



# Plan Stratégique National en Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes 2018 - 2020



MADAGASCAR • Décembre 2017



Organisation  
des Nations Unies  
pour l'éducation,  
la science et la culture





## REMERCIEMENTS

Le Ministère de la Santé Publique tient à adresser ses vifs remerciements à l'ensemble des acteurs œuvrant dans le domaine de santé, droits et développement des adolescents et jeunes pour leur soutien et engagement à l'élaboration du présent Plan Stratégique National en Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes 2018-2020.

La reconnaissance du Ministère de la Santé Publique va à l'endroit des autres Ministères, des Partenaires Techniques et Financiers, des membres des ONG et des organisations confessionnelles ainsi qu'aux représentants des jeunes qui ont apporté leurs compétences et expertises dans ce travail.

Nous adressons également nos remerciements à l'USAID/MCSP pour son appui technique et financier dans l'élaboration de ce document.

# SOMMAIRE

Remerciements	i
Sommaire	ii
Acronymes	iv
Préface	vii
Résumé exécutif	viii
Introduction	x
<b>I Contexte et justification</b>	<b>I</b>
<b>I.1 Contexte du pays</b>	<b>I</b>
I.1.1 Situation démographique et sanitaire	1
I.1.2 Situation économique	2
I.1.3 Situation socioculturelle	3
I.1.4 Situation de l'éducation	3
<b>I.2 Etat des lieux de la situation et des besoins des adolescents et des jeunes</b>	<b>4</b>
I.2.1 Profil socio-sanitaire des adolescents et des jeunes	4
Santé reproductive	4
IST / VIH	5
Nutrition	6
Utilisation de substances nocives	6
I.2.2 Offres de services	7
I.2.3 Faible participation des jeunes	7
I.2.4 Jeunesse mal informée et peu exposée aux médias	8
I.2.5 Violence basée sur le genre	8
<b>II. Analyse des réponses et état des interventions en faveur des adolescents et des jeunes</b>	<b>9</b>
<b>II.1 Lignes programmatiques et appui gouvernemental pour la SSRAJ</b>	<b>9</b>
II.1.1 Références internationales en SSRAJ auxquelles Madagascar a adhéré	9
II.1.2 Références nationales en lien avec la SSRAJ	9
II.1.3 Principales interventions	10
II.1.4 Ressources allouées en faveur de SSRAJ	10
<b>II.2 Services amis des adolescents et des jeunes existants</b>	<b>11</b>
II.2.1 Services Amis de Jeunes (SAJ)	11
II.2.2 Centres de Santé Amis des Jeunes (CSAJ)	11
II.2.3 Education par les pairs	11
II.2.4 Programmes d'éducation sexuelle existants	13
II.2.5 Réponses communautaires	13
<b>II.3 Analyse des interventions en faveur des adolescents et des jeunes</b>	<b>13</b>
II.3.1 Risques et mitigation des risques	13
II.3.2 Analyse de l'environnement : Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces	14
<b>II.4 Leçons tirées des expériences en matière de SSRAJ</b>	<b>14</b>



<b>III. Cadre stratégique du PSN SSRAJ</b>	<b>16</b>
<b>III.1 Vision</b> .....	<b>16</b>
<b>III.2 But et objectifs</b> .....	<b>16</b>
<b>III.3 Résultats attendus d'ici 2020</b> .....	<b>16</b>
<b>III.4 Principes directeurs</b> .....	<b>17</b>
<b>III.5 Valeurs</b> .....	<b>17</b>
<b>III.6 Cibles prioritaires</b> .....	<b>17</b>
<b>III.7 Axes stratégiques</b> .....	<b>18</b>
<b>IV. Cadre de mise en œuvre</b>	<b>24</b>
<b>IV.1 Cadre institutionnel</b> .....	<b>24</b>
IV.1.1 Au niveau central : le Comité National de Coordination (CNC/SRAJ) .....	24
IV.1.2 Au niveau régional : le Comité Régional de Coordination (CRC/SRAJ) .....	24
<b>IV.2 Cadre organisationnel : Rôles des acteurs</b> .....	<b>25</b>
IV.2.1 Secteur public .....	25
IV.2.2 Secteur privé .....	26
IV.2.3 Partenaires Techniques et Financiers .....	26
IV.2.4 Organisations de Sociétés Civiles (OSC) .....	26
<b>IV.3 Cadre financier</b> .....	<b>26</b>
<b>V. Labélisation du Centre de Santé Ami des Jeunes</b>	<b>26</b>
<b>VI. Mécanisme de suivi évaluation</b>	<b>29</b>
<b>VI.1 Processus de planification</b> .....	<b>29</b>
<b>VI.2 Système de suivi et d'évaluation</b> .....	<b>29</b>
VI.2.1 Objectifs .....	29
VI.2.2 Ressources humaines .....	29
VI.2.3 Outils de suivi et évaluation .....	29
<b>Conclusion</b>	<b>29</b>
<b>Glossaire</b>	<b>30</b>
<b>Références bibliographiques</b>	<b>32</b>
<b>Liste des participants à l'élaboration du PSN SRAJ</b>	<b>33</b>

## ACRONYMES

<b>AC</b>	Agent Communautaire
<b>AFD</b>	Agence Française pour le Développement
<b>APART</b>	Autorités Politiques Administratives Religieuses et Traditionnelles
<b>AS</b>	Agent de Santé
<b>BM</b>	Banque Mondiale
<b>CARMMA</b>	Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique
<b>CECJ</b>	Centre d'Ecoute et de Conseil Juridique
<b>CHRD</b>	Centre Hospitalier de Référence de District
<b>CHRR</b>	Centre Hospitalier de Référence Régional
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier Universitaire
<b>CHUGOB</b>	Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique de Befelatanana
<b>CIMJ</b>	Comité Inter Ministériel de la Jeunesse
<b>COES</b>	Cadre d'Orientation d'Education Sexuelle
<b>COSAN</b>	Comité de Santé
<b>CPN</b>	Consultation Pré Natale
<b>CPoN</b>	Consultation Post Natale
<b>CPSE</b>	Centre de Promotion Sociale et Economique
<b>CRC</b>	Convention des Nations Unies sur les Droits de l'Enfant
<b>CR/U</b>	Commune Rurale/ Urbaine
<b>CSAJ</b>	Centre de Santé Ami des Jeunes
<b>CSB</b>	Centre de Santé de Base
<b>CTD</b>	Collectivités Territoriales Décentralisées
<b>DCI</b>	Direction des Curricula et des Intrants
<b>DEP</b>	Direction des Études et de la Planification
<b>DRS</b>	Direction Régionale de la Santé
<b>DSFa</b>	Direction de la Santé Familiale
<b>ECAR</b>	Eglise Catholique Apostolique Romaine
<b>EDSM</b>	Enquête Démographique et Sanitaire à Madagascar
<b>EMAD</b>	Equipe Managériale du District
<b>ENSOMD</b>	Enquête Nationale pour le Suivi des Objectifs du Millénaire de Développement
<b>EPM</b>	Enquête Périodique auprès des Ménages
<b>ESC</b>	Education Sexuelle Complète
<b>EVA</b>	Education à la Vie et à l'Amour
<b>FFOM</b>	Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces
<b>FISA</b>	Fianakaviana Sambatra
<b>FJKM</b>	Fiangonan'i Jesoa Kristy eto Madagasikara
<b>FKT</b>	Fokontany
<b>GAVI</b>	Global Alliance Vaccination International
<b>JJ</b>	Journée Internationale de la Jeunesse
<b>JIF</b>	Journée Internationale des jeunes Filles
<b>JIV</b>	Journée Internationale de Volontariat
<b>JMF</b>	Journée Mondiale de la Femme
<b>JMP</b>	Journée Mondiale de la Population
<b>JMS</b>	Journée Mondiale de la lutte contre le Sida
<b>JPE</b>	Jeune Pair Educateur
<b>IEC/CCC</b>	Information Éducation Communication/Communication pour le Changement de Comportement
<b>IMC</b>	Indice de Masse Corporelle
<b>INSPC</b>	Institut National de Santé Publique et Communautaire
<b>INSTAT</b>	Institut National de la Statistique

<b>IPPF</b>	Fédération Internationale pour le Planning Familial
<b>ISF</b>	Indice Synthétique de Fécondité
<b>IST</b>	Infection Sexuellement Transmissible
<b>MCRI</b>	Ministère de la Communication et de Relation avec les Institutions
<b>MCSP</b>	Programme de survie maternelle et infantile (Maternal and Child Survival Program)
<b>MDM</b>	Médecins du Monde
<b>MEN</b>	Ministère de l'Éducation Nationale
<b>MESRS</b>	Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
<b>METTFP</b>	Ministère de l'Enseignement Technique, du Travail et de la Formation Professionnelle
<b>MFRA</b>	Ministère des Fonctions Publiques et de la Réforme Administrative
<b>MICS</b>	Multi Indicators Cluster Survey
<b>MID</b>	Ministère de l'Intérieur et de la Décentralisation
<b>MINJ</b>	Ministère de la Justice
<b>MJ</b>	Maison des Jeunes
<b>MJS</b>	Ministère de la Jeunesse et des Sports
<b>MPPSPF</b>	Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme
<b>MSANP</b>	Ministère de la Santé Publique
<b>MSM</b>	Marie Stopes Madagascar
<b>MSR</b>	Maternité Sans Risque
<b>ODD</b>	Objectifs de Développement Durable
<b>ODEROI</b>	Observatoire des Droits de l'Enfant de la Région Océan Indien
<b>OEMC</b>	Office de l'Éducation de Masse et du Civisme
<b>OMD</b>	Objectif du Millénaire pour le Développement
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>ONN</b>	Office National de Nutrition
<b>OSC</b>	Organisation de la Société Civile
<b>PAC</b>	Paquet d'Activités Communautaires
<b>PAUSENS</b>	Programme d'Appui d'Urgences au Système de Santé
<b>PEC</b>	Prise en charge
<b>PF</b>	Planification Familiale
<b>PIP</b>	Programme d'Investissement Public
<b>PMO</b>	Plan de Mise en Œuvre
<b>PMPM</b>	Police des Mœurs et de Protection des Mineurs
<b>PNJ</b>	Politique Nationale de la Jeunesse
<b>PNSAJ</b>	Politique Nationale en Santé des Adolescents et des Jeunes
<b>PNSR</b>	Politique Nationale en Santé de la Reproduction
<b>PND</b>	Plan National de Développement
<b>PNSC</b>	Politique Nationale en Santé Communautaire
<b>PNUD</b>	Programme des Nations Unies pour le Développement
<b>PSE</b>	Plan Sectoriel de l'Éducation
<b>PSI</b>	Population Service International
<b>PSN</b>	Plan Stratégique National
<b>PTF</b>	Partenaires Techniques et Financiers
<b>PVVIH</b>	Personne Vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine
<b>RGPH</b>	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
<b>RMA</b>	Rapport Mensuel d'Activités
<b>RPI</b>	Ressource Propre Interne
<b>SAF/FJKM</b>	Sampan'Asa Fampandrosoana FJKM
<b>SAJ</b>	Services Amis des Jeunes
<b>SALFA</b>	Sampan'Asa Loterana momba ny Fahasalamana

<b>SDSP</b>	Service de District de la Santé Publique
<b>SE/CNLS</b>	Secrétariat Exécutif du Comité National de la Lutte contre le Sida
<b>SEED M/car</b>	Sustainable, Environment, Education and Development Madagascar
<b>SIDA</b>	Syndrome d'Immuno Déficience Acquis
<b>SIG</b>	Système d'Information et de Gestion
<b>SNIS</b>	Système National d'Information Sanitaire
<b>SNU</b>	Système des Nations Unies
<b>SRMNIA</b>	Santé de la Reproduction, Maternelle, Néonatale, Infantile, Adolescents
<b>SSR</b>	Santé Sexuelle et Reproductive
<b>S(S)RAJ</b>	Santé (Sexuelle et) Reproductive des Adolescents et des Jeunes
<b>STD</b>	Service Territorial Déconcentré
<b>TMT</b>	Tanora Mitsinjo Taranaka
<b>UNESCO</b>	Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture
<b>UNFPA</b>	Fonds des Nations Unies pour la Population
<b>UNICEF</b>	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
<b>USAID</b>	Agence des États Unis pour le Développement International
<b>USD</b>	Dollar Américain
<b>VBG</b>	Violence Basée sur le Genre
<b>VIH</b>	Virus de l'Immuno déficience Humaine
<b>VMM</b>	Vokovoko Manga Malagasy

## PREFACE

Les adolescents et les jeunes constituent l'avenir d'une Nation. Un pays à forte proportion de jeunes, qui n'investit pas en faveur de la jeunesse, manque des opportunités de développement. Facteurs de développement, les adolescents et les jeunes constituent pourtant la couche la plus vulnérable de la population s'ils restent dépendants. Ils sont confrontés à de multiples problèmes sociaux, économiques et sanitaires en lien avec la santé sexuelle et reproductive qui pourraient leur nuire.

Le Ministère de la Santé Publique a élaboré en 2000 une Politique Nationale en Santé de la Reproduction (PNSR) et une Politique Nationale en Santé des Adolescents et des Jeunes (PNSAJ). Le Ministère de la Jeunesse et des Sports a également révisé en 2016 la Politique Nationale de la Jeunesse (PNJ). Ces documents stratégiques tiennent compte de la réalité du pays et des principales recommandations auxquelles le Gouvernement s'est engagé notamment les recommandations de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD), les objectifs de Planification familiale 2020 et de la feuille de route pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale en Afrique (CARMMA).

Le présent document Plan stratégique National en Santé de la Reproduction des Adolescents et Jeunes (PSN SRAJ) clarifie et met à jour les dispositions stratégiques stipulées dans ces documents. C'est l'aboutissement d'un long processus impliquant les différents partenaires qui ont permis d'identifier les problèmes prioritaires et de déterminer les stratégies jusqu'en 2020. Il constitue par conséquent, un cadre de référence et un outil de travail pour tous les intervenants dans le domaine de promotion de SSRAJ dans le pays.

J'espère bien que cet important document profite à tous les acteurs, qu'ils soient décideurs gouvernementaux, les partenaires techniques et financiers, les départements interministériels, les Collectivités Territoriales Décentralisées, la Société civile, les Organisations Non Gouvernementales (ONG) et associations, les médias ou les jeunes eux-mêmes. Je les invite à s'en approprier afin qu'il serve de base de référence pour les actions à entreprendre, le plaidoyer pour la mobilisation des ressources nécessaires à tous les niveaux et surtout pour capitaliser les acquis.

J'adresse mes félicitations et remerciements aux partenaires qui ont apporté leur soutien technique et financier dans l'élaboration de ce plan stratégique.

Le Ministre de la Santé Publique



Pr. ANDRIAMANANIVO M. Lalatiana

## RESUME EXECUTIF

Le présent document du Plan Stratégique National en Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et Jeunes (PNS SRAJ) est une initiative du Ministère de la Santé Publique avec l'appui financier de l'USAID/MCSP et l'appui technique de tous les partenaires multisectoriels œuvrant dans la jeunesse. Il se veut un document d'orientation des interventions et de plaider pour la mobilisation des partenaires sociaux ainsi que des ressources du Gouvernement et des PTF en vue de la mise en œuvre des principales orientations nationales en SRAJ.

La population de Madagascar est une population jeune puisque la moyenne d'âge est de 21 ans. La tranche d'âge de 10 à 24 ans représente 32% de la population, dont plus de la moitié a moins de 20 ans. Cette importance numérique constitue un facteur stratégique à prendre en compte dans les politiques et stratégies de développement. Les statistiques ont démontré que cette tranche de la population se trouve confrontée à d'importants problèmes de santé sexuelle et de la reproduction notamment la grossesse précoce et/ou non désirée, les avortements provoqués, les IST/VIH, la faible prévalence contraceptive chez les jeunes, le cancer du col, la fistule obstétricale et le suicide, les violences basées sur le genre, la malnutrition et le mésusage des produits toxiques.

Les résultats des différentes enquêtes renseignent sur la persistance de la précocité de l'âge d'entrée à la vie sexuelle et reproductive, phénomène touchant les adolescents des deux sexes. Si les résultats de l'EDS 2008-2009 ont montré une légère amélioration des indicateurs de la santé sexuelle des adolescents (15-19 ans) en montrant que la fécondité de cette tranche d'âge se situe autour de 148 pour 1000 (contre 157 pour 1000 dans EDS 2003-2004), en 2012 la situation s'est aggravée avec une fécondité des adolescentes se situant à 163 pour 1000 filles (ENSOMD 2012-2013).

Bien que la séroprévalence du VIH/SIDA pour la population générale est relativement faible à 0,37%, plus de la moitié du taux d'infection concerne les jeunes de moins de 25 ans.

Les enquêtes nationales mettent en évidence un lien entre le faible niveau d'éducation et les problèmes de santé sexuelle et reproductive. Le taux d'alphabétisation pour les plus de 15 ans accuse une hausse avec une forte disparité régionale. Sur 100 élèves qui entrent à l'école, 50 à 60 terminent le cycle primaire ; 25 à 30 le collège ; 15 parviennent en terminale. Seulement 5 à 6 ont l'espérance d'avoir le baccalauréat. Environ 14% des enfants de 6-17 ans n'entreront jamais à l'école en 2010.

Face à l'ampleur des problèmes de SRAJ, plusieurs initiatives ont été mises en œuvre tant au niveau des structures publiques qu'au niveau des Organisations de la Société Civile (OSC) et du secteur privé. L'analyse situationnelle réalisée en amont à l'élaboration de ce plan a révélé que les interventions menées présentent des atouts et des limites.

### Des limites

- Faiblesse de l'appropriation des intervenants de diverses directives cadres.
- Coordination des acteurs insuffisante pour un meilleur échange en SRAJ.
- Manque d'uniformisation des stratégies ciblées en SRAJ pour les services des prestataires/acteurs.
- Ressources au profit de la SRAJ limitées.
- Multiplicité des critères de labélisation des CSAJ.
- Outils de suivi des interventions en SRAJ mal exploités ou parfois incomplets.
- Faible implication des adolescents et des jeunes dans les programmes les concernant.

### Des atouts

- Politiques, documents cadres, normes et standards de services en SRAJ, VIH/sida, et genre disponibles.
- Textes et conventions internationales sur les droits humains, y compris à la santé reproductive.
- Intérêt mondial grandissant sur la promotion de la santé des adolescents et des jeunes.
- Population adolescente et jeune : cible prioritaire dans la lutte contre le VIH/sida et de certains programmes ministériels.
- Existence d'organisations de jeunesse et acteurs œuvrant en SRAJ engagés.

Au regard de cette situation, il importe de fixer de nouvelles bases d'interventions de SRAJ où « Madagascar est un pays où tous les adolescents et jeunes de 10 à 24 ans jouissent de leurs droits en matière de santé sexuelle et reproductive, accèdent aux informations et aux services de qualité en fonction de leurs besoins spécifiques et aptes à adopter individuellement et collectivement des comportements favorables à la santé ».

Pour concrétiser cette vision, l'objectif général qu'on s'est fixé est de « contribuer à la réduction de morbidité et mortalité maternelle et infantile en ayant comme cibles prioritaires les adolescents et les jeunes de 10 à 24 ans ».



## Objectifs spécifiques

01

Améliorer l'environnement politico-légal, institutionnel, socio-culturel et programmatique du développement des activités en SSRAJ à Madagascar

02


Renforcer les connaissances et les compétences des parties prenantes notamment les adolescent(e)s et jeunes, les acteurs communautaires incluant les personnes influentes, ainsi que les prestataires impliqués dans la mise en œuvre des programmes en SSRAJ

03

Accroître la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation des services de SSRAJ de qualité

04

Coordonner, suivre et évaluer les interventions harmonisées en matière de SSRAJ



## Axes stratégiques d'intervention

01

Plaidoyer et dialogue de politique auprès des Ministères sectoriels, Partenaires Techniques et Financiers et leaders communautaires pour un soutien et un engagement socio-culturel et légal favorable en SSRAJ

02

Renforcement de l'accès aux informations répondant aux besoins des adolescents et des jeunes ainsi que des personnes influentes par une communication stratégique

03

Renforcement de capacités institutionnelles et des compétences techniques et managériales des acteurs impliqués dans la mise en œuvre du PSN, y compris les jeunes

04

Offre de services communautaires et cliniques intégrés de SRAJ de qualité et conviviaux adaptés aux adolescents et jeunes

05

Gouvernance, coordination multisectorielle, suivi et évaluation des interventions.



# INTRODUCTION

Le présent document traite des sujets liés à la Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes de 10 à 24 ans, qui ne sont ni enfants ni adultes. Il s'agit d'une période de profonds changements physiques et psychologiques, où la croissance et le développement physiques s'accompagnent d'une maturation sexuelle et cérébrale aboutissant parfois à des relations intimes. Les termes « adolescents et jeunes » du présent document se réfèrent aux définitions des Nations Unies de 10 à 24 ans.

## Définition des termes

Terme	Tranche d'âge	Source
Enfants	0-18 ans	Convention sur les Droits de l'Enfant
Adolescents	10-19 ans	UNFPA, OMS, UNICEF
Très jeunes adolescents	10-14 ans	UNFPA, UNICEF
Jeunesse	15-24 ans	UNFPA, OMS, UNICEF
Jeunes	10-24 ans	UNFPA, OMS, UNICEF

## La Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes (SRAJ)

La 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 et les 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

## Pourquoi se focaliser sur la Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes ?

Il est constaté une mortalité maternelle stagnante autour de 478 pour 100 000 naissances vivantes<sup>1</sup> au cours des deux dernières décennies malgré les efforts menés auprès de la mère et de l'enfant de moins de 5 ans sans considération des spécificités des jeunes. Comme cette tranche d'âge de 10 à 24 ans couvre les 32% de la population<sup>2</sup>, et que le taux de fécondité chez les adolescentes de moins de 19 ans à Madagascar est parmi les plus élevés au monde (13<sup>e</sup> pays en 2015, selon World Atlas 2015), une action focalisée sur la SRAJ réduirait ce fardeau de mortalité maternelle à long terme. Une faible prévalence contraceptive chez ce même groupe est également constatée. D'autant plus que, selon l'ENSOMD 2012 - 2013 de l'INSTAT, le risque de mortalité infantile est plus élevé chez les mères de moins de 20 ans au moment de l'accouchement ou avec un intervalle intergénéral de moins de 2 ans.

Investir chez les jeunes garantit au pays de bénéficier son dividende démographique<sup>3</sup>. Tous les efforts investis dans la prévention des grossesses non désirées et l'amélioration de l'espacement des grossesses chez les adolescentes et les jeunes contribuent à la réalisation des Objectifs de Développement Durable<sup>4</sup> et permettront de :

- réduire la morbidité et la mortalité maternelles et infantiles,
- réduire le taux de prévalence de la grossesse précoce,
- diminuer le taux d'avortements,
- réduire l'incidence des IST dont le VIH/sida,
- améliorer l'état nutritionnel,
- offrir aux jeunes filles la possibilité de poursuivre leurs études ainsi que des opportunités économiques plus prometteuses.



## Méthodologie

L'approche méthodologique suivie pour l'élaboration de ce PSN SRAJ a été participative et systémique, pour identifier les problèmes structurels et organisationnels des réponses en matière de SSRAJ dans le pays.

1 ENSOMD 2012-2013, INSTAT

2 Projection utilisée par MSANP, INSTAT lors des calculs des besoins

3 Le dividende démographique : Investir chez les jeunes, UNFPA, 2013.

4 Déclaration du consensus mondial sur l'élargissement du choix contraceptif pour les adolescent(e)s et les jeunes : Vers l'inclusion de la contraception à longue durée d'action réversible, Cotonou 2015





## I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

### I.1 Contexte du pays

#### I.1.1 Situation démographique et sanitaire

Madagascar est une grande île qui se situe dans la partie Sud-Ouest de l'Océan Indien avec une superficie totale de 587 401 km<sup>2</sup>. Il est divisé en 6 provinces, 22 régions, 119 districts, 1695 communes dont 76 communes urbaines (CU) et 1619 communes rurales (CR)<sup>5</sup>. Le pays est subdivisé en 18 521 fokontany qui sont les plus petites unités administratives. Sa population était estimée à 24 millions d'habitants en 2014 dont 62,3% ont moins de 25 ans et 32% de 10 à 24 ans<sup>6</sup>.

“ La population a doublé entre 1990 et 2013 ”

La population a doublé entre 1990 et 2013. Selon la dernière projection démographique des Nations Unies, d'ici à 2030, la population de Madagascar sera accrue d'environ 50% pour atteindre 36 millions d'habitants et la population âgée entre 15 et 24 ans aura augmenté d'environ 2 millions<sup>7</sup>. La taille moyenne d'une famille malagasy est composée de 5 personnes.<sup>8</sup>

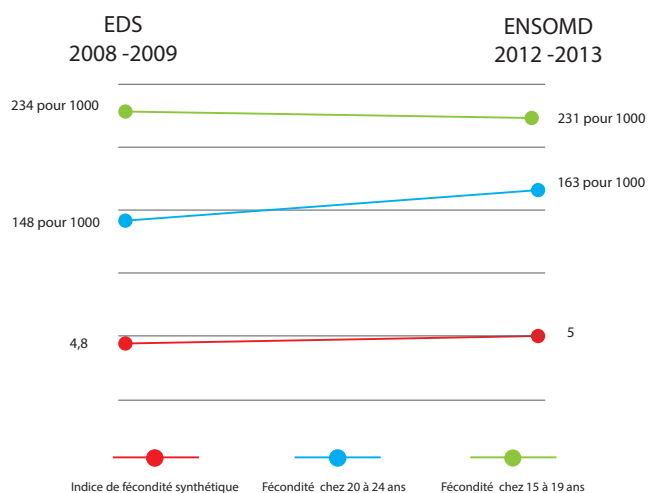
5 Données du Ministère de la Décentralisation, 2017

6 Contexte de Madagascar 2016, UNDP Madagascar website

7 World Atlas 2015

8 Rapport de la Banque Mondiale, 2015

## Tendances autour de la fécondité des adolescents et des jeunes de 2008 à 2013



Le taux synthétique de fécondité est de 4,8 naissances par femme et le taux de croissance démographique de l'ordre de 2,8% mais il existe des variations importantes selon le lieu et les quintiles de revenu. Le taux synthétique de fécondité pour les zones rurales est presque le double de celui de la capitale (5,2 contre 2,7) tandis que celui du quintile le plus pauvre est 2,5 fois celui du plus riche<sup>9</sup>.

Madagascar fait partie des pays à forte prévalence de grossesse précoce. La fécondité chez les adolescentes est de l'ordre de 163 pour 1000 naissances vivantes<sup>10</sup>. Le pourcentage d'adolescentes ayant donné naissance est près de 4 fois plus élevé pour le quintile le plus pauvre que pour celui le plus riche. Malgré l'augmentation de la prévalence contraceptive moderne de 18% en 2004 à 29% en 2009 et 33,3% en 2013, les besoins non satisfaits sont encore élevés à 17,8% selon l'enquête nationale sur les OMD<sup>11</sup>. Les mêmes sources révèlent que l'utilisation de contraceptifs pour les adolescents et jeunes reste faible.

D'une part, l'accès géographique aux services de santé est problématique. D'autre part, le recours aux services est inégalement réparti, marqué par une inégalité substantielle en termes de revenu et richesse. La couverture des services de santé amis des jeunes (CSAJ) est encore faible à Madagascar. Les facteurs sous-jacents de la faible utilisation du service et ses corollaires résident essentiellement sur la couverture des services de santé de base limitée ainsi que la qualité de l'offre auprès de ces services<sup>12</sup>.

Madagascar s'est engagé à la Stratégie Globale des Nations Unies sur la santé de la Femme et de l'Enfant et a contribué à sa mise en œuvre. Cette stratégie globale définit les principaux domaines où il faut agir d'urgence pour accroître les financements, renforcer les politiques générales et améliorer la fourniture des services. En 2014, le pays a lancé la Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle (CARMMA) relayée par un engagement de haut niveau. Ainsi, le Ministère de la Santé Publique a élaboré le Plan National de Développement du Secteur de la Santé (PNDSS) qui priorise la santé maternelle et infantile et la santé des jeunes et adolescents. La Conférence Nationale sur la Planification Familiale tenue en 2016 a souligné l'importance de la révision de la loi SR/ PF. Le projet de loi en santé de la reproduction y relatif recommande, entre autres, l'accessibilité des adolescents et jeunes à la contraception.

### 1.1.2 Situation économique

Selon le milieu de résidence, 78 % de la population malgache vit en milieu rural et 22% en milieu urbain<sup>13</sup>. Le taux de pauvreté rurale est presque deux fois plus élevé que ceux relevés en milieu urbain<sup>14</sup>. Trois quart des jeunes se trouvent en milieu rural travaillant notamment dans l'agriculture et dans les activités de commerce et, sept jeunes sur dix proviennent de ménages pauvres<sup>14</sup>.

*« Le taux d'activité est très élevé avec près de deux tiers des adolescents malgache âgés de 15 à 19 ans professionnellement engagés. »*

La majorité de la population malgache souffre de pauvreté extrême selon le rapport de la Banque Mondiale en 2015. Le taux de la pauvreté dans le milieu urbain est de 48% contre 77,3% dans le milieu rural. Le dernier classement de l'Indice de Développement Humain classe Madagascar à 154<sup>ème</sup> sur 188 pays : 91% de la population vivant en dessous du seuil national de pauvreté (moins de 2USD par jour) avec 71% vivant dans l'extrême pauvreté (moins de 1,25 USD par jour)<sup>15</sup>. Les ménages dirigés par une femme et les ménages comptant un nombre plus élevé d'enfants présentent des taux de pauvreté plus élevés. Les principales caractéristiques des ménages associés à la pauvreté ont un emploi dans le secteur agricole, ont un faible niveau d'instruction et un accès restreint aux avoirs productifs<sup>16</sup>.



Crédit photo : Haingo Ralaison

9 ENSOMD 2012-2013, INSTAT

10 ENSOMD 2012-2013, INSTAT

11 ENSOMD 2012-2013, INSTAT

12 Les jeunes malgaches : Faits et chiffres - Rapports synthétique, UNICEF 2011/EDS 2008-2009, INSTAT/Recherche formative sur les facteurs individuels, familiaux, communautaires et de services influençant l'utilisation des services en santé sexuelle et reproductive par les jeunes parents dans deux régions de Madagascar, MCSP 2016 /Evaluation des services de santé adaptés aux besoins des adolescents et des jeunes dans la région de l'Afrique de l'est et du sud : Rapport de Madagascar, IFFP UNFPA, 2017

13 Contexte de Madagascar 2016, UNDP Madagascar website

14 Rapport de la Banque mondiale, 2015

15 Contexte de Madagascar 2016, UNDP Madagascar website

16 Enquête sur la transition de jeunes vers l'emploi, OIT, 2014

En ce qui concerne le domaine de l'emploi et insertion socioéconomique, le déséquilibre du marché du travail est devenu chronique à Madagascar. On assiste à une crise de l'emploi avec pour corollaire l'explosion de l'économie informelle. En 2012, selon l'ENSOMD, l'économie malagasy était dominée à 93,4% par les activités informelles où 89,5% des actifs occupés évoluaient dans l'agriculture.

Le taux de chômage reste faible à Madagascar, à moins de 5% de la population active. Le taux d'activité est très élevé avec près de deux tiers des adolescents malagasy âgés de 15 à 19 ans professionnellement engagés. Parmi eux, 82% font des activités qui constituent un travail précaire où la majorité travaille pour contribuer aux revenus de leurs familles. Selon le rapport d'enquête de l'Organisation Internationale du Travail (OIT)<sup>17</sup> en 2014, 70% des jeunes malagasy ont un travail non régulier compte tenu de l'importance du secteur informel. Les jeunes filles sont plus touchées par cette irrégularité de l'emploi. Plus de la moitié des jeunes chômeurs ont passé au moins un an au chômage. La moitié des jeunes travailleurs sont des aides familiaux non rémunérés. Seulement 4% d'entre eux sont des employeurs. Dans l'ensemble, 75,7% des jeunes travailleurs se trouvent dans le secteur de l'agriculture. Les conditions de travail des jeunes restent précaires dans les emplois salariés et rares sont ceux qui bénéficient des avantages sociaux fondamentaux. Ainsi, seulement 5,3% d'entre eux sont payés pour leurs heures supplémentaires de travail.

Le travail des enfants affecte 51% des enfants dans le Grand Sud et touche plus les filles que les garçons, respectivement 53% et 47%. Les filles sont plus engagées que les garçons dans les travaux ménagers (50% des filles de 6-11 ans et 76% des filles de 12-14 ans contre 26% des garçons de 6-11 ans et 38% des garçons de 12-14 ans)<sup>18</sup>. Les filles sont aussi plus impliquées dans le travail dans une entreprise familiale (compagnie ou ferme), alors que les garçons sont plus présents dans le travail rémunéré.

L'inadéquation de la formation à l'emploi touche 6 jeunes sur 10 ; 12% s'estiment surqualifiés et 48,4% ressentent des lacunes dans leurs connaissances ou leurs capacités<sup>19</sup>. La formation sur le tas représente le mode dominant d'acquisition des techniques de base pour l'exercice d'un métier<sup>20</sup>.

### 1.1.3 Situation socioculturelle

A Madagascar, le contexte socioculturel est marqué par l'emprise des pratiques, des us et coutumes dans toutes les régions de l'île avec une certaine intensité dans certaines régions<sup>21</sup>. 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<sup>22</sup>.

Certaines pratiques traditionnelles sont néfastes à la santé et surtout à la santé de la reproduction en allant à l'encontre du respect des droits humains comme le mariage arrangé ou forcé, le mariage des enfants.

“ Certaines pratiques traditionnelles sont néfastes à la santé et surtout à la santé de la reproduction en allant à l'encontre du respect des droits humains comme le mariage arrangé ou forcé, le mariage des enfants ”

La violence et les pratiques discriminatoires envers les femmes et les filles, la faible valorisation des jeunes ou la liberté sexuelle des jeunes sont encore très courant à Madagascar. Environ 33% des femmes malagasy subissent une violence au cours de sa vie sous forme de violence conjugale, viol et inceste, exploitation sexuelle et proxénétisme. Cette violence est pourtant largement acceptée étant donné que 35% des adolescentes de 15-19 ans pensent qu'il est justifié que, pour certaines raisons, un mari batte sa femme/partenaire, contre 33,3% chez les adolescents<sup>23</sup>.

L'engagement des leaders traditionnels, réunis au cours du symposium national en 2014, qui a pour objectif de créer un environnement favorable pour la mise en œuvre des programmes de développement dans le respect des droits de l'homme en général et ceux des femmes et jeunes en particulier<sup>24</sup>n'a pas été suivi sur le terrain.

### 1.1.4 Situation de l'éducation

Le Rapport de la Banque Mondiale 2015 souligne que le système éducatif de Madagascar n'est pas capable d'offrir une scolarité à tous les enfants. Le taux de fréquentation scolaire des enfants âgés de 6 à 14 ans a fortement reculé au cours de la période 2005-2012, allant de 77% à 74% en 2010 et 69% en 2012<sup>25</sup>.

La baisse du taux de fréquentation a été inégale, affectant en particulier les zones rurales et les régions du sud. Les réductions et les niveaux d'exclusion les plus significatifs ont été observés dans les zones rurales, en particulier pour

17 Enquête sur la transition de jeunes vers l'emploi, OIT, 2014

18 Enquête sur la transition de jeunes vers l'emploi, OIT, 2014

19 Enquête sur la transition de jeunes vers l'emploi, OIT, 2014

20 Politique Nationale de l'emploi et de la formation professionnelle, MEFTP, 2015.

21 Les facteurs qui sous-tendent la sexualité des ados dans les régions Atsimo Andrefana, UNFPA/ UNICEF, 2012

22 Les faits et les chiffres sur la jeunesse Malagasy, UNICEF- UNFPA 2012 ; Family Planning TRaC survey, PSI Madagascar, 2015

23 Etude sur les violences basées sur le genre, UNFPA, 2013

24 Rapport du Forum national des leaders traditionnels à Majunga UNFPA /MPPSPF, 2015

25 Annuaire statistique de l'éducation, 2006-2007 et 2013-2014



les garçons. Les estimations les plus récentes indiquent que 1,4 million d'enfants âgés de 6-10 sont non scolarisés<sup>26</sup>.

Le système éducatif malagasy actuel arrive mal à préparer les élèves pour faire face aux marchés du travail aussi bien au niveau du secteur formel qu'informel. D'une part, un grand nombre d'enfants ne sont pas scolarisés ; d'autre part, ceux qui ont terminé le cycle de base pouvant entrer sur le marché du travail n'ont pas suffisamment de compétences fonctionnelles pour leur permettre soit d'être indépendants soit d'améliorer leurs moyens de subsistance. En plus, l'offre en matière de formation technique et professionnelle est limitée, et l'enseignement supérieur est principalement axé sur les sciences sociales préparant les étudiants pour le travail dans le secteur tertiaire<sup>27</sup>.

Le nouveau Plan Sectoriel de l'Éducation (PSE) élaboré conjointement par les trois ministères en charge de la formation<sup>28</sup> en 2017 a introduit des réformes et des nouvelles orientations pour pallier à ces lacunes. Ces orientations auront un impact sur le niveau d'instruction des adolescents malagasy qui, à leur tour, influera sur les problèmes de SSR étant donné qu'il existe une corrélation entre le niveau d'instruction et les grossesses précoces<sup>29</sup>.



Crédit photo : Victoire Rakotobe, MEN

Formation des formateurs de l'éducation parentale



Éducation par les pairs organisée par MJS à Majunga

L'éducation non formelle et informelle tiennent une place importante dans le système éducatif à Madagascar. L'éducation non formelle est souvent assurée par les ONGs et association de jeunes (scouts) ainsi que par les programmes communautaires des départements ministériels et des autres institutions. On cite parmi tant d'autres, le programme d'éducation des parents (MEN ; MCSP ; EKAR Santé) ; le programme d'éducation par les pairs (MJS, PSI, MSM, FISA, SALFA, SAF FJKM) et l'éducation sanitaire effectuée par les centres de santé en partenariat avec les agents communautaires et les sensibilisateurs communautaires

(MSM, PSI, MCSP, FISA, USAID Mikolo, Mahefa Miaraka). L'éducation non formelle offre une formation aux compétences de base pour que les jeunes aient des comportements protecteurs et responsables vis-à-vis de la grossesse précoce et non désirée tant au niveau des écoles qu'au niveau communautaire et en milieu de travail<sup>30</sup>.

## 1.2 Situation et besoins des adolescents et des jeunes

### 1.2.1 Profil socio-sanitaire des adolescents et des jeunes

#### Santé reproductive

L'évolution des indicateurs en matière de SSRAJ depuis ces dernières années illustre les nombreux problèmes auxquels font face les adolescents et les jeunes dont la précocité persistante des rapports sexuels, la forte prévalence de grossesse précoce et le taux de fécondité des adolescentes élevé.

26 Plan intérimaire de l'Éducation 2012-2015 MEN, 2012

27 Plan sectoriel de l'éducation, MEN, 2017

28 Il s'agit de MEN, MEFTP et MESRS

29 EDSMD 2008-2009

30 Projet de renforcement de capacité des jeunes déscolarisés et non scolarisés, UNESCO, 2014

Selon l'ENSOMD 2012-2013 :

- l'âge médian des femmes de 20-24 ans aux premiers rapports sexuels est de 16,6 ans.
- 20,4% des filles contre 10,5% des garçons de 15-19 ans ont eu leurs premiers rapports sexuels avant 15 ans.
- Le taux de fécondité des adolescentes de 15-19 ans est estimé à 163 pour 1000 filles.
- 37% des adolescentes de 15-19 ans ont déjà commencé leur vie de reproduction dont 5% sont enceintes du premier enfant et 32% ont au moins un enfant.

“ La précocité des rapports sexuels, une forte prévalence de grossesse précoce et un intervalle intergénéral court sont observés chez les adolescents et les jeunes malgaches et menacent leur santé familiale

L'utilisation actuelle de méthodes contraceptives chez les adolescentes non en union mais sexuellement actives âgées de 15-19 ans est très bas :

- 76% n'ont jamais utilisé de méthode de contraception
- 13,7 % seulement utilisent les méthodes modernes de contraception
- 13,8% de besoins non satisfaits en PF
- 79,6% n'ont reçu aucun message de PF au cours des trois derniers mois précédant l'enquête
- 18,2% n'ont jamais attendu parler de méthodes modernes de contraception

#### Evolution de quelques indicateurs sur la santé reproductive entre 1992 et 2012

Indicateurs	EDS 1992	EDS 1997	EDS 2003	EDS 2008	ENSOMD 2012
Taux brut de natalité (‰)	43,3	42,3	35,3	33,4	34
Taux spécifique de fécondité de 15-19 ans (‰)	157	180	150	148	163
Indice Synthétique de Fécondité	6,1	5,97	5,2	4,8	5
Proportion d'adolescentes de 15-19 ans ayant déjà commencé leur vie féconde (%)	29,0	35,7	34	31,7	36,9
Besoins non satisfaits en matière de PF (%)	34,6	25,6	23,6	18,9	17,8
Prévalence contraceptive (%)	5,1	9,7	18,3	29,2	33,3

Il est à rappeler que la pratique persistante du mariage des enfants contribue au taux élevé de la grossesse précoce. Afin d'y remédier, le législateur a fixé l'âge matrimonial à 18 ans (cf. Loi 2007-022 sur le mariage) mais a aussi prévu la possibilité d'y déroger sur autorisation du Président du Tribunal à la demande des parents et avec le consentement du ou des mineurs. Malheureusement, il a été constaté en 2013 que 41% des femmes de 20 à 24 ans sont encore unies ou mariées avant 18 ans<sup>31</sup>.

Les adolescentes enceintes sont plus exposées à la morbidité et à la mortalité en raison des complications qui peuvent apparaître au cours de la grossesse et de l'accouchement, dont l'avortement spontané, l'arrêt du travail, le travail prématuré, le travail prolongé pouvant entraîner la fistule obstétricale. Bien que seuls 9,9% des jeunes femmes et 6,9% des jeunes hommes âgés de 15 à 19 ans ont entendu parler de la fistule obstétricale, les adolescentes sont les plus touchées avec une prévalence de 8,3 pour 1000 accouchements<sup>32</sup>.

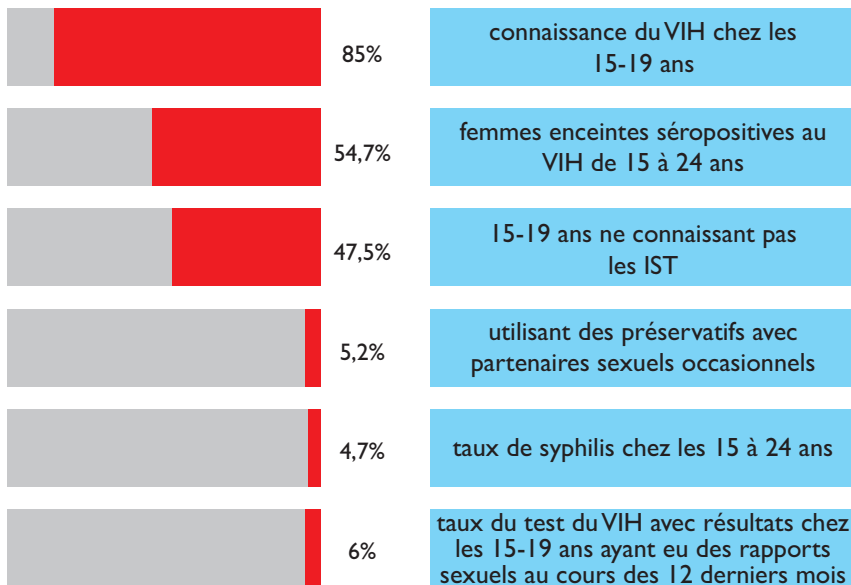
#### IST / VIH

“ De par leurs pratiques sexuelles à risque, les adolescents et les jeunes malgaches figurent parmi les sous-populations les plus exposées aux IST et à la transmission du VIH.

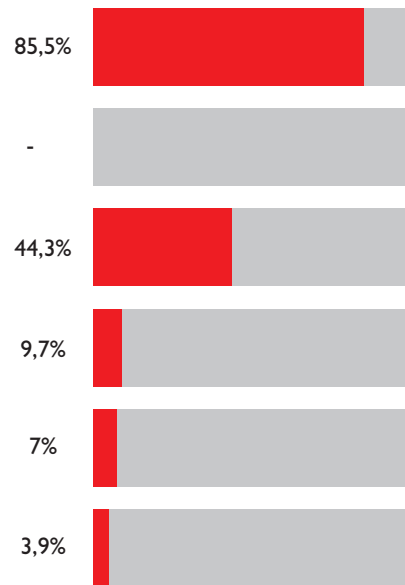
<sup>31</sup> Rapport de situation nationale sur l'hygiène et l'éducation sexuelle, UNESCO, 2013  
<sup>32</sup> ENSOMD 2012-2013, INSTAT

## EDS 2008-2009

### Jeunes femmes



### Jeunes hommes



### Nutrition

La nutrition des adolescents de 15 à 19 ans demeure un problème à Madagascar. L'anémie, un des signes de la malnutrition constitue un facteur de risque pour la grossesse. En ce qui concerne la prévalence de l'anémie, 35,1% des filles présentent une anémie dont 30,1% légère et 4,8% modérée. Quant aux garçons, 40% présentent une anémie dont 32,1% légère et 7,9% modérée<sup>33</sup>.

Pour l'Indice de Masse Corporelle (IMC), 27% des adolescentes ont un IMC inférieur à 18,5 traduisant soit une déficience énergétique chronique soit une malnutrition aiguë. Plus d'un quart (17%) présentent une maigreur légère, 10% une maigreur modérée ou sévère et 1,9% sont en surpoids ou accusent une obésité<sup>33</sup>.

Il est fort de signaler qu'une jeune mère malnutrie a une forte chance de donner naissance à un bébé de faible poids et de petite taille qui, sans prise en charge adéquate durant ses 1000 premiers jours (de la conception à 2 ans) devient victime de malnutrition chronique. Ce phénomène risque de se perpétuer de génération en génération.

« Plus d'un quart des adolescents de 15 à 19 ans présentent une maigreur légère, 10% une maigreur modérée ou sévère et 1,9% sont en surpoids ou obèses. »

### Utilisation de substances nocives

« A 15 ans, 7% des garçons et 3% des filles ont déjà consommé au moins une fois de la drogue. »

Selon l'enquête effectuée en 2008 par l'ODEROI au niveau de 43 établissements scolaires de l'enseignement secondaire (collège et lycée), on a constaté un taux de consommation de drogue égal à 19% dont la moitié chez des collégiens. A 15 ans, 7% des garçons et 3% des filles ont déjà consommé au moins une fois de la drogue.

En ce qui concerne la consommation d'alcool, la prise du premier verre selon MICS 2012 se situe à 1% avant 12 ans, 2% entre 12-15 ans et 31% vers l'âge de 15-18ans. Une étude menée par l'Institut National de Santé Publique et Communautaire (l'INSPC)<sup>34</sup>, avec la Fédération Internationale de la Croix Bleue a montré qu'en 2013, les jeunes de 15 à 30 ans scolarisés sont les plus habitués à la consommation d'alcool.

<sup>33</sup> EDS 2008-2009, INSTAT

<sup>34</sup> Etude sur la toxicomanie, INSPC, 2014



Si depuis toujours, la pauvreté a été déclarée comme la principale cause ayant poussé les jeunes à consommer de l'alcool ou du tabac, maintenant ce n'est plus le cas selon cette même étude. Elle a montré que plus les jeunes sont instruits, plus ils se livrent à la consommation des produits psychotropes. On peut estimer actuellement que plus de 50% des jeunes et adultes malagasy consomment ces substances. La grande liberté des publicités sur les boissons alcoolisées depuis 2011 aggrave la situation quant à l'usage nocif de l'alcool<sup>35</sup>.

Par ailleurs, l'enquête nationale sur le tabagisme auprès des élèves âgés de 13 à 15 ans a montré la prévalence du tabagisme chez les jeunes à 19,3% pour les cigarettes et 7% pour le tabac à chiquer<sup>36</sup>.

### 1.2.2 Offres de services

Malgré l'importance relative du nombre des acteurs œuvrant dans le domaine de la SSRAJ, les interventions menées jusqu'à présent ne répondent pas forcément aux besoins. Les programmes sont très limités en terme de couverture, d'implication des bénéficiaires dans leur conception et leur suivi, et de l'insuffisance de coordination et de synergie entre les différents intervenants. Bon nombre des adolescents vulnérables, surtout ceux hors du système scolaire et en situation précaire, vivant surtout dans le monde rural n'ont été touchés que rarement par les interventions en cours.

« Bien que les services de santé sexuelle et reproductive soient parfois disponibles dans les formations sanitaires, les adolescents et les jeunes n'y accèdent que rarement. »

La prise en charge des besoins en SSRAJ n'a pas été ciblée de façon adéquate même si on note des avancées notoires en terme de visibilité.

En effet, bien que les services de SSRAJ soient le plus souvent disponibles dans les formations sanitaires conformément au paquet minimum de soins (PNSAJ, Normes et Standards en SR), les adolescents et jeunes n'y accèdent que très peu suivant les données disponibles dans les centres<sup>37</sup>. Les raisons de cette faible utilisation sont à la fois liées à la conception du système en lui-même, à l'insuffisance d'information ou d'orientation, aux compétences des prestataires et au manque d'appui et d'accompagnement pour l'opérationnalisation de l'offre de service.

### 1.2.3 Faible participation des jeunes

La participation des jeunes au processus de prise de décision s'est beaucoup améliorée depuis ces derniers temps<sup>38</sup>. Les représentants des jeunes ont au moins été présents dans le processus d'élaboration de la Politique Nationale de la Jeunesse et dans l'élaboration des plans d'actions y afférents. La mise en place du programme d'éducation par le pair, le conseil de la jeunesse ainsi que la représentation des jeunes dans les activités de planification régionale constituent une forme d'implication effective des jeunes dans les programmes les concernant.

Malgré de nombreux efforts et de progrès réalisés, force est de constater que les jeunes ne sont pas suffisamment engagés et ne participent que de manière limitée aux questions concernant tant leur propre développement que celui du pays.

D'une part, cette situation peut s'expliquer par le manque de confiance accordée à la jeunesse qui est en lien avec la culture de « droit d'aînesse » illustré dans les pratiques quotidiennes<sup>39</sup>. En effet, les jeunes se retrouvent confrontés à un système qui les exclut de la prise de décision. Certains jeunes font pourtant preuve d'engagement et de motivation, comme le démontre l'existence de plusieurs réseaux, d'associations ou de mouvements de jeunesse<sup>40</sup>.

« Les jeunes ne sont pas suffisamment engagés et ne participent que de manière limitée aux questions liées à leur propre développement et à celui du pays. »

D'autre part, la deuxième raison se trouve dans le désintérêt des jeunes dans les choses publiques. Le rapport d'enquête sur les préoccupations des jeunes<sup>41</sup> effectuées par le PNUD en 2013 a révélé que la participation aux affaires politiques est à la sixième préoccupation des jeunes de Madagascar. La participation est très loin derrière la santé de la reproduction et de l'emploi qui occupent les premières places.

Enfin, le manque de compétences et d'expériences freine aussi la participation des jeunes. Ceux qui s'engagent au sein des structures telles que les Conseils de la Jeunesse, bien que motivés et engagés, se sentent affaiblis et limités dans leurs capacités de négociation. En ce qui concerne la participation des jeunes dans les offres de services au niveau des centres de santé, elle se limite dans les activités de sensibilisation faites par quelques pairs éducateurs. L'implication de jeunes dans le processus de prise de décision, de la planification et du suivi évaluation des activités du centre de santé est quasi inexistante<sup>42</sup>.

35 Président national du VMM «Vokovoko Manga Malagasy», in Midi Madagascar du 9 sept 2016

36 Enquête GYTS : Global Youth Tobacco Survey en 2008

37 Rapport Mensuel d'Activités, MSANP

38 Rapport annuel d'activité, DPJ/MJS, 2015

39 Les droits d'aînesse : La prise de décision et de la parole sont réservées pour les aînées, tandis que les besoins sont pour les cadets, in Les proverbes Malagasy RP Malzac,

40 Des ONG ou associations de jeunes qui sont de plus en plus actifs dans différents domaines comme la santé, la citoyenneté, l'environnement, le volontariat

41 Enquête sur les préoccupations de jeunes à Madagascar, PNUD, 2014

42 Evaluation de services de santé amis de jeunes, UNFPA, IPPF/FISA, 2015

### 1.2.4 Jeunesse mal informée et peu exposée aux médias

Selon l'EDSM 2008-2009, plus de 70% des jeunes n'ont reçu aucun message sur la planification familiale de l'un ou de l'autre des trois médias (radio, télé, journal). Les garçons de 15 à 19 ans sont les moins exposés aux messages sur la PF transmis par les médias. Dans les régions du Sud, l'accès aux médias des jeunes femmes vivant en milieu rural reste faible ; seulement 1% a déjà utilisé un ordinateur, 0.3% a déjà utilisé l'internet et 18% utilisent le téléphone.



Selon les répondants dans une recherche formative effectuée par l'USAID/Mikolo<sup>43</sup>, les jeunes préfèrent largement les médias récréatifs tels que les films et vidéos tel que cinéma mobile. La radio est aussi populaire parmi les jeunes. Ils l'utilisent pour écouter la musique, les théâtres radiophoniques, le journal, les publicités et les dédicaces.

“ Plus de 70% des jeunes n'ont reçu aucun message sur la planification familiale de l'un ou de l'autre des trois médias (radio, télé, journal). ”

La transmission des messages par téléphone est encore faible dans beaucoup de régions et ainsi que le taux de pénétration de l'internet<sup>44</sup>. Vu le succès de réseaux sociaux chez les jeunes urbains et suburbains<sup>45</sup>, l'usage de téléphones portables et d'internet donne aux jeunes la discrétion dont ils ont besoin pour accéder à l'information relative à l'éducation sexuelle. Il en est de même pour l'usage de téléphone dans de nombreux programmes de santé en utilisant des lignes gratuites, comme la ligne verte « Allo Fanantenana » et « la ligne 147 SOS Enfant », pour répondre aux besoins en matière de SR incluant le VIH et la protection de l'enfant.

### 1.2.5 Violence basée sur le genre

La situation difficile que connaissent la majorité des adolescents et jeunes est plus marquée chez les filles. Socialement, économiquement et politiquement plus désavantagées, elles connaissent également plus de discriminations que les garçons, ce qui se reflète dans :

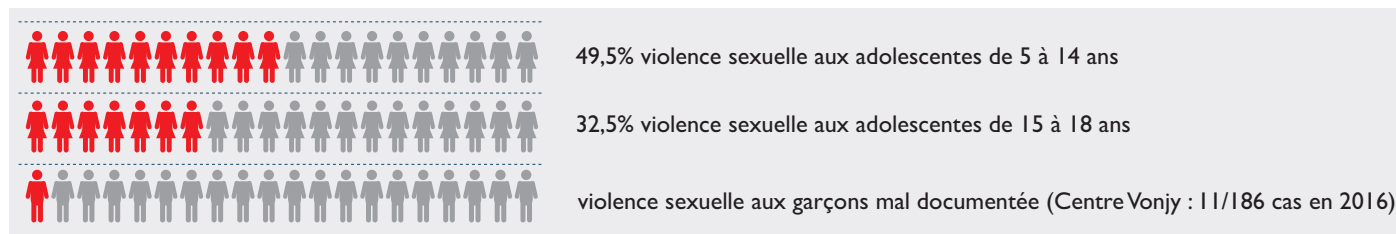
“ La situation difficile que connaissent la majorité des adolescents et jeunes est plus marquée chez les filles. ”

- des choix plus limités en matière SSR (elles sont notamment plus touchées par les mariages précoces) ;
- un accès encore plus limité à une éducation de base de qualité (elles sont les plus concernées par l'abandon scolaire) ;
- des possibilités d'emploi et de moyens de subsistance également plus limitées (elles sont plus touchées par le chômage et les emplois mal rémunérés).
- sur 10 femmes qui meurent par jour à Madagascar, 3 sont des adolescentes<sup>46</sup>.

Conséquences d'une grossesse précoce et non désirée, on recense 75 000 avortements par an (un avortement pour 10 naissances), pratiqués surtout par les jeunes, particulièrement les lycéennes et les étudiantes (ODEROI 2008) et ce malgré la disposition légale pénalisant l'avortement à Madagascar.

En 2013, 501 cas d'abus sexuels ont été enregistrés au Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique de Befelatanana, avec son centre Vonjy<sup>47</sup> pour prendre en charge les cas de VBG.

#### Proportion des violences perpétrées aux adolescents - CHUGOB et centre Vonjy



En 2016, plus de 1 500 cas de maltraitance, de violence, d'abus et d'exploitation à l'encontre des enfants et des adolescents ont été signalés au Service de la Police des Mœurs et de Protection des Mineurs<sup>48</sup>. Par manque de signalement, d'autres cas restent non déclarés par la communauté.

43 USAID Mikolo

44 Madagascar se trouve à la 25ème position sur 54 pays en ce qui concerne le taux de pénétration des nouvelles technologies de l'information Internet Worlds Stats, 2014

45 Pour l'internet fixe, Madagascar est autour du 5% et pour l'internet mobile autour de 30% avec des utilisations très sporadiques par les jeunes urbains, GOTICOM/MCRI, 2017

46 Enquête nationale sur les décès maternels, UNFPA, 2012

47 Le centre Vonjy basé à CHUGO Befelatanana est un centre qui offre des services intégrés de prise en charge pour les enfants victimes de violences. Le centre a comme objectif de prévenir les violences contre les enfants et veille à ce que les enfants victimes aient accès aux soins et soutiens nécessaires. Toamasina, Majunga et Nosy Be disposent aussi de centre Vonjy.

48 Données des registres, PMPM, 2016



## II. ANALYSE DES REPONSES ET LES PRINCIPALES INTERVENTIONS EN FAVEUR DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES

### II.1 Lignes programmatiques et appui gouvernemental pour la SSRAJ

#### II.1.1 Références internationales en SSRAJ auxquelles Madagascar a adhéré



- Déclaration universelle des droits de l'homme, 1948
- Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, 1963
- Conférence Mondiale sur les Droits de l'Homme, 1968
- Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard de la femme, 1981
- Charte africaine des droits de l'homme et des peuples de 1981 (incluant le droit à l'accès aux services de la SR et le devoir à la PF)
- Convention Internationale des Droits de l'Enfant, 1989
- Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) au Caire en 1994
- Conférence mondiale de l'Organisation des Nations Unies sur les femmes en 1995 à Pékin (le droit des femmes à la maîtrise de leur fécondité a été reconnu comme un élément essentiel du renforcement de leur pouvoir d'action)
- Conférence mondiale sur les femmes, Beijing, 1995
- Programme d'Action Mondiale pour la Jeunesse, 1995
- Convention cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac, New York 2004
- Charte africaine de la jeunesse, 2006
- Déclaration de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur les Objectifs du Développement Durable (ODD), New York, Septembre 2015 ;
- Engagement de Madagascar au partenariat mondial de Planification Familiale FP2020 en Septembre 2015
- Protocole de Maputo sur les Droits des Femmes (Plan d'action élargi de Maputo sur la santé sexuelle et reproductive et les droits y relatifs 2016-2030)
- Feuille de route de l'Union Africaine sur le dividende démographique, Agenda 2063

#### II.1.2 Références nationales en lien avec la SSRAJ

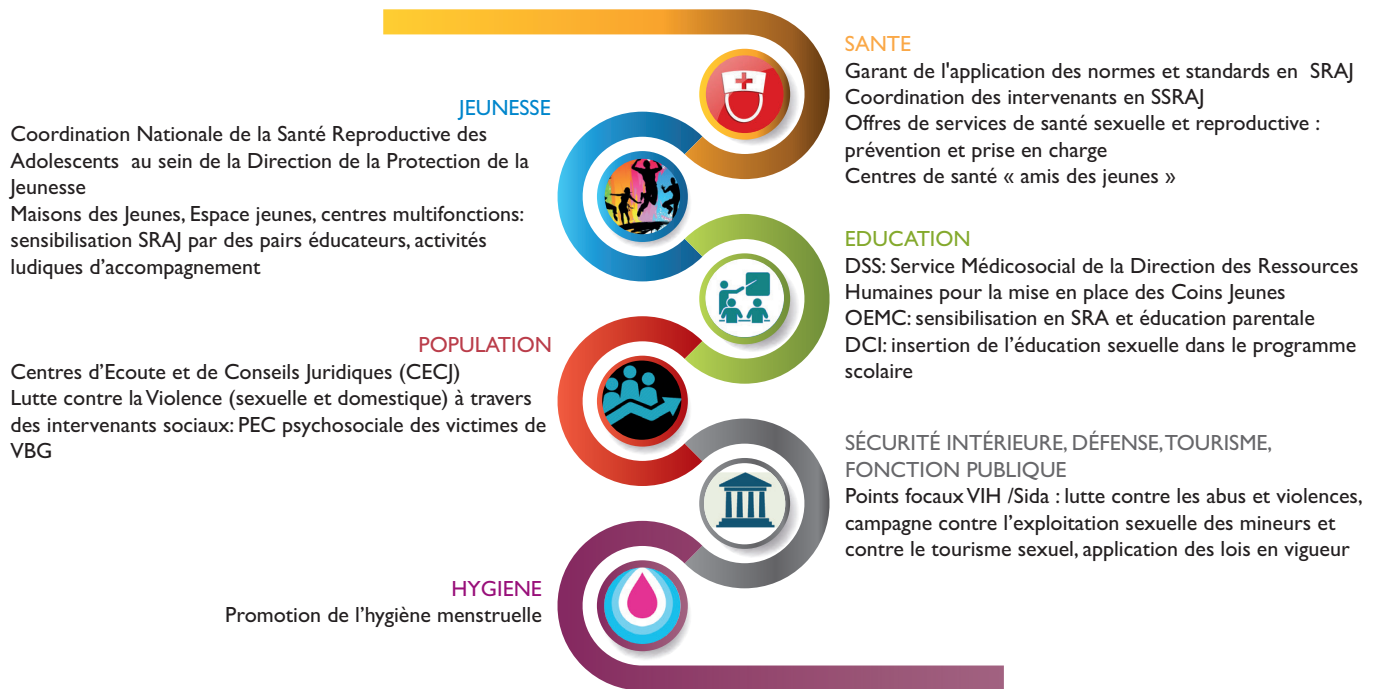


- Constitution de la République de Madagascar (art. 21)
- Code Pénal Malagasy
- Loi n° 97 – 039 du 04 novembre 1997 sur le contrôle des stupéfiants, des substances psychotropes et des précurseurs à Madagascar
- Loi n°2005-040 du 26/02/2006 sur la lutte contre le VIH SIDA et la protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA
- Loi n° 2007- 022 du 20 août 2007 relative au mariage et aux régimes matrimoniaux
- Loi n. 2007-038 du 14 janvier 2008 modifiant et complétant certaines dispositions du Code pénal sur la lutte contre la traite des personnes et le tourisme sexuel.
- Loi n°2011-002 du 15 juillet 2011 portant Code de la Santé Publique
- Loi n°2015-038 modifiant et complétant certaines dispositions de la loi n°2004-028 du 09 septembre 2004 portant Politique Nationale de la Jeunesse garantissant les droits des jeunes à la santé
- Loi 2007-023 du 20 août 2007 sur les droits et la protection des enfants
- Plan National de Développement (PND) 2015-2019
- Politique Nationale de la Santé de la Reproduction PNSR, 2000
- Politique Nationale de Santé des Adolescents et des Jeunes, 2000
- Politique Nationale de Santé Communautaire, 2009
- Orientations politiques en Santé de la Reproduction, 2012
- Politique Nationale de riposte contre le VIH/sida dans le monde du travail, 2013
- Politique Nationale de Santé réactualisée en 2016
- Politique Nationale de la Jeunesse (PNJ), 2016
- Feuille de Route Nationale pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale 2015-2019
- Plan Sectoriel de l'Education (PSE), 2017
- Stratégie Nationale de lutte contre le mariage des enfants 2017-2024
- Séminaire National de l'Enseignement Catholique (SENAEC), Antsirabe 2013-EVA

### II.1.3 Les principales interventions

La promotion de la SSRAJ est une activité transversale et multisectorielle. Sur le plan institutionnel et gouvernemental, elle est assurée par plusieurs départements ministériels (Primature, Ministère de l'Intérieur et de la Décentralisation, Ministère de la Santé Publique, Ministère de la Jeunesse et des Sports, Ministère de la Population, de la Protection sociale et de la promotion de la Femme, Ministère de l'Education Nationale, Ministère de la Défense Nationale, Ministère de la Justice, Ministère du Tourisme, Ministère de la Communication et de Relation avec les Institutions, Secrétariat d'Etat chargé de la Sécurité Intérieure, Ministère de l'Eau, Assainissement et Hygiène) qui œuvrent par l'intermédiaire de leurs structures à l'amélioration de la SRAJ.

#### Ministères



#### Partenaires bilatéraux et multilatéraux

Certains partenaires bilatéraux et multilatéraux notamment UNFPA, UNICEF, UNESCO, OMS, Banque Mondiale et USAID apportent des appuis techniques et financiers aux structures gouvernementales ou des ONG dans des programmes spécifiques d'envergure nationale ou dans des régions d'intervention prioritaires.

#### OSC

Les Organisations de la Société Civile (OSC) et les partenaires techniques de mise en œuvre notamment les ONG, les institutions confessionnelles, les associations de développement des jeunes ainsi que les associations/réseaux des jeunes jouent un rôle important dans la promotion de la SSRAJ soit en matière de promotion des activités d'IEC/CCC, soit pour le développement des services communautaires ou des offres de services cliniques, soit dans la mobilisation des ressources et du plaidoyer.

#### CNC SRAJ

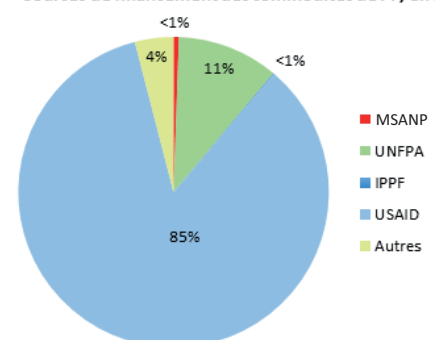
Un comité national de coordination en SRAJ composé des différents départements ministériels, des Partenaires Techniques et Financiers, des partenaires de mise en œuvre et des représentants des jeunes se réunit périodiquement pour le suivi et l'orientation des interventions en SRAJ.

### II.1.4 Ressources allouées en faveur de SSRAJ

En matière de santé reproductive, les sources de financement pour l'achat des intrants et des consommables de PF viennent principalement des Partenaires Techniques et Financiers. Ces partenaires fournissent aussi la majeure partie des financements pour l'achat des produits de MSR, avec le soutien de la Banque Mondiale et de l'Agence Française du Développement (AFD). La part du financement du MSANP est modique de moins de 1% des ressources.

Le financement des activités par les fonds propres des Ministères impliqués en SRAJ (RPI) n'est pas figuré dans le budget des Ministères, sachant que les budgets de contrepartie nationale pour les projets/

Sources de financement des commodités de PF, en 2014



Programmes d'Investissement Publics (PIP) sont utilisés dans d'autres priorités de la Politique Générale de l'Etat (PGE).

## II.2 Services amis des adolescents et des jeunes existants

### II.2.1 Services Amis de Jeunes (SAJ)

Les parties prenantes œuvrant pour la promotion des jeunes ont élaboré en 2013 un document intitulé « Service Ami des Jeunes ». Ce document définit les critères pour les différentes offres de service destinées aux jeunes dans les différents services techniques et administratifs pour qu'ils soient labélisés « amis des jeunes ». Les Centres Amis de Jeunes (Maison des Jeunes, Coin Jeunes, Espace Jeunes...) sont habituellement conçus comme des points de rencontre multifonctions destinés à être un environnement amical pour les adolescents et les jeunes. Les centres non cliniques fournissent des informations et des conseils en SRAJ avec comme portes d'entrée les activités spécifiques aux adolescents et les jeunes (éducatives, récréatives, connexion internet...). Les apports de ces centres pour changer les comportements des adolescents et des jeunes en matière de SSR sont faiblement documentés.



Couverture du document SAJ.

Les centres de jeunesse sont principalement utilisés par une proportion relativement faible de jeunes qui vivent à proximité, à forte majorité de sexe masculin. Ces jeunes hommes beaucoup plus âgés que l'âge visé les fréquentent à des fins récréatives<sup>49</sup>. Les programmes récréatifs et de renforcement de capacités qui y sont offerts favorisent des résultats socialement souhaitables tels que la



Crédit photo : Noro Haingo Rakotoseheno, MJS

Espace jeunes à Tsihombe, extérieur et intérieur

réduction de comportements de déviance sociale ou le développement de compétences employables, sans faire preuve d'effet tangible sur l'utilisation des services de SSRAJ et de la planification familiale<sup>50</sup>.

### II.2.2 Centres de Santé Amis des Jeunes (CSAJ)

Le Centre de Santé Ami des Jeunes (CSAJ) figure parmi les services cités dans le document SAJ. Selon ce document, un centre de santé doit remplir 35 conditions regroupées en 9 rubriques pour être Ami des Jeunes<sup>51</sup>. Dans la pratique, ces critères sont difficilement retrouvés dans un même endroit en même temps, ce qui a rendu difficile son exploitation. Le secteur public a labélisé certains Centres de Santé Amis des Jeunes suivant les formations dispensées aux prestataires et les équipements qui y sont dotés. Parallèlement, les centres de santé privés utilisent des critères conformément aux orientations de leur siège et de leurs politiques propres pour initier des Centres de Santé amis de Jeunes, en l'occurrence PSI, MSM, FISA, SALFA. Leurs propres critères se portent principalement sur l'équité, l'accessibilité, l'adaptabilité et l'efficacité de services.

Grâce aux efforts menés par le Ministère en charge de la Santé, les services de la santé sexuelle et reproductive sont le

49 Les Maisons de jeunes vues par les jeunes, MJS, 2015

50 Témoignage des responsables du programme corroboré par des jeunes fréquentant les SAJ, MJS

51 Les services Amis des Jeunes, UNICEF/MJS, 2013



plus souvent disponibles dans les formations sanitaires conformément au paquet minimum de soins prescrits dans les politiques, normes et standards en matière de SR (PNSR).

Une étude évaluative menée conjointement par l'IPPF et l'UNFPA en Septembre 2017<sup>52</sup> a montré que malgré l'attention nationale accordée aux CSAJ, très peu de jeunes connaissent leur existence et les ont effectivement utilisés. Il a été mentionné pourtant que la quasi-totalité des jeunes ayant visité un CSAJ déclare être satisfaite des services reçus sur place.



### Raisons de la faible utilisation des CSAJ selon les études existantes

- Faible connexion avec la communauté (y compris adolescents et jeunes),
- Insuffisance du soutien communautaire (jeunes, parents et dirigeants communautaires) faute d'information mauvaise information ou manque d'orientation sur les offres de service et les avantages y relatifs
- Gamme de services limitée,
- Compétence insuffisante du prestataire pour la prise en charge spécifique des adolescents et des jeunes,
- Insuffisance de mesures d'accompagnement nécessaires (suivi, appui technique et supervision).

“ Pour ce qui est de CSAJ, on compte actuellement 95 Centres de santé amis de jeunes dans les structures de santé publiques. Selon les données disponibles les adolescents et jeunes n'y accèdent que très rarement.

### II.2.3 Education par les pairs

L'éducation par les pairs est largement utilisée par les intervenants comme une stratégie permettant d'atteindre les jeunes. Cette stratégie est censée offrir des occasions de contacts répétés et être plus efficace que les approches dirigées par les adultes pour communiquer avec la catégorie des jeunes marginalisés ou vulnérables. Le programme d'éducation par les pairs à Madagascar est si peu documenté pour émettre un jugement quelconque sur son efficacité, bien que bon nombre de partenaires l'utilisent déjà (MJS, PSI, SALFA, FISA, MSM).

Une évaluation des programmes d'éducation par les pairs mis en œuvre dans plusieurs pays<sup>53</sup> a toutefois conclu qu'elle a un effet limité dans la promotion de comportements sains et l'amélioration des résultats pour la santé parmi les groupes cibles bien que l'éducation par les pairs aboutisse à un partage d'information. Elle profite principalement aux éducateurs pairs (qui sont généralement bénéficiaires de la formation et de la supervision) plutôt que leurs pairs éduqués. L'éducation par les pairs pourrait être plus efficace si elle est intégrée dans un ensemble d'interventions en référant directement les cibles aux prestataires et aux services.



Crédit photo : MJS

Education par les pairs organisée par MJS à Ifanadiana

52 Evaluation des services de santé adaptés aux besoins des adolescents et des jeunes dans la région de l'Afrique de l'est et du sud : Rapport de Madagascar, IPPF UNFPA, 2017  
53 What does not work in Adolescent Sexual and Reproductive Health: a Review of Evidence on Interventions Commonly Accepted as Best Practices, GHSP 2015

### II.2.4 Programmes d'éducation sexuelle existants

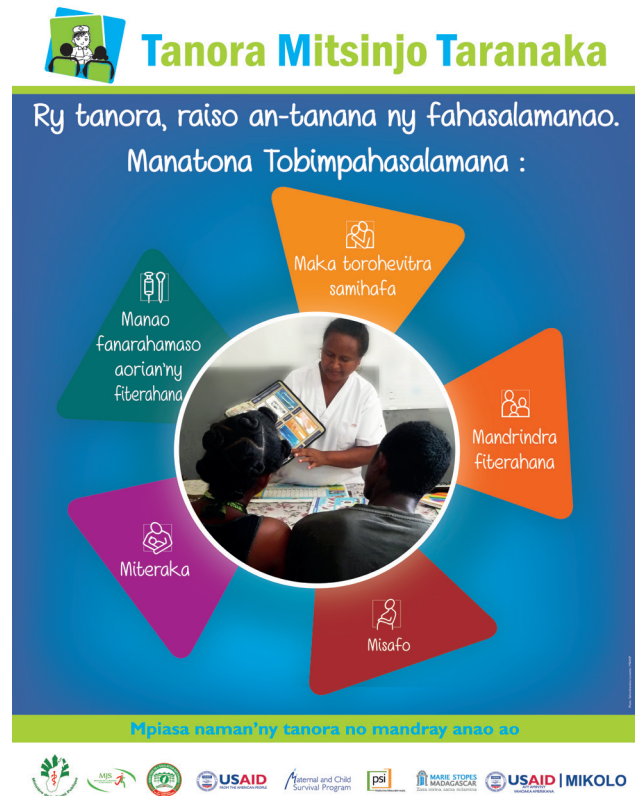
Fournir aux adolescents une éducation aux valeurs ainsi qu'une éducation sexuelle est l'un des programmes mis en œuvre principalement au niveau des établissements scolaires publics et privés. Au niveau du MEN, un programme d'éducation sexuelle par tranche d'âge a été élaboré depuis 2014 avec le Cadre d'Orientation d'Éducation Sexuelle (COES). Après un stade d'expérimentation au niveau de quelques établissements scolaires de 2 sites pilotes, une évaluation en vue d'une mise à l'échelle au niveau national a démontré sa pertinence vis-à-vis du contexte local. Il est à souligner que le contenu du curriculum ne traite pas de tous les problèmes liés à la SSRAJ rencontrés par les écoliers<sup>54</sup>, notamment les moyens de prévention et la contraception face à la précocité des rapports sexuels et les grossesses précoces qui n'épargnent pas les écoliers, collégiens et lycéens. Le document est actuellement en cours de révision. Parallèlement, un programme intitulé Education à la Vie et à l'Amour (EVA) a été mis en œuvre au niveau des écoles catholiques depuis 2011. Aucune documentation sur son évaluation n'est disponible pour le moment.

### II.2.5 Réponses communautaires

Le Programme MAHEFA a mis en œuvre de 2012 à 2014 un programme de santé sexuelle des adolescents et des jeunes à travers des AC mentors et des pairs éducateurs appelés Tanora Mendrika pour orienter les jeunes vers les Formations Sanitaires.

Le Programme MCSP, après une recherche formative en 2016 sur les facteurs influençant l'utilisation des services SRAJ par les jeunes, a mis en œuvre un projet intitulé « Tanora Mitsinjo Taranaka » qui vise à améliorer le cadre d'intervention en SRAJ, renforcer les compétences des prestataires de service (agents de santé, AC et les personnes influentes aux adolescents et jeunes), équiper les Formations Sanitaires et orienter les jeunes, avec un accent sur les jeunes parents, vers les services de la Formation Sanitaire. L'évaluation de la phase pilote est prévue en 2018.

Le Programme MIKOLO a élaboré et mis en œuvre une stratégie de santé communautaire pour les adolescents et les jeunes dont le principal objectif est d'améliorer l'état de santé de la communauté, surtout des groupes vulnérables, à travers la participation effective et harmonisée des différents membres de la communauté aux efforts socio-sanitaires de développement et leur accès optimal à un paquet d'activités promotionnelles, préventives, curatives et de réadaptation.



Affiche TMT (MCSP)

## II.3 Analyse des interventions en faveur des adolescents et des jeunes

### II.3.1 Risques et mitigation des risques

Dans un contexte marqué encore par les traditions et les tabous, la promotion de la SSRAJ, l'éducation sexuelle pourraient être interprétées par les parents et certains éducateurs comme une incitation à la débauche et à des rapports sexuels précoces privant ainsi les enfants de leur innocence.

Les décideurs politiques, administratifs et financiers risquent d'interpréter le programme SSRAJ comme une charge complémentaire à l'État et aux institutions dans un contexte économique marqué par la rareté des ressources à affecter dans le domaine social.

Devant ces risques, il y a lieu de mentionner que les recherches menées dans le monde démontrent clairement que l'éducation sexuelle incite rarement, sinon jamais, à des rapports sexuels précoces<sup>55</sup>. Les principes directeurs internationaux insistent sur la pertinence culturelle et l'adaptation au contexte local, qui peuvent être assurées grâce à la participation et au soutien renforcé des gardiens de la culture dans une communauté.

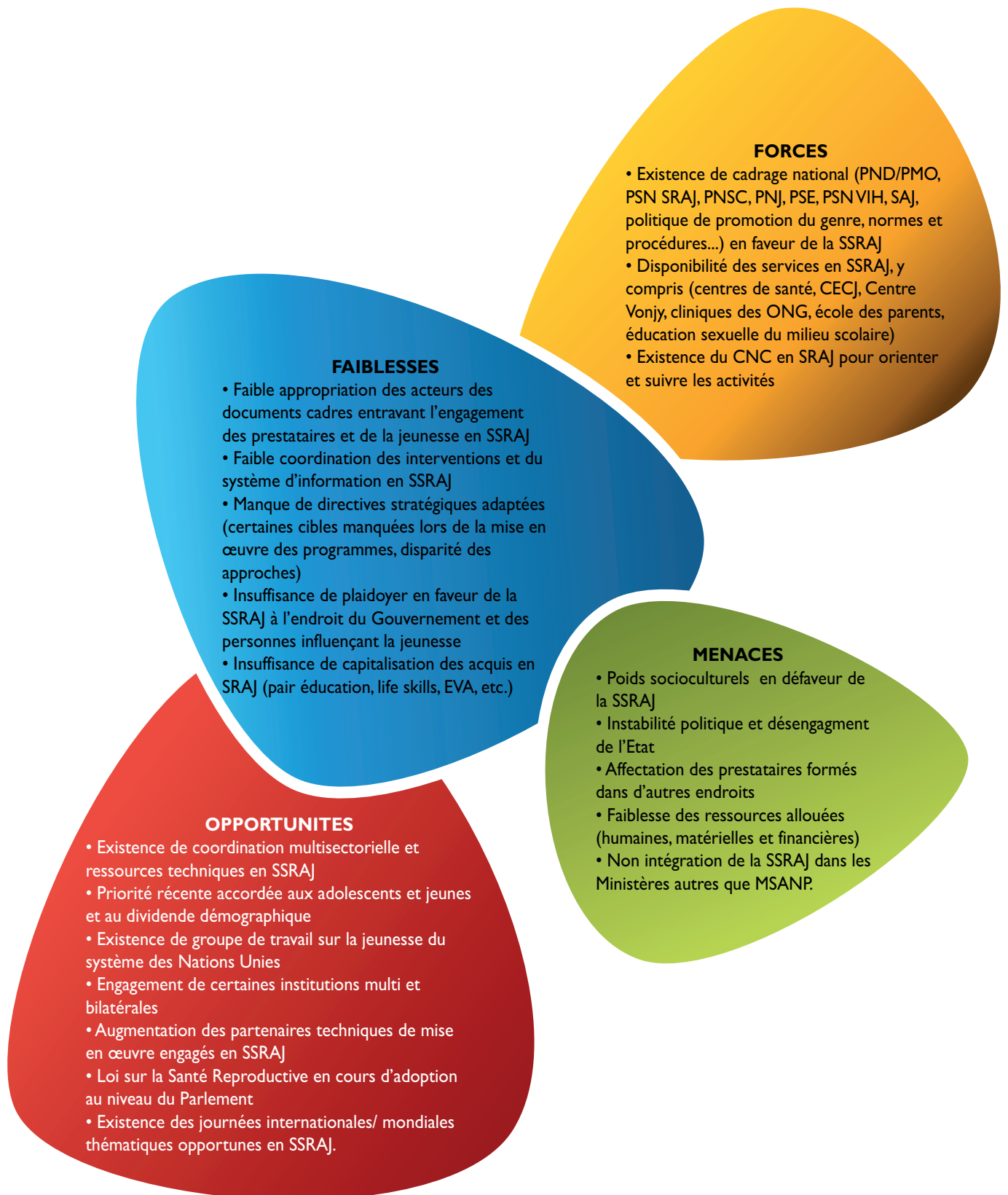
Il y a lieu de constater que le recul de l'âge de la première grossesse au-delà de 18 ans a un impact sur la structure par âge de la population qui entraîne par la suite une croissance économique accélérée par le dividende démographique, avantageux pour plusieurs pays émergents<sup>56</sup>.

54 Rapport d'évaluation du programme d'éducation sexuelle, UNFPA/MEN, 2017

55 Principes directeurs de l'éducation sexuelle complète, UNESCO, 2012

56 Pour le dividende démographique : investir chez les adolescents et les jeunes, UNFPA 2013

## II.3.2 Analyse de l'environnement : Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces



## II.4 Leçons tirées des expériences en matière de SSRAJ

Les littératures montrent que l'éducation sexuelle complète (ESC) a amélioré les connaissances, les attitudes et les comportements des SSRAJ chez les adolescentes lorsqu'elle est mise en œuvre adéquatement<sup>57</sup>.

<sup>57</sup> Comprehensive sexual education curricula, Kirby & all, 2015



## Les meilleures pratiques en matière de programmation de santé chez les adolescents <sup>58</sup>

Programme d'interventions	Éléments du programme	Evidence	Projet et évaluation d'impact
<b>Programmes scolaires basés sur le curriculum</b>	Informations complètes incluant l'abstinence, la contraception / les préservatifs ; Apprentissage expérientiel avec compétences à la vie (formation des animateurs) ; Liens avec les services communautaires, y compris les services de santé.	Fort	Howard and McCabe Kirby et al 1991, 2004 Okonofua et al 2003
<b>Programme basé sur les offres de service clinique / services amis des jeunes</b>	Prise en compte du Genre et les cultures ; Personnel qualifié L'accent mis sur les compétences, y compris l'identification et la réduction des comportements à risque Confidentialité	Fort	Jemmott et al 2005 Korte et al 2004 Winter et al 1991
<b>Programme à base communautaire</b>	Information complète Expérimental / participatif Genre / âge approprié Liens vers d'autres services (santé, sports, universitaires, travail)	Fort	Jemmott et al 1992 Speizer et al 2001 Chao-Hua et al 2004
<b>Mass Média</b>	Adapté au public jeune Renforcement mutuel des messages par plusieurs voies (école, communauté) Coordonné avec d'autres programmes	Meilleures connaissances  Faibles résultats comportementaux	OMS 2005

Pour accroître l'utilisation correcte et régulière des services amis de jeunes, il y a lieu de répondre aux besoins et souhaits évolutifs de différents groupes d'adolescents et ce suivant la capacité et le plateau technique du centre de santé tout en les rendant confidentiels, accessibles aux adolescents, accueillants, et sans jugement de valeurs.

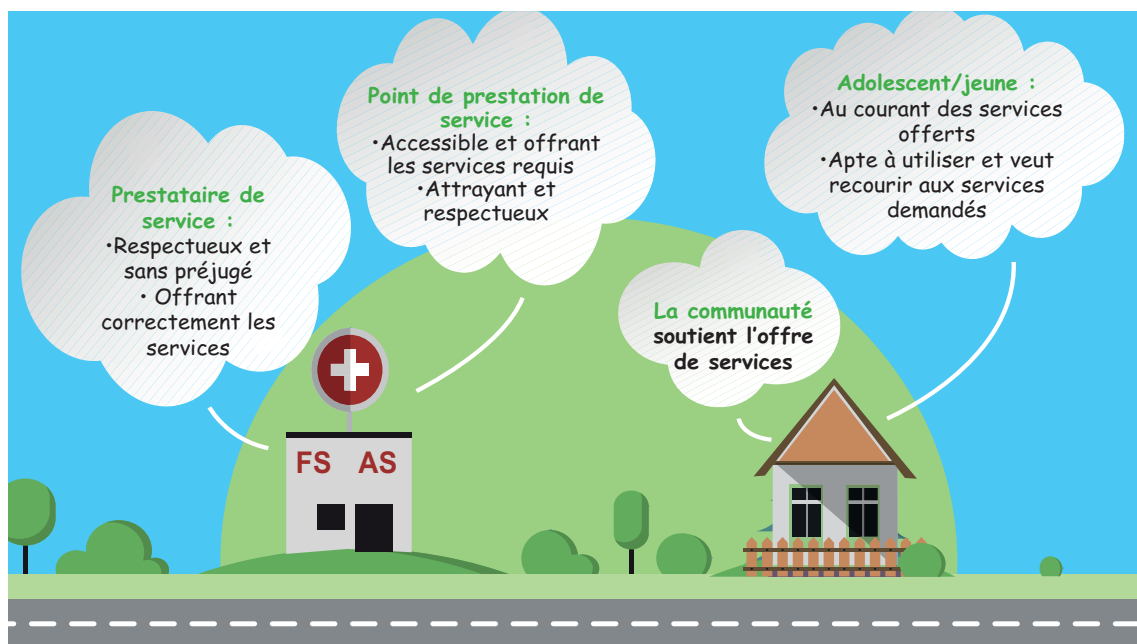
Un certain nombre d'évaluations ont montré que l'utilisation par les adolescents de services de SRAJ peut être augmentée, en particulier lorsque les 4 approches complémentaires sont mises en place<sup>59</sup>.

Selon les Nations Unies (OMS, UNFPA) et l'USAID, les services de santé conviviaux pour les adolescents et jeunes sont ceux qui sont basés sur une compréhension globale, le respect des droits des jeunes ainsi que la diversité de leurs réalités sexuelles et reproductives.

Respectant la confidentialité et l'intimité, ils doivent toucher 4 éléments essentiels :

- Point de prestation des services
- Prestataires de service
- Adolescents et jeunes
- Communauté

### Recommandations pour un Centre de Santé Ami des Jeunes (OMS, et USAID, UNFPA, BM)



58 Best Practices in Adolescent health programming, WHO, 2015  
59 Centre de santé conviviaux aux adolescents, OMS, 2011

# III. CADRE STRATEGIQUE DU PSN SSRAJ

## III.1 Vision

Madagascar est un pays où tous les adolescents et jeunes de 10 à 24 ans jouissent de leurs droits en matière de santé sexuelle et reproductive, accèdent aux informations et aux services de qualité en fonction de leurs besoins spécifiques et sont aptes à adopter individuellement et collectivement des comportements favorables à la santé.

## III.2 But et objectifs

**But**  
Contribuer à l'amélioration des conditions de vie de la santé reproductive des adolescents et des jeunes de 10 à 24 ans en vue d'atteindre l'Objectif 3 du Développement Durable (ODD), du Plan national de développement (PND), ainsi que les objectifs et de la Politique Nationale de la Jeunesse (PNJ), de la Politique Nationale en Santé Reproductive et de la Politique Nationale de la santé des adolescents.

**Objectif général**  
Contribuer à la réduction du taux de morbidité et mortalité maternelle et infantile à Madagascar en ayant comme cibles prioritaires les adolescents et les jeunes de 10 à 24 ans.

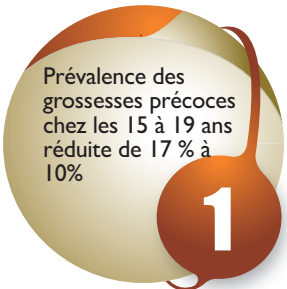
**Objectifs spécifiques**

1. Améliorer l'environnement politico-légal, institutionnel, socio-culturel et programmatique du développement des activités en SSRAJ à Madagascar.
2. Renforcer les connaissances et les compétences des parties prenantes notamment les adolescent(e)s et jeunes, les acteurs communautaires incluant les personnes influentes, ainsi que les prestataires impliqués dans la mise en œuvre des programmes en SSRAJ
3. Accroître la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation des services de SSRAJ de qualité.
4. Coordonner, suivre et évaluer les interventions harmonisées en matière de SSRAJ.

## III.3 Résultats attendus d'ici 2020

### Indicateurs

- 01 Réduire de 50% au moins le taux des grossesses précoces
- 02 Transformer 50% des formations sanitaires de base en Centre de Santé de Base amis des jeunes
- 03 Transformer tous les établissements primaires et publics en « école santé »
- 04 Améliorer le suivi des indicateurs de santé des adolescents et des jeunes.





### III.4 Principes directeurs



- Harmonisation des approches multisectorielles impliquant tous les acteurs clés
- Coordination intra et inter sectorielle
- Décentralisation des interventions et des prises en charge
- Services intégrés de qualité respectant la confidentialité et les droits
- Implication et responsabilisation systématique des bénéficiaires qui sont les adolescents et les jeunes
- Considération de l'existence de plusieurs catégories de jeunes et la notion de genre
- Prise en compte des valeurs socioculturelles positives
- Volonté politique

### III.5 Valeurs



- Respect des droits humains, libertés et obligations individuelles et collectives
- Respect de l'éthique et de l'équité dans la programmation
- Inclusion et responsabilisation
- Principe de subsidiarité des intervenants
- Collaboration et partenariat

### III.6 Cibles prioritaires



- **Cibles primaires** : adolescents et jeunes de 10 à 24 ans
- **Cibles secondaires** : parents, éducateurs, prestataires de services, membres de la communauté, médias et société civile
- **Cibles tertiaires** : décideurs politiques, responsables religieux/traditionnels, leaders d'opinion, responsables administratifs et démembrements intersectoriels à tous les niveaux



Crédit photo : Sahondraniaina Louissette

Bonne prise en charge reproductive d'une mère adolescente à Menabe

### III.7 Axes stratégiques

Produits	Indicateurs	Interventions prioritaires
<p><i>Axe stratégique I : Plaidoyer et dialogue politique auprès des Ministères sectoriels, PTF et leaders communautaires pour un soutien et un engagement socio culturel et légal favorables en SSRAJ</i></p>		
<p><b>Produit 1</b> L'environnement socio culturel en faveur de la santé des jeunes est instauré, avec l'engagement des leaders politiques, communautaires, religieux et PTF qui défendent et soutiennent les activités relatives à la SRAJ.</p>	<p>Nombre de leaders d'opinions et des PTF effectivement engagés dans la promotion de la SSRAJ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1.1 Elaborer des plans de plaidoyer et de lobbying en faveur de la SRAJ et former les acteurs en techniques de plaidoyer et de lobbying.</li> <li>1.2 Elaborer et disséminer des données factuelles et autres supports pour servir d'argumentaires des activités de plaidoyer en faveur de la SSRAJ.</li> <li>1.3 Programmer des dialogues communautaires pour discuter des droits des jeunes et des comportements responsables en leur faveur</li> <li>1.4 Organiser semestriellement des tables rondes des PTF sur les projets novateurs en SSRAJ</li> <li>1.5 Faire le plaidoyer et le lobbying en direction des décideurs politico administratifs et des collectivités locales en vue de faciliter l'accès aux ressources financières et techniques</li> <li>1.6 Constituer une banque de données de projets novateurs devant intéresser les PTF</li> </ul>
<p><b>Produit 2</b> Les capacités des décideurs sont renforcées tout en augmentant les ressources investies à la promotion en vue d'une retombée du dividende démographique sur le développement.</p>	<p>Taux d'accroissement des ressources investies à la promotion de la SSRAJ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2.1 Former les responsables de planification et les points focaux sur le dividende démographique avec emphase sur les liens entre la SRAJ et le développement et son intégration dans les programmes sectoriels</li> <li>2.2 Former chaque année des pools de formateurs des Ministères ou entreprises publiques, des ONG, associations des jeunes et autres institutions de prestation de services sur la communication en SRAJ suivant le curriculum uniformisé</li> <li>2.3 Former les collectivités locales sur les techniques de programmation et de mobilisation des ressources locales et privées</li> <li>2.4 Intégrer dans les budgets des Ministères sectoriels les activités de promotion de la SRAJ</li> <li>2.5 Organiser des séances de plaidoyer pour mobiliser plus de ressources financières de la part des PTF et du secteur privé</li> <li>2.6 Organiser des fora régionaux en SRAJ : échanges d'expériences, partage de bonnes pratiques et leçons apprises</li> </ul>
<p><b>Produit 3</b> Le nombre d'institutions intégrant des activités relatives à la SSRAJ dans leurs programmes habituels et dans le service médicosocial est augmenté.</p>	<p>Nombre des institutions œuvrant en faveur de la SSRAJ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3.1 Répertorier les intervenants en SRAJ ou les membres potentiels pour intégrer soit le CNC soit le CRC</li> <li>3.2 Renforcer les capacités des responsables concernés et les chargés de la planification des entités concernées sur le mécanisme d'intégration de la SRAJ dans les programmes et projets.</li> <li>3.3 Mettre à disposition des acteurs des supports de IEC/ CCC et outils de gestion pour faciliter la prise en compte de la SRAJ dans leurs activités de routine</li> </ul>

<p>Produit 4 Les dispositions juridiques et légales en faveur de la santé reproductive des adolescents et des jeunes sont revues, appliquées et soutenues.</p>	<p>Nombre de CTD et STD bénéficiant de séances de disséminations des textes sur la SSRAJ.</p>	<p>4.1 Collecter, analyser et vulgariser les textes juridiques et conventions relatifs à la promotion de la SSRAJ à Madagascar</p> <p>4.2 Réviser les textes de lois qui pourraient entraver la promotion des droits sexuels et reproductifs des adolescents et jeunes en les mettant à jour par rapport aux conventions internationales ratifiées par Madagascar et les défis nationaux</p> <p>4.3 Mettre en application les textes juridiques et conventions sur la promotion de la SSRAJ et suivre le niveau de la mise en œuvre à travers les rapports périodiques, les interpellations et des sanctions (exemplaires et dissuasives) pour les personnes qui enfreignent la loi</p>
--	---	---

*Axe stratégique 2 : Renforcement de l'accès aux informations répondant aux besoins des adolescents et des jeunes ainsi que des personnes influentes par une communication stratégique*

<p>Produit 5 Les capacités et la fonctionnalité des réseaux de promoteurs communautaires et des personnes influençant les adolescents et les jeunes en matière de SSRAJ sont renforcées.</p>	<p>Nombre de promoteurs communautaires formés et opérationnels en SRAJ</p>	<p>5.1. Harmoniser les curricula de formation, les outils de communication et les modalités de fonctionnement pour chaque type de promoteur communautaire (JPE, AC, parent et personne influente, AS)</p> <p>5.2 Développer des stratégies avancées d'offre de services intégrés en SRAJ, y compris IST/VIH pour les SAJ</p> <p>5.3 Renforcer l'implication des pairs-éducateurs dans l'offre des services à base communautaire ciblant les adolescents et les jeunes</p> <p>5.4 Intégrer la SRAJ dans le paquet d'activités des établissements scolaires, des centres sociaux, des Centres d'information et de prise en charge du PVVIH</p> <p>5.5 Intégrer le programme d'éducation par le pair dans les associations caritatives, confessionnelles et du scoutisme (Kiady, Fanilo, Mpanazava, Tily, Antily...)</p> <p>5.6 Intégrer la SRAJ dans le paquet d'activités des AC</p> <p>5.7 Poursuivre l'intégration de la SRAJ dans les écoles, centres de formation militaires, garnisons et centres de rééducation pénitentiaires</p> <p>5.8 Former l'équipe du centre d'écoute/ en techniques, de conseils et d'orientation des jeunes en SSRAJ</p> <p>5.9 Renforcer les capacités des acteurs/communauté éducative (parents et animateurs, AC, éducateurs, jeunes leaders, agents de santé) sur la SRAJ, communication pour le changement social et comportemental des jeunes, et l'orientation vers les services</p>
--	--	---

<p>Produit 6 Les informations pertinentes affectant positivement le comportement des adolescents et des jeunes sont disponibles et accessibles</p>	<p>Nombre de structures disposant et diffusant des informations de qualité en SRAJ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>6.1 Elaborer et mettre en œuvre une stratégie de communication intégrée en SRAJ (médias avec une emphase sur les réseaux sociaux, dialogues communautaires, interpersonnels, mobilisation sociale, ligne verte, etc.) pour la disponibilité des informations à jour sur la SSRAJ</li> <li>6.2 Recenser et orienter les activités de communication/ sensibilisation sur SRAJ dans les centres d'écoute, centres de promotion sociale, centres de jeunesse et au niveau des organisations de sports et des loisirs avec un accent sur le genre et le référencement ;</li> <li>6.3 Adapter le programme d'éducation sexuelle complète pour les jeunes non scolarisés</li> <li>6.4 Adapter les modules sur la SRAJ dans les programmes d'alphabétisation pour la formation de jeunes déscolarisés et non scolarisés, et les centres pour les personnes en situation d'handicap</li> <li>6.5 Développer les émissions radiophoniques de qualité sur les antennes des radios nationales, privées et communautaires en faveur de la SSRAJ</li> <li>6.6 Augmenter le nombre de points de prestation d'accès aux informations, d'échange et de loisirs au profit des groupes des adolescents et des jeunes vulnérables et dans des situations spécifiques, à tous les niveaux</li> <li>6.7 Mener des activités de sensibilisation à l'endroit des adolescents et des jeunes dans le cadre de la célébration des journées thématiques, des campagnes (JMF, JJ, JIF, JIV, JMP, JMS) avec une offre de services en SSRAJ</li> <li>6.8 Organiser des manifestations culturelles (concours, poésie, Vakodrazana, jeux, etc) adaptées aux catégories des adolescents et des jeunes selon le genre (fille/garçon ; scolarisé/non scolarisé ; urbain/rural ; parent/sans enfant ; riche/pauvre) en rapport avec la réduction de la grossesse précoce et la promotion de la SSRAJ au niveau des SAJ ou via les médias, les organisations de la jeunesse et les promoteurs communautaires</li> <li>6.9 Organiser des séances de communication au profit des personnes influentes, des adolescents et des jeunes en vue de leur appui dans l'orientation des jeunes (parents) vers les services SSRAJ</li> <li>6.10 Diversifier les activités au niveau des MJ à l'intention des jeunes, surtout les jeunes filles, en y intégrant les activités d'orientation en SSRAJ.</li> </ul>
<p>Produit 7 Des programmes d'information, d'éducation et d'orientation en matière de SSRAJ ciblant les adolescents et les jeunes sont disponibles et intégrées dans le programme scolaire public et privé.</p>	<p>Nombre d'établissements scolaires dispensant un programme d'éducation sexuelle pour les élèves</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>7.1 Mettre à l'échelle le programme d'Education Sexuelle Complète au sein des établissements d'enseignement primaire, secondaire publiques et privés</li> <li>7.2 Renforcer l'intégration des éducateurs sportifs dans la promotion des informations sur la SSRAJ</li> <li>7.3 Promouvoir l'éducation parentale sur les thématiques de la SSRAJ dans les écoles primaires et secondaires publiques et privées</li> </ul>



**Axe stratégique 3 : Renforcement de capacités institutionnelles et des compétences techniques et managériales des acteurs impliqués dans la mise en œuvre du PSN, y compris les adolescents et les jeunes**

<p><b>Produit 8</b> Les adolescents et les jeunes en situation particulière, bénéficient des offres de services répondant à leur situation.</p>	<p>Nombre de programmes SRAJ mis en œuvre selon les cibles spécifiques et la couverture géographique</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>8.1 Instaurer un service convivial de SRAJ avec renforcement en sensibilisations basées sur la prévention dans la structure de prise en charge des cas de situation d'urgence ;</li> <li>8.2. Former les prestataires de services (médecin, sage-femme, assistants sociaux ; responsable des centres sociaux, AC, centre de rééducation et de réinsertion sociale, intervenants sociaux) sur les techniques de communication au profit des groupes spécifiques des adolescents et des jeunes ;</li> <li>8.3. Développer et mettre en œuvre des stratégies avancées pour les jeunes de rue, les jeunes délinquants, les jeunes de la population clé à haut risque, les jeunes en situation d'handicap, les jeunes en couple et les jeunes parents ;</li> <li>8.4. Développer et mettre à l'échelle les offres communautaires pour les jeunes en union et jeune parent pour la première fois en utilisant les services de santé disponibles et les événements communautaires ;</li> <li>8.5 Organiser des séances de sensibilisations sur la promotion des comportements à moindre risque pour les jeunes groupes spécifiques, jeunes en couple et les Populations Clés les Plus Exposés aux Risques (PCPER).</li> </ul>
<p><b>Produit 9</b> Les notables, leaders traditionnels et religieux, les personnes influentes, les parents et les animateurs sont impliqués dans la mise en œuvre des activités communautaires avec leurs compétences renforcées.</p>	<p>Nombre des leaders et des agents communautaires formés et menant des activités promotionnelles en SSRAJ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>9.1 Renforcer et mettre à l'échelle un programme d'éducation des parents au niveau communautaire et autour des structures d'encadrement des adolescents et jeunes</li> <li>9.2 Renforcer les compétences des APART en vue de mieux défendre les intérêts des groupes d'adolescents et jeunes vulnérables en matière de SSRAJ</li> <li>9.3 Elaborer et diffuser un catalogue/ répertoire renfermant tous les supports IEC disponibles pour faciliter l'accès aux utilisateurs</li> <li>9.4 Organiser des dialogues communautaires et débats médiatiques et événementiels impliquant les autorités et les leaders traditionnels (APART) sur la question SSRAJ notamment sur le mariage des enfants et la grossesse précoce</li> <li>9.5 Organiser des dialogues communautaires entre parents et adolescents portant sur les obstacles culturels à la promotion de la SSRAJ</li> <li>9.6 Appuyer les CTD et les organisations confessionnelles pour l'intégration des activités SSRAJ dans leurs priorités d'actions</li> </ul>

<p>Produit 10 L'autonomisation, l'implication et la participation des jeunes sur les programmes et les prises de décisions les concernant sont renforcées et soutenues.</p>	<p>Nombre de Centres de santé et des SAJ œuvrant en partenariat avec les jeunes pour la promotion des activités de SSRAJ</p>	<p>10.1 Etablir la cartographie des structures de jeunesse intervenant en SSRAJ</p> <p>10.2 Impliquer les adolescents et les jeunes dans la conception et la mise en œuvre et le suivi d'un programme SSRAJ au profit de la promotion et de l'utilisation des services</p> <p>10.3. Renforcer les capacités des responsables des structures de jeunesse dans la planification, la mise en œuvre, le suivi et évaluation des programmes les concernant</p>
<p>Produit 11 Les structures de prise en charge et les réseaux de jeunes sont impliqués dans la réduction des diverses formes de violences faites aux adolescents et jeunes et des pratiques dégradantes comme les mariages des enfants ou mariages forcés.</p>	<p>Nombre d'organisations ou de structures œuvrant dans l'orientation et/ou la prise en charge des adolescents et jeunes victimes de violences sexuelles fonctionnelles</p>	<p>11.1 Renforcer les compétences des réseaux de jeunes en vue de mieux défendre les intérêts des adolescents et jeunes victimes de violences sexuelles</p> <p>11.2 Promouvoir l'éducation des filles dans les écoles et dans les structures de prise en charge</p> <p>11.3 Sensibiliser les réseaux de jeunes pour orienter les jeunes victimes de mariages forcés/arrangés et leurs parents vers les structures de prise en charge et sur l'utilité des méthodes contraceptives</p> <p>11.4 Dénoncer les mariages forcés et toute infraction dont les mineur(s/es) sont victimes</p> <p>11.5 Renforcer la sensibilisation et l'orientation vers la prise en charge des jeunes filles victimes de fistule obstétricale</p>
<p><i>Axe stratégique 4 : Offre de services de santé communautaires et cliniques intégrés de SSRAJ de qualité et conviviaux adaptés aux adolescents et jeunes</i></p>		
<p>Produit 12 Les capacités techniques des prestataires ou acteurs à divers postes de services pour adolescents et jeunes ainsi que les superviseurs sont renforcées conformément aux standards et normes établis</p>	<p>Nombre de formations sanitaires qui démontrent une augmentation de fréquentation des adolescents et des jeunes</p>	<p>12.1 Identifier les besoins de formation et de renforcement de capacités techniques des prestataires et des superviseurs à tous les différents niveaux en matière de SRAJ</p> <p>12.2 Elaborer le kit de formation de capacités techniques et managériales à l'intention des prestataires et des superviseurs</p> <p>12.3 Développer le système de référence et de contre référence à partir du niveau communautaire</p> <p>12.4 Assurer la formation de prestataires de services sur les techniques d'offre de services SSRAJ aux adolescents et jeunes</p> <p>12.5. Former le personnel d'appui en accueil et orientation des adolescents et des jeunes clients</p> <p>12.6 Assurer la formation managériale et les visites d'échanges d'expériences pour les gestionnaires de programmes à divers niveaux (secteurs public et privé) sur les dispositifs d'offre de service de SSRAJ</p>

<p>Produit 13 Le nombre de formations sanitaires labélisés CSAJ suivant les standards et normes nationaux est accru</p>	<p>Nombre de formations sanitaires labélisés amis des jeunes</p>	<p>13.1 Disséminer les standards et normes nationaux des Centres de Santé Amis des Jeunes</p> <p>13.2 Former, équiper, et organiser les centres de santé publics pour qu'ils deviennent amis des jeunes</p> <p>13.3 Augmenter la couverture géographique des CSAJ par son extension dans les formations sanitaires privées et les infirmeries des écoles et pour handicapés</p> <p>13.4 Labéliser les services amis de jeunes au niveau des centres de santé publics, privés et confessionnels</p>
<p><i>Axe stratégique 5 : Gouvernance, coordination multisectorielle, suivi et évaluation des interventions</i></p>		
<p>Produit 14 Le mécanisme de coordination de suivi et de supervision de tous les intervenants en matière de SSRAJ est mis en place et opérationnel</p>	<p>Nombre et proportion de structures de coordination fonctionnelles</p>	<p>14.1 Mettre en place le mécanisme de coordination des intervenants en SSRAJ et assurer le fonctionnement</p> <p>14.2 Organiser des réunions de coordination périodiques en collaboration avec les intervenants en SSRAJ</p> <p>14.3 Assurer le suivi des interventions en SSRAJ pour l'exploitation des informations en vue de prise de décisions ultérieures</p> <p>14.4 Evaluer les approches existantes en SSRAJ en vue d'une éventuelle mise à l'échelle si concluante : Education par les paires, life skills ou compétences à la vie, Education à la Vie et à l'Amour (EVA), Tanora Mitsinjo Taranaka (TMT)</p> <p>14.5 Organiser des missions conjointes périodiques de supervision des activités par tous les paliers de l'organisation sanitaire et tous les secteurs impliqués dans le programme</p> <p>14.6 Documenter les bonnes pratiques et les leçons apprises et en assurer la dissémination</p>
<p>Produit 15 Le dispositif de collecte des données factuelles et les indicateurs de performance des programmes ciblant les adolescents et les jeunes sont disponibles et utilisés.</p>	<p>Nombre et type d'évaluations ou recherches opérationnelles effectuées</p>	<p>15.1 Elaborer un plan de suivi-évaluation de la mise en œuvre de la stratégie</p> <p>15.2 Assurer la prise en compte de la désagrégation en âge et sexe des données relatives à la SSRAJ dans le SNISE, dans les différentes enquêtes nationales et au système unique de suivi-évaluation du MSANP</p> <p>15.3 Concevoir un dispositif de collecte des données sur les interventions promotionnelles et communautaires et le partager aux intervenants pour son utilisation</p> <p>15.4 Réaliser les évaluations à mi-parcours et finale pour mesurer les progrès de la mise en œuvre du PSN SRAJ</p>

## IV. CADRE DE MISE EN ŒUVRE

### IV.1 Cadre institutionnel

La mise en œuvre du PSN SRAJ nécessite un cadre institutionnel constitué d'un :

- **Organe administratif** : Pour les prises de décisions de haut niveau ou stratégiques, il est composé du Comité National de Coordination (CNC/SRAJ) au niveau national, et du Comité Régional de Coordination (CRC/SRAJ) au niveau régional
- **Organe exécutif** : Pour la mise en œuvre, il est dirigé par le MSANP, avec la participation de tous les partenaires œuvrant en SSRAJ, ainsi que les organisations de la jeunesse.
- **Organe législatif** : Pour l'application de la Loi, il est dirigé par le Ministère de la Justice avec la participation des autres Ministères habilités.

#### IV.1.1 Au niveau central : le Comité National de Coordination (CNC/SRAJ)

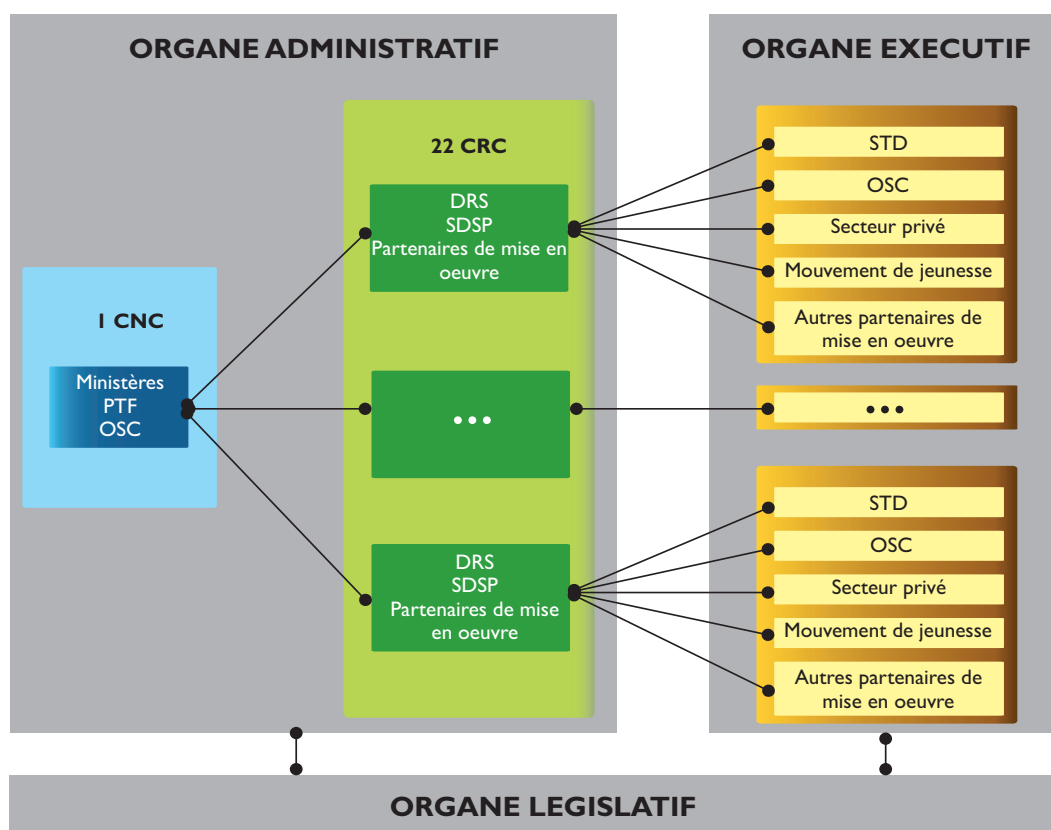
Ce comité, composé de représentants de tous les départements ministériels concernés par la Santé des Adolescents et des Jeunes, est placé sous la présidence du Ministère de la Santé par sa Direction de la Santé Familiale qui assure le rôle de secrétariat exécutif. Outre les Ministères, le comité est composé de représentants des Organisations de la Société Civile ayant une couverture nationale et intervenant dans le domaine de la SRAJ, les organisations de la jeunesse, des Partenaires Techniques et Financiers. Il se réunit deux fois par an.

Le comité national de coordination en SRAJ est à la fois un organe de prise de décisions stratégiques et un organe de concertation. Il apporte et suggère des orientations pour la mise en œuvre effective du programme de promotion de SRAJ conformément au PSN depuis le plaidoyer, l'élaboration, la planification, la mise en œuvre et le suivi des activités.

#### IV.1.2 Au niveau régional : le Comité Régional de Coordination (CRC/SRAJ) :

Il s'agit d'une déclinaison régionale du comité national SRAJ. Il est dirigé par le DRS et coordonne et apporte un appui technique aux services déconcentrés mettant en œuvre le programme SRAJ au niveau de la région et les districts de couverture. Démembrement du Comité national au niveau de région, il se réunit une fois par trimestre en saisissant les réunions des partenaires habituelles.

Le comité veille à ce que les informations du terrain soient données conformément à un canevas conçu à cet effet. Il utilise les données dans le cadre de production périodique des rapports d'activités et des revues sur l'état d'avancement des activités.

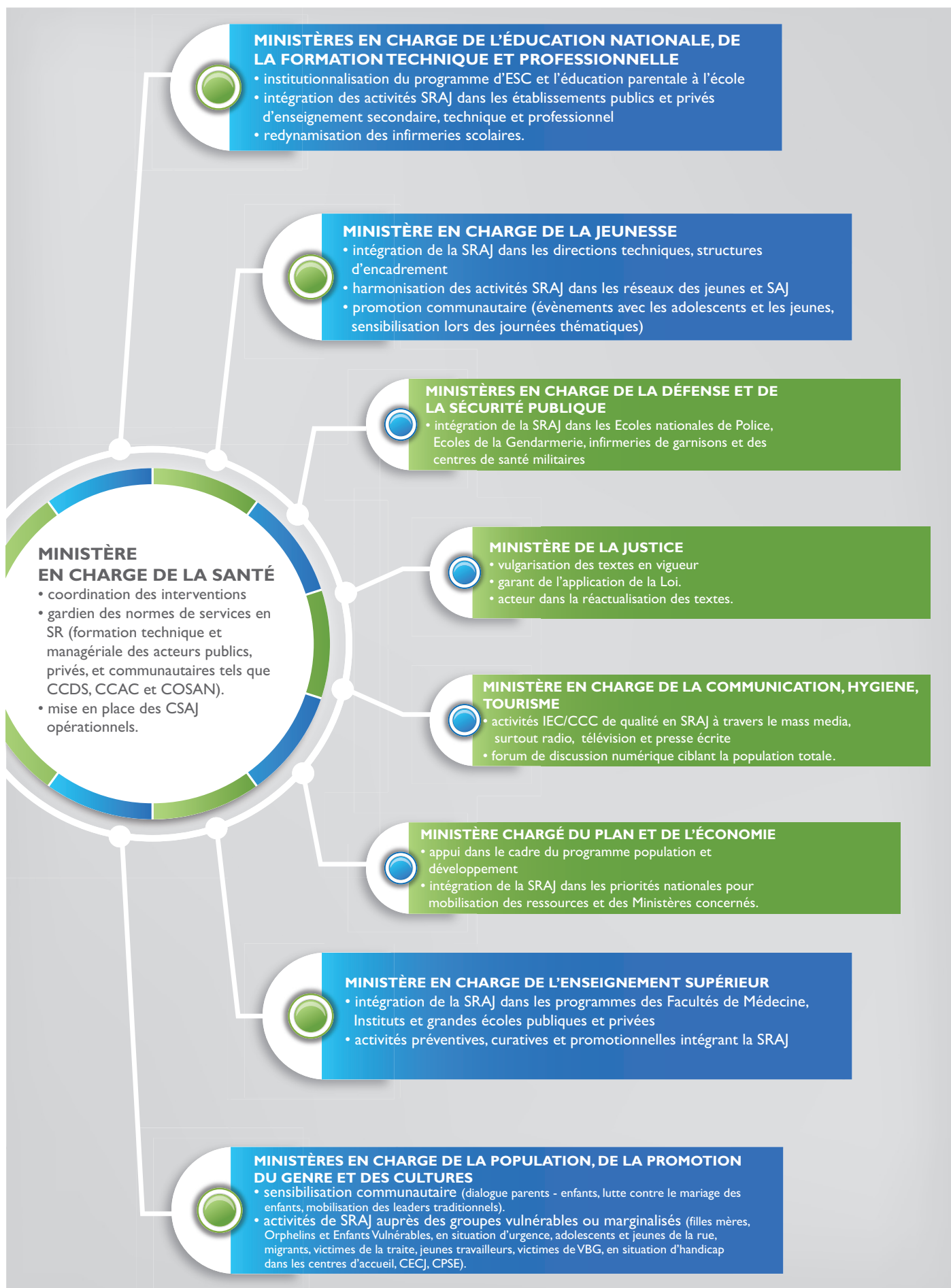


Cadre institutionnel



## IV.2 Cadre organisationnel : Rôles des acteurs

### IV.2.1 Secteur public



### IV.2.2 Secteur privé

Le secteur privé est constitué des organisations sanitaires interentreprises, les entreprises privées et les industries. Ce secteur peut assurer des offres de services en SSRAJ et offre un avantage comparatif pour cibler les jeunes en milieu de travail et contribuant ainsi à l'atteinte des objectifs et à la réalisation des résultats du PSN SRAJ.

### IV.2.3 Partenaires Techniques et Financiers

Les PTF participent grandement pour le financement des programmes en SSRA. Cet engagement témoigne de leur prise de responsabilité qui devrait se traduire aussi par une responsabilité mutuelle et commune pour l'atteinte des objectifs.

### IV.2.4 Organisation de Société Civile (OSC)

#### OSC travaillant dans le domaine de santé et développement des adolescents et des jeunes

Les OSC, composées des organisations confessionnelles, des ONG ainsi que des différentes associations, sont censées représenter la population à tous les niveaux décisionnels de l'organisation tout en étant garant de l'atteinte des objectifs et de la mise en œuvre du PSN SRAJ. Intervenants de proximité, elles œuvrent en faveur de la promotion et de prestation de services communautaires et renforcent les capacités des acteurs. Certaines d'entre elles développent des activités de prestation de services cliniques au profit des adolescents et jeunes, suivant leur mission. En synergie et en collaboration avec les zones sanitaires, elles facilitent l'intégration des statistiques de services dans les données du comité locale de promotion de la SRAJ. Elles participent aussi aux activités de plaidoyer en vue de la mobilisation des leaders communautaires et des Partenaires Techniques et Financiers dans le programme de mise en œuvre du PSN.

#### Organisations et mouvements de jeunesse

Elles contribuent à la promotion de l'IEC/CCC en SRAJ, des prestations de services à base communautaire en tant que pairs éducateurs et agents communautaires.

### IV.3 Cadre financier

La mise en œuvre des différentes stratégies du PSN SRAJ requiert la mobilisation de ressources et un plan de financement de la part de l'Etat et des Partenaires Techniques et Financiers. Il est à signaler que les impacts du PSN sont proportionnels aux ressources disponibles. L'engagement politique et financier de l'Etat en faveur de la SRAJ est nécessaire pour assurer une meilleure contribution des PTF.

Le financement des interventions retenues dans le PSN SRAJ sera mobilisé de façon concertée auprès de l'Etat, des PTF et le secteur privé. Un plan de mobilisation de ressources sera élaboré et un dialogue politique avec l'ensemble des acteurs pour la mobilisation des ressources sera entrepris. L'actualisation du Cadre Budgétaire à Moyen Terme (CBMT) pour les interventions retenues, permettra une mobilisation plus accrue de ressources financières auprès des partenaires nationaux et internationaux.

Comme les ressources financières en faveur de la SSRAJ sont encore insuffisantes, un plaidoyer pour financer les activités en SRAJ doit être mené au sein du Gouvernement, et auprès des partenaires financiers, voire auprès du secteur privé par MSANP/ DSFA avec l'appui du CNC et du Ministère du Plan, en se basant sur le cadre d'investissement en SRMNIA (Santé Reproductive Maternelle Néonatale Infantile et des Adolescents).

Les OSC actives en SRAJ utiliseront leurs propres ressources financières pour mener leur mission.



Crédit photo : MJS

JPE en action





## V. LABELISATION DU CENTRE DE SANTE AMI DES JEUNES

Compte tenu des normes internationales, des pratiques et de la faisabilité sur terrain à Madagascar, 15 critères spécifiques minimaux correspondant à un « scoring » de 15 points ont été retenus pour labéliser un CSAJ. Ils portent sur l'établissement de santé, les prestataires de service, les adolescents et jeunes ainsi que la communauté de soutien.





#### Labélisation des centres de santé

Label	Score
Centre de santé classique	0 à 7 points
Centre de santé potentiellement ami des jeunes	8 à 14 points
Centre de Santé Ami des Jeunes	15 points

## 1. Etablissement de santé

1		Mettre à disposition de tous les adolescents et des jeunes des services de qualité (prévention, prise en charge, diagnostic, traitements et services de soins)	Disponibilité de gamme de service (médicaments, intrants, fournitures, équipement et matériels et des technologies nécessaires) Affichage de prix de service
2		Proposer un ensemble d'informations, de conseils, répondant aux besoins de tous les adolescents et des jeunes	Existence de mécanismes de référence / continuum des soins et d'actions de proximité Existence de plan de masse et /ou des plaques de fonction
3		Offrir un environnement accueillant, propre et garantit le respect de la vie privée et de la confidentialité.	Heure de réception pratique pour les jeunes, salle de réception respectant la confidentialité visuelle et/ou auditive
4		Disposer des données désagrégées par âge en vue de l'amélioration de la qualité.	Collecte, analyse et exploitation des données ventilées par âge et par sexe sur l'utilisation des services Affichage et suivi de graphique sur la performance du centre pour son exploitation

## 2. Prestataires de services

5		Les prestataires ont les compétences techniques nécessaires pour prodiguer des services de santé efficaces aux adolescents et aux jeunes.	Prestataire formés en SRAJ, interactions cliniques avec les jeunes et dans leur expertise technique (avec au minimum un service de counseling, ou PF, ou CPN, accouchement ou CPoN, ou prise en charge IST/VIH).
6		Les agents de santé et le personnel d'appui respectent et protègent le droit des adolescents à l'information, à la vie privée, à la confidentialité, à la non-discrimination et agissent en conséquence.	Personnel du centre, y compris le personnel administratif et le personnel d'appui, sont formés sur l'accueil des jeunes et le programme sur le Centre de Santé Amis de Jeunes.
7		Le personnel de l'établissement de santé prend part à l'amélioration continue de la qualité.	Tenue de réunion régulière sur l'Amélioration Continue de la Qualité (ACQ) dans le centre de santé sur base des résultats de performance (suivi et analyse des données)
8		Les jeunes ont libre accès aux services offerts	Réception des jeunes sans aucune contrainte, ni de la part du prestataire ni de la famille

9



Le centre de santé a un programme d'information répondant aux besoins des adolescents et des jeunes

Séances d'information et d'éducation sur les sujets liés à la SSRAJ planifiées et mises en œuvre pour les adolescents et les jeunes

### 3. Adolescents et Jeunes

10



Les adolescents et les jeunes connaissent leur propre santé et savent où et quand faire appel aux services de santé.

Existence du programme d'information, d'orientation et d'éducation des adolescents et des jeunes sur la SSRAJ au niveau communautaire.

11



Les adolescents et les jeunes connaissent l'existence et la disponibilité de l'offre de services qui leur sont destinés.

Disposition des supports IEC ciblant les adolescents et les jeunes (affiches, de brochures, etc.) ou collaboration avec des sensibilisateurs communautaires (AC ou autres)

12



Les adolescents et les jeunes participent et prennent part à la planification, au suivi et à l'évaluation des services de santé, ainsi qu'aux décisions concernant leurs propres soins.

Existence de mécanisme d'implication des adolescents et des jeunes dans la programmation ou la collecte de leur avis pour l'amélioration de la qualité des services

13



Les adolescents et les jeunes sont satisfaits et obtiennent ce qu'ils attendent dans les services offerts.

Les adolescents et les jeunes fréquentent le centre et peuvent parler de tous les sujets qui les intéressent aux prestataires.

### 4. Communauté

14



La communauté appuie le programme de la mise en œuvre du CSAJ.

Le comité de santé ou les personnes qui ont une influence sur le comportement des adolescents et des jeunes sont informés et appuient dans la création de demande sur la SSRAJ et le CSAJ. Existence de la connexion du centre avec la communauté desservie (AC, comité de soutien, etc.)

15



Les services sont promus dans la communauté et dans des endroits où les adolescents et les jeunes se rassemblent (écoles, clubs de jeunes, centres de loisirs, etc.) en vue d'une création de la demande

Tenue des activités communautaires de promotion et d'orientation des adolescents et des jeunes à utiliser le CSAJ

## VI. MECANISME DE SUIVI EVALUATION

### VI.1 Processus de planification

La réussite de la mise en œuvre de ce plan dépendra d'un certain nombre de facteurs : (i) un engagement politique au plus haut niveau de l'Etat durant le processus d'élaboration et de mise en œuvre, (ii) une coordination efficace des partenaires et (iii) un dispositif de suivi et d'évaluation opérationnel à tous les niveaux.

Pour traduire l'opérationnalisation des stratégies, une large diffusion du PSN SRAJ doit être assurée. Chaque intervenant aura son plan opérationnel y afférant.

### VI.2 Système de suivi et d'évaluation

#### VI.2.1 Objectifs

- suivre les progrès effectués (suivi des programmes et suivi des indicateurs) en SRAJ
- évaluer l'efficacité des stratégies et d'interventions
- orienter/réorienter les stratégies d'interventions

#### VI.2.2 Ressources humaines

Responsable de suivi évaluation des institutions. Il est à noter que le Comité National de Coordination en SRAJ est destinataire des informations stratégiques se rapportant au suivi et évaluation.

#### VI.2.3 Outils de suivi et évaluation

Le MSANP utilisera les indicateurs de santé usuels, notamment concernant la santé sexuelle et reproductive, en désagréant en âge et genre les données, tant pour le secteur public que privé. Le suivi de ces indicateurs sera complété par les enquêtes nationales, notamment l'EDS, le suivi des ODD et les enquêtes à visée thématique. Le suivi périodique des données SRAJ suivra le rythme de collecte des données habituelle, de même pour les enquêtes d'envergure nationale.

Le CNC SRAJ se chargera d'approuver les évaluations ou les recherches opérationnelles en SRAJ menées par les intervenants dans le cadre de la mise en œuvre de leur mission: premier à informer de l'intention de l'étude, le CNC SRAJ sera amené à donner ses recommandations suivant les besoins du pays et sera destinataire des résultats. Il sera chargé également d'élaborer un canevas de suivi à utiliser pour les activités de promotion à base communautaire ou ciblée, pour servir de référence unique à tout intervenant dans la collecte des données.

## CONCLUSION

Le PSN en SRAJ à Madagascar constitue pour l'ensemble des acteurs le cadre de référence nationale pour toutes interventions en matière de Santé des Adolescents et des Jeunes. Les programmes qui seront conçus et mis en œuvre à partir du présent document visent une meilleure prise en compte des problèmes de santé et de développement des adolescents et des jeunes qui, de par leur poids démographique, restent stratégiques.

Ce document n'est pas un document de travail du Ministère de la Santé exclusivement, mais de tous les acteurs actuels et potentiels en matière de SSRAJ. C'est un outil de planification stratégique et de plaidoyer.

Son utilisation devra permettre aux différents acteurs de se mettre dans une logique de synergie pour mieux s'assurer de l'efficacité et de la complémentarité des interventions ciblant les adolescents et les jeunes où qu'ils se trouvent, dans la communauté, à l'école, dans les endroits de loisirs et dans les milieux de travail.

Les interventions répertoriées dans ce document ne sont ni limitatives ni exhaustives. Du contexte évolutif et des réalités pourraient naître des nouveaux défis et enjeux qui requièrent de nouvelles stratégies et d'actions pour y faire face. Les nouvelles approches sont toujours encouragées et les revues et les évaluations sont prévues pour servir du mécanisme d'ajustement.



# GLOSSAIRE

## SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

La « santé sexuelle » désigne l'absence de maladies et de blessures associées à une activité sexuelle ainsi qu'un état d'épanouissement sexuel. Ce concept est défini comme l'association positive des aspects physiques, émotionnels, intellectuels et sociaux de la sexualité. La sexualité influence les pensées, les sentiments, les rapports et actions des individus ; elle incite également les personnes à rechercher l'amour, le contact, la chaleur et l'intimité. Elle s'exprime sous des formes nombreuses et variées et dépend étroitement de l'environnement dans lequel vivent les personnes. (Source : UNFPA)

La Santé de la Reproduction (SR) est « un état de bien-être physique, mental et social total, et non la simple absence de maladie ou de handicap, pour tout ce qui a trait au système de la reproduction, à ses fonctions et ses mécanismes ». (Source : OMS)

La santé de la reproduction suppose alors la liberté de décider de se reproduire quand, comment et à quelle fréquence le faire.

## COMPOSANTE DE LA SRAJ

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)

## DROIT A LA SANTÉ REPRODUCTIVE

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)

Dix droits à la Santé Reproductive (Source : IPPF)

1. Le droit à l'égalité, à l'égale protection devant la loi et à n'être soumis à aucune discrimination sur la base de son sexe, sa sexualité ou son genre
2. Le droit à la participation pour tous, sans distinction de sexe, de sexualité ou de genre
3. Le droit à la vie, à la liberté, à la sécurité de la personne et à l'intégrité corporelle
4. Le droit au respect de la vie privée
5. Le droit à l'autonomie et à la reconnaissance devant la loi
6. Le droit à la liberté de penser, d'opinion et d'expression et le droit à la liberté d'association
7. Le droit à la santé et de bénéficier des progrès de la science et de la technologie
8. Le droit à l'éducation et à l'information
9. Le droit de choisir de se marier ou non, de fonder et planifier une famille et de décider d'avoir ou non des enfants, quand et comment
10. Responsabilité et réparation

## SOINS DE SANTÉ DE LA REPRODUCTION

Les soins de santé de la reproduction sont définis comme l'ensemble des méthodes, techniques et services qui contribuent à la santé de la reproduction et au bien-être en prévenant et en traitant les problèmes de santé y relatifs. Ils englobent également les soins relatifs à la santé sexuelle, qui visent à améliorer la vie et les relations personnelles, et ne se limitent pas aux conseils et soins en matière de reproduction et de maladies sexuellement transmissibles. (Source : OMS)

## PREVALENCE CONTRACEPTIVE

La prévalence contraceptive est le pourcentage des femmes qui utilisent actuellement, ou dont le(s) partenaire(s) sexuel(s) utilisent actuellement, au moins une méthode contraceptive quelconque. Elle se rapporte souvent aux femmes mariées ou en union âgées de 15 à 49 ans.

(Source : OMS)

## INDICE SYNTHETIQUE DE FECONDITE (ISF)

L'indice synthétique de fécondité évalue le nombre d'enfants qu'aurait une femme, au cours de sa vie féconde, si elle se comportait conformément à la fécondité par âge observée au cours d'une année donnée.

(Source : Larousse)

## EDUCATION FORMELLE, NON FORMELLE ET INFORMELLE

### Apprentissage formel / Education formelle

Enseignement organisé et dispensé à l'école \* et qui est explicitement désigné comme apprentissage (en termes d'objectifs, de temps ou de ressources). L'apprentissage formel est intentionnel de la part de l'apprenant; il débouche généralement sur la validation et la certification.

\* ou dans un contexte organisé et structuré (par exemple dans un établissement d'enseignement ou de formation, ou sur le lieu de travail)

### Apprentissage non-formel / Education non-formelle

Enseignement d'un sujet en particulier, à l'intérieur de l'école ou à l'extérieur, qui est intégré dans des activités planifiées qui ne sont pas explicitement désignées comme activités d'apprentissage (en termes d'objectifs, de temps ou de ressources) mais qui comportent un important élément d'apprentissage. L'apprentissage non formel est intentionnel de la part de l'apprenant.

### Apprentissage informel / Education informelle

Apprentissage qui découle des activités de la vie quotidienne liées au travail, à la famille ou aux loisirs. Il n'est ni organisé ni structuré (en termes d'objectifs, de temps ou de ressources). L'apprentissage informel possède la plupart du temps un caractère non intentionnel de la part de l'apprenant.

(Sources : UNESCO, 2004)

## PERISCOLAIRE, PARASCOLAIRE, EXTRASCOLAIRE

**Périscolaire** désigne les activités que l'on peut faire avec l'école, grâce à elle mais hors d'elle : une sortie «touristique», piscine tout le mercredi après-midi : c'est qui est complémentaire de l'enseignement scolaire. (Source : Le Petit Robert)

**Parascolaire** désigne des activités qui sont en relation avec l'enseignement scolaire sans en faire partie intégrante. Par exemple, séance de sensibilisation sur la santé buccale...

**Extrascolaire**, se dit d'une activité qui, même si elle se déroule dans le cadre de l'école, ne constitue pas un complément nécessaire à un enseignement (Source : Larousse). L'Extrascolaire peut aussi désigner des activités qui ont lieu en dehors du cadre scolaire, sans son intermédiaire : club de sport ; cours de musique, langue... (Source : Le Petit Robert)

Note : périscolaire et parascolaire sont tous deux traduits par « extracurriculaire ».

## EDUCATION A LA VIE ET A L'AMOUR

C'est un programme d'éducation des adolescents et des jeunes de l'ECAR associant la dimension humaine et spirituelle pour un développement harmonieux de l'individu. La vie est le don de l'amour de Dieu pour tous les hommes. C'est la raison pour laquelle vie et amour ne peuvent être dissociés. Le premier enjeu de la tâche éducative est de donner à ceux qui ne l'ont pas, ou de la redonner à ceux qui l'ont perdu, cette notion d'un bien réel qui nous précède et suscite notre adhésion aimante. (*L'éducation des jeunes à la vie et à l'amour par S.E. Mgr Jean LAFFITTE, Secrétaire du Conseil Pontifical pour la Famille, Biarritz, 1<sup>er</sup> Décembre 2012*)

## TAUX DE MORBIDITE ET DE MORTALITE MATERNELLE

Le Taux de Morbidité (TM) indique le pourcentage de la population tombée malade pendant une période donnée.

Le Taux de Mortalité maternelle indique le pourcentage de femmes décédées par suite de complication de la grossesse, d'accouchement et d'interruption de la grossesse (et jusqu'à 42 jours après). Le résultat est rapporté à 100 000 naissances vivantes.

## INDICE DE SATISFACTION DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES

L'indice de satisfaction des utilisateurs des services de santé mesure le degré de satisfaction de la population vis-à-vis des formations sanitaires. C'est à travers l'avis que les usagers ont du cadre d'accueil, de la disponibilité des produits, de la qualité des prestations que sera apprécié leur degré de satisfaction.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ACQUIRE, The Reproductive Health for Married Adolescent Couples Project, Nepal, 2008.
2. OIT, Enquête nationale sur la transition des jeunes vers la vie active (ETVA) à Madagascar – enquête sur l'emploi des jeunes, Antananarivo, 2014.
3. Blum RW, Bastos FIPM, Kabiru CW, Adolescent health in the 21<sup>st</sup> century. Lancet, 2012.
4. Chandra-Mouli et al. Twenty years after the International Conference on Population and Development, 2015.
5. Kirby & all, Comprehensive sexual education curricula, 2015.
6. Kirby D, Laris BA, Roller L. Impact of sex and HIV education programs on sexual behaviors of youth in developing and developed countries. Washington DC, FHI 2005.
7. MEN, Cadre de l'Orientation de l'Education Sexuelle en milieu scolaire, DCI, 2014.
8. MEN, Programme d'Education Sexuelle, DCI, 2014.
9. MEN, Plan Sectoriel de l'Education, 2017.
10. Michelle J. Hindin and Adesegun O. Fatusi, Adolescent Sexual and Reproductive Health in Developing Countries: An Overview of Trends and Interventions, Geneva, 2009
11. MJS, Politique Nationale de la Jeunesse, Septembre 2004.
12. MSANP/Alliance GAVI, Rapport d'évaluation des interventions de santé ciblant les adolescents, Projet de démonstration du vaccin anti-HPV, Juillet 2014.
13. METTFP, Politique Nationale de l'Emploi, Antananarivo, 2015.
14. OMS/UNFPA, Prévenir les grossesses précoces et leurs conséquences en matière de santé reproductive chez les adolescentes dans les pays en développement : les faits, Genève Suisse, 2012
15. OMS, Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade, 2014.
16. OMS, Les grossesses chez les adolescentes, Aide-mémoire N° 364, Septembre 2014
17. OMS, The sexual and reproductive health of young adolescents in developing countries: Reviewing the evidence, identifying research gaps, and moving the agenda, Geneva, November 2010
18. PSI, Adapter les services de santé aux jeunes : Un guide pour les responsables de planification et de mise en œuvre des programmes, 2014.
19. SALFA, Guide et plan de session en éducation des parents sur la SRA, INSPC, Antananarivo, 2012.
20. UNFPA, The case for investing in young people as part of a national poverty reduction strategy. New York, NY 2010.
21. UNICEF, L'état des enfants dans le monde – l'adolescence, l'âge des possibles, 2011.
22. UNICEF/UNFPA, Service amis de jeunes, 2012.
23. UNICEF, Enquêtes sur les enjeux du phénomène Jiromena pour les jeunes des régions Analanjirofo et Atsinanana, MSIS Tatao, Antananarivo, 2012.
24. United Nations. International Conference on Population and Development, Cairo September, 1994.
25. UNESCO, International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach for schools, teachers and health educators, Paris, 2009.
26. UNESCO, Principes directeurs internationaux de l'éducation sexuelle, Paris, 2012.
27. UNFPA/ UNICEF, Etudes sur les facteurs qui sous-tendent la sexualité des adolescents dans la Région d'Atsimo Andrefana, Focus Développement, 2012.
28. UNFPA, L'action en faveur de la jeunesse dans une stratégie nationale de réduction de la pauvreté, 2006.
29. UNFPA, État de la Population dans le monde : la maternité pendant l'enfance, 2013.
30. UNFPA, Etat de la population dans le monde : Investir chez les adolescents et les jeunes, 2003.
31. UNFPA/IPPF FISA, Évaluation des services de santé adaptés aux besoins des adolescents et des jeunes dans la région de l'Afrique de l'Est et du Sud : Rapport du Madagascar, 2017
32. USAID/MCSP, The Adolescent Age and Life-Stage Assessment and Counselling, 2016
33. USAID, En finir avec le mariage des enfants et répondre aux besoins des enfants mariés : une vision pour agir, 2012
34. USAID, Assessment of Youth Programming and Recommendations for Future Action to improve Reproductive Health Outcomes among Malagasy Youth, USAID/Madagascar, 2012.
35. Venkatraman Chandra-Mouli, Catherine Lane and Sylvia Wong, What Does Not Work in Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Review of Evidence on Interventions Commonly Accepted as Best Practices, Global Health: Science and Practice, September 2015
36. MCSP, Recherche formative sur les facteurs individuels, familiaux, communautaires et de services influençant l'utilisation des services en santé sexuelle et reproductive par les jeunes parents dans deux régions de Madagascar: Menabe et Vakinankaratra, 2015
37. IPPF, La Déclaration des droits sexuels de l'IPPF, Le choix ouvre sur un monde de possibilités, Oct 2009



## LISTE DES PARTICIPANTS A L'ELABORATION DU PSN SRAJ

1	ANDREMANISA Hanta	UNFPA
2	ANDRIAMAHAZOSOA Jacques	UPSM/DPS
3	ANDRIAMAHENINA Hery Zo	MDM
4	ANDRIAMANANJARA Lucien	SPF/DSFa
5	ANDRIANANTOANDRO Diamondra	Jeunes Ambassadeurs SRAJ – Tanora Iray
6	ANDRIANARIVO Nasoloarimalala	DP/ MSP
7	ANDRIANASOLO Lala	MSM
8	ANDRIANOELINA Miaro-Zo	SE CNLS
9	ANDRIANTSOAMANALINA Radonirina Eric	Ministère de la Justice
10	ANJARAMANANTSOA Mamy Faharetana	Resp Projet SSRA/
11	DE BRABANDERE Amélie	MDM
12	FELAN'ANDO Aliderson	UNICEF
13	JOHNSON Rolland	MPPSPF/ AT DGP
14	LALAHARIMANITRA Holisoa	Mahefa Miraka
15	MINOARIVELO Hantanirina Léa	DSFa / CSPSPFa
16	MZAMBIMANA Annick	CRS
17	NDREMANA Philémon	MCSP/Consultant National
18	NOMENJANAHARY Sentolalaina Mboany	SAHQE / DPH / MEAH
19	RABARY Onja	UNFPA
20	RABEMANANTSOA Rolland	MPPSPF / DDF
21	RABESOA Joelle	MSM
22	RABETALIANA Rova	MPPSPF / DPG/
23	RADESA Franck Gérard	MPPSPF / DGP
24	RAFALIMANANA Andrianadison Elisohanta	PSI
25	RAFALIMANANA Rotsy	Mpanazava eto Madagasikara
26	RAFARAHANTA Nirina	MIN FOP
27	RAFIDISON Vonimalala Sophie	Association Tanora Garan'Teen
28	RAHARINIAINA Verohanitra	USAID MIKOLO
29	RAHARISANA Gaie	SSRA / DSFa
30	RAHAROLAHY Nirisoa	ET DLIS
31	RAJAONARIVELO Onjafinaritra	STK / FJKM
32	RAKOTO Armand	CRS
33	RAKOTOARIBAKO Ony	CGS / CRS
34	RAKOTOHARIMALALA Mirado	Jeunes Ambassadeurs SRAJ – Tanora Iray
35	RAKOTOARINOSY Lalanirina Vonimboahirana	AT/DGS
36	RAKOTOARIVELO Dina Josseline	OFNALAT / MSANP
37	RAKOTOBE Victoire Marie	OEMC /MEN
38	RAKOTOMANALINA Rado	USAID/ MCSP
39	RAKOTOMANANA Andry	CSFP/DRH
40	RAKOTONDRATSIMBA Evelyne	UNICEF
41	RAKOTONDRAZAKA Holiarisoa Volatiana	ET/ SLMV DLMT
42	RAKOTONDRAZAY Sheila	AT/DGS
43	RAKOTONINDRINA Onjamalala Allain	MIN JUS

44	RAKOTONIRINA Minoarisoa Faratiana	SSRA / DSFa
45	RAKOTOSEHENO Noro Haingo	MJS /CNP Jeunes
46	RAKOTOSON H. Patricia	ET / SPF / DSFa
47	RAKOTOVAO Jean Pierre	USAID/ MCSP
48	RALAIISON Haingo Lalaina	USAID/ MCSP
49	RALIDERA Onisoa Rindra	USAID MIKOLO
50	RALISOAZANAKOLONA Tianarimanga	SRA/DSFa
51	RALY JEAN E. Karen Sun	Mpanazava eto Madagasikara
52	RAMAHAVORY Cellin Jimmy	PSI
53	RAMAHEFAHARISON Seta	Vokovokomanga FLM 67Ha
54	RAMANANDRAIBE Lalao Harisoa	DSFA /MSANP
55	RAMANDRESY Antsa	Association Tanora Garan'Teen
56	RAMANANTSOA Fanjaraharitiana	Nutrition / MSANP
57	RAMAROLAHY Nirisoa	ET/DLIS/MSP
58	RAMBELOSON Hasina	DPS
59	RAMBOANANASOLONDRAINIBE Z. Joëlson	DSFa / CSPSFa
60	RAMIHANTANIARIVO Herlyne	DGS
61	RAMINOSOA Fara	SE CNLS
62	RANDREMBASON Sitraka Lovaso	Mpanazava eto Madagasikara
63	RARNDIAMAMPIANDRA Hasindrainy	SLRC
64	RANDRIAMANANA Lalatiana Victor	Admin/SSRA
65	RANDRIAMANANATSOA Volatiana	USAID/ MCSP
66	RANDRIAMANANTENA Julia	DPJ/MJS
67	RANDRIAMASIARIJAONA A. Harinelina	Chef SNUT/DSFa
68	RANDRIANAMPY Hantamalala	OFNALAT / MSANP
69	RANDRIANARIVAO Jaona Elie	Allo Fanantenana Ligne 5 I I
70	RANDRIANARIVONY Constand Girard	Admin/SSRA
71	RANDRIANARIVONY Zakariasy	Responsable jeune USAID Mikolo
72	RANDRIANIRINA Luc Herman	AT / DGS
73	RANDRIARIMANANA Aina	Jeunes Ambassadeurs SRAJ
74	RANDRIANJATOVO Elie	DRH/MEN
75	RASAMIMANANA Nivo Nirina	SALFA
76	RASAONA Hery Baholisoa	ET / SACPS / DPS
77	RASOARIMAMONJY Josephine	MPPSPF / DGPF
78	RASOANIRINA Francine	PSI
79	RASOLOFONIRINA Germain	DCI/MEN
80	RASOLOMANANA Hary Andrianaina	UNESCO
81	RASOLONJATOVO Richard	PMPM
82	RATAHIRIMANANIRINA Beby	SCM / DPS
83	RATSIFERANA Holy Mahefa Princia	MEN/DSS
84	RATSIRARISOA Hery	ET SSE/DSFa
85	RAVELOJAONA Maryse	ET SMSR/DSFa
86	RAVELOMANANONY Huguette	PMPM
87	RAVONIARISOA Marie Georgette	MSANP/ DSFa
88	RAZAFIMANANTSOA Tiana	UNICEF

89	RAZAFIMBAHINY Jaonosy Philibert	Allo Fanantenana Ligne 511
90	RAZAFINDRADIMY T. Hery Patrick	FISA
91	RAZAFINDRAMISY A.	Jeunes Ambassadeurs SRAJ
92	RAZAFINDRAVELO Angeline	Chef SRA / DSFa
93	RAZAFINDRAVONY Bakolisoa	USAID/ MCSP
94	RAZAFINIMARO José Franck	MPPSPF / DPG
95	RAZAFINJANAHARY Jeanne	EKAR – SANTE
96	RAZAFY Sylvain	CNP / MSANPAT/ SG
97	RAZANAMORASOA Hasina	DCI/MEN
98	RAZANAKOTO Georges	SSRA / DSFa
99	SIBO Maminah	UNESCO
100	SOANJARA Angeline	OMS
101	VAOARISOA	MCRI



Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture

« La multiplication de ce document a été rendue possible grâce au soutien généreux du peuple américain, par le biais de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), en vertu des termes de l'accord coopératif AID-OAA-14-00028. Le Programme USAID pour la survie de la mère et de l'enfant est responsable de cette publication qui ne représente pas forcément le point de vue de l'USAID ou du Gouvernement des Etats-Unis. »

