



DOCUMENT REGIONAL

PLAIDOYER

IHOROMBE

MARS 2021, MADAGASCAR

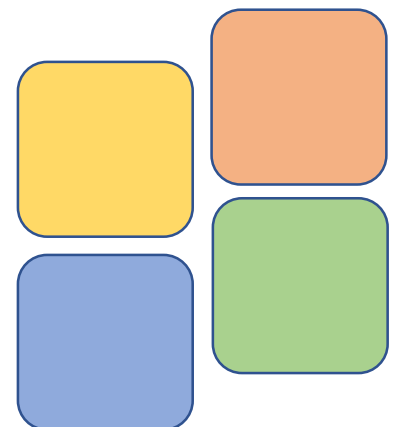


TABLE DE MATIERES:

TABLE DE MATIERES:.....	I-2
I. Généralité sur la région :	4
1. Démographie :	4
2. Historique de la région :.....	4
3 Géographie :	5
4 .Cultures en lien avec la santé/santé sexuelle et reproductive:	5
II. LES PROBLÉMATIQUES DE LA SANTÉ DES JEUNES :.....	6
1. Équité à la santé pour les jeunes :.....	6
2. FINANCEMENT DE LA SANTE DES JEUNES.....	7
3. RESSOURCES HUMAI.....	9
4. Les infrastructures de la santé des jeunes	10
5. La qualité de la prise en charge des jeunes :.....	11
7. Culture et us-coutumes :.....	13
8. Politico-leadership :.....	14
CONCLUSION :	16

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 labeurs de la société civile locale formée.

L'objectif primordial de ce document est l'intégration des besoins spécifiques des jeunes de chaque région en termes d'accès à la planification familiale.

I. GENERALITE SUR LA REGION :

1. DEMOGRAPHIE :

D'après le troisième recensement général de la population et de l'habitat en 2018, Madagascar compte actuellement 25.674.196 habitants. Dans la région Ihorombe le nombre de la population est de 417.312 habitants, ce qui représente 1,6% de la population nationale. 207.877 sont des hommes (49,8%) contre 209.435 femmes (50,2%), soit 99 hommes pour 100 femmes. de masculinité de 99%. Dans la région, la population est majoritairement jeune dont 76,2% sont des jeunes âgés de 0 à 30 ans, 52,2% sont compris entre 0 à 17 ans et 33,7% sont âgés de 14 à 30 ans.

Les femmes en âge de procréer de 12-49 ans dans la région qui est d'environ 118.189 représentent 28,3% de la population totale.

2. HISTORIQUE DE LA REGION :

La Région Ihorombe est le territoire des Bara. Mais d'autres ethnies sont présentes dans la région, notamment les Betsileo, les Merina, les Antandroy et les Antesaka (PRDR 2006)

Ihorombe a longtemps été et continue d'être une terre d'immigration. Les résultats de l'enquête monographique de 2009 montrent notamment que 16 des 26 communes de la région reçoivent des migrants venant d'autres provinces. Les populations de la région émigrent peu, que ce soit les autochtones, c'est-à-dire les Bara, ou les migrants. Les migrants qui commencent à s'installer dans la région ne repartent généralement plus. «Les familles des premiers migrants se sont définitivement installées dans la région, même si certaines d'entre elles ramènent encore les dépouilles mortelles des parents à leur région d'origine »

Historiquement, les habitants d'Ithosy sont des descendants d'ancêtre communs sous le nom de Rabiby. Livré à des guerres entre clans, Rabiby se heurte aux vazimba et y succombe. A sa mort, son fils Ndriamanely lui succède mais il est à nouveau repoussé par les vazimba. Ndriamanely doit alors quitter la côte pour l'intérieur des terres jusqu'à ce qu'il arrive dans une contrée déserte à l'Est d'Ivohibe.

Toutes fois, le pays y est trop pauvre et il y fléchit encore plus au Sud à Ranotsara où il fixe son peuple et où il mourut. C'est son fils, Ndriantompoinarivo qui prend sa suite : celui-ci a eu trois fils Ramasoandro, Tonanahary, Tsimivola qui de plein accord avec leur père se taillent chacun un royaume où ils règnent sur ceux des Bara qui les suivent. C'est le fils Tsimivola qui a constitué la troisième peuplade connue sous le nom de Bara Bory. C'est une peuplade qui a décidé de s'installer dans la ville d'Ithosy. Au fur et à mesure du temps on assistait à une forte migration des Betsileo du Sud qui sont essentiellement les voisins méridionaux des Bara qui étaient chassés de leur pays par des guerres civiles et demandent asile auprès de leurs voisins. Les migrants qui ont décidé de s'installer dans la ville d'Ithosy s'éparpillaient dans les zones périphériques entre autres dans l'actuelle commune rurale d'Ambia situé à des dizaines de kilomètres de cette dernière. Cela s'explique par le fait de la peur d'être exposé à de quelconque guerres civiles puisque sous Radama I, les Imerina s'établissent sur tout le territoire ethnique Bara ; une souveraineté représentée par des gouverneurs installés dans la ville d'Ithosy.

3 GEOGRAPHIE :

La région d'Ihorombe se situe dans le Centre-Sud de Madagascar et fait partie de la province de Fianarantsoa. Elle est délimitée au Nord par la région de haute Matsiatra, au Sud par la région de l'Anosy, à l'Est par la région d'Atsimo Atsinanana, et à l'Ouest par la région d'Atsimo Andrefana. La Région Ihorombe est constituée de trois districts : Iakora, Ihosy et. Elle a comme chef-lieu la ville d'Ihosy, laquelle est située à 602 km au Sud de la Capitale Antananarivo, en empruntant la RN 7.

On retrouve ainsi trois principaux types de paysages dans la région :

- la partie orientale est marquée, au Nord et au Sud par des secteurs montagneux, notamment la montagne d'Ivohibe, au Nord, et le début de la Chaîne de l'Andringitra, au Sud ; entre les deux secteurs montagneux s'étale une plaine de haute altitude;
 - la partie occidentale qui s'étale sur le plateau d'Ihorombe
 - le secteur occidental entame une petite partie du Massif de l'Isalo offrant un paysage de canyon, né de l'érosion de roches gréseux durant des milliers d'années.
- Le réseau hydrologique de la Région Ihorombe est constitué de petits cours d'eau qui se connectent entre eux pour former des petits complexes dans le district d'Ihosy, Ivohibe, et d'Iakora

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

La polygamie est acceptée par les Bara. Pour cette caste, les hommes peuvent s'adonner à la polygamie pour différentes raisons, mais généralement, ce sont les hommes riches qui optent pour ce mode de vie. D'autre part, si un homme marié veut épouser une autre femme, il doit accomplir le rituel traditionnel appelé « talily folora », après en avoir parlé à l'avance à sa femme. Toutefois, celle-ci a le droit de refuser la proposition de son mari, selon les explications de Jacques Modeste Randrianandraina, spécialiste en traditions de l'ethnie Bara.

Le « fanambalia apilongoa » désigne le mariage arrangé entre deux personnes issues d'une même lignée familiale. Dans cette optique, un mariage peut se faire avec le fils ou la fille du frère ou encore de la sœur de son père. Par contre, cela est interdit du côté de la mère.

Selon les explications du chef de service culture de la direction régionale de la communication et de la culture à Ihorombe, Eric Francis Razafimahatratra. La solidarité et la conservation de la richesse familiale font partie des raisons du fanambalia apilongoa.

Le « vady amboarina » reste encore une pratique courante chez les Bara. Dès son plus jeune âge, les parents des deux familles souvent aisées s'arrangent pour unir leurs enfants. Cette pratique incite les jeunes adolescents à la sexualité précoce sans avoir un minimum de connaissance. C'est ainsi la raison qui favorise la natalité précoce des jeunes de 12-15 ans.

II. LES PROBLÉMATIQUES DE LA SANTÉ DES JEUNES :

1. ÉQUITÉ A LA SANTE POUR LES JEUNES :

L'équité est l'absence de différences évitables ou remédiables entre différents groupes de personnes, qu'ils soient définis selon des critères sociaux, économiques démographiques ou géographiques.

L'équité en santé prévoit que tous les individus et tous les groupes sont égaux, mais dans les faits, certains vivent de disparités plus importantes que d'autres dans l'accès aux soins et l'amélioration de leur santé.

Pourtant, ce n'est pas le cas dans la région d'Ihorombe où 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, notamment la loi SR-PF n° 2017-043.¹

Tous Les jeunes de la région d'Ihorombe ne reçoivent pas les informations concernant la planification familiale. Cela est étroitement lié, d'une part au taux d'analphabétisme très élevé dans la région qui est un obstacle à la compréhension et la lecture des affiches et des supports de communication, ce qui ne leur permet pas de connaître leur droit en matière de santé sexuelle et reproductive malgré leurs besoins.

D'autre part, l'enclavement d'une grande partie nord de la région induit de fait l'absence ou la difficulté d'accès aux services de santé de base. Il est alors difficile pour les jeunes dans ces zones d'accéder aux centres de santé de santé pour pouvoir bénéficier des services de santé et notamment des méthodes de planification familiale, ce qui explique le taux de prévalence contraceptive dans la région qui est en dessous par rapport aux objectifs posés par l'Etat.

À Ihorombe, 35% des femmes mariées ou en union libre utilisent les méthodes de contraception modernes et 38% des femmes mariées ou en union libre utilisent n'importe quelle méthode de contraception. Ce taux est relativement faible par rapport à l'objectif fixé par le pays en 2020 qui est de 50 %. Des efforts sont encore nécessaire afin d'honorer l'engagement de Madagascar. Une information complète sur les droits à la planification familiale aiderait à atteindre cet objectif dans les plus brefs délais.

De plus, la pauvreté est un des plus grands problèmes de la région, ce qui influe beaucoup sur tous les aspects de la vie des jeunes. La santé n'est pas la priorité et ce sont les principaux besoins quotidiens et les problèmes socio-économiques qui les préoccupent et ils témoignent alors peu d'intérêt pour la santé sexuelle et reproductive malgré le fait qu'ils soient actifs sexuellement.

¹ 4 février 2020, article de presse, site www.agencymalagasydepresse.com).

Pour améliorer l'accès et l'équité d'accès pour les jeunes dans la région de Ihorombe il est nécessaire de :

- Augmenter les campagnes de sensibilisation sur l'existence de la loi 2017/043-régissant la santé sexuelle et reproductive et la planification familiale. Le but est d'informer les jeunes sur leurs droits de pouvoir jouir des services de planification familiale. Ces campagnes doivent être programmées dans les zones enclavées et loin des centres de santé et toucher au moins 80% des jeunes de la région de Ihorombe en 06mois.
- Réaliser des séances d'accompagnement périodique de groupes de jeunes vers les centres de santé pour résoudre le problème d'enclavement surtout dans les zones rurales.
- Sensibiliser les ménages sur les bénéfices et les avantages économiques de la planification familiale.

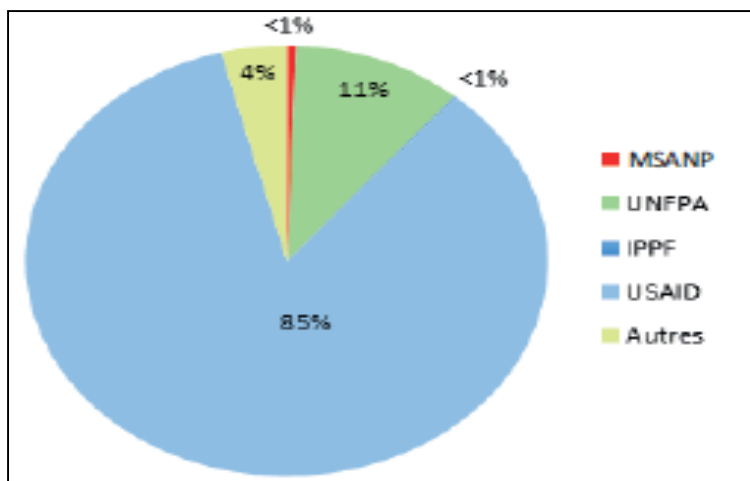
Il est alors primordial de faire en sorte que tous les jeunes sans exception puissent être en connaissance de leurs droits et bénéficier des services de planification familiale, indépendamment de leur âge, sexe, résidence, de leur niveau de vie ou de leur situation.

Par ailleurs, 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). »

En plus, dans son article 27, il énonce : « Le Ministère en charge de la Santé peut utiliser tous les moyens pour assurer la sensibilisation de la population aux fins de recours aux services de la SRPF ». Les organisations et associations ainsi que les collectivités locales sont alors des outils de sensibilisation efficaces pour atteindre les objectifs cités ci-dessus.

2. FINANCEMENT DE LA SANTE DES JEUNES

Etant donné les problèmes socio-économiques que rencontre Madagascar en ces temps, l'Etat n'a pas la capacité de couvrir tous les frais en rapport aux programmes pour la santé des jeunes. Le financement de la planification familiale est alors assuré avant tout par les organisations étrangères. Moins de 1 % seulement de ce budget est fourni par le ministère de la santé publique. Pour le reste, on doit compter sur l'aide des partenaires techniques et financiers (PTF) qui ont pris en charge 40% de ce financement en 2010. (Source : MINSANP, Comptes Nationaux de Santé 2003 , 2007, 2010.



SOURCE DE FINANCEMENT POUR LA PLANIFICATION FAMILIALE

Le budget alloué à la planification familiale (inférieur à 1% du budget général de l'Etat) s'avère alors de plus en plus insuffisant par rapport à l'accroissement du nombre de jeunes sexuellement actifs et la hausse des besoins en planification familiale.

Malgré cela, ces aides extérieures ne suffisent pas à financer tous les besoins en rapport à la santé des jeunes, ils ne couvrent en général que les frais d'achat des intrants. Ce qui pose des problèmes sur le transport et l'acheminement de ces produits vers les zones les plus enclavé où les jeunes ne pourront pas en bénéficier.

Par ailleurs, les entités et organisations partenaires de l'Etat sont tout aussi limités financièrement car ils sont peu à pouvoir se doter d'un autofinancement dans la réalisation de leur activité et dépendent des PTF et de l'Etat.

Tous ces facteurs concourent alors à des difficultés d'approvisionnement, d'acheminement des produits et finalement à la non gratuité des services car les centres de santé doivent parfois subvenir eux-mêmes aux charges et sont contraints de devoir faire payer le prix des consommables aux jeunes.

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)

Ces jeunes sexuellement actifs, conscients de la nécessité de la planification familiale et désirants d'en utiliser sont pourtant en difficulté, faute de pouvoir d'achat. En effet, la majorité a entre 13 et 24 ans, sont encore des étudiants et charges pour leurs parents. Ils n'ont pas ou peu de revenus et ne sont pas aptes à payer pour pouvoir bénéficier des services de planification familiale. Ils doivent alors avoir recours à leurs parents pour se procurer de l'argent, des parents qui seront pour la plupart du temps contre l'utilisation des méthodes contraceptives chez les jeunes.

Tous ces problèmes sont alors des obstacles à l'accès des jeunes aux méthodes contraceptives. Il faudrait alors

- Augmenter le budget de l'Etat alloué à la SRAJ suivant l'accroissement du nombre de jeunes et la hausse des demandes en planification familiale pour couvrir tous les frais jusqu'à l'acheminement des produits vers les centres de santé très éloignés
- Appuyer les partenaires financiers dans le financement des activités effectués par les entités et organismes œuvrant dans la promotion de la santé des jeunes et de la planification familiale
- Créer des fonds sociaux au niveau des fokontany, communes et districts pour pouvoir subvenir aux besoins des CSB en matière de consommables afin d'assurer la gratuité totale de tous les services en rapport à la planification familiale au niveau des centres de santé.

De plus, le décret d'application n°2018-1625 ainsi que leur publicité de la loi n°2017-043 en son Article 13 et 14 prévoit que : « Tous les produits contraceptifs sont gratuits au niveau des formations sanitaires publiques. Tous les produits contraceptifs peuvent être vendus au niveau des formations sanitaires privées incluant les services mobiles et des pharmacies selon la législation pharmaceutique en vigueur. » Ainsi, ces jeunes ne pourront pas avoir accès à la planification que par la pleine contribution de l'Etat

3. RESSOURCES HUMAINES

La ressource humaine est un moteur de développement important surtout dans le secteur de la santé. Les services de planification familiale dépendent grandement du personnel de santé que ce soit en termes de quantité ou la qualité.

En effet le personnel soignant joue un rôle capital dans la fonctionnalité des formations sanitaires. Les efforts faits pour construire de multiples centres de santé pour mieux rapprocher les jeunes sont vains si les médecins, prestataires de services de planification familiales ne sont pas en quantité suffisante.

Dans le cas d'Ihorombe, il y a 14 médecins et 58 paramédicaux en service dans les CSB II. Ces chiffres représentent respectivement 1,2 % des médecins et des paramédicaux exerçant dans le pays tout entier. A noter qu'une répartition un peu plus équitable signifierait que chaque région ait environ 5 % du nombre total de pratiquants à l'échelle nationale. La 'couverture' en personnel médical des CSB dans les districts de la région suit globalement la répartition des infrastructures. Autrement dit, il n'y a pas, à priori, de déséquilibre dans la fonctionnalité des centres, d'un district à un autre.

Tableau 1. Personnel des CSB II

District	Nb de médecins exerçant dans les CSB II	Nb de paramédicaux servants dans les CSB II
Iakora	2	11
Ihoso	9	34
Ivohibe	3	13
Région	14	58
Région/Pays %	1,2 %	1,2 %

Source : VPEI/CREAM/Monographie 2009

Quant au personnel des maternités publiques, la présence de médecin est effective dans les formations sanitaires de 2 communes de la région sur 10. Le district d'Iakora est particulièrement défavorisé sur ce plan, vu que ses maternités publiques manquent à la fois de médecins et de sages-femmes.

Tableau 2. Répartition des communes selon l'existence de médecin dans les maternités publiques

District	Présence de médecin (% des communes)	Absence de médecin (% des communes)	Total	Nb de sages-femmes dans les maternités
Iakora	0.0	100.0	100.0	0
Ihoso	21.9	78.1	100.0	18
Ivohibe	25.0	75.0	100.0	2
Région	25.6	74.4	100.0	29

Source : VPEI/CREAM/Monographie 2009

Aussi, l'abandon de poste est fréquent dans cette région quant à l'enclavement, l'aridité des terres et l'insécurité. Des jeunes font alors de longs voyages de plusieurs kilomètres vers les formations sanitaires où ils n'y trouveront personne pour les prendre en charge car le personnel est souvent absent.

Les prestataires de service de planification familiale ne doivent pas seulement être au nombre suffisant pour pouvoir satisfaire les besoins des jeunes, mais aussi être présents en permanence dans ces centres et avoir les compétences nécessaires pour recevoir les jeunes.

Il est alors recommandé de recruter des jeunes médecins, infirmiers et sages-femmes tous les ans pour pouvoir couvrir tous les centres de santé. La répartition de ce personnel doit se faire selon le nombre de jeunes dans la circonscription sanitaire et se doit d'être mise à jour chaque année pour être adaptée aux flux de personnes fréquentes dans cette région. De plus, des formations et des renforcements de capacité s'avèrent indispensables pour pouvoir prendre en charge les jeunes suivant leurs besoins spécifiques.

Pourtant, ces personnels doivent être motivés et rémunérés selon leur travail et les risques qu'ils prennent dans cette région où l'insécurité est un des problèmes majeurs. Ainsi, le personnel de santé sera pleinement apte à répondre aux besoins des jeunes en matière de planification familiale à n'importe quel moment et cette prise en charge sera personnalisée selon leur besoin et leurs attentes.

4. LES INFRASTRUCTURES DE LA SANTE DES JEUNES

La Région Ihorombe, constituée de trois districts sanitaires dispose de 36 établissements sanitaires, dont :

- 33 publics, composés de : 1 Centre Hospitalier de district de niveau 2 (CHD 2) ; 26 Centres de Santé de Base de niveau 2 (CSB 2) ; 6 Centres de Santé de Base de niveau 1 (CSB 1).

- 3 privés, composés de : 1 cabinet de consultation privé ; 1 centre de santé privé du type CSB 2 ; 1 centre de santé privé du type CSB 1.

La région bénéficie d'une assez bonne couverture en formations sanitaires de base. En effet, elle compte 6 CSB I et 25 communes sur les 26 disposent de CBS2. Les 31 centres de santé disposent de maternités publiques (dispensant des soins obstétricaux essentiels). Par contre, elle a une couverture moins bonne en ce qui concerne les centres hospitaliers, car elle n'en a qu'un seul : le CHD II d'Ihosy. De plus, la répartition des formations sanitaires de base à travers les districts est assez uniforme, dans la mesure où, dans chacun des trois districts de la région, presque toutes les communes sont dotées de CSB 2 et de maternités publiques ; et chacun des trois districts de la région dispose d'une unité de soin dentaire.

Tableau 3: Disponibilité des infrastructures sanitaires publiques au sein des communes

District	CSB I	CSB II	Maternité publique	CHD I	CHD II	dentaire Soins	Total des communes
Iakora	3	3	6	0	0	1	3
Ihosy	1	18	19	0	1	1	19
Ivohibe	2	4	6	0	0	1	4
Total	6	25	31	0	1	3	26

Source : VPEI/CREAM/Monographie 2009

Cependant, malgré la couverture en infrastructure assez bonne dans cette région, on a pu constater que les jeunes n'y vont pas. Cela s'explique par le fait qu'ils sont intimidés et sont réticents car ils peuvent être vus par les autres personnes dans les services de planification familiale.

Nous pouvons aussi voir que le district d'Ihosy a une commune où il n'y a pas de CSB II, il faut faire en sorte que chaque commune dispose au moins de centres de santé de base qui peuvent répondre à leurs besoins.

Ces centres doivent être entretenus, fonctionnels et adaptés aux jeunes. Ils devront aussi être équipés pour pouvoir recevoir les jeunes.

Il faut construire de nouveaux centres dotés de structures et de technologies intéressant les jeunes pour les inciter à y venir. Ces formations sanitaires peuvent être des CSB amis des jeunes ou des autres centres privés mais qui doivent satisfaire toutes les demandes des jeunes en tant que telle et susciter à la fois leur intérêt.

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

Comme la sexualité est encore un sujet tabou dans notre société et surtout en milieu rural, les jeunes n'en parlent pas avec leurs parents mais préfèrent se donner des conseils entre eux.

Pourtant, les amis ne sont pas les mieux placés pour donner des conseils en matière de santé. Les jeunes qui sont convaincus de venir s'informer auprès des centres de santé ne sont pas satisfaits de la qualité de service qu'ils reçoivent. Cela est en grande partie en rapports avec les problèmes suscités. La précarité des infrastructures qui sont en plus non adaptés aux jeunes.

Selon l'OMS, tels sont les attentes des jeunes vis-à-vis des centres de santé :

- ✚ Un établissement accueillant, dans lequel ils n'ont pas besoin de prendre rendez-vous et être pris en charge rapidement.
- ✚ Ne pas avoir à demander l'accord parental pour se rendre auprès de ces centres et insistent sur l'intimité et la confidentialité
- ✚ Un service dans un lieu pratique, à des horaires pratiques, gratuits ou au moins à un prix abordable
- ✚ Un personnel qui les traite avec respect et sans jugement

Pourtant, tous ces souhaits ne peuvent pas être réalisés dans le temps voulu et selon la façon voulue car ils se heurtent aux problèmes d'infrastructure, de temps, de ressources humaines, de manque d'informations du personnel et des jeunes.

La résolution de ces problèmes est multisectorielle afin d'améliorer la prise en charge de la santé des jeunes :

- 1) Il faut former les personnels soignants sur le droit des jeunes à bénéficier d'une bonne qualité de prise en charge en ce qui concerne leur santé sexuelle et reproductive. Cela doit se manifester dans l'accueil adapté aux jeunes.
- 2) Informer les jeunes sur leur droit en matière de planification familiale pour qu'il n'ait pas à souffrir de grossesse précoce et donc envisager le recours à l'interruption volontaire de grossesse qui est encore condamnée sur l'île.

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

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

6. LE GENRE

Le genre désigne les processus et rapports sociaux qui divisent, polarisent et organisent l'humanité en différentes catégories de « sexe », « genre » et de « sexualité » 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 femmes²

Au niveau de la profession, les inégalités entre hommes et femmes sont frappantes. Il arrive souvent que pour un diplôme égal, on recrute des hommes à la place des femmes, et pour un travail égal, les hommes sont mieux payés que les femmes. Les femmes sont donc destinées au travail mal rémunérés et aux mauvaises conditions par rapport aux hommes.³

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.

Tout cela contribue finalement aux violences conjugales et aux violences basés sur le genre.

Les violences à l'encontre des femmes et des filles en statistiques révèlent que 30 % des femmes de 13 à 49 ans ont subi au moins une forme de violence (physique, sexuelle, psychologique ou économique)

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)

Des nouvelles approches doivent s'imposer dans le secteur de la santé des jeunes dont :

- La parité homme-femme dans les différentes échelles du secteur de la santé doit être à la fois une loi fondamentale et une pratique courante.
- L'éducation au genre tant pour les prestataires de service en charge des jeunes que pour les jeunes eux-mêmes.
- La considération de tous les types de genre, visant à une considération meilleure des jeunes.

7. CULTURE ET US-COUTUMES :

Aborder l'éducation sexuelle dans le cercle familial et même au niveau sociétal relève d'un grand challenge, car le sujet en question reste tabou, voire même contradictoire à la pratique locale. Ainsi, dans la région Ihorombe le taux de natalité des adolescents est de 169‰ ; soit 15% de naissance arrive avant l'âge de 15 ans et

² <https://www.who.int/gender/whatisgender/fr/>

³ INEGALITE DU GENRE DANS LA PROFESSION « LE CAS DE MADAGASCAR » - RARIVOMANANTSOA Harivelo Tantely)

60% de naissance arrive avant l'âge de 18 ans.⁴ Ce taux exprime l'entrée précoce des jeunes à la sexualité, alors qu'ils ne bénéficieront pas de conseils sur l'adoption de la méthode contraceptive moderne.

En effet, les jeunes sexuellement actifs ne parlent pas de sexualité et ne connaissent même pas leurs droits. Arrivés à l'âge de puberté, les parents s'empressent de marier les petites filles avec des hommes largement âgés pour subvenir à leurs besoins. Cette pratique de mariage précoce et forcée est courante dans cette région car les enfants, malgré qu'ils soient considérés comme la richesse, représentent aussi de lourdes charges pour les parents. En les mariant, ils sont libérés de charges financières et n'ont plus à se préoccuper de l'avenir de leur fille qui risque de porter une grossesse non désirée.

La tradition ancienne reste omniprésente dans la société Bara, d'où les initiatives venant de l'extérieur n'aboutissent pas à un changement espéré sans l'aval des "lonaky". Il s'avère donc nécessaire d'enrôler les Ray aman-dreny ara-razana et les ampanjaka car eux seuls sont autoritaires auprès de la société. On doit collaborer étroitement avec ces lonaky pour espérer atteindre la population et parvenir à un changement de comportement effectif et durable.

Pour ce faire, il faut :

- effectuer des plaidoyers auprès des lonaky, des doyens communautaires sur les bénéfices socio-économiques et surtout sanitaires de la PF
- Impliquer les lonaky dans la campagne de sensibilisation des jeunes sur l'éducation sexuelle et l'adoption de la méthode contraceptive.
- Promouvoir une campagne de sensibilisation des jeunes sur l'existence et l'utilisation des méthodes contraceptives ;
- Mise en place d'un coin jeune dans chaque collège et lycée, géré par une association ;

8. POLITICO-LEADERSHIP :

Le leadership et gouvernance fait partie des cinq piliers du système de santé définis par l'OMS, et qui visent à promouvoir et à renforcer un système de santé, regroupés sous l'appellation Organisation et Gestion du Système de santé.

En effet, le volet leadership et gouvernance est d'une importance capitale au bon fonctionnement du système de santé. Le ministère doit assurer son rôle de coordinateur au niveau national, et veiller à l'adhésion et l'alignement de toutes les parties prenantes au développement sanitaire à tous les niveaux

L'organisation du système de santé se fait sur 4 niveaux :

Le niveau central : qui s'assure de la coordination générale du secteur santé, des orientations politiques et stratégiques, de la définition des normes et standards.

⁴ Enquête MICS 2018 thématique fécondité et planification familiale

Le niveau intermédiaire ou régional qui a pour mission de planifier, conduire, suivre et évaluer la mise en œuvre des programmes d'intérêt nationale au niveau des districts et de la région sanitaire

Le niveau périphérique dont la mission consiste à appuyer les formations sanitaires de base et de premier référence dans les offres de service de santé, un niveau qui constitue la pierre angulaire du système de santé et doit disposer d'une autonomie de décision financière

Le niveau communautaire qui participe à la promotion de la santé et dans le fonctionnement de la gestion des structures sanitaires de base.

Cependant, le ministère a subi les conséquences des crises sociopolitiques dernièrement. Une instabilité qui a secoué tout le système en faisant ainsi régner tout un chaos dans ce secteur accentué par le retrait des Partenaires Techniques et financiers qui ont eu un impact grave sur la capacité du ministère à assurer son rôle ce qui engendre une faible capacité de leadership intra et intersectoriel.

Des lacunes ont pu être constatés dans l'effectivité des décisions au niveau centrale, dû à la non implication de toutes les parties prenantes dans l'élaboration de la politique générale de santé et la non adaptation des décisions gouvernementales aux situations réelles au niveau locales, ils sont alors uniquement des exécuteurs et sont réticents quant à l'adhésion et l'application de ces décisions.

D'autre part, le faible alignement des parties prenantes au développement sanitaires par rapport aux objectifs du gouvernement rend difficile l'atteinte des résultats escomptés, la faible gouvernance (équité, éthique, transparence et redevabilité sociale) engendre un dysfonctionnement et une insuffisance de confiance des bénéficiaires au système de santé. Les efforts de redynamisation des mécanismes de coordination de développement des partenaires s'avèrent insuffisantes pour y remédier.

De plus, le secteur santé est victime des crises cycliques qui sévissent dans le pays. Ces crises sont liées à la mauvaise gouvernance, la forte politisation de l'administration publique, la non distribution des fruits de la croissance économique à la population.

Il faut alors intégrer les jeunes dans tous les processus de décisions au niveau central pour mener à bien une politique et une gouvernance efficace répondant aux besoins des jeunes.

Un renforcement de capacité de gouvernance de toutes les entités à tous les niveaux est aussi nécessaire pour l'effectivité des mesures prises ainsi que la mise en œuvre d'un document cadre servant de référence en matière de leadership et gouvernance. Il faut aussi mettre en place une entité de suivi et évaluation pour améliorer le système de gouvernance de la santé des jeunes.

CONCLUSION :

Ce document a été mis en œuvre pour rassembler les demandes des jeunes afin d'améliorer l'accès aux services de planification familiale.

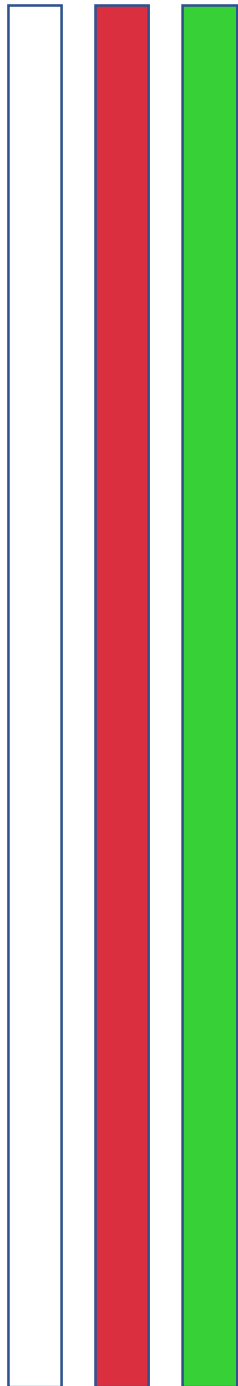
Il est alors nécessaire de mettre en place une politique de vulgarisation de la loi informant sur les droits des jeunes en matière de SRPF pour faire régner l'équité indépendamment des critères sociaux, économiques démographiques ou géographiques.

L'augmentation du budget de l'Etat alloué à la SRAJ est aussi indispensable pour garantir l'accessibilité de tous les jeunes aux services de PF et la gratuité des services ; pour assurer une couverture en personnel de santé de quantité et de qualité par le biais de recrutement massif et un renforcement de capacité. De plus, il faut combler les besoins de la région en infrastructure de santé adapté aux jeunes en transformant les CSB en CSB amis de jeunes attrayants et proportionnels au nombre de jeunes dans leurs circonscriptions sanitaires. Cela ne peut être réalisé aux moyens de l'Etat seulement, ni par les Partenaires Techniques et Financiers uniquement mais nécessite une collaboration étroite.

Le personnel de santé dans ces formations sanitaires spécifiques aux jeunes doit être formé pour prendre en charge les jeunes et répondre à leurs besoins pour améliorer la qualité de prise en charge de ces jeunes et espérer faire augmenter le taux de prévalence contraceptive des jeunes.

Une approche d'intégration du genre, une mise en avant de la femme au niveau local est aussi indispensable pour améliorer la qualité de la santé des jeunes, ainsi que la prise en compte de toutes les points apportés par les jeunes dans la mise en œuvre des politiques nationales en matière de santé.

Concernant les us et coutumes, les leaders communautaires doivent être des alliés et des influenceurs au niveau des communautés, on doit alors faire des plaidoyers auprès de ces « lonaky » pour renforcer nos efforts pour le changement de comportement.



AUTEURS-REDACTEURS

MIHARISOA Tanja

RADAFIHARISON Eddy Michel

COLLABORATEURS

RAHERINANTENAINA Jaomilanto Dinah

ANDRIATSIALONANARIVONY Christian

RATONGARISON Billy Willy Dalla

ASSMINE Josselyn Ethienne

LOHAMAROVONY Pirima Léonette

RAMBOLANOMENJANAHARY Tojsoa

RALAINIRINA Fitahianjanahary Michella

RAZAFIMANDIMBY Fenosoa Francky

RAZAFINDRABOZY Harisoa Rosette

RAMIANDRIANJARA Marie Philomène

RASAMIARIZAFY Nirindraibe Hery Michel

RASIDIZAFIARIMANANA Rominà

AVOTRA Stéphanos

HASMANE Marson

BEMIAFARA ZAFIRAVO Tsiallonana Aimée

RAZAZAROMANANA Nasandratra

