équité parce que le centre de santé travaillant sur les services de santé des jeunes est très loin de leur domicile. Presque à 70% de la population malagasy sont sise dans le milieu rural, alors, les zones de résidences peuvent être enclavées. C'est difficile à accéder le PF pour les jeunes ruraux.

Mais, la santé de la reproduction repose implicitement sur les droits des hommes et des femmes à être informés et à accéder à des méthodes de Planification Familiale (PF) sûres, efficaces, abordables et acceptables qu'ils auront choisies eux-mêmes, ainsi qu'à d'autres méthodes de leur choix de régulation de la fécondité qui soient conformes à la législation. Elle se fonde également sur le droit à l'accès à des services de soins de santé appropriés qui garantiront aux femmes une grossesse et un accouchement sûrs, et qui offriront aux couples une meilleure chance d'avoir un enfant en bonne santé. (Source : OMS)

2. FINANCEMENT DE LA SANTE DES JEUNES :

Presque les projets de développement à Madagascar sont financés par les bailleurs étrangers notamment des organisations internationales publiques ou privées. En 2010, 42% de financement sur la santé viennent de Partenaire Technique Financière (PTF). Source : MINSANP, Comptes Nationaux de Santé 2003, 2007, 2010.

Pour ce cas, la majorité des entités malagasy ne prévoit pas encore de projet autofinancé. Alors, on n'a pas de disposition sur la réalisation des activités sans financement de reste du monde.

Pour la santé en général, suivant le financement de PTF sur la santé, les ménages doivent financer à partir leurs capitaux propres ou leurs rentabilités internes avec 40% de financement sur la santé viennent des ménages. Source : MINSANP, Comptes Nationaux de Santé 2003, 2007, 2010.

Le financement de la santé vient de l'Etat est seulement à 14% en 2010. Par la suite, le budget alloué à la santé stagne environ 7,5% de budget de l'Etat.

Pour la situation des jeunes à Madagascar, la population jeune a une majorité d'effectif à Madagascar. Le financement des jeunes sur la santé met comme problème parce qu'ils ne peuvent pas jouir de santé satisfaisante faute de pouvoir d'achat. Seulement 3,12% de la population active âgée de 15 à 24 ans en 2019. OIT, ILOSTAT.

Pour cette période de COVID-19, UNFPA a porté d'aides à la population malagasy en général, aux femmes et aux jeunes pour la distribution d'équipement de protection individuelle, la conception et la diffusion des supports de communication et de sensibilisation.

Pour les jeunes en particulier, UNFPA a appuyé la formation et l'installation de centres de jeunesse, en collaboration avec les ONG et les organisations gouvernementales surtout le ministère de la santé publique visant à assurer un service accessible et kits de santé sexuelle et reproductive des jeunes et des femmes ainsi que l'aménagement des salles d'isolement pour les femmes enceintes atteintes du covid-19.

En terme de planification familiale, l'utilisateur de PF a une baisse cotation à cause de l'arrivée de covid-19 qui entraîne la concentration de service de traitement à la pandémie et la rupture de stocks de médicaments y compris considérablement les intrants PF. Alors, UNFPA a renforcé l'amélioration de ce service, l'approvisionnement des produits PF et le déploiement des cliniques mobiles pour répondre aux besoins de service en santé sexuelle reproductive et planification familiale dans des quartiers enclavés de région-Sud de Madagascar.

Source : Rapport annuel UNFPA 2020

Pour le cas de la région Vatovavy Fitovinany sur le financement de santé, il y a mise en œuvre d'une campagne de Distribution de Masse de Madagascar (DMM) au niveau de trois districts : Manakara, Mananjary et Vohipeno, depuis 2005 pour la lutte contre la filariose lymphatique.

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

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

3. [LES RESSOURCES HUMAINES EN CHARGE DE LA SANTE DES JEUNES :](#)

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

Il n'est pas nécessaire s'il y a des centres de santé dans chaque quartier sans personnel de santé. Ainsi, la qualité de service de soin dépend incidemment la manière de travail des ressources humaines.

Alors, il est bien d'élucider la côté des ressources humaines en charge de la santé en général surtout la santé des jeunes dans ce document. Dans quelques zones supposées enclavés ou non dans des régions à Madagascar, il y a infrastructures de centres de soins mais les matériels et les personnels sont restés au côté.

Pour ce cas, la continuité de financement est faible et le budget sanitaire ne remonte pas encore selon l'augmentation des besoins. Cela reste comme cimetièrre de projet. Pourquoi nous parlons de financement et budget dans ce sujet ? Parce qu'il est bien de connaître que ce financement et ce budget ne peut pas assurer l'approvisionnement des matériels de santé nécessaire.

Ainsi, la condition de travail, les salaires et les indemnités des personnels à recruter doivent varier selon leur compétence et leur travail à réaliser. Le besoins de tous ceux-ci doit être régulier et permanent, mais le moyen financier, le pilier de la réalisation des besoins, est insuffisant.

Durant la situation covid-19 à Madagascar, le ministère de la santé publique en partenariat de l'UNFPA a recruté des sages-femmes pour effectuer les services en termes de santé reproductive et planification familiale dans les régions le plus touchées de la pandémie.

4. LES INFRASTRUCTURES DE LA SANTE DES JEUNES :

Les formations sanitaires publiques et privées doivent être construites et équipées selon les normes et les standards internationaux en fonction des plateaux techniques ainsi que les normes anticycloniques. Actuellement, les CSB publics à Madagascar sont au nombre de 2563 dont 956 CSB1 et 16 32 CSB2. Les hôpitaux de première référence sont au nombre de 87 dont 31 avec chirurgie ; et les hôpitaux de 2ème référence : 16 CHRR et 22 (CHU). Les forces armées contribuent également à la fourniture de services de soins, à travers deux centres hospitaliers et les dispensaires militaires.

Les formations sanitaires privées sont au nombre de 680 centres de santé et 95 CHRD. Elles se chargent elles - mêmes de l'acquisition en équipements et matériels médicaux nécessaires. Mais par faute de moyen s financier s, leurs plateaux techniques sont limités.

Concernant les formations sanitaires publiques, les normes officielles ne sont pas encore établies. Néanmoins, seulement 30% des CSB sont construites selon les plans types définis par le MSANP. Par ailleurs, 360 CSB sont en matériaux locaux. En ce qui concerne les commodités essentielles (voir glossaire en annexe), l'enquête sur l'offre de services au niveau de 15 régions, réalisée en 2014 montre qu'aucun CHRR/CHRD et seuls 25% des CSB, 33% des CHU ont tous les éléments essentiels. Tous les CHU ont une salle de consultation privée, contre seulement 79% des hôpitaux de référence et 84% des CSB. Presque tous les hôpitaux (100% des CHU, 93% des CHRR/CHRD) ont une source d'électricité et seuls 44% des CSB en ont. Une source d'eau existe dans tous les CHU, dans 93% des CHRR/ CHRD et dans 81% des CSB.

La moyenne des éléments indispensables (score moyen) concernant l'infrastructure, les commodités et le confort est de 76% au niveau des CSB, il est de 62% au niveau des CHRR/ CHRD et de 89% au niveau des CHU. Une autre façon de l'exprimer est que sur les 4 éléments essentiels, en moyenne seuls trois existent au niveau des CSB, cinq sur neuf au niveau des CHRR/ CHRD et huit sur neuf au niveau des CHU.

Des réalisations ont été effectuées au cours des dernières années: 81 hôpitaux de référence et 374 CSB réhabilités ; sept nouveaux hôpitaux construits et équipés.

Néanmoins, les problèmes prioritaires sont exposés ci - après:
- les infrastructures publiques et les plateaux techniques ne sont pas aux normes due à l'insuffisance du budget national alloué à la réhabilitation/construction des formations sanitaires, ainsi qu'à l'absence

ou l'insuffisance des matériels et des équipements répondant aux besoins des formations sanitaires ;

- L'absence du plan prévisionnel pluriannuel des infrastructures et des équipements rendant difficile la répartition de l'implantation des formations sanitaires;

- La non fonctionnalité du logiciel de la Banque de Données des Ressources au niveau du service chargé des statistiques sanitaires;

- L'inadéquation des besoins et des dotations en équipements des formations sanitaires due à la mauvaise harmonisation des dotations par certains programmes ainsi qu'à la faible allocation budgétaire pour l'acquisition des matériels, équipements;

USAID/MCSP, Etat des offres de service en santé maternelle, néonatale et en planification familiale des formations sanitaires de 15 régions, 2014.

WHO, SARA - référence manual, Le score d'un domaine correspond à la moyenne des éléments traceurs disponibles pour le domaine, 2013.

- L'entité Responsable De Suivi Et Contrôle Des Bâtiments Administratifs (Construction, Réhabilitation, Entretien Des Bâtiments) N'est Pas Bien Déterminé Au Sein Du Ministère Par Manque Des Termes De Référence Clairs;

- L'absence Des Textes Juridiques Régissant La Réglementation De La Couverture Sanitaire Ne Permet Pas D'assurer La Complémentarité Entre le Système Public et le Système Privé Rendant Les Secteurs Privés Non Complémentaires et Non Synergiques Avec le Système De Santé Public ;

- L'absence De Politique D'entretien Des Bâtiments Et De Maintenance Des Matériels Et Equipements Assortie Des financements adéquats : les amortissements ne sont pas mis en place et les remplacements ne sont pas planifiée.

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

Nous avons évoqué dans la partie de financement et ressources humaines en charge de la santé des jeunes que tous ceux-ci sont interdépendants et se figure comme cercle vicieux. C'est-à-dire que la qualité de la prise en charge dépend l'accomplissement des ressources humaines de leur responsabilité mais elles ne peuvent pas prendre sa responsabilité ou satisfaire les consommateurs si la motivation n'est pas considérée et la promotion de cette motivation est assujetti vraiment au moyen financier préservée tels que les conditions de travail, matériels de travail, zone d'intervention, ...

Pour la prise en charge des jeunes, il est bien de mentionner que le service de la prise en charge de la santé des jeunes doit être spécial pour mieux qualifier cette prise en charge, du coup, nous parlons fréquemment que la population malagasy est majoritairement jeune. Alors, les jeunes doivent avoir une considération dans tous les domaines surtout dans le domaine de la santé parce l'adage malagasy a déjà parlé depuis que « **Ny fahasalamana no voalohan-karena** », cela veut dire que la santé est prioritaire avant tout ;

par la suite, il a mis au sommet la qualité de la prise en charge des malades ou bien de ceux qui a besoins de service sanitaire : « **Izay marary andrianina.** »

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 (Source : Normes et procédures en SR)

La qualité déficiente des services pf des centres de santé de base publics contribue aussi à compliquer l'accès à la contraception des jeunes.

D'où, on ne peut pas dire que la prise en charge des jeunes en terme de santé a de qualité s'il y un ou plusieurs éléments qui ne fonctionnent pas dedans notamment le financement de santé des jeunes ou le budget alloué à la santé des jeunes, infrastructure tel que centres amis des jeunes et produits contraceptifs, ressources humaines qualifiées en terme de santé sexuelle reproductive et la compréhension de l'équité.

6. LE GENRE :

Le mot "genre" sert à évoquer les rôles qui sont déterminés socialement, les comportements, les activités et les attributs qu'une société considère comme appropriés pour les hommes et les femmes.

Genre et Sexe (Tableau 2)

Sexe	Genre
<ul style="list-style-type: none"> • Déterminé biologiquement / Aspect biologique • Physique • Selon les chromosomes • Selon Organe génital • Ne peut pas être changé • Permet d'identifier la différence entre l'homme et la femme 	<ul style="list-style-type: none"> • Construction sociale • Société • Culture • Religion • Ecole, institutions • Est évolutif et modifiable • Permet d'identifier les relations entre les hommes et les femmes

Conscience du genre et aveuglette du genre (tableau 3)

Conscience du genre

Aveuglette du genre

- **La conscience de genre se produit entre 18 mois et 3 ans. Durant cette étape, l'enfant comprend que le genre se divise en deux catégories : masculine et féminine. Cette prise de conscience se fait sur le plan individuel, car l'enfant considère qu'il appartient à l'une ou l'autre des catégories.**

- **La stabilité de genre se réalise entre 3 et 5 ans. L'enfant comprend que le genre d'une personne est lié au sexe anatomique et que c'est une réalité permanente. Toutefois, cette compréhension peut être compromise par les limites cognitives propres à cette tranche d'âge.**

- **Finalement, la constance ou consolidation du genre survient vers l'âge de 4 à 7 ans. Durant cette étape, l'enfant sait que le genre ne change pas malgré des changements externes comme les vêtements ou la longueur des cheveux.**

Une personne ignorant le genre (ou unisexe) est quelqu'un qui n'adhère pas à la distinction selon le genre. Les personnes ignorant le genre ne sont généralement pas [sexistes](#) dans une société où les entreprises portent de l'importance au [sexe](#) des employés et des consommateurs. Ceux qui s'identifient comme [pansexuel](#) peuvent également se définir comme « ignorant du genre ».

Unisexe est un terme plus ancien, et un abus de langage qui signifie « un seul sexe ». Il ne doit pas être confondu avec la [bisexualité](#). L'ignorance du genre va cependant contre la plupart des principes de l'[hétéronormativité](#) en ne portant pas d'importance au genre du tout.

Approche exploitante de genre dans la région :

ACCÈS À L'ÉDUCATION

Une bonne partie des femmes de la ville de Manakara un niveau d'éducation peu élevé. Plus de 60 % d'entre elles arrêtent leurs études en classe de CM2. Cette situation concerne surtout les femmes des quartiers pauvres et constitue un frein à leur développement. Ce phénomène est toujours lié à la culture locale qui considère que les femmes n'ont pas besoin d'une éducation poussée, car leurs attributions devraient se limiter aux tâches ménagères. Par ailleurs, il est important de mentionner que le taux de scolarisation dans la ville est en baisse depuis quelques années. La cause

principale est la crise économique qui frappe les ménages, associée au changement de procédures de scolarisation. En effet, l'accès aux écoles primaires publiques n'est désormais plus gratuit et les parents se retrouvent dans l'impossibilité de payer les frais de scolarité. (Manakara Profile Urbaine Madagasikara)

ACCÈS À LA TERRE

Selon la culture locale, la femme n'a pas droit à l'héritage foncier de ses parents. Cela représente un sérieux blocage pour l'accès au foncier des femmes. En effet, il ne leur reste pas d'autres alternatives que d'utiliser la voie transactionnelle, qui n'est soumise à aucune contrainte selon la loi. Mais la plupart du temps, à cause de leur faible capacité financière, cela n'est pas possible. Il est à noter que la loi malgache sur le mariage met le couple sur le même pied d'égalité. Les biens mobiliers ou immobiliers acquis durant le mariage sont partagés d'une manière égale entre les partenaires en cas de séparation. (Manakara Profile Urbaine Madagasikara)

PERSONNES HANDICAPÉES

Les personnes handicapées de la ville se regroupent dans des associations qui ont des objectifs à la fois économiques et sociaux. Leur frustration a été exprimée durant la consultation, compte tenu du manque d'intérêt des autorités à leur égard.

Approche transformative de genre dans la région :

En tant que capitale régionale, Manakara abrite les services déconcentrés de la population, de la jeunesse et de la santé. Ils sont en charge de l'application des lois qui protègent les femmes, les jeunes, les personnes handicapées et les malades du VIH/SIDA. Malgré l'existence d'un cadre institutionnel clair, la prise en considération de ces réglementations par les services publics n'en est qu'à un stade embryonnaire. Le manque de données en matière d'équité des sexes constitue une grande lacune pour le développement du concept. On note que la municipalité ne dispose pas d'une unité chargée de la gestion des bases de données.

MEILLEURES PRATIQUES

Les femmes montrent leur volonté de prendre part au développement local. Elles se regroupent au sein d'associations qui commencent à prendre de l'ampleur à Manakara. Elles cherchent notamment à développer le commerce de produits locaux (artisanat, vannerie, etc.) à travers la collaboration avec d'autres associations du pays.

Approche accommodative de genre dans la région :

Créer une coopérative pour le développement des activités des femmes (commerce, etc.) ;

- Faciliter l'accès des femmes au microcrédit ;
- Promouvoir la formation et l'éducation des femmes ;

- Promouvoir la responsabilité partagée de la communauté de base et des acteurs ou parties prenantes de respecter les droits des femmes et des personnes handicapées ;
- Développer des mécanismes de réinsertion sociale et professionnelle, au profit des groupes cibles vulnérables (femmes, jeunes, etc.) ;
- Identifier et développer des formations professionnelles rapides pour atténuer le taux de chômage et aider à la reconversion ;
- Mettre en place des infrastructures pour faciliter le déplacement des handicapés.

7. CULTURE ET US-COUTUMES :

Dans un contexte de diversité ethnique, et de croyances traditionnelles, les facteurs culturels constituent un déterminant crucial de la Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes. Selon les données disponibles, 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.

Les obstacles à l'accès à la contraception pour les adolescents et les jeunes

❖ **CAUSE :**

Les barrières socio-culturelles :

- **Stigma, tabou et croyance ou les dangers perçus de la contraception**

Les représentants sociaux des contraceptifs véhiculés au sein des communautés sont un frein important pour l'accès à la contraception pour les jeunes. **Selon l'ESOMD 2012-2013** a montré que la crainte des effets indésirables des méthodes contraceptives était une raison importante invoquées par les femmes ne pratiquant pas la contraception.

- **Influence des normes religieuses**
- **Parents défavorables à la pf**

Du fait des normes et tabous liés à la sexualité et les représentations sociales de la pf, la majorité de parents sont défavorables à l'accès à l'information et à la contraception pour leurs filles célibataires. Ils préconisent l'abstinence avant le mariage et considèrent que donner accès à l'information sur la planification familiale ou donner accès aux méthodes contraceptives est une incitation à la sexualité active des jeunes.

A travers l'interview de Mr Tsimiheky, Olobe du village, du 09/02/21 expliquant les causes liées à l'accès à la contraception à Manakara, telles que :

- La peur sur les effets de la pf (fertilité)
- L'évolution technologique incitant les jeunes aux relations sexuelles or l'insuffisance de la sensibilisation sur les méthodes contraceptives
- La distanciation de centre de santé par rapport à l'habitation qu'ils préfèrent les « Mpitsabo gasy » parce qu'ils sont près d'eux dans le

village surtout en milieu rural, d'ailleurs les acteurs sur la santé en manque dans ces zones

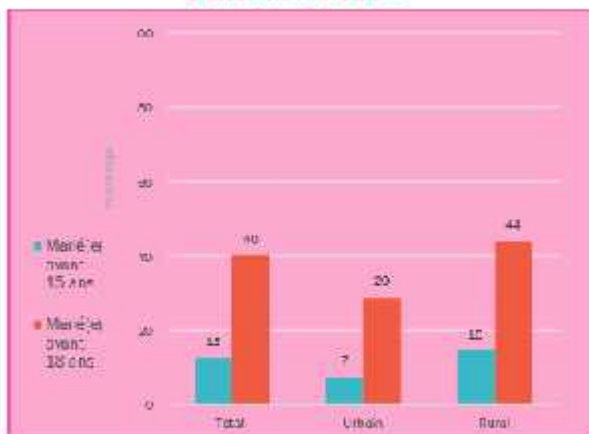
- La pratique religieuse : le foko Antemoro est une ethnie très attaché à la tradition, parler de la sexualité est tabou, à part, la croyance que « harena ny zanaka » « miteraha, dia mameno ny tany, tsy misy Zanahary tsy hampiteraka izany », qu'il est difficile de convaincre la plupart de la population à utiliser les méthodes contraceptives

❖ **Message de plaidoyer de Tsimiheky** : Mettre en place une loi ou politique délimitant le nombre des enfants à 2 ou 3 par famille, comme celle aux pays développés.

❖ **Selon RANDRIANTSOSO Roger**, un des AC au sein de fkt Masiaka Akobo Manakara, informe que la croyance liée à la planification familiale est l'un des barrières à l'accès, « la plupart pense que la pf provoque un risque de stérilité chez les femmes », ceci nécessite de la sensibilisation et d'information vis-à-vis des utilisateurs.

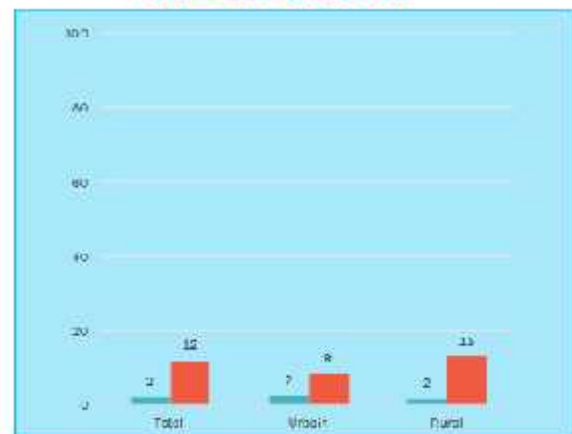
● **Mariage des enfants : ODD 5.3.1**

CHEZ LES FILLES



Pourcentage de femmes âgées de 20 à 24 ans qui ont été mariées ou en union avant l'âge de 15 ans et avant l'âge de 18 ans, par milieu de résidence

CHEZ LES GARÇONS



Pourcentage d'hommes âgés de 20 à 24 ans qui ont été mariés ou en union avant l'âge de 15 ans et avant l'âge de 18 ans, par milieu de résidence

MICS6 Madagascar-2018

8. POLITICO-LEADERSHIP :

La note attribuée à Madagascar sur la transparence, redevabilité dans le secteur public est faible, à savoir 3,3 (note sur une échelle de 1 à 6) pour 16 indicateurs de 4 axes : gestion économique, politique structurelle, politique d'inclusion sociale et d'équité, gestion et institution du secteur public.

En ce qui concerne la gestion et institution du secteur public, nous avons une note moyenne de 2,8 et assez faible sur la transparence, redevabilité et corruption d'une note de 2,7 et 2,8 en termes de règles de gouvernance.

- **En termes de leadership**

- La faible capacité de leadership des cadres à tous les niveaux ;
- L'absence de mécanisme de suivi et d'évaluation de l'effectivité de toutes les activités mentionnées dans les plans de travail annuel ;
- L'absence de documents cadres en vigueur au niveau du secteur (pns, pdss et cdmt);
- L'absence de coordination et d'intégration des systèmes de soins au niveau des districts et des communes ;
- Le faible alignement des partenaires sur les priorités du ministère

- **En termes de gouvernance**

En termes de gouvernance, le mauvais fonctionnement du Ministère est la conséquence de la faible capacité gestionnaire des responsables à tous les niveaux et de l'insuffisance de financement du secteur

- L'insuffisance de supervision et de partage d'information entre le niveau central et périphérique entraînant l'isolement et le manque d'orientation et/ou de soutien des structures périphériques;
- La mauvaise gestion et tendance à la corruption du fait de non institutionnalisation des audits externes et internes et des mécanismes anticorruption sur le système budgétaire y compris le FANOME, et sur le système de passation des marchés publics
- La centralisation du secteur;
- Le manque d'inter-sectorialité et de démarche intégrée du développement du secteur;
- L'insuffisance de sens de responsabilité et de redevabilité de la part des responsables et des acteurs à tous les niveaux

Les causes profondes des problèmes de financement du secteur santé concernent:

- L'inexistence de stratégie globale de financement du secteur de la santé;
- La dépendance du secteur santé aux financements extérieurs;
- L'absence d'un système approprié de prépaiement des soins permettant d'assurer une plus large couverture financière de la population,
- Le non recours aux mécanismes permettant d'accroître les ressources financières auxquelles peuvent accéder les pays africains à faible revenu et améliorer l'impact de l'aide extérieure (ex ihp+, hha);
- La faible régularisation des fonds sur les financements externes, pip (siigfp) et faible maîtrise de suivi, de gestion et de redevabilité.

Le principe de la redevabilité sociale s'applique tout d'abord aux relations entre élus et citoyens

Faibles échanges entre les dirigeants politiques et les citoyens, et performances mitigées des acteurs politiques nationaux et local

A travers le résultat de l'enquête mesurant le contexte sur le principe de redevabilité mis en œuvre par afrobaromètre en mars 2014, avec un échantillon de malgache formé de 1200 individus d'au moins 18 ans répartis à travers les 22 régions du pays, et distribués, d'une part, entre 50% de femmes et 50% d'hommes et, d'autre part, entre 25% d'urbains et 75% de ruraux pour une moyenne d'âge de 38 ans. Concernant le niveau d'instruction, 48% des enquêtés sont des non-scolarisés, 47% ont le niveau primaire, 5% le niveau secondaire et 2% ont au moins un niveau universitaire

Figure 1 : Contacts des citoyens avec les dirigeants politiques



Figure 2 : Capacité d'écoute acteurs politiques nationales et locales

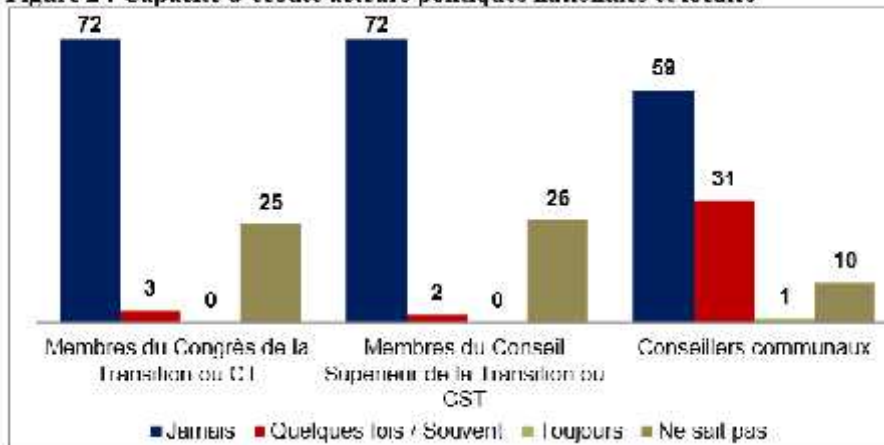
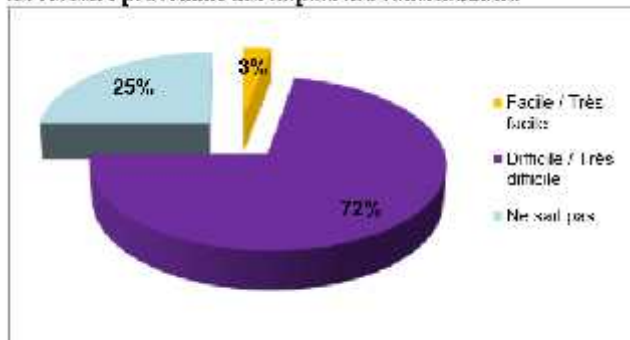


Figure 13 : Accessibilité des renseignements sur la manière dont le Gouvernement utilise les recettes provenant des impôts des contribuables



Selon votre expérience, à quel point est-il facile ou difficile de se renseigner sur la manière dont le Gouvernement utilise les recettes provenant des impôts des contribuables?

❖ **DEMANDE :**

Si l'on considérant ses faiblesses en termes de principe de redevabilité, les objectifs se fondent autour de trois piliers, à savoir :

La pratique de gouvernance, transparence et responsable, au niveau des décideurs, ce qui :

- Dépend énormément de la volonté politique, la société civile,

Une société civile qui sait se faire entendre pour demander des comptes aux décideurs, entre autre :

- Elle peut se servir d'initiatives locales sur la redevabilité et la lutte contre la corruption pour ne pas seulement se faire entendre, mais pour ensuite d'engager le dialogue avec les autorités et la population,

Enfin, une plus grande participation citoyenne dans la vie publique, même la politique et dans la lutte contre la corruption, et ceci à travers

- La sensibilisation de la population sur ses droits mais aussi sur les intérêts en participants plus au processus politique et la vie publique du pays, afin qu'il y ait participation de tous dans la prise de décision.

III. CONCLUSION :

A travers ce document de plaidoyer, nous permettant d'analyser la situation pour une meilleure prise en compte des problèmes de santé et de développement des adolescents et des jeunes, spécifiquement en matière de droit l'accès à la contraception. Des efforts ont été déployés depuis ces années selon diverses interventions s'alignant à tous les niveaux, mais des longs chemins sont encore à parcourir et ceci se référant aux différents paramètres.

Selon 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, à savoir :

- De l'amélioration de l'offre de services et de soins intégrés de qualité à tous les niveaux :

Renforcement de capacité des personnels, et recrutement des personnels spécialisés dans le domaine

Consultation et évaluation périodique des prestations,

- La stimulation de la demande pour une meilleure utilisation des services de santé à tous les niveaux :

Adoption des stratégies d'information et sensibilisation sur la loi et application PF :

De former des synergies des acteurs solidaires, engagés en matière de SSRAJ et d'œuvrer sur des actions de campagne d'information et de sensibilisation approche jeune adapté au niveau des sites d'interventions, tant au sein des zones urbaines que les plus isolés,

- Renforcement de l'organisation et de la gestion du système de santé

Diversifier les sources de financement dans le secteur santé

- La promotion des comportements sains et protection de la santé

Introduction de l'éducation santé sexuelle reproductive dans le programme scolaire dès leur plus jeune âge.

LISTE DES DOCUMENTS CONSULTÉS

Population

- MICS6 Madagascar-2018- Health-fertility
- Rapport Prelim 2019 vers final
- Madagascar 2018 MICS Statistical Snapsh
- ATLAS DE VULNERABILITE SECTORIEL
- INSTAT Ensomd obj 2012- 2013
- l'Enquête Nationale sur le Suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement (ENSOMD) 2012-2013
- Recensement Général de la Population et de L'Habitat (RGPH 93).
- RGPH3 2018 (DRP)

Santé

- Planning familial 200617(projet d'appui à la santé Maternelle et infantile « PASMI »)
- PDSS 2015-2019 (Ministère de la santé publique)
- UNDP-PolicyBrief-LEA-Madagascar
- Sexuel-Education Madagascar Adolescents
- HR-PUB-14-2 FR
- Rapport Annuel UNFPA MDG OI 2015
- Shr post 2015 report fr web (IFPP)
- MadagascarReport2 FR (UNFPA)

Stratégique

- PANB Madagascar 2016-2020 (MINSANP)
- Plan d'action de Maputo 2016-2030: Pour l'opérationnalisation du cadre stratégique continental pour la santé sexuelle et les droits liés à la reproduction
- Afrobrifno141
- PSN SRAJ MDG
- La feuille de route pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale en Afrique (CARMMA)
- MSANP, Comptes Nationaux de Santé 2003, 2007, 2010
- Programme d'Appui aux Services Sociaux de Base / Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (PASSOBA/UNICEF)
- (MSANP, Service des Statistique Sanitaires, Rapport d'activités, 2015).
- MSANP, Direction des Ressources Humaines (DRH) , 2013)

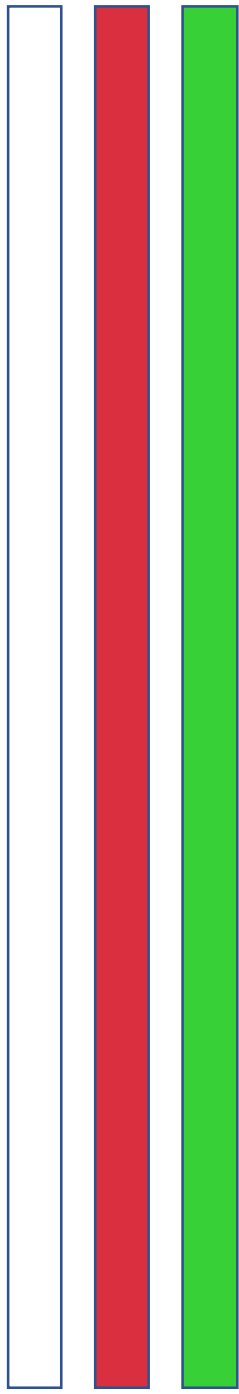
Site web

- carolinehuens.wordpress.com/2016/08/05/articles-a-etudier-au-sujet-du-sexe-et-du-genre-petites-images-animees-ou-non/slide_8/
- https://www.oxfammagasinsdumonde.be/blog/article_dossier/travaillons-ensemble-a-legalite-hommes-femmes/#.YBz8gnlRWUk
- <http://developpement.ccdmd.qc.ca/fiche/identite-de-genre>

- https://fr.wikipedia.org/wiki/Ignorance_du_genre
- Présidence de la République de Madagascar
- Afrobarometre, mars 2014
- U.S Embassy Antananrivo, 24 janvier 2018, extrait de l’allocution de SEM Robert T. Yamate)
- World atlas 2015
- « SaryTany- SOMEAH- Dec 2012
- OMS

Journal

- Express de madagascar, 28/09/20)
- Les Nouvelles, 28/09/20)
- Evaluation CPIA (rapport d’évaluation des politiques et des institutions en Afrique 2019 qui porte sur 39 pays, y compris Madagascar. Source : Tribune Madagascar, 14 aout 2020



DIRECTEUR DE PUBLICATION

Hosea N.L RAKOTOARIMANANA

AUTEURS-REDACTEURS

RAHARIMISAMANANA Avisoa Mihanitra
Andrianina
HANTAMALALA Ravonomena Ismaël
RANOMENJANAHARY Avotiana

COLLABORATEURS

ANJARATIANA Ginah Albertine
RAZAFIARIMANANA Lisa Bénédicte
JAVEL Nicolas Jean Frédéric
RAZAFINTSIAHINA Rosia Catherine
BOTOSAHOLY Andréas Arah
RAFANOMEZAMARO Erijah Pascal
Louis Bruno Rasolofo
FANTSA Medinoh florido
Marie Nirina Josiane
RASOANIRINANDRASANA Nandrianina Hery
Zo
RAZANATSARA Marie Sylvana
RASOANANDRASANA Njara Tiavina
NOMENJANAHARY Claude Eric
BOTOSAHOLY Adelin Arnaud
RASOA haja Eldine.

