

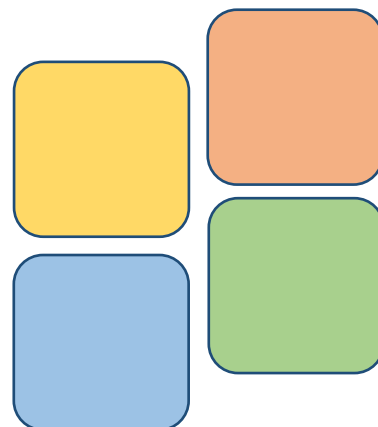


DOCUMENT REGIONAL

PLAIDOYER

ANALANJIROFO

Mars 2021, MADAGASCAR



CREAM : Centre de Recherche, d'Etudes et d'Appui à l'Analyse Economique à Madagascar
CSB : Centre de Santé de Base

DRJS : Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports

DRSP : Direction Régionale de la Santé Publique

EPM : Enquête Permanente auprès des Ménages

IEC/CCC : Information, Education et Communication/ communication pour le changement de comportement

INSTAT-RGPH3 : Institut National de Statistique - troisième Recensement de la Population et de l'Habitation de 2018

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SAVA : sambava, Andapa, Vohemara, Antalaha

SOMMAIRE

INTRODUCTION	I-4
I. Généralité sur la région :	5
1. Démographie :	5
2. Historique de la région :	5
3. Géographie :	6
4. Cultures en lien avec la santé/santé sexuelle et reproductive:.....	6
II. les problématiques de la santé des jeunes :	7
1. équité a la sante pour les jeunes:	7
2. financement de la sante des jeunes :	8
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.....	11
8. Politico-leadership	12
III. Projets de la région :	Erreur ! Signet non défini.
IV. CONCLUSION :	14
Bibliographie.....	15

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 accès équitable et un service de qualité 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'intégration des besoins spécifiques des jeunes de chaque région dans les documents nationaux en termes d'accès à la planification familiale est l'objectif primordial de ce document.

I. GENERALITE SUR LA REGION :

1. DEMOGRAPHIE :

ANALANJIROFO représente une population jeune. Selon L'Enquête Permanente auprès des Ménages (EPM) 2010, la population malgache est plus dominée par le genre féminin (50,5 %) que masculin (49,5 %). Ainsi, le rapport de masculinité, défini comme étant le nombre d'hommes pour 100 femmes, au niveau national est de 98 %. La région d'ANALANJIROFO reflète cette disparité puisque le nombre d'hommes au niveau de la région est encore inférieur à la moyenne nationale, soit 94,1 % que ce soit en milieu rural ou en milieu urbain. En effet, les résultats d'Institut National de Statistique - troisième Recensement de la Population et de l'Habitation de 2018 de Madagascar (INSTAT-RGPH3) montrent que les personnes âgées de 0 à 30 ans représentent 72,6 % (18 636 517 habitants) de la population totale.

2. HISTORIQUE DE LA REGION :

Le territoire betsimisaraka s'allonge sur la côte orientale de Madagascar. C'était à partir du XVIIIe siècle que RATSIMILAHO le roi des Betsimisaraka donna ce nom à ses partisans. Mais auparavant, le peuple de la Région d'ANALANJIROFO constituait des « Antavaratra. »

Vers XIXe siècle, au temps « d'Andrianampoinimerina et Radama » lors de l'unification de l'île et à la mort de Jean René le dernier chef Zanamalata, le royaume betsimisaraka a été inclus dans celui de Madagascar. C'était la naissance du royaume de Madagascar. Après le 06 août 1896, quand Madagascar était devenu colonie française, la période de royauté a aussi pris fin. C'était depuis la colonisation que l'administration de l'île a changé. Puis il y a eu la division en province et les Betsimisaraka occupèrent presque la province de Toamasina. À la troisième république il y a eu la division ou la décentralisation par région ; et le Betsimisaraka occupe la Région ATSIANANA et ANALANJIROFO. Ainsi, à l'heure actuelle l'autorité coutumière s'est séparée de l'autorité administrative.

Actuellement, 70% de la population est formée de Betsimisaraka et 30% par des différentes ethnies de Madagascar tels que le Betsileo, le Merina, le Tsimihety, ainsi que des Antandroy ; et des étrangers comme les chinois, le sri-lankais,

La Région d'ANALANJIROFO possède d'énormes potentialités économiques par l'existence des nombreuses richesses naturelles, des sites touristiques, des produits agricoles et artisanaux. Parmi les différents produits, le girofle est la fierté de la Région. D'où

l'appellation de la Région d'« ANALANJIROFO » qui signifie littéralement « aux forêts des girofliers »

3. GEOGRAPHIE :

La Région d'ANALANJIROFO est subdivisée en 6 districts à savoir : Fenerive-Est, Maroantsetra, Mananara-Nord, Soanierana Ivongo, Sainte-Marie et Vavatenina.

La Région dispose d'une importante couverture forestière, des parcs protégés et des activités touristiques florissantes dans certains de ses districts.

Le climat de la région appartient au climat de la côte est de Madagascar qui est du type tropical chaud et humide. Ce type de climat comme la plupart des zones littorales malagasy favorise le désir sexuel précoce ; puisque les jeunes adoptent et adorent les vêtements « sexy ».

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

La famille prend une place importante dans la société Betsimisaraka.

Auparavant, chez nous, une famille nombreuse était une bénédiction de Dieu. C'est pourquoi durant la cérémonie de mariage les gens donnent la bénédiction « miteraha fito lahy fito vavy » textuellement « ayez sept garçons et sept filles. A cette époque, le but principal du mariage était d'avoir des héritiers. Ainsi, la femme stérile n'avait pas de place au sein de la famille. La contraception était interdite et la sexualité était un sujet de discussion tabou au sein de la famille.

Mais grâce à la civilisation cette conception a évolué, et est devenue plus juste. Les gens commencent à considérer le choix des couples concernant les nombres d'enfants qu'ils veulent avoir. La famille s'ouvre peu à peu à l'éducation sexuelle des jeunes. Et en 2017 une nouvelle loi sur la reproduction, la loi 2017-043 autorise aux jeunes l'utilisation des contraceptions. Dans ses motifs, elle stipule que « La loi portant sur la Santé de la Reproduction et la Planification Familiale, qui fait l'objet du présent Exposé des Motifs est appelé à remplacer le texte du 31 juillet 1920 réprimant toute propagande anticonceptionnelle et à compléter les textes existants sur la santé de la reproduction ».

Bien qu'auparavant, la contraception fût prohibée par la tradition malagasy et les lois, la protection et le respect des valeurs sociales et la bonne conduite poussent les parents de

recourir au planning familial pour éviter la grossesse précoce à leurs jeunes filles. Le mariage constitue une valeur morale et un honneur pour les parents dans la famille Betsimisaraka. Alors, avoir sa fille accouche un enfant naturel alors qu'elle est encore sous la responsabilité de ses parents « miteraka agnindragna » est une honte pour la famille toute entière.

II. LES PROBLEMATIQUES DE LA SANTE DES JEUNES :

1. EQUITE A LA SANTE POUR LES JEUNES:

« L'Organisation Mondiale de la Santé (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 signifié donner plus de soutien à ceux qui se trouvent dans des circonstances plus difficiles »¹.

Mais, la plupart des jeunes de notre Région ne connaissent pas encore leurs droits à l'accès à la santé sexuelle surtout dans les zones rurales. Ils pensent que l'hôpital et les centres sanitaires sont réservés seulement aux malades. Certains jeunes, par honte de leur camarade, n'osent pas aller à l'hôpital pour demander du conseil ou de bénéficier la contraception.

En plus, la majorité des jeunes ne jouissent pas encore leurs droits à la santé sexuelle à cause des manques des infrastructures destinées à la promotion de la santé des jeunes.

Nous avons fait un sondage sur 20 jeunes de 15 - 18 ans, dans le Fokontany d'Andranofeno, Commune Urbaine de Fenerive-Est, 5 d'entre eux, n'ont aucune idée de ce qu'est le planning familial ; 10 ont déjà entendu mais les informations sont limitées sur l'utilisation du préservatif. Seulement 3 d'entre eux ont des informations complètes sur le planning familial, et 2/15 ont déjà utilisé la méthode contraceptive.

Même si les différentes Organisations Non Gouvernementales et les associations œuvrant dans le domaine de la santé des jeunes menaient des campagnes de sensibilisation sur le planning familial, les jeunes ne se sentent pas encore concernés à cause des différentes raisons. Certains d'entre eux pensent que la planification familiale c'est pour les adultes mariés, d'autres se souciaient des effets secondaires, ...

¹Anonyme.- Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, disponible sur URL :

https://apolitical.co/fr/solution_article/acces-egal-a-la-sante#:~:text=D%C3%A9finition%20de%20l'%C3%A9quit%C3%A9,acc%C3%A9der%20aux%20services%20de%20sant%C3%A9. Page consultée le 21 mai 2021.

Il est donc nécessaire d'éduquer, informer et sensibiliser les gens sur les droits à la santé sexuelle et reproductive. Il faut aussi mobiliser les acteurs œuvrant sur la santé des jeunes et mettre en place des méthodes d'approche et d'accompagnement des jeunes. Et enfin, il va falloir également encourager les jeunes à consulter les personnels sanitaires pour s'informer sur la santé sexuelle.

2. FINANCEMENT DE LA SANTE DES JEUNES :

Les financements de la santé des jeunes d'Analanjirifo sont insuffisants par rapport aux besoins et aux activités qui devront être réalisées. Comme les autres régions de Madagascar, Analanjirifo souffre aussi du manque de budget alloué à la santé des jeunes. Cette dernière ne fait pas encore partie de la priorité de l'Etat.

Le pays est fortement tributaire des aides extérieurs et ne dispose pas de stratégie claire de financement de la santé. La part du budget alloué par l'Etat à la santé de la population stagne autour de 8% depuis des années.

Selon le Gap financier les coûts des activités pour s'assurer les politiques et directives nationales et locales pour la planification familiale ne représentent qu'un pourcent (1%) du budget.

De plus, l'agenda 2030 dans l'Objectif du Développement Durable 3 vise à donner aux individus les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être à tous les âges. Concernant la santé sexuelle et reproductive, l'alinéa 7 stipule que : « d'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux ».

La planification familiale devrait donc changer les donnees et pourrait améliorer la qualité des santés de jeunes et même un pilier de développement. Mais, pour y arriver, il nous faut plus de financement. L'Etat doit s'engager à Augmenter les budgets destinés à la santé des jeunes. Et il faut encourager les acteurs locaux de chercher des financements.

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

Le secteur santé souffre ainsi de l'insuffisance en ressources humaines tant en quantité qu'en qualité. Cette situation est aggravée par une répartition inéquitable et un vieillissement du personnel de la santé. L'éloignement, l'enclavement, l'absence d'infrastructures, le manque de confort et les difficultés d'accès à la scolarisation convenable des enfants

constituent des obstacles majeurs qui dissuadent les professionnels de santé à s'installer dans les zones rurales et enclavées².

Les chefs de Centres de Santé de Base travaillent en collaboration avec des Agents Communautaires (AC). Mais, les capacités opérationnelles de ces Agents sont limitées car ils n'ont pas reçu de formation clinique adéquate mais sont formés pour établir le lien entre la communauté locale et les établissements sanitaires. C'est un système d'intégration qui relie la communauté au système de santé. Le but est de rapprocher les gens des services sanitaires tels que le planning familial et la vaccination. Cela devrait marcher si les Agents Communautaires ont plus de motivation. D'après l'enquête menée auprès des Centres de Santé de Base, certaines difficultés sont constatées dans les missions des Agents Communautaires dont la rupture des stocks en intrants sanitaires se présente le plus souvent. Tous les mois ils se rendent aux Centres de Santé de Base pour suivre une formation mais ils ne reçoivent pas des indemnités. Par conséquent nombreux d'entre eux ne s'y présentent plus. Une sagefemme d'un Centre de Santé de Base dans le district de Soanierana-Ivongo témoigne à ce sujet.

Il est donc nécessaire de recruter de personnel de santé pour faciliter la politique de proximité de santé des jeunes. Et, il faut financer les formations du personnel et des volontaires œuvrant dans ce domaine pour bien mobiliser les jeunes dans la communauté.

4. LES INFRASTRUCTURES DE LA SANTE DES JEUNES

ANALANJIROFO, il y a peu des centres de santé spécialisée à la santé des jeunes. La plupart des zones rurales ne bénéficie même pas de centres de santé de base surtout dans les zones enclavés.

« Les Services de Santé de la Région font des efforts remarquables pour pallier à ces problèmes. Pourtant le niveau de couverture sanitaire reste encore faible dans les zones enclavées. Par ailleurs, le faible taux de fréquentation des centres constitue un handicap majeur. Souvent les décès sont dus à un retard de prise en charge, les malades consultent en premier lieu les tradi-praticiens faute de service de proximité³.

² Anonyme.- L'analyse des données du PRB et la communication des politiques contribuent à créer des changements aux niveaux local et national [en ligne]. Disponible sur URL : <https://www.prb.org> page consultée le 22mai 2021

³ Anonyme.- Rapport d'analyse régionale région analanjirofo [en ligne]. Disponible sur URL : https://www.capfida.mg/pi/www.capfida.mg/km/cosop/Rapports_regionaux/analanjirofo.html. Page consultée le 23 mai 2021.

De plus, d'après l'enquête sur terrain, parmi les 6 districts de la région, seuls deux districts ont la maison de jeune : Fenerive-Est et Maroantsetra. Dans les autres districts les délégués représentant de Ministère de Jeunesse et de Sport n'ont même pas de bureau. Et la maison de jeune de Fénériver-Est est en mauvaise état et nécessite une réhabilitation. Imaginons le genre des services que bénéficient les jeunes avec une telle infrastructure.

Il est donc indispensable de réhabiliter la maison de jeune en ruine et construire plus d'infrastructures surtout dans les zones rurales. Il faut également construire des centres de santé des jeunes dans chaque district de la Région.

5. LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES JEUNES

Dans la Région d'ANALANJIROFO, il est constaté qu'en ce qui concerne la santé des jeunes les services ne sont pas adaptés aux adolescents et aux jeunes. Il n'existe pas des organisations spécialisées aux jeunes. Prenons par exemple le cas de la ville de Fenerive-Est, d'après le responsable au niveau de la maison de jeune, aucune prise en charge en matière de santé n'est disponible au sein de ce centre. Les jeunes ayant des problèmes de santé remplissent les fiches de signalement et doivent se rendre au Centre de Santé de Base de la ville pour la consultation médicale. Cette complexité des circuits rend les jeunes mal à l'aise. Ils ne veulent pas suivre cette procédure et ne bénéficient pas de ce service.

En outre, les jeunes sont victimes de négligence et de manque d'accompagnement et d'orientation. Les campagnes de sensibilisation sur la santé sexuelle et reproductive ont tendance à se limiter sur des méthodes contraceptives. Il est constaté que les Organisations Non Gouvernementaux et les associations œuvrant dans ce domaine ne parlent presque pas des comportements sexuels des jeunes. Alors que, faute d'accompagnement, les jeunes risquent de tomber aux fausses interprétations. Actuellement, la fréquence des actes sexuels irraisonnables chez les adolescents et les jeunes augmente. Les jeunes filles acceptent facilement et sans hésitation les rapports sexuels.

Il est donc primordial de mettre en place une institution « complexe des jeunes » œuvrant sur l'éducation sexuelle et la santé des jeunes. Un endroit où les jeunes se sentent à l'aise pour qu'ils aient un sentiment d'appartenance et de sens de responsabilité. Ils y peuvent avoir suffisamment des soins adéquats. Dans ce « complexe » les jeunes devraient trouver de l'aide que ce soit matériellement et/ou moralement. Pour y arriver nous avons besoins des ressources humaines disponibles et prêtent à servir les jeunes. Il faut donc recruter et former des éducateurs spécialisés aux accompagnements des jeunes. Le but est d'encourager et

d'aider les jeunes à maîtriser leur corps, leur émotion et leur comportement. Mais aussi à avoir de projet de vie.

Il est aussi indispensable de financer les activités des associations et des ONG œuvrant sur la santé sexuelle des jeunes.

6. LE GENRE

Dans le concept de santé sexuelle et reproductive, le genre détermine la différenciation entre le sexe masculin et le féminin.

Les normes et les valeurs de genre fournis par la société conduisent aux inégalités de droits. Cela entraîne la restriction de liberté et d'émancipation des femmes en matière de décision. Par conséquent, nombreuses sont les jeunes femmes qui ne peuvent pas bénéficier de planning familial dont elles ont besoins.

En plus, la plupart des hommes pensent que le planning familial est une affaire des femmes. C'est pourquoi peu des garçons s'intéressent au planning familial.

Pour y remédier, il faut : briser la conception stéréotype homme-femme sur la santé sexuelle et reproductive ; éduquer et impliquer les hommes et la femme sur la santé sexuelle et reproductive ; encourager et améliorer l'approche genre dans tous les domaines et enfin, éviter la discrimination sur le genre.

7. CULTURE ET US-COUTUMES

Les coutumes et croyances occupent une place importante dans notre Région. Certaines de ces coutumes deviennent des blocages à la santé sexuelle surtout au planning familial. L'éducation sexuelle qui devrait commencer dans la famille, c'est à dire parents-enfants, est encore un sujet tabou dans notre région. La plupart des parents n'arrive pas à engager la discussion à ce sujet.

Egalement, nombreux sont les gens qui conservent la conception traditionnelle du mariage et refuse à limiter les nombres des enfants. Parce que avoir des enfants est considéré comme bénédiction de Dieu, et personne peut s'opposer à la volonté de Dieu.

Les jeunes sont censés se priver du rapport sexuel jusqu'au mariage traditionnel. Les fiancés doivent respecter l'abstinence jusqu'au jour de l' « orimbato » c'est- à-dire mariage traditionnel. Et après le mariage traditionnel, les mariés peuvent vivre ensemble (même toit,

même lit et même repas). En effet, c'est dur pour les parents d'autoriser leurs filles célibataires et encore à l'école de pratiquer la contraception comme s'ils conduisent leurs enfants dans une mauvaise direction. En plus, l'utilisation de planning familial est mal vue pour la société, car cette dernière juge les filles qui font recours à cette méthode d'être mal éduquée « *zaza ratsy taiza* ».

Et enfin, certaines religions posent de restriction au planning familial. L'Eglise Catholique par exemple, n'accepte que les méthodes de contraception naturelle et oppose aux actes sexuels avant mariage. Le Catéchisme de l'Eglise Catholique souligne clairement que : « La fécondité est un don, une *fin du mariage*, car l'amour conjugal tend naturellement à être fécond. L'enfant ne vient pas de l'extérieur s'ajouter à l'amour mutuel des époux (...)»⁴. Un aspect particulier de cette responsabilité concerne la *régulation de la procréation*. Pour de justes raisons, les époux peuvent vouloir espacer les naissances de leurs enfants⁵ (...). La continence périodique, les méthodes de régulation des naissances fondées sur l'auto-observation et le recours aux périodes infécondes sont conformes aux critères objectifs de la moralité. Ces méthodes respectent le corps des époux, encouragent la tendresse entre eux et favorisent l'éducation d'une liberté authentique. En revanche, est intrinsèquement mauvaise " toute action qui, soit en prévision de l'acte conjugal, soit dans son déroulement, soit dans le développement de ses conséquences naturelles, se proposerait comme but ou comme moyen de rendre impossible la procréation⁶ ».

En somme ni les traditionalistes ni les chrétiens ne sont pas encore prêts à abandonner leur éthique personnelle et de recourir à cette nouvelle méthode s'ils ne sont pas réellement convaincus.

Alors, il nous faut des stratégies adéquates pour persuader les gens. Nous devons trouver un terrain d'attente entre la politique sanitaire des jeunes, les coutumes et la religion.

8. POLITICO-LEADERSHIP

La politique nationale de santé des adolescents et des jeunes (2019) prévoit l'amélioration de l'accès aux services à travers la disponibilité de l'offre de services de qualité en santé des adolescents et des jeunes, adaptés à leurs besoins : accessibles, acceptables, abordables, équitables, adéquats, efficaces et pérennes.

⁴ Paragraphe 2366 dans le Catéchisme de l'Eglise Catholique

⁵ Paragraphe 2368 idem

⁶ Paragraphe 2370 idem

Le Ministère de la Santé Publique dispose de cadres de référence législatifs, notamment le code de la santé réactualisé et la loi sur la réforme hospitalière. Une faible capacité de leadership intra et intersectoriel est toutefois constatée, accentuée par l'instabilité institutionnelle induite par les crises sociopolitiques répétitives. Par ailleurs, le faible alignement des parties prenantes, au développement sanitaire par rapport aux priorités du Gouvernement rend difficile l'atteinte des résultats escomptés.

Malgré la redynamisation des mécanismes de coordination et de développement des partenariats, les efforts de mise en place des structures de suivi et d'évaluation de la performance, et l'institutionnalisation des audits à tous les niveaux dans le secteur santé, une faiblesse de gouvernance (équité, éthique, transparence et redevabilité sociale) reste constatée et entraîne ainsi des dysfonctionnements et d'une insuffisance de confiance des bénéficiaires au système de santé.

Nous constatons que la planification familiale ne fait pas encore partie de la priorité de l'Etat. Nous remarquons également un manque de coordination entre les acteurs œuvrant dans ce domaine.

Il faut donc renforcer et redynamiser la solidarité des acteurs publics et privés œuvrant sur la santé des jeunes. La formalité et l'implication des associations ainsi que les sociétés civiles à entrer dans ce domaine sont nécessaires pour permettre de promouvoir et générer des activités et d'effectuer de suivi et évaluation.

CONCLUSION :

En sommes, la région d'Analanjirifo s'étend sur la côte orientale de Madagascar délimitée par la région de SAVA au Nord et la région d'Atsinanana au Sud. Les habitants de la région Analanjirifo comptent plus de 1 150 089 dont la majorité est représentée par des jeunes.

D'après l'analyse et la consultation des jeunes, des problèmes et potentiels sont identifiés dans la région d'ANALANJIROFO en ce qui concerne la santé sexuelle et reproductive et l'adoption des méthodes contraceptives. La région souffre de l'insuffisance d'infrastructures adéquates pour accueillir et prendre en charge les jeunes. Il est ainsi nécessaire de construire des centres où les jeunes peuvent accéder aux informations nécessaires et de jouir leurs droits en matière de santé sexuelle et reproductive.

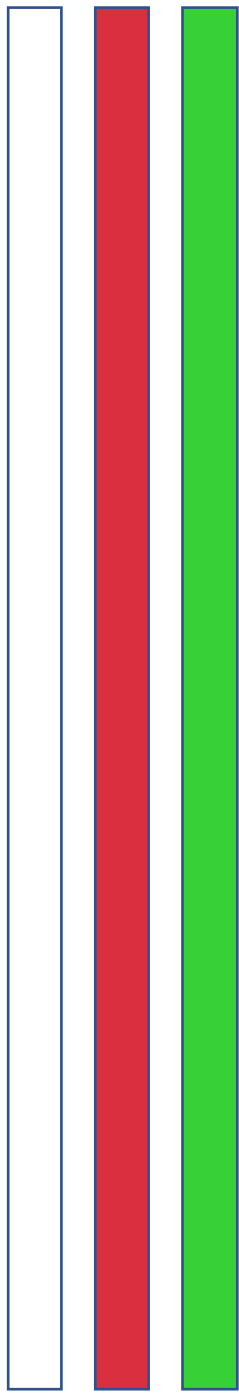
A part l'insuffisance d'infrastructures, des problèmes liés au manque des ressources humaines capables d'assurer l'accueil et prise en charge des jeunes sont aussi constatés. Cela est amplifié par le manque de coordination au niveau de tous les acteurs et parties prenantes à la santé sexuelle et reproductive des jeunes. Ce qui empêche les jeunes à accéder et adopter les méthodes de planification familiale. Des sessions de renforcement de capacité des acteurs ainsi que la mise en place de structures permettant de faciliter l'accès des jeunes aux informations et prise en charge de qualité doivent être réalisées.

Par conséquent, des solutions qui sont traduites en action sont proposées et suggérées. Ces actions concernent principalement la construction des infrastructures adéquates, des campagnes de sensibilisation et d'éducation, formation des acteurs ainsi que l'organisation de forum des jeunes, de communication événementielle et d'émission radiophonique et télévisée.

La réalisation de ces activités nécessite ainsi des matériels, des financements et des ressources humaines suffisants. Pour se faire, il faut prévoir 18 040 902 000 d'Ariary. Outre que les ressources financières, des véhicules devront être mobilisés. Des outils informatiques devront également mis à la disposition des centres spécialisés à l'accompagnement, éducation et orientation des jeunes.

BIBLIOGRAPHIE

- MANGALAZA Eugène Régis (1998).- *Vie et mort chez les Betsimisaraka de Madagascar : essai d'anthropologie philosophique*, Paris : Le Harmattan, 331 p.
- Monographie de la Region Analanjirofo
- LAHADY (P.). (1979).- *Le culte betsimisaraka et son système symbolique*. Fianarantsoa : Ed. Ambozontany, 279 p.
- RANDRIAMAMONJY F. (2006). - *Tantaran'i Madagasikara isam-paritra*. Antananarivo: ed. Imprimerie Lutherienne, 587 p.
- Anonyme.- *Catéchisme de l'Eglise Catholique* [en ligne] disponible sur URL : http://www.cerbaso.org/textes/bioethique/catechisme_eglise_catholique.pdf. Page consultée le 23 mai 2021.
- Anonyme.- *L'analyse des données du PRB et la communication des politiques contribuent à créer des changements aux niveaux local et national* [en ligne]. Disponible sur URL : <https://www.prb.org> page consultée le 22mai 2021.
- Anonyme.- *Rapport d'analyse régionale région analanjirofo* [en ligne]. Disponible sur URL : https://www.capfida.mg/pi/www.capfida.mg/km/cosop/Rapports_regionaux/analankirofo.html . Page consultée le 23 mai 2021.
- Anonyme.- *INSTAT-RGPH3 Tome 1*[en ligne]. Disponible sur le site : instat.mg
- Anonyme.- *INSTAT-RGPH3 Tome 2*[en ligne]. Disponible sur le site : instat.mg
- Laura Hurley.- *Analyse du gap financier du plan d'action national budgétisé en planification familiale à Madagascar (2016–2020)* [en ligne]. Disponible sur URL http://www.healthpolicyplus.com/ns/pubs/10247-18774_MadaCIPBrief.pdf



AUTEURS-REDACTEURS

ARIMANANTSOA Luc Fehizoroniaina
RATIANJANAHARY Léontine Joella

COLLABORATEURS

TOJONIRINA Rovatiana Marie T.
MAMISOA Linda
RABERIAKA Jonathan
RASOAMANANTENA Orthega
TATIANA Lydie Milia
NAINA Malala Stéphanie
RANDRIAMIZAKA N. H. Francola
RAFANOMEZANA Juliano
KAMBANA Arnaud
GILDA Madeleine
MARIE SOSO Genevieve
RANDRIANARIMANANA Rojotiana
VANESSA
MIRANTSOA Olivia
FLAVIEN

