



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

PROGRAMME AMELIORATION DE L'APPROCHE DU PARTENARIAT DANS LE MARCHE ET DE L'ACCES AUX INTRANTS DE SANTE A MADAGASCAR (IMPACT)

L'EGALITE DU GENRE ET DE
L'INCLUSION SOCIALE (GESI)

ANALYSE ET PLAN D'ACTION

Cette publication a été produite pour l'agence de développement international des Etats-Unis (USAID), accord de coopération n ° 72068718CA00001

Implémenté par :

PSI Madagascar en collaboration avec Banyan Global.

PSI Madagascar

Immeuble FIARO AMPEFILOHA, BP 7748
Escalier D, 2ème étage
Antananarivo, Madagascar
Contact: +261 20 22 629 84

Banyan Global

1120 20th Street NW, Suite 950
Washington, DC, USA 20036
Contact: +1 202 684 9367

Avertissement : Les opinions exprimées par les auteurs dans cette publication ne reflètent pas nécessairement celles l'agence de développement international des Etats-Unis (USAID) ou du Gouvernement des États-Unis.

Citation recommandée : Rachel Mahmud and Malanto Rabary. USAID/Madagascar IMPACT Program Gender Equality and Social Inclusion Analysis and Action Plan. Prepared by Banyan Global. 2019.

**PROGRAMME IMPACT
L'ÉGALITE DU GENRE ET DE
L'INCLUSION SOCIALE
ANALYSE ET PLAN
D'ACTION 2019**

**ACCORD DE
COOPERATION N °
72068718CA00001**

TABLE DES MATIERES

ABBREVIATIONS	vi
REMERCIEMENTS	viii
RÉSUMÉ	I
I. INTRODUCTION	4
I.1 Contexte	4
I.1.1 Le Programme Amélioration de l'Approche du Partenariat dans le Marché et de l'Accès aux Intrants de Santé à Madagascar (IMPACT) à Madagascar	4
I.1.2 Analyse de l'égalité du genre et de l'inclusion sociale (GESI) - Contexte et objectif.....	5
I.2 Méthodologie	7
I.2.1 Revue de littérature	7
I.2.2 Collecte de données primaires	7
I.2.3 Présentation des résultats préliminaires à l'USAID	8
I.2.4 Protection des informations sur les informateurs.....	9
I.2.5 Limites de l'analyse GESI.....	9
2. CONTEXTE	11
2.1 Égalité du genre, inclusion sociale et de santé à Madagascar	11
2.2 Lois, politiques, règlements et pratiques institutionnelles	13
2.3 Normes et croyances culturelles	15
2.4 Rôles, responsabilités et utilisation du temps selon le sexe	16
2.5 Accès aux biens et ressources et contrôle de ceux-ci	19
2.6 Modèles de pouvoir et de prise de décision	20
3. PRINCIPALES CONCLUSIONS	22
3.1 Secteur public	23
3.2 Secteur Commercial	28
3.3 Marketing Social	31
4. PLAN D'ACTION DE GESI POUR LE PROGRAMME IMPACT	35
4.1 Objectif	35
4.2 Recommandations	35
ANNEXE A : BIBLIOGRAPHIE	41
ANNEXE B : LES GUIDES D'ENTRETIEN POUR L'ANALYSE GESI	49
ANNEXE C : LISTE DES PERSONNES CLÉS INTERVIEWÉES	59

ABBREVIATIONS

AC	Agent Communautaire
AOR	Agreement Officer's Representative
ADS	Systèmes de Directives Automatisées (Automated Directive System)
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNFM	Conseil National des Femmes de Madagascar
CSB	Centre de Santé de Base
DCA	Autorité de Crédit de Développement (Development Credit Authority)
EDS	Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Survey)
GD	Groupe de discussion
GEC	Groupes d'Epargnes et de Crédit
GESI	Egalité du Genre et l'Inclusion Sociale
GTT	Groupe de Travail Technique
GOM	Gouvernement de Madagascar
IMPACT	Amélioration de l'Approche du Partenariat dans le Marché et de l'Accès aux Intrant Santé à Madagascar
INSTAT	Institut National des Statistiques de Madagascar
ISM	Integrated Social Marketing Program
JFET	Jeunes Femmes Engagées de Tuléar
MDH	Ménages dirigés par un homme
MDF	Ménage dirigé par une femme
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PNSC	Politique Nationale de Santé Communautaire

PA	Points d'Approvisionnement
PARC	Points d'Approvisionnement Relais Communautaires
PDSS	Plan de Développement du Secteur Santé
PF/SR	Planning Familial/Santé Reproductive
PSI/M	Population Services International/Madagascar
RI	Résultats Intermédiaires
SHOPS	Sustaining Health Outcomes through the Private Sector Project
SMI	Santé Maternelle et Infantile
TMA	Approche du Marché Total
TMI	Initiative pour un Marché Total
TPI	Traitement Préventif Intermittent
USAID	Agence des Etats-Unis pour le Développement International
VBG	Violence Basée sur le Genre
WASH	Water, Sanitation and Hygiene

REMERCIEMENTS

L'équipe est reconnaissante aux nombreuses personnes qui ont fourni une contribution technique et des conseils lors de l'élaboration du plan d'action et d'analyse de l'égalité du genre et l'inclusion sociale (GESI) du programme Amélioration de l'Approche du Partenariat dans le Marché et de l'Accès aux Intrants de Santé à Madagascar (IMPACT). L'étude était une entreprise importante et sa réalisation n'aurait pas été possible sans tous ceux qui ont bien voulu faire part de leur temps, leurs idées et leurs recommandations.

L'équipe tient à remercier l'équipe USAID/Madagascar pour son leadership. Nous adressons nos plus sincères remerciements à Dr Haja Razafindrafito, représentant de *Agreement Officer's Representative* (AOR).

Nous adressons nos remerciements à tous les membres clés du Ministère de la Santé aux niveaux central et régional du gouvernement de Madagascar qui ont soutenu cette étude et participé activement aux entretiens.

Nous sommes reconnaissants à tous les partenaires du secteur public, commercial et du marketing social impliqués dans cette étude. L'équipe exprime sa gratitude à PSI/Madagascar, en particulier Pierre-Loup Lesage, représentant principal du pays, Gilbert Andrianandrasana, le Directeur du programme IMPACT, et Mohamed Diallo, chef du projet adjoint, programme IMPACT.

Nous remercions tous les membres du consortium du programme IMPACT pour leur soutien : Ando Rambeloson et son équipe de PATH, Isabelle Salabert et son équipe de la Fondation Telma, Aline Makureira et son équipe de MSH, ainsi que Lony Rasamoela et son équipe de Banyan Global.

Rachel Mahmud, chargée de programme principale chez Banyan Global et Malanto Rabary, spécialiste du genre et de l'inclusion sociale chez Banyan Global, ont étudié et rédigé ce plan d'intégration avec le soutien de Marcella Kim, assistante de recherche diplômée. Dina Scippa, Stephanie Gober, Eric Botoronono et Alyssa Lang ont également apporté leur soutien. Les auteurs ont élaboré cette publication avec les conseils de USAID, en particulier avec le Dr Andry Nirina Rahajarison, le responsable du programme de planification familiale et point focal pour la promotion de la femme, bureau de la santé, population et alimentation, USAID/Madagascar.

Pour plus d'informations, veuillez contacter :

Rachel Mahmud
Senior Program Officer, Gender Practice
Banyan Global
1120 20th Street NW Suite 950 South
Washington, DC, USA 20036
Tel: +1 202 684 9367
rmahmud@banyanglobal.com

RÉSUMÉ

En février 2019, Banyan Global a mené une analyse sur l'égalité du genre et l'inclusion sociale (GESI) dans l'optique de l'autonomisation économique des femmes afin d'informer le programme IMPACT (Amélioration de l'Approche du Partenariat dans le Marché et de l'Accès aux Intrants de Santé à Madagascar) financé par USAID/Madagascar. Banyan Global s'est spécifiquement attaché à identifier les problèmes, les inégalités, les contraintes et les opportunités liés au genre, dans la chaîne d'approvisionnement en produits de santé à Madagascar. Les conclusions et recommandations de ce rapport visent à aider le programme IMPACT à intégrer l'égalité du genre, l'inclusion sociale et l'autonomisation économique des femmes tout au long du cycle de programmation.

Ce rapport a été préparé à l'issue d'un processus en plusieurs étapes, qui comprenait une analyse documentaire préliminaire et une collecte de données dans les centres villes d'Antananarivo, Antsiranana (région de Diana) et Toliara (région d'Atsimo Andrefana). L'équipe de recherche était composée de Malanto Rabary, spécialiste nationale du genre et de l'inclusion sociale, et de Rachel Mahmud, chargée de programme principale et chef d'équipe du siège social de Banyan Global. La revue de la littérature a été réalisée avec le soutien de Marcella Kim, associée de recherche, étudiante diplômée. Les principaux outils de collecte de données comprenaient des entretiens semi-structurés et des discussions de groupe. L'annexe C fournit une liste détaillée des personnes interrogées.

Aperçu des constatations

L'intégration de la dimension de genre est souvent absente des programmes, des politiques et des stratégies de la couverture sanitaire universelle. Ceci est vrai non seulement à Madagascar, mais globalement. Dr Tedros Adhanom, Directeur Général de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), a récemment déclaré : « Le genre devrait être intégré. Cela ne peut pas être fait par une petite unité - cela doit être fait par chaque personne. C'est l'affaire de tous et nous devons l'intégrer. »¹ Il existe un potentiel immense pour intégrer l'égalité du genre dans la chaîne d'approvisionnement en produits de santé à Madagascar et pour la rendre plus inclusive en incluant la voix des groupes marginalisés. L'amélioration de l'égalité du genre et de l'inclusion sociale renforcera la capacité du secteur de la santé à répondre aux besoins de l'ensemble de la population malgache.

Une priorité du Ministère de la Santé du Gouvernement de Madagascar (GOM) est de rendre opérationnelle la Couverture Maladie Universelle (CMU) afin de combler les lacunes identifiées dans le paysage actuel des soins de santé. La majorité des citoyens malgaches ont du mal à se permettre et à accéder à des services de santé adéquats. Une approche de CMU tenant compte de la dimension de genre et socialement inclusive contribuera à réduire les inégalités d'accès aux services de santé, en particulier pour les femmes et les jeunes.

¹ Keeling, A., Dhatt, R., and Doshi, L. Opinion: There is no road to UHC without gender equality and women's empowerment. (1 February 2019.)

Bien que les services et produits de santé soient destinés à être accessibles à tous les bénéficiaires sans distinction de sexe, il subsiste des normes sociales et culturelles qui empêchent les femmes et les jeunes de demander de l'aide de manière digne et transparente. Dans les politiques nationales de lutte contre la pauvreté et de lutte contre la pauvreté de Madagascar, les considérations de genre sont rarement intégrées de manière à répondre de manière significative aux différents besoins et obstacles en matière de santé auxquels les femmes, les hommes, les filles et les garçons sont confrontés. Par exemple, les mariages d'enfants précoces et forcés sont omniprésents dans tout le pays, en particulier dans les zones rurales pauvres où l'accès aux soins de santé est déjà limité. Les jeunes filles enceintes font face à la stigmatisation sociale et sont donc moins susceptibles de faire appel à des services de santé ou d'utiliser des méthodes de planification familiale. Les femmes et les filles sont plus vulnérables à la violence sexiste si elles ne se conforment pas aux normes culturelles pour s'occuper des tâches ménagères non rémunérées et des travaux de soins. Les femmes travaillant dans les économies formelles et informelles sont plus exposées au harcèlement, à la discrimination et à divers risques d'insécurité.

Les normes culturelles dictent le type de travaux acceptables pour les hommes et les femmes, ce qui limite les opportunités pour tous les sexes sur le marché du travail. Les hommes sont censés occuper des postes à plus forte intensité de main-d'œuvre qui paient davantage, tandis que les femmes devraient rester à la maison ou occuper des travaux considérés comme plus faciles et donc moins rémunérateurs. Dans le secteur de la santé à Madagascar, un équilibre est perçu entre hommes et femmes aux postes de la gestion dans le secteur public, commercial et du marketing social. Alors que les femmes participent plus activement dans le secteur de la santé que d'autres secteurs, cela crée une illusion d'égalité entre les sexes, tant du côté de l'offre que de celui de la demande. En réalité, il existe des barrières sociales et culturelles qui empêchent les femmes et les filles d'atteindre le plus haut niveau de pouvoir décisionnel, d'influencer et de limiter leur capacité à bénéficier d'interventions sanitaires. Ceci est une conséquence de la connaissance et de la compréhension limitées des professionnels du secteur de la santé en matière d'égalité de genre et d'inclusion sociale.

Alors que le programme IMPACT renforce l'Approche du Marché Total (TMA), le moment est venu de s'assurer qu'elle est aussi inclusive que possible et prend en compte les différents besoins et considérations des femmes, des hommes, des filles et des garçons lors de la conception et de l'approche efficace pour atteindre CMU.

Résumé des principales recommandations

Secteur public

- Renforcer la capacité des parties prenantes du gouvernement à défendre les intérêts du GESI dans leurs sphères d'influence et à garantir la pérennité d'une TMA intégrée au genre au-delà de l'existence du programme IMPACT.
- Etablir un partenariat avec les organisations de défense des droits des femmes et des droits de l'homme pour inclure les voix des femmes, des filles, des jeunes et des groupes marginalisés dans les processus décisionnels du gouvernement. Engager les hommes dans les discussions de partenariat et renforcer leurs capacités par le biais d'une formation pour servir comme des champions GESI.
- S'assurer de l'intégration de l'équilibre entre les sexes parmi les membres du groupe de travail technique du gouvernement afin de s'assurer que les opinions et les points de vue divers soit représentés dans les politiques et la prise de décision.

- Mener des consultations régulières avec les partenaires de GESI pour identifier les priorités communes, les leçons apprises et les stratégies de résolution de problèmes afin de surmonter les obstacles à l'égalité de genre et à l'inclusion sociale.

Secteur commercial

- Etablir un partenariat avec des institutions financières et des parties prenantes du secteur commercial ciblé par le biais du mécanisme de financement de l'Autorité de Crédit de Développement (DCA) afin de répondre aux contraintes et aux opportunités en matière de GESI. Le secteur commercial offre d'importantes possibilités d'améliorer l'autonomisation économique des femmes tout en élargissant sa portée grâce à des approches tenant compte des spécificités du genre.
- Collecter des données ventilées par sexe et par âge sur les entreprises de produits de santé privés, ainsi que des données sur le leadership en déterminant qui occupe les postes de direction et de prise de décision dans le secteur commercial.
- Intégrer les composantes GESI dans les formations avec les institutions financières et les partenaires du secteur commercial afin de sensibiliser aux contraintes et opportunités liées au genre dans le secteur commercial, ainsi qu'à la justification du renforcement de l'autonomisation économique des femmes par le biais du secteur privé des produits de santé.

Marketing social

- Intégrer les messages GESI dans les campagnes de sensibilisation à la planification familiale et à la santé de la mère et de l'enfant. Consulter des experts en genre et en inclusion sociale lors de la conception et de la mise à l'essai de messages de santé transformateurs en genre.
- S'engager avec les hommes et développer des messages clés destinés aux hommes dans les campagnes de communication sur la planification familiale afin qu'ils ne soient plus des obstacles mais des partenaires pour les méthodes de planification familiale.

I. INTRODUCTION

I.1 Contexte

I.1.1 Le Programme Amélioration de l'Approche du Partenariat dans le Marché et de l'Accès aux Intrants de Santé à Madagascar (IMPACT) à Madagascar

En septembre 2018, Population Services International Madagascar (PSI/M), ainsi que Banyan Global, MSH, PATH et la Fondation Telma, ont obtenu l'accord de coopération n ° 72068718RFA00003 pour le programme IMPACT financé par l'USAID à Madagascar. La subvention est de 31 985 102 USD (35 185 162 USD, y compris le partage des coûts) et s'étend de 2018 à 2023.

L'objectif de ce programme est d'améliorer durablement la santé de la population malgache grâce à un système de santé renforcé et à des marchés de la santé efficaces, contribuant ainsi au Couverture Maladie Universelle (CMU). Le programme vise à améliorer la capacité du système de santé malgache à faire en sorte que des produits pharmaceutiques et des produits de santé de qualité soient disponibles et accessibles à tous les malgaches de manière durable. Le résultat escompté du programme IMPACT est d'accroître la performance totale du marché pour l'utilisation de produits de santé pour le paludisme, la santé maternelle et infantile, la planification familiale et le maintien de la performance du système de santé. IMPACT compte 13 régions prioritaires: Haute Matsiatra, Vakinankaratra, Analanjirifo, Atsinanana, Amoron'i Mania, Vatovavy Fito Vinany, Atsimo Andrefana, Menabe, Melaky, Boeny, Sofia, Sofia, Diana et Sava.

Le programme IMPACT est organisé en cinq domaines de résultats intermédiaires (RI) :

- RI 1 : Coordination accrue entre les secteurs public et privé, à but non lucratif et commercial pour un approvisionnement et une distribution fiable en produits de santé de qualité (sous la direction de PATH, MSH)
- RI 2 : Renforcement de la capacité du gouvernement de Madagascar (GOM) à fournir de manière durable des produits de santé de qualité au peuple malgache (sous la direction de PSI, MSH)
- RI 3 : Engagement accru du secteur commercial de la santé pour desservir de nouveaux marchés de la santé en fonction des besoins en matière de santé et de la demande des consommateurs (sous la direction de Banyan Global, de la Fondation Telma, de PSI et de MSH)
- RI 4 : Amélioration de la durabilité du marketing social pour fournir des produits de santé abordables et accessibles à la population malgache (sous la direction de PSI)
- RI 5 : Augmentation de la demande et de l'utilisation de produits de santé chez le peuple malgache (dirigé par PSI)
- Activités transversales : Egalité du genre, inclusion sociale et autonomisation économique des femmes (sous la direction de Banyan Global)

À travers l'Approche du Marché Total (TMA) qui s'appuie sur les réussites antérieures du marketing social dans le cadre du programme Integrated Social Marketing (ISM) de l'USAID et sur les meilleures pratiques globales en matière de TMA, l'équipe IMPACT travaillera avec le GOM pour renforcer et créer un environnement de marché de la santé plus efficace et plus efficient. Pour ce faire, IMPACT coordonnera

un groupe de travail technique (GTT) de l'Initiative pour un Marché Total (TMI), qui identifiera des stratégies pour garantir un approvisionnement et une distribution fiables en produits de santé de qualité. Malgré les succès remportés dans le cadre du précédent programme ISM, le programme IMPACT reconnaît que des investissements supplémentaires sont nécessaires pour renforcer le marché des produits de santé à Madagascar si l'on veut que le GOM atteigne les objectifs de la CMU. En outre, le marketing social doit évoluer dans le contexte plus large du marché. La segmentation améliorée, les subventions croisées et d'autres approches offrent l'occasion de transformer le marketing social en un modèle plus viable financièrement pour la promotion des produits et des services de santé.

1.1.2 Analyse de l'égalité du genre et de l'inclusion sociale (GESI) - Contexte et objectif

L'égalité du genre, l'inclusion sociale et l'autonomisation économique des femmes sont des éléments essentiels de la réalisation de la CMU. Sans comprendre les différents besoins et expériences des femmes, des hommes, des filles et des garçons, y compris ceux qui sont particulièrement marginalisés et/ou vulnérables, le programme IMPACT ne pourra pas atteindre ses objectifs. Cela implique de garantir une représentation significative des femmes, des jeunes et des groupes marginalisés à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement ; par exemple, un minimum de 30 pour cent de participation des femmes est considéré comme une masse critique permettant un impact réel et un changement réel.²

L'analyse de l'égalité du genre et de l'inclusion sociale (GESI) est un produit important pour la première année du programme IMPACT, qui établit le cadre d'une stratégie pour l'égalité du genre et l'inclusion sociale. Cette analyse GESI au niveau des activités de l'USAID examine comment le statut des femmes, des hommes, des filles et des garçons à Madagascar affecte la chaîne d'approvisionnement en produits de santé et comment un TMA peut traiter les inégalités de genre, l'inclusion sociale et l'autonomisation économique des femmes afin de mieux atteindre les objectifs du programme.

Plus précisément, l'analyse GESI aborde les questions de recherche suivantes:

1. Comment le statut relatif des femmes, des hommes, des filles et des garçons - y compris des groupes vulnérables et/ou marginalisés (c'est-à-dire des personnes ayant des identités croisées telles que des femmes handicapées, des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, etc.) affecte-t-il leur accès/contrôle des actifs, des ressources, des opportunités et des services liés à la chaîne d'approvisionnement en produits de santé, et questions plus larges relatives à la planification familiale (PF)/santé reproductive (SR) ; santé maternelle et infantile (SMI) ; et le paludisme ?
2. Comment les rôles, responsabilités et emploi du temps des deux sexes empêchent-ils ou facilitent-ils la participation à la chaîne d'approvisionnement en produits de santé ?
3. Les lois, politiques et pratiques institutionnelles pertinentes contiennent-elles des préjugés sexistes implicites ou explicites susceptibles d'affecter la capacité des femmes, des hommes, des filles et des garçons à participer au projet, à assumer des rôles de leader et à accéder à un prix abordable et de haute qualité ? SR ; SMI ; et services antipaludiques ?

² Dahlerup, Drude. The story of the theory of critical mass. *Politics & Gender*, 2(4), 511-522. (2006).

4. Comment les normes de genre et les croyances culturelles existantes affectent-elles la PF/SR ? SMI ; et services antipaludiques ?
5. Comment les modèles actuels de pouvoir et de prise de décision influencent-ils la capacité des femmes, des hommes, des filles et des garçons à décider, influencer et exercer un contrôle sur les ressources matérielles, humaines, intellectuelles et financières de la famille, de la communauté et du pays relié au PF/SR ; SMI ; et au paludisme ?
6. Quels sont les potentiels impacts, y compris les conséquences involontaires ou négatives, du projet sur les femmes, les hommes, les filles et les garçons, y compris les groupes vulnérables et/ou marginalisés ?

Conformément aux exigences des systèmes de directives automatisées (ADS) 201.3.2.9 et ADS 205 de l'USAID, l'analyse et le plan d'action du GESI s'aligneront sur la politique de 2012 de l'USAID sur [Gender Equality and Female Empowerment Policy](#), ainsi que sur [U.S. Strategy to Prevent and Respond to Gender-Based Violence](#) mise à jour en 2016. Les conclusions et les recommandations de l'analyse GESI indiquent également des liens avec [Women's Entrepreneurship and Economic Empowerment Act of 2018](#) and the [Women's Global Development and Prosperity Initiative](#) (W-GDP). L'intégration de l'autonomisation économique des femmes dans cette analyse GESI est basée sur ces initiatives du gouvernement américain ainsi que sur le leadership éclairé de Banyan Global dans le cadre de la d'assistance d'ordre technique [Women's Economic Empowerment and Equality Technical Assistance](#) (WE3 TA), financée par l'USAID sous le *Advancing the Agenda of Gender Equality (ADVANTAGE) Indefinite Delivery/Indefinite Quantity (IDIQ)*, où Banyan Global fournit des services de conseil aux parties prenantes afin de mieux analyser, concevoir, mettre en œuvre et surveiller les interventions visant à lutter contre les contraintes de l'autonomisation économique et de l'égalité des femmes à l'appui à politique de l'égalité de genre et de l'autonomisation des femmes de l'USAID.

Comme requis dans le ADS 205, l'analyse du GESI est porté sur les cinq domaines suivants : aperçu des lois, politiques, réglementations et pratiques institutionnelles ; normes et croyances culturelles ; rôles, responsabilités et emploi du temps selon le sexe ; accès aux actifs et aux ressources et contrôle sur ceux-ci ; et les modèles de pouvoir et de prise de décision à Madagascar.

Les conclusions du rapport sont basées sur des recherches primaires menées dans deux des 13 régions prioritaires du programme à Madagascar : Diana et Atsimo Andrefana. L'équipe de recherche a également mené des entretiens dans la capitale, Antananarivo, où les partenaires d'exécution ont leur siège.

La première section du rapport donne un aperçu de la méthodologie de recherche ; La deuxième section fournit des informations générales sur l'égalité du genre, l'inclusion sociale et la santé à Madagascar ; la troisième section résume les principales conclusions de l'analyse GESI sur le terrain ; et la quatrième section fournit des recommandations clés sous la forme d'un plan d'action GESI pour le programme IMPACT. Annexe A présente une liste des documents clés consultés. Annexe B comprend les guides d'interview et de discussion utilisés pour la collecte de données sur le terrain ; et Annexe C fournit une liste des personnes clés interrogées

I.2 Méthodologie

I.2.1 Revue de littérature

L'équipe de recherche a procédé à une analyse documentaire approfondie des sources de données secondaires spécifiées à l'Annexe A. L'objet de cette étude était d'identifier les principaux progrès, lacunes et opportunités en matière d'égalité du genre, d'inclusion sociale et d'autonomisation économique des femmes à Madagascar dans son ensemble, avec un accent particulier sur les trois canaux du secteur des produits de santé qui constitueront les principales unités d'analyse du programme IMPACT : le secteur public, commercial et du marketing social. Sur la base des conclusions de l'examen théorique, l'équipe de recherche a conçu la méthodologie et le plan de travail, en reliant les questions de recherche aux sources d'information potentielles (sources/parties prenantes et sources/documents) et les instruments à utiliser pour les collecter. Le plan de travail comprenait également des guides de questions adaptés à chaque méthode de collecte de données (Annexe B), ainsi qu'une liste des principales parties prenantes à consulter lors de la collecte de données primaires (Annexe C).

PRINCIPES DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Ne pas nuire
2. Libre consentement préalable en connaissance de cause
3. Confidentialité des informateurs
4. Protection de l'information
5. Non-discrimination et respect
6. Collecte de données éthiques
7. Participation holistique
8. Apprentissage collaboratif
9. Sensibilité culturelle
10. Intersectionnalité

I.2.2 Collecte de données primaires

Une équipe de deux consultants (un international et un national) a collecté des données à Madagascar du 25 février au 15 mars 2019 à Antananarivo et dans les régions côtières du nord (Antsiranana, région de Diana) et du sud (Toliara, région d'Atsimo Andrefana). Ces régions ont été sélectionnées sur la base de : 1) la présence d'acteurs de la chaîne d'approvisionnement en produits de santé issus du secteur public, commercial et du marketing social ; 2) le statut de l'égalité du genre sur la base des statistiques nationales ; et 3) la présence de partenaires d'exécution promouvant l'intégration de la dimension genre. La sélection a été faite en partenariat avec le Ministère de la Population et le consortium du programme IMPACT, et a finalement été validée par l'USAID. Les résultats des deux régions peuvent être considérés comme des échantillons représentatifs pour le pays, sachant que le temps et les ressources ont été limités, ce qui n'a pas permis à l'équipe de recherche d'examiner les 13 régions prioritaires.

Les principaux outils de collecte de données (entretiens semi-structurés et groupes de discussion (GD) et les personnes consultées sont résumés dans Tableau I ci-dessous. Annexe C fournit une liste détaillée des personnes interrogées.

Tableau I. Méthodes et outils de collecte de données primaires

Technique	Parties prenantes	Objectifs	Nombre de personnes consultées
Entretiens semi-structurés	Partenaires d'exécution de l'USAID, homologues du GOM. Niveau central et local	<ul style="list-style-type: none"> Rassembler des données sur l'égalité du genre, l'inclusion sociale et l'autonomisation des femmes, ainsi que les avancées, lacunes, défis, contraintes et opportunités, conformément aux domaines d'intervention prioritaires du programme IMPACT, aux questions intersectorielles et aux zones géographiques d'intervention. Evaluer l'intégration des questions de genre dans les capacités en matière de politique, de planification, d'opérations et de genre, et identifier les opportunités pour programmation à l'avenir de l'USAID. Identifier les opportunités d'amélioration de la collaboration. 	<ul style="list-style-type: none"> 40+
Groupe de discussion (GD)	Femmes et hommes participant aux programmes/projets de l'USAID	<ul style="list-style-type: none"> Saisir les opinions et les perceptions des participants au projet concernant les contraintes de genre, ainsi que les avantages et les opportunités associés à la programmation de l'USAID. 	<ul style="list-style-type: none"> 18 hommes 21 femmes 2 jeunes (1 H, 1 F)
Debriefing Exposé préliminaire par l'USAID sur les conclusions préliminaires et les recommandations	Bureaux/équipes USAID Personnel du programme IMPACT	<ul style="list-style-type: none"> Identifier les opportunités potentielles de collaboration Valider et rassembler les recommandations potentielles 	<ul style="list-style-type: none"> 3 USAID staff (2 M, 1 F) 22 IMPACT program staff (11 M, 11 F)

I.2.3 Présentation des résultats préliminaires à l'USAID

Vers la fin de la collecte de données dans le pays, l'équipe de recherche a présenté sur place les résultats préliminaires et les recommandations de l'analyse GESI au personnel du programme IMPACT et au personnel de l'USAID/Madagascar. Le but de la présentation était de valider et de développer les

conclusions et les recommandations préliminaires.

I.2.4 Protection des informations sur les informateurs

L'équipe de recherche a obtenu le consentement libre et préalable en connaissance de cause, tant au niveau organisationnel que de tous les participants à la recherche. Cela comprenait les étapes suivantes au début de tous les entretiens semi-structurés et des groupes de discussion:

- Une explication des objectifs de la recherche, de la durée de l'entretien/du groupe de discussion et des procédures à suivre.
- Une description des risques éventuels pour la personne participante (le cas échéant).
- Une description de tout bénéfice attendu pour la personne participant ou pour sa communauté à la suite de sa participation.
- Une déclaration décrivant si les données seront anonymes ou stockées de manière confidentielle.
- Coordonnées de la personne à contacter si elle avait des questions ou des préoccupations concernant la recherche.
- Une déclaration indiquant que la participation est volontaire, que le refus de participer n'entraîne aucune pénalité et que le sujet peut cesser de participer à tout moment.

Pour les entretiens avec des individus et/ou des groupes à risque, l'équipe de recherche n'a pas consigné d'informations permettant d'identifier personnellement les répondants, y compris les noms, âges, organisations et même les dates et heures des entretiens.

I.2.5 Limites de l'analyse GESI

Lors de la revue de la littérature, l'équipe de recherche a constaté une disponibilité limitée de données quantitatives sur l'égalité du genre, l'inclusion sociale et l'autonomisation économique des femmes dans le secteur de la santé à Madagascar, en particulier au niveau régional. Cela inclut un manque de données ventilées par sexe dans le secteur de la santé ; y compris les canaux publics, commerciaux et de marketing social--et des données obsolètes sur les indicateurs de santé tout en tenant compte la dimension genre, y compris les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS). Les données sur le genre sont rares parmi les programmes de développement et les donateurs à Madagascar. Les chercheurs n'ont identifié que deux programmes récents financés par l'USAID/Madagascar qui ont mené une analyse ou une évaluation de genre. De plus, USAID/Madagascar n'a pas de stratégie de développement coopératif du pays (CDCS), d'analyse de genre du CDCS ni d'ordre de genre dans les missions pour guider l'approche de la mission en matière d'égalité du genre et d'autonomisation des femmes.

L'équipe GESI a mené des travaux sur le terrain dans deux régions de Madagascar - la région de Diana (Antsiranana) au nord et la région d'Atsimo Andrefana (Toliara) au sud - à l'aide de méthodes qualitatives, notamment des entretiens semi-structurés et des discussions de groupe. À Antsiranana, la collecte de données a principalement concerné les populations urbaines ; à Toliara, les données ont été recueillies principalement dans les zones rurales. Cependant, faute de ressources suffisantes, l'équipe de recherche n'a pas été en mesure d'obtenir une représentation statistique des 13 régions prioritaires couvertes par le programme IMPACT. IMPACT a sélectionné ces deux régions pour effectuer l'analyse de genre sur la base des critères suivants :

- Présence d'acteurs de la chaîne d'approvisionnement appartenant aux trois canaux de la chaîne de distribution de produits de santé (secteur public, secteur commercial et marketing social)
- Existence d'interventions de produits de santé en cours pour faciliter les connexions au programme IMPACT
- Forte prévalence de la violence sexiste basée sur les statistiques disponibles auprès du Ministère de la Population

Diana Region – Antsiranana

- Région du Nord
- Influence étrangère de longue date
- Surface des programmes d'intervention financés par l'USAID : Mahefa Miraka, ACCESS et IMPACT
- Taux de violence sexuelle: 35%³
- Forte présence d'acteurs dans le secteur public, commerciaux et du marketing social : 65 Points d'Approvisionnement (PA), 6 Points d'Approvisionnement Relais Communautaires (PARC), 45 pharmacies, 9 pharmacies et 2 grossistes.

Atsimo Andrefana Region – Toliara

- Région du sud-ouest
- Diversité des cultures locales
- Taux élevés de GBV: 42%⁴
- Superposition de domaines d'intervention avec des programmes financés par la Banque Mondiale
- Forte présence d'acteurs publics, commerciaux et du marketing social (88 AP, 6 PARC, 69 pharmacies, 9 pharmacies, 1 grossiste)

Alors que l'inclusion sociale - processus qui vise à améliorer les capacités, les chances et la dignité des personnes défavorisées sur la base de leur identité⁵ - a été considérée comme un élément clé de cette analyse, en plus de l'égalité du genre et de l'autonomisation économique des femmes, il existe également un manque de données disponibles sur les personnes défavorisées et les groupes défavorisés et marginalisés à Madagascar. Il s'agissait d'une limite essentielle tant dans la revue de littérature que dans le travail sur le terrain. Peu d'informateurs clés connaissant et/ou reconnaissant les groupes défavorisés et marginalisés, les résultats dans ce domaine sont limités. Le programme IMPACT continuera d'examiner les lacunes et les possibilités d'inclusion sociale dans le cadre de son approche d'intégration de la dimension genre.

³ Direction de la Promotion du genre - Ministère de la Population

⁴ Ibid.

⁵ World Bank Group. Social Inclusion. (2019). <https://www.worldbank.org/en/topic/social-inclusion>.

2. CONTEXTE

2.1 Égalité du genre, inclusion sociale et la santé à Madagascar

Malgré le classement positif par rapport à d'autres pays pour de nombreux indicateurs mondiaux d'égalité de genre, les recherches qualitatives montrent que la réalisation de l'égalité et de l'équité de genre entre les femmes, les hommes, les filles et les garçons malgaches est dynamique et présente de nombreux défis. Des indicateurs tels que les Social Institutions and Gender Index (SIGI)⁶, African Gender Equality Index⁷ et Gender Gap Index⁸ ne sont pas représentatifs de la situation de nombreuses femmes malgaches, notamment de celles vivant en milieu rural.⁹ Comme le montre le tableau 2 ci-dessous, les indicateurs de la santé à Madagascar, en particulier pour la santé maternelle et infantile, montrent qu'il reste beaucoup à faire pour améliorer l'accès et l'utilisation des produits de santé à l'égard des femmes, des jeunes, des personnes vulnérables et/ou aux enfants ou des groupes marginalisés.

Tableau 2. Instantané des données de santé et statistiques pertinentes

- Population des jeunes de moins de 24 ans à Madagascar : 60%¹⁰
- Femmes utilisant des méthodes modernes de contraception : 38.8%¹¹
- Taux de fécondité total : 4.129¹²
- Taux de natalité chez les adolescentes : 163%¹³
- Taux de mortalité infantile : 32,7 pour 1 000 naissances vivantes¹⁴
- Taux de mortalité infantile de 44,2 pour 1 000 naissances vivantes¹⁵
- Ratio de mortalité maternelle : 353 (1990-2015)¹⁶
- Accouchement dans les centres de santé : 38%¹⁷
- Naissances assistées par un prestataire de santé qualifié : 41%¹⁸
- Malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans : 47%¹⁹
- Bébé âgés de moins de 5 mois exclusivement nourris au sein : 41,9%²⁰
- Femmes ayant subi une forme de violence sexiste : 30%²¹

⁶ OECD. Madagascar – 2014 results. Social Institutions & Gender Index. (2014).

⁷ African Development Bank Group. *Empowering African Women: An Agenda for Action*. (2015).

⁸ World Economic Forum. *The Global Gender Gap Report 2018*. (2018).

⁹ African Development Bank Group. *Empowering African Women: An Agenda for Action*. (2015)

¹⁰ CIA Factbook. Madagascar. (n.d.).

¹¹ USAID. Madagascar: Enquête Ménage sur la Planification Familiale; TRaC PF 2017 – Round III. (2017).

¹² World Bank Group. Fertility rate, total (births per woman) Madagascar. (2017).

¹³ INSTAT. Madagascar Millennium Development Goals National Monitoring Survey. (2013).

¹⁴ Fertility rate, total (births per woman) Madagascar, World Bank Group.

¹⁵ Ibid.

¹⁶ WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, and United Nations Population Division Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Maternal mortality in 1990-2015: Madagascar*. (2015).

¹⁷ USAID/Madagascar. *Ending Preventable Child and Maternal Deaths: 10 Innovation Highlights from Madagascar*. (2014).

¹⁸ Ibid.

¹⁹ USAID. Madagascar: Nutrition Profile. (2018).

²⁰ UNICEF. *Infant and young child feeding: Exclusive breastfeeding (<6 months) spreadsheet*. (2018).

²¹ UN Women. *Global Database on Violence against Women: Madagascar*. (2017).

Une des priorités du Ministère de la Santé est de rendre opérationnelle la CMU afin de combler les lacunes identifiées dans le paysage actuel des soins de santé. La majorité des citoyens malgaches ont du mal à se payer des services de santé. Une approche de CMU tenant compte de la dimension de genre et socialement inclusive contribuera à réduire les inégalités d'accès aux services de santé, en particulier pour les femmes et les jeunes. Après la crise politique à Madagascar en 2009, il y a eu des baisses notables des progrès ainsi que des renversements des indicateurs de santé du pays. La population de jeunes malgaches constitue une vulnérabilité considérable. La détérioration du secteur de la santé à Madagascar a entraîné une augmentation des taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans en particulier. La pneumonie, le paludisme et la diarrhée ont largement contribué aux décès d'enfants de moins de cinq ans, dont beaucoup auraient pu être évités. Les pratiques et les infrastructures d'assainissement actuelles à Madagascar sont faibles et pourraient exacerber la propagation des maladies transmissibles et à transmission hydrique.

Les femmes se déclarent plus souvent en mauvaise santé que les hommes avec 14 pour cent en moyenne. Dans les zones urbaines, l'écart est plus important (20%). Plus frappant encore, les femmes âgées de plus de 15 ans déclarent être en mauvaise santé à 60 pour cent plus souvent que les hommes.²² À Madagascar, il est difficile pour les femmes, en particulier les filles, de rechercher et de recevoir aisément certains produits de santé, en particulier si elles ne sont pas à l'aise pour contacter des prestataires de services de santé de base, souvent de sexe masculin. Cela étant dit, il existe des cas de prestataires de services de santé de sexe masculin suffisamment formés pour répondre aux besoins de leurs communautés. Le projet USAID Mikolo a mis l'accent sur la formation à la sensibilisation à la problématique hommes-femmes afin de permettre aux prestataires de services de santé masculins et féminins de mieux comprendre les besoins des femmes et des enfants. La multiplication des formations sur le genre chez tous les acteurs concernés crée une base plus solide pour un système de santé qui favorise un engagement et une demande forts des femmes et des jeunes.²³

Madagascar figure parmi les dix premiers pays d'Afrique où le taux de paludisme est le plus élevé, et le taux d'infection a augmenté à un taux plus élevé que la plupart des dernières années. Plus de 90 pour cent de la population est à risque de contracter le paludisme.²⁴ Les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes sont les plus vulnérables à l'infection par le paludisme en raison de la faiblesse de leur système immunitaire. Entre 2011 et 2016, la prévalence du paludisme a considérablement augmenté dans les zones tropicales et semi-arides (subdésertiques) de l'ouest et du sud du pays et est restée relativement élevée dans la zone équatoriale où elle est transmise toute l'année. Le taux de paludisme dans la région des hauts

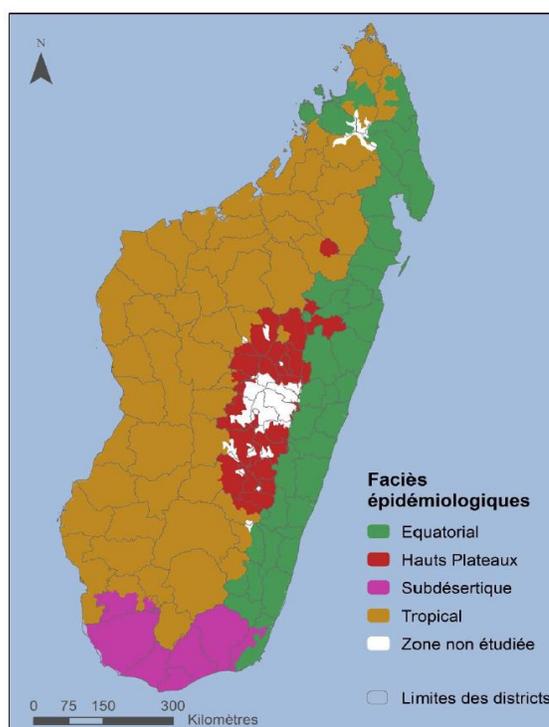


Figure 1. *Epidemiological zones of Madagascar*

Source : Enquête sur les Indicateurs du Paludisme 2016, INSTAT/Madagascar.

²² Sulla, Victoria. Face of Poverty in Madagascar: Poverty, Gender and Inequality Assessment. (March 2016).

²³ USAID. Mikolo Project: Five Years of Health Impact, 10 Stories of Success. (n.d.).

²⁴ Institut Pasteur de Madagascar. L'Institut Pasteur de Madagascar s'est mobilisé dans la lutte contre le paludisme. (2019).

plateaux près des hauts plateaux est resté relativement faible (voir zones épidémiologiques à la Figure 1).²⁵

Le taux de mortalité des nourrissons est de 33 pour 1 000 naissances vivantes.²⁶ Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans est de 44 pour 1 000 naissances vivantes.²⁷ Celles-ci indiquent des progrès significatifs au cours des dernières années. Toutefois, la réduction de la mortalité maternelle reste un défi, actuellement de 353 pour 100 000 naissances vivantes.²⁸

La malnutrition pendant la grossesse et l'enfance peut affecter les résultats pour la santé de la mère et de l'enfant. La prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans est de 47 pour cent en 2012-2013. La prévalence de l'insuffisance pondérale à la naissance connue (moins de 2,5 kg) est de 11 pour cent à compter de 2012-2013²⁹

Les États-Unis sont actuellement le plus grand donateur bilatéral du secteur de la santé à Madagascar. Parmi les activités récentes de l'USAID dans la fourniture de services de santé à Madagascar figurent le projet Mikolo, le projet *Sustaining Health Outcomes Through the Private Sector (SHOPS) Plus*, et le projet *Integrated Social Marketing (ISM)*. Chacun de ces projets a, dans une certaine mesure, intégré les considérations de genre, y compris une évaluation de genre réalisée par le projet ISM en 2013. Il s'agit de la plus récente évaluation de genre que les auteurs aient trouvée dans le secteur des produits de santé à Madagascar. Les autres principaux donateurs et partenaires des secteurs WASH (l'Eau, Hygiène, et Assainissement) et de la santé comprennent, entre autres, le Fond Global pour l'Assainissement, les Fonds Globale, l'Union Européenne, la Banque Mondiale, et le Fond des Nations Unies pour la Population (UNFPA). Ces partenaires fournissent diverses formes d'assistance, notamment une expertise en renforcement des capacités techniques et financières, l'établissement de bases pour des programmes communautaires et la diffusion d'informations importantes sur la santé par le biais de campagnes dans les médias.

Au cours des dix dernières années, d'autres donateurs à Madagascar ont incorporé de plus en plus la problématique de genre dans leurs politiques opérationnelles internes et ont commencé à exiger que les interventions tiennent compte de la problématique de genre en ventilant les données par genre et en fixant des objectifs d'égalité de genre spécifiques au projet. Par exemple, les programmes de la Banque Mondiale à Madagascar sont tenus d'indiquer le nombre de femmes, d'hommes, de filles et de garçons bénéficiaires. Depuis 2018, les programmes de la Banque Mondiale ont amélioré le soutien, la prise en compte, l'identification et la gestion des cas de GBV. La Banque Mondiale encourage l'inclusion sociale par la consultation et la participation afin de maximiser le nombre d'acteurs possibles dans les projets, en particulier les personnes marginalisées et vulnérables. Cela inclut les groupes marginalisés tels que les personnes handicapées, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes séropositives et les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transsexuelles et intersexuées (LGBTI).

2.2 Lois, politiques, règlements et pratiques institutionnelles

L'Article 6 de la Constitution de Madagascar, adoptée en 2010, dispose que la discrimination sur la base du sexe, du niveau d'éducation, de la richesse, de l'origine, des convictions religieuses ou des opinions est

²⁵ INSTAT/Madagascar, Programme National de lutte contre le Paludisme, PNLP/Madagascar, Institut Pasteur de Madagascar, IPM/Madagascar, and ICF International. Enquête sur les Indicateurs du Paludisme 2016. (2016).

²⁶ World Bank Group. Mortality rate, infant (per 1,000 live births) Madagascar. (2017).

²⁷ World Bank Group. Mortality rate, under-5 (per 1,000 live births). (2017).

²⁸ World Bank Group. Maternal mortality ratio (modeled estimate, per 100,000 live births). (2017).

²⁹ USAID. Madagascar: Nutrition Profile. (2018).

illégal. La constitution prévoit également d'autres garanties, telles que l'égalité sur le lieu de travail, quel que soit le sexe, et le droit des femmes à la propriété et à l'accès à la terre.

La Politique Nationale de la Santé de Madagascar (2015-2019), connue sous le nom de Plan de Développement du Secteur Santé ou PDSS, tente de s'attaquer à certains problèmes liés au genre qui affectent la santé à Madagascar, notamment l'inégalité du genre dans l'éducation, la participation politique et l'emploi, ainsi que l'absence de prise en compte du genre lors de la sélection des agents de santé communautaires (AC).³⁰ Le PDSS reconnaît également qu'il existe des normes sur l'intégration de la dimension genre relatives à l'accouchement qui poussent les femmes à accoucher à domicile, ce qui entraîne une mortalité maternelle plus élevée. Cependant, à l'instar d'autres politiques pertinentes, les considérations de genre sont rarement intégrées de manière significative pour répondre aux différents besoins et obstacles en matière de santé auxquels les femmes, les hommes, les filles et les garçons sont confrontés. La politique nationale sur la santé communautaire, révisée en juillet 2017, ne contient pas de recommandations claires en matière d'équité entre les sexes et d'inclusion sociale dans le secteur de la santé. La politique fait référence aux groupes vulnérables mais ne définit pas clairement qui est considéré comme vulnérable ni une stratégie pour atteindre les groupes ayant des besoins différents. En outre, une évaluation a révélé que la stratégie nationale malgache de lutte contre la pauvreté ne prend pas spécifiquement en compte les considérations de genre ou l'inclusion sociale.³¹

En 2016, Madagascar a élaboré un plan stratégique quadriennal (2016-2020) pour la planification familiale et la sécurisation des produits de santé en matière de reproduction, qui comprend des cibles, des indicateurs et une feuille de route pour lutter contre la mortalité maternelle en adoptant une approche multisectorielle.³² Le gouvernement a également réformé sa loi sur la santé sexuelle et reproductive et la planification familiale en janvier 2018 pour remplacer les politiques obsolètes de planification familiale du début du XXe siècle.³³ Le GOM vise à atteindre 50 pour cent de prévalence de la contraception d'ici 2020 principalement en ciblant les jeunes, et les filles en particulier, qui sont plus susceptibles au mariage précoce et forcé, à la violence sexiste et à l'école et l'abandon scolaire.³⁴

Le GOM a mis en place une politique visant à lutter contre la discrimination à l'égard des femmes en matière de violence et d'accès aux ressources et aux organismes, telle que la Stratégie Nationale de la Lutte Contre la Violence Sexiste de Madagascar, qui s'étend de 2018 à 2020. Cependant, le gouvernement n'a pas encore adopté de législation concernant spécifiquement la violence domestique.³⁵ Le GOM déploie également des efforts législatifs et de communication dans différents secteurs/niveaux faisant autorité pour réduire les conditions socio-culturelles et économiques négatives des femmes et des enfants malgaches. Le GOM a mené des campagnes de sensibilisation et criminalisé la violence à l'égard des femmes, en particulier des femmes enceintes. Le gouvernement a également créé un Bureau National de la Violence Sexuelle Fondée sur le Genre qui fournit une assistance juridique gratuite et des services psychosociaux aux victimes de violence sexiste et d'autres violences. En ce qui concerne les droits fonciers, le GOM a adopté une lettre de 15 ans sur la politique foncière, qui produit un programme foncier national actualisé (2016-2020), qui garantit l'accès des droits fonciers à toutes les personnes, sans distinction de sexe, d'âge

³⁰ Ministry of Public Health, Government of Madagascar. Plan de Développement du Secteur Santé 2015-2019. (September 2015).

³¹ R Raelimiadana, J. 1975 - 2015: C'est encore loin l'égalité des femmes et des hommes? Intégration du genre dans la Stratégie Nationale de Relance de Développement (SNRD): l'expérience d'un groupe de travail à Madagascar. (2014).

³² Brinkerhoff, D.W., O. Indriamihaja, A. Lipsky, and C. Stewart. L'environnement légal pour la planification familiale et la santé de la reproduction à Madagascar. Palladium, Health Policy Plus. (June 2017).

³³ Family Planning 2020. Madagascar: Commitment Maker Since 2015. <http://www.familyplanning2020.org/node/440>.

³⁴ World Health Organization. Plan Stratégique National en Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes 2018 – 2020. (December 2017).

³⁵ World Bank Group. Women, Business and the Law 2019. (2019). <http://wbi.worldbank.org/en/reports>

et de richesse.³⁶ Alors que le GOM a mis en œuvre des interventions juridiques pour lutter contre la discrimination à l'égard des femmes en termes de violence et d'accès aux ressources et aux ressources, le degré d'application de ces interventions et de mesure des résultats reste flou.³⁷

Malgré la législation, la loi ne garantit pas la sécurité des femmes sur le lieu de travail. D'après des témoignages personnels et des entretiens menés par l'Organisation Internationale du Travail, les femmes ne recherchent pas les moyens de remédier au harcèlement par crainte de représailles ou de méconnaissance de leurs droits.³⁸ Il s'agit d'un obstacle culturel qui empêche les femmes d'avoir recours aux services de santé dont elles ont besoin par peur ou par manque de connaissances. En outre, rien ne garantit que les employées des prestataires de services de santé disposent d'un environnement de travail sûr. L'absence de ces protections serait importante à prendre en compte dans les formations et les communications du secteur commercial sur le GESI.

2.3 Normes et croyances culturelles

Les normes et croyances culturelles sur le genre et l'inclusion sociale à Madagascar influencent les différentes manières dont les femmes, les hommes, les filles et les garçons ont accès aux produits de santé et les utilisent. En particulier, les normes et convictions culturelles réduisent considérablement l'accès des femmes et des filles aux services de santé génésique, y compris la planification familiale et la santé maternelle. L'accent mis sur la planification familiale et la fourniture de ressources en matière d'éducation et de santé aux jeunes femmes et aux filles est essentiel pour transformer les normes culturelles et éventuellement réduire le taux de grossesses précoces.

Les jeunes filles mariées sont plus exposées à la discrimination et aux mauvais traitements lorsqu'elles recherchent des services de planification familiale et de santé maternelle en raison de la stigmatisation sociale à l'égard des filles et des femmes célibataires sexuellement actives.³⁹ En éliminant les mariages d'enfants, les mariages précoces et les mariages forcés dans le cadre des objectifs de développement durable des Nations Unies et d'autres conventions internationales, Madagascar figure parmi les pays où le nombre de mariages d'enfants est le plus répandu au monde.⁴⁰ En fait, la fréquence des mariages précoces a augmenté au fil des ans, les dernières données indiquant que 48 pour cent des femmes âgées de 20 à 24 ans étaient mariées avant l'âge de 18 ans.⁴¹ Les taux les plus élevés se rencontrent dans la région de Toliara (69%), où le droit coutumier permet aux filles de se marier dès l'âge de dix ans, suivies de Mahajanga (59%) et d'Antsiranana (58%) (voir Figure 2).⁴² Le mariage avant 18 ans est autorisé avec le consentement parental ou l'autorisation judiciaire. Par conséquent, beaucoup de filles contractent mariage selon les souhaits de leurs parents plutôt que de leur propre consentement.⁴³ L'inégalité entre les sexes est un facteur clé du mariage des enfants, qui est encore aggravée à Madagascar par des taux de pauvreté extrêmement élevés (80%), les lois coutumières et les pratiques traditionnelles et une scolarité limitée.

La persistance des lois coutumières et des normes sociales autorisant le mariage des enfants rend plus difficile la prévention des grossesses précoces. Celles-ci se produisent plus fréquemment lorsque les filles

³⁶ USAID. Madagascar – Land Tenure and Property Rights Profile. (2019).

³⁷ OHCHR. Committee on the Elimination of Discrimination against Women considers the report of Madagascar. (2015).

³⁸ International Labor Organization. The reality of violence at work in Madagascar. (June 2018).

³⁹ *Marrying Too Young: End Child Marriage*, UNFPA.

⁴⁰ *Girls Not Brides. Madagascar – Child Marriage Around the World*. (2019).

⁴¹ *Marrying Too Young: Mettre fin au mariage d'enfants*, FNUAP.

⁴² Dr. Olga Indriamihaja, interview by Malanto Rabary, Mar. 2, 2019.

⁴³ UNICEF. Percentage of women aged 20 to 24 years who were first married or in union before ages 15 and 18. (March 2018).

sont sans instruction, pauvres et vivent dans des zones rurales. Les normes sociales et culturelles associées au mariage des enfants empêchent les femmes et les enfants mariés d'accéder aux produits de santé et de les utiliser, ce qui réduit efficacement la demande en produits de santé destinés à leur utilisation, tels que la contraception. Les professionnels de la santé et les prestataires de services doivent être sensibilisés à la prévalence et aux conséquences du mariage des enfants, ainsi qu'à la sensibilisation de la communauté aux conséquences néfastes du mariage des enfants et aux avantages de retarder le mariage pour la santé familiale et l'égalité du genre. Dans les régions où la majorité des jeunes femmes se marient très jeunes, les produits et les services de planification familiale ont davantage besoin d'atteindre les zones rurales pauvres. En comprenant pourquoi et où les jeunes femmes se marient très jeunes, le programme IMPACT peut adapter ses stratégies régionales pour accroître l'accès à la planification familiale et son utilisation par les filles de moins de 18 ans.

Les normes sur le genre exacerbent les inégalités et sont introduites tôt aux garçons et aux filles. Dans le sud de Madagascar, par exemple, les garçons peuvent décider de l'agrandissement et de l'extension de la famille par le mariage et la procréation, tandis que les filles doivent respecter les préférences de leur mari et sont redevables à la famille de cet homme. Cela dévalue automatiquement la fille par rapport au garçon, et cette inégalité se manifeste souvent par le mariage précoce et forcé.

Les hommes et les femmes se voient proposer différentes options pour accéder aux services de santé en matière de procréation, qui sont influencés par les normes hautement inégales par rapport à la dimension genre et les différentes attentes socioculturelles des hommes et des femmes. Par exemple, les femmes sont souvent encouragées à rester abstinentes, tandis que les hommes ont plus de flexibilité pour utiliser des préservatifs avec leurs partenaires afin de réduire le risque d'infections sexuellement transmissibles malgré les valeurs fortes qui encouragent l'abstinence avant le mariage. Les rapports sexuels avant le mariage sont plus tolérés dans le sud et le nord que dans les hauts plateaux du centre, où la population est plus conservatrice. Bien que le fait de devenir sexuellement actif soit considéré comme une décision sérieuse pour les étudiants masculins, cela a des conséquences plus sérieuses pour les étudiantes qui, si elles tombent enceintes, ne peuvent plus aller à l'école en raison de la stigmatisation culturelle à l'égard des jeunes mères célibataires et des sentiments de honte associés à être célibataire et enceinte.⁴⁴

Nombreux de ces points de vue sont renforcés par les programmes de santé publique. Par exemple, les programmes de prévention du VIH utilisés comme un outil de messagerie politique pour promouvoir l'abstinence pré-nuptiale ont souvent renforcé les stéréotypes sur les hommes et les femmes. Le message partage des idées négatives selon lesquelles les femmes sexuellement actives sont considérées impures ou inaptes à être mariées, alors que les hommes sexuellement actifs doivent simplement prendre des mesures pour se protéger.⁴⁵

2.4 Rôles, responsabilités et utilisation du temps selon le sexe

Des enquêtes sur l'emploi du temps tirées d'une analyse par sexe réalisée par l'USAID dans l'est, le sud-est et le sud-ouest ont révélé que les femmes consacraient environ quatre fois plus d'heures aux activités ménagères que leurs conjoints, alors que ce sont généralement les hommes qui prennent la décision finale. Cela comprend le temps que les femmes et les filles passent à accéder aux services de santé pour elles-mêmes et pour les autres ; ceci est considéré comme une responsabilité primordiale pour les femmes et

⁴⁴ Gastineau, B and Binet, C. Sexualité prémaritale à Antananarivo (Madagascar) Comment les étudiant (e) s'affranchissent-ils des normes ? (2013).

⁴⁵ Ibid.

les filles lorsque chaque membre de la famille est malade.⁴⁶ En période de difficultés économiques ou d'urgence, l'épargne est utilisée et les actifs confiés aux femmes sont d'abord liquidés. Cela limite en outre l'indépendance économique et financière des femmes, leurs biens étant considérés comme moins importants que les autres avoirs du ménage.⁴⁷

Les systèmes de genre binaires définissent des rôles et des responsabilités spécifiques pour les hommes et les femmes, ainsi que pour les femmes mariées et les femmes célibataires, en particulier en termes de travail productif. Le travail des femmes est sous-évalué par rapport à celui des hommes, en particulier dans les zones rurales où l'agriculture domine. Dans la région de Diana, par exemple, on ne s'attend pas à ce que les femmes occupent des travaux à forte intensité de main-d'œuvre ou des tâches « lourdes » qui paient davantage.⁴⁸ Comme les hommes ont tendance à occuper des emplois considérés comme nécessitant davantage de main-d'œuvre, la communauté leur fournit davantage de capital social, ce qui les incite à être très appréciés pour occuper des postes de responsabilité et de décision dans la communauté.⁴⁹ Il est largement admis que les hommes sont le principal gagne-pain d'un ménage et que ce sont eux qui décideront de la manière de dépenser ce revenu. Par conséquent, les femmes dépendent souvent d'un conjoint ou d'un membre masculin de la famille pour générer un revenu correspondant aux dépenses du ménage, y compris les soins de santé.⁵⁰

Les ménages dirigés par une femme à Madagascar sont courants, mais ils sont économiquement et socialement défavorisés par rapport aux ménages dirigés par un homme (MDH). Ceci est largement dû à l'état matrimonial. Environ 22 pour cent des ménages à Madagascar sont dirigés par une femme, et 65 pour cent de ceux-ci sont dirigés par une femme mère célibataire ayant des enfants de moins de quinze ans.⁵¹ La plupart de ces femmes sont veuves, divorcées ou séparées de leur conjoint (74,3% des ménages dirigés par une femme (MDF) en milieu urbain et 77,5% des MDFs en milieu rural). Les femmes sont moins susceptibles de se remarier que les hommes, qui se remarient à un taux supérieur à 90 pour cent dans les zones urbaines et rurales.⁵²

Les femmes et les hommes continuent à remplir les rôles traditionnels des hommes et des femmes, les reléguant aux tâches ménagères non rémunérées telles que la cuisine, le ménage et l'éducation des enfants, ce qui entraîne un déséquilibre des pouvoirs et des décisions au sein du ménage. Les femmes mariées ne peuvent pas être reconnues légalement comme chefs de famille de la même manière que les hommes et beaucoup de femmes et de filles continuent d'être victimes de harcèlement et d'exploitation sexuels.⁵³ Malgré l'influence importante des femmes et des filles sur la santé de la famille, dans certaines régions, notamment dans l'est, le sud-est et le sud-ouest, les hommes et les garçons exercent un contrôle et un pouvoir décisionnel sur la manière dont les finances du ménage sont dépensées en soins de santé.⁵⁴

En ce qui concerne les secteurs où les femmes ont tendance à être concentrées dans l'économie, 87 pour cent des travailleuses occupent des emplois dans le secteur informel.⁵⁵ Étant donné que le secteur informel

⁴⁶ USAID. CRS Fararano Project Gender Analysis. (April 2016).

⁴⁷ Ibid.

⁴⁸ Gezon, L. Marriage, Kin, and Compensation: A Socio-Political Ecology of Gender in Ankarana, Madagascar. (2002).

⁴⁹ CRS Fararano Project Gender Analysis, USAID.

⁵⁰ Ibid.

⁵¹ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Household Size and Composition Around the World 2017 – Data Booklet (ST/ESA/SER.A/405). (2017).

⁵² Face of Poverty in Madagascar, Victoria Sulla.

⁵³ Waite, Victoria et al. USAID. Women's Wage Employment in Developing Countries: Regulatory Barriers and Opportunities. (2018).

⁵⁴ Ibid.

⁵⁵ Institut National de la Statistique - INSTAT/Madagascar and ICF Macro. Enquête Démographique et de Santé de Madagascar 2008-2009. (2010).

manque de protections en vertu du gouvernement. Les femmes propriétaires d'entreprises et les employées du secteur informel ne sont pas suffisamment protégées par la législation qui garantirait autrement leur sécurité. Si leurs entreprises ne sont pas enregistrées, ces femmes pourraient ne pas être éligibles à un financement formel ou avoir accès à une garantie de prêt appropriée.⁵⁶ Cela limite la capacité de nombreuses entreprises détenues par des femmes à se développer et à devenir plus rentables au fil du temps.

Une proportion beaucoup plus faible de femmes trouve un emploi dans les secteurs de la vente au détail, de l'hôtellerie et des services de santé. Étant donné que les femmes participent déjà activement au secteur de la santé, cela offre la possibilité d'accroître la portée des produits de santé pour les malgaches grâce à leur esprit d'entreprise et aux avantages des services de santé entre femmes et du marketing.⁵⁷ Les différences entre les sexes dans la population active ne sont pas complètement expliquées par des lacunes dans les études ou l'expérience. Les différences de revenus suggèrent une segmentation du marché du travail pour diverses raisons, telles que la mobilité de la main-d'œuvre. Les écarts de salaire entre hommes et femmes sont plus fréquents dans le secteur informel privé non agricole. Dans le secteur non agricole, par exemple, les revenus médians des femmes sont inférieurs de 32 pour cent à ceux des hommes.⁵⁸

Bien qu'on manque de données ventilées par sexe sur la participation des femmes dans le secteur des services de santé, l'Organisation Internationale du Travail indique que la part des femmes occupant des postes de direction dans l'administration, les grandes entreprises et les institutions est de 24,5 pour cent.⁵⁹ En outre, les enquêtes de la Banque Mondiale auprès des entreprises et des dirigeants de petites, moyennes et grandes entreprises montrent qu'il existe une forte représentation des femmes parmi les propriétaires de petites et moyennes entreprises (42,8% et 45%, respectivement).⁶⁰ En moyenne, 30 pour cent des petites et moyennes entreprises ont une femme dirigeante, ainsi qu'entre 30 et 35 pour cent des travailleuses et travailleurs permanents à temps plein. Les grandes entreprises malgaches ont une représentation nettement plus faible de femmes aux postes de direction. Bien que ces données ne représentent pas nécessairement toutes les entreprises du secteur de la santé, elles peuvent être utilisées comme approximation et permettent au programme IMPACT de définir un repère pour le niveau minimum de participation que les femmes devraient occuper aux postes de décision dans le produit de santé sur la chaîne d'approvisionnement.

La proportion de ménages dirigés par une femme est plus élevée dans les zones urbaines (36%) que dans les zones rurales (28%).⁶¹ Dans les zones urbaines, les femmes séparées de leur mari sont les plus pauvres, suivies par ceux qui sont veufs et célibataires. Dans les zones rurales, les femmes vivant en union libre (une relation sans reconnaissance juridique ou religieuse) sont les plus pauvres, suivies des femmes séparées, veuves et célibataires. Dans l'ensemble, les ménages dirigés par une femme sont les plus pauvres, car ils ont moins d'actifs en termes d'éducation, de propriété foncière et de propriété (par exemple, des animaux de ferme).⁶² Les ménages dirigés par des hommes où les hommes sont divorcés sont également économiquement défavorisés par rapport aux hommes mariés- ils sont 39% plus pauvres. Cependant, seulement 0,05 pour cent des MDH en ville sont dirigés par des hommes divorcés.⁶³

⁵⁶ United Nations Conference on Trade and Development. Teaching Material on Trade and Gender, volume I, module 4B. (2018).

⁵⁷ Ibid.

⁵⁸ World Bank Group. Labor Markets Conditions in Madagascar. (2010).

⁵⁹ International Labor Organization. ILOSTAT, Madagascar. (2019).

⁶⁰ World Bank Group. Enterprise Surveys – Madagascar. (2013).

⁶¹ Enquête sur les Indicateurs du Paludisme 2016, INSTAT/Madagascar.

⁶² Face of Poverty in Madagascar, Victoria Sulla.

⁶³ Ibid.

2.5 Accès aux biens et ressources et contrôle de ceux-ci

L'accès, l'utilisation et la connaissance de la santé et des produits de santé comportent des aspects de dimension genre. Par exemple, la dernière enquête sur les indicateurs du paludisme à Madagascar réalisée par l'Institut National des Statistiques de Madagascar (INSTAT) (EIPM 2016) montre que les connaissances des femmes sur la manière dont le paludisme est transmis varient selon les régions. En moyenne, seulement 50 pour cent des femmes ont cité les piqûres de moustiques comme moyen de contracter le paludisme. Le pourcentage de femmes qui comprennent qu'il s'agit du moyen de transmission est le plus élevé dans les zones occidentales et tropicales (respectivement 56% et 53%). Une femme sur cinq (20%) dort chaque jour sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide pour prévenir le paludisme. L'étude a également révélé que 72 pour cent des femmes enceintes interrogées dormaient sous une moustiquaire et que 76 pour cent des enfants de moins de cinq ans dormaient sous une moustiquaire ou vivaient dans un logement imprégné d'insecticide. En outre, 37 pour cent des femmes enceintes ont pris au moins une dose de Traitement Préventif Intermittent (TPI) avec sulfadoxine pyriméthamine lors de leur première consultation prénatale. Environ une femme sur cinq (22%) a déclaré avoir pris au moins deux doses de TPI, dont au moins une lors d'une visite prénatale. Une femme enceinte sur dix (10%) a pris trois doses de TPI ou plus, dont au moins une lors d'une visite prénatale de routine, comme recommandé. L'enquête a également révélé que les femmes enceintes des zones urbaines sont plus susceptibles d'avoir suivi un TPI.⁶⁴

Il existe également un lien entre le niveau de scolarité de la mère et la mortalité infantile. Les données les plus récentes de l'EDS montrent que, pour la période de cinq ans allant de 2004 à 2009, la mortalité infantile a varié d'un minimum de 39 pour 1 000 naissances chez les enfants dont la mère a terminé au moins l'enseignement secondaire, à un maximum de 58 pour 1 000 naissances chez ceux dont la mère a peu terminé pas d'éducation. La même étude révèle que la mortalité infantile est sensiblement inférieure d'environ 21 pour cent dans les zones urbaines par rapport aux zones rurales. Presque toutes les femmes (95,2%) qui n'ont pas fait de visites prénatales ont accouché à la maison, alors que 68,5 pour cent des femmes ayant fait une à trois visites et 50,2 pour cent de celles ayant eu quatre visites ou plus ont accouché à la maison.⁶⁵

Les garçons et les filles ont une proportion genre proche à la naissance et ont un accès égal aux services de santé. Cependant, une fois que les filles ont atteint l'âge de dix ans et l'âge où elles auront besoin de services de procréation, leur accès aux services de santé peut devenir limité en raison de normes/facteurs culturels.⁶⁶

Les femmes malgaches font face à des inégalités sur le marché du travail qui limitent leur capacité à générer des revenus, à accéder à l'emploi et à accéder au capital. Si l'on tient compte d'autres facteurs, les gains des femmes sont inférieurs à ceux des hommes. Bien que l'écart entre les gains des femmes et celui des hommes ait diminué avec le temps, il reste néanmoins considérable. En 2010, les gains des femmes étaient en moyenne inférieurs de 34 pour cent à ceux des hommes présentant des caractéristiques similaires. De plus, les hommes, quel que soit leur âge, ont plus de chances d'avoir plus d'un emploi que les femmes du même âge.⁶⁷ L'accès à un travail productif et rémunéré - et l'attente culturelle selon laquelle les hommes ne devraient pas passer leur temps à un travail ménager non-rémunéré - positionne les hommes malgaches au-dessus des femmes qui elles sont susceptibles de gagner moins en raison de stéréotypes renforcés sur

⁶⁴ Enquête sur les Indicateurs du Paludisme 2016, INSTAT/Madagascar.

⁶⁵ INSTAT/Madagascar and ICF Macro. Enquête Démographique et de Santé de Madagascar 2008-2009. (2010).

⁶⁶ UNICEF. Madagascar UNICEF Annual Report 2017. (2017).

⁶⁷ Ibid.

le marché du travail. Parce qu'elles ne gagnent pas assez pour survivre uniquement grâce à leurs opportunités de travail, les femmes doivent souvent avoir recours à des ressources financières de leurs partenaires sexuels et domestiques.

Alors que les femmes peuvent avoir accès à des prêts et ont le même droit d'ouvrir des comptes bancaires, les exigences en matière de crédit et les garanties financières créent des obstacles majeurs pour beaucoup de femmes. Les taux d'intérêt élevés (1% à 4% par mois) et les périodes de remboursement courtes (six mois à un an) créent d'autres obstacles à l'expansion des activités commerciales et génératrices de revenus. De ce fait, les prêts obtenus renforcent leur situation de pauvreté et d'inégalité. En outre, la législation malgache n'interdit pas la discrimination par les créanciers sur la base du genre.⁶⁸

2.6 Modèles de pouvoir et de prise de décision

Les obstacles à la participation des femmes et des jeunes à la prise de décisions au niveau communautaire les empêchent de participer pleinement aux programmes de santé et d'en tirer parti. Dans certaines zones rurales et dans des régions plus conservatrices du pays, telles que le sud-ouest, il est tabou d'associer des hommes et des femmes à des réunions.⁶⁹ Souvent pas autorisé à parler en public et donc ne participent pas aux réunions de la communauté. Dans certains cas, les femmes n'assistent pas ou ne participent pas aux réunions de la communauté, mais elles continuent d'influencer activement les hommes « en coulisse ». Bien que cela montre une forme de pouvoir que les femmes peuvent avoir, cette approche passive prive les femmes de leur voix potentielle et de leur pouvoir en tant que leaders communautaires et perpétue le silence des opinions des femmes. Les femmes ont même peur de parler et d'exprimer leurs opinions dans des espaces sûrs créés par des groupes de femmes comme Jeunes Femmes Engagées de Tuléar (JFET).⁷⁰

Dans d'autres lieux où femmes et hommes peuvent être présents aux réunions, la participation des femmes est souvent marginalisée ou les femmes ne se sentent pas à l'aise de parler en public.⁷¹ Cela souligne l'importance de dispenser une formation sur le genre afin de s'assurer que toutes les parties prenantes sont conscientes de ces contraintes et prennent en compte les considérations de genre, en particulier si les femmes ne sont pas à l'aise d'exprimer leurs besoins. Cela indique potentiellement que les stratégies de marketing de femme à femme dans le secteur de la santé peuvent améliorer la communication entre les prestataires de services de santé et les consommateurs, permettant ainsi de mieux répondre aux besoins des femmes et des enfants.⁷²

L'accent mis sur la planification familiale et la fourniture de ressources éducatives/sanitaires aux jeunes femmes est essentiel pour améliorer les normes de genre et potentiellement réduire le taux de grossesse chez les femmes plus jeunes. Le niveau de connaissance des méthodes de contraception modernes est considérablement élevé à Madagascar (plus de 90% en moyenne dans les zones rurales et urbaines). Cependant, l'utilisation de méthodes contraceptives modernes est relativement faible (35%).⁷³ La connaissance des méthodes modernes augmente avec le niveau d'éducation et la grande majorité des femmes qui n'utilisent pas de contraceptifs n'ont pas été en contact avec les AC et par conséquent n'ont

⁶⁸ World Bank Group. Women Business and Law 2019.

⁶⁹ Fleurica Bodanahary, interview by Rachel Mahmud and Malanto Rabary, Mar. 14, 2019.

⁷⁰ Ibid.

⁷¹ Davis, Isobel. CLTS engagement, outcomes and empowerment in Malagasy communities. WSSCC. (2016).

⁷² Ibid.

⁷³ Madagascar - FP2020 Core Indicator Summary Sheet, Family Planning 2020.

pas reçu d'informations sur la planification familiale.⁷⁴

Le manque de pouvoir et de capacité des femmes à influencer les décisions conjointement au sein du ménage et de la communauté est l'un des facteurs les plus puissants de la violence sexiste à Madagascar. Les femmes se sentent incapables de sortir de situations violentes ou menaçantes en raison de leur dépendance financière vis-à-vis des hommes, ce qui les empêche de rechercher de nouvelles opportunités. En conséquence, les femmes malgaches ne recherchent souvent pas les systèmes de soutien qui existent actuellement pour elles.⁷⁵ Tandis que plusieurs parties prenantes et programmes à Madagascar travaillent en faveur de GESI, le système de soutien pour traiter la violence basée sur le genre (VBG) semble insuffisant et inconnue de la plupart des partenaires du programme IMPACT.

Les normes culturelles relatives à la propriété foncière jouent également un rôle dans l'autonomisation économique des femmes et leur prise de décisions. Les aînés de la communauté (hommes et femmes) héritent ou acquièrent souvent la terre, de sorte qu'il est difficile pour les jeunes adultes de devenir propriétaires fonciers. Les couples mariés ou les hommes célibataires qui ne possèdent pas de terre travaillent généralement comme fermiers, mais les femmes célibataires sans terre ne travaillent généralement que comme journaliers saisonniers peu rémunérés dans les champs.⁷⁶

⁷⁴ Enquête Démographique et de Santé de Madagascar 2008-2009, INSTAT/Madagascar and ICF Macro.

⁷⁵ CRS Fararano Project Gender Analysis, USAID.

⁷⁶ Marriage, Kin, and Compensation, Gezon, L.

3. PRINCIPALES CONCLUSIONS

En tant que gestionnaires principaux de la santé et du bien-être de la famille dans les ménages malgaches, les femmes jouent un rôle essentiel dans la réussite des interventions visant les produits de santé. Lorsque les femmes occupent des postes de prestataires de services de santé, elles ont le potentiel d'atteindre des segments de marché marginalisés ou inexploités par le biais d'un marketing et d'approches femme à femme. En intégrant le genre dans une approche de gestion de la chaîne d'approvisionnement en produits de santé, les programmes de l'USAID peuvent garantir que les hommes et les femmes reçoivent une formation appropriée et un accès à l'information et aux réseaux, et fournir toutes les ressources supplémentaires nécessaires pour permettre aux femmes et aux hommes de participer activement. L'intégration de l'égalité hommes-femmes et de l'inclusion sociale dans les programmes de santé comprend également la collecte de données ventilées par sexe et par âge, au minimum, ainsi que des données sur la représentation des femmes et des jeunes aux postes de décision et/ou de direction.

Comme le montre la Figure 3 ci-dessous, la chaîne d'approvisionnement en produits de santé comporte trois canaux - le secteur public, le marketing social et le commerce - qui sont tous traités dans le cadre du TMA du programme IMPACT. Les données sont limitées sur le profil ou la démographie typique (sexe, âge, statut socio-économique) de la clientèle qui recherche des services de santé du secteur public, du marketing social et du secteur commercial. Selon le programme USAID SHOPS Plus, lorsque des enfants malgaches sont malades, leurs soignants ne recherchent des soins en dehors du domicile que dans 44% des cas. Lorsque les prestataires de soins recherchent des soins en dehors du domicile, ils consultent plus de 60% du temps des services du secteur public et on estime qu'au moins un quart des ménages les plus pauvres demandent des soins de santé aux enfants malades dans le secteur commercial.⁷⁷ Les données concernant la recherche de soins au sein de la chaîne d'approvisionnement en marketing social sont également limitées. L'analyse GESI examine chaque canal de distribution pour identifier les progrès, les lacunes et les opportunités en matière d'égalité du genre, d'inclusion sociale et d'autonomisation économique des femmes.

Figure 2. Canaux de distribution de produits de santé

	Publique	Marketing Social	Commercial
Central	MINSAN/ UGTL/ SALAMA	PSI/M	Grossiste Pharmaceutique
District	Pha-Ge-Dis	PARC	Pharmacie d'officine
Commune/ Fokontany	Pha-Ge-Com AC AC AC	PA AC AC AC	Dépôts de médicaments Circuit commercial

Source : PSII/Madagascar

⁷⁷ Marriage, Kin, and Compensation, Gezon, L.

3.1 Secteur public

Le secteur public est la source principale de soins et de traitement à Madagascar, en particulier pour les pauvres.⁷⁸ SALAMA est le centre de la distribution créé par le GOM en 1996 pour assurer l'approvisionnement en médicaments essentiels génériques et en dispositifs médicaux pour tous les établissements de santé publics, ainsi que pour les organisations privées à but non lucratif, telles que PSI/Madagascar. SALAMA distribue et transporte des produits aux points d'approvisionnement au niveau du district, ou Pha-Ge-Dis, qui les distribue ensuite aux points d'approvisionnement au niveau de la commune, ou Pha-Ge-Com. Les AC distribuent les produits de santé directement aux consommateurs.

Bien que les services et produits de santé soient destinés à être accessibles à tous les bénéficiaires sans distinction de sexe, les normes sociales et culturelles empêchent les femmes et les jeunes de demander de l'aide de manière digne et transparente. Par exemple, un nombre important de femmes cachent l'utilisation de la contraception à leur conjoint et à leurs partenaires sexuels ; Les filles enceintes n'ont souvent pas accès aux centres de santé publics en raison de la honte et de la peur qu'elles soient mal traitées par les médecins ; et certains garçons atteints d'infections sexuellement transmissibles sont tout aussi craintifs et gênés.

Les hommes et les femmes valorisent la santé différemment. La santé est perçue comme un devoir pour les femmes et les hommes ne sont généralement pas responsables de leur propre santé ou de celle des membres malades de leur famille.⁷⁹ Si les finances du ménage sont disponibles, les femmes ont tendance à aller directement chez le médecin si elles-mêmes ou leurs enfants sont malades, tandis que les hommes ont indiqué qu'ils n'emmenaient leur femme ou leurs enfants à l'hôpital que si les raisons médicales menaçaient leur vie. Lors de discussions de groupe à Antsiranana et à Toliara, les femmes ont signalé que, dans la plupart des cas, les hommes ne se rendent dans un centre de santé que lorsqu'ils se sentent gravement malades. Ils arrivent souvent avec des cas compliqués qui auraient pu être traités plus facilement plus tôt. Ce retard entraîne une augmentation des dépenses liées à la santé pour le secteur public et un stress financier pour les ménages.

Parmi les hommes et les femmes interrogés dans les zones urbaines, les gens utilisent souvent des remèdes à la maison ou des traitements personnels, tels que des massages, pour traiter des maladies mineures ou récurrentes telles que fièvre, diarrhée et infections sexuellement transmissibles. Si la santé d'une personne ne s'améliore pas au bout de plusieurs jours, ce n'est qu'ainsi qu'elle se fera soigner dans un hôpital public. Toutefois, dans les zones rurales, les hommes en particulier ont signalé qu'ils consultaient souvent les guérisseurs traditionnels, qui offraient des remèdes pour beaucoup moins cher que les hôpitaux locaux ou les détaillants privés, ainsi que la possibilité de négocier les prix ou d'accepter un mode de paiement. Les hommes vivant dans les zones rurales ont expliqué que se rendre à l'hôpital coûtait trop cher et qu'ils ne recevaient la facture qu'après le traitement, ce qu'ils ne pouvaient souvent pas se permettre de payer. La pratique de la médecine traditionnelle est légalement autorisée et reconnue à Madagascar. Cependant, les guérisseurs traditionnels ne sont pas autorisés à manipuler des produits pharmaceutiques ni à prescrire un produit pharmaceutique ou un médicament exclusif qui relève de la compétence des pharmaciens. Les praticiens traditionnels incluent les accoucheuses traditionnelles, les thérapeutes, les herboristes et les médecins légistes qui commercialisent des substances médicinales d'origine animale ou minérale.

De nombreuses personnes vivant dans les zones rurales ont recours à la médecine traditionnelle en raison

⁷⁸ Bradley S, Rosapep L, Shiras T. Sources for sick child care in Madagascar. (2018).

⁷⁹ Adult female Focus group discussion, Mar. 6 (Antsiranana) and Mar. 12 (Toliara), 2019.

du manque de professionnels de la santé publique qualifiés desservant les zones rurales. Les médecins sont concentrés dans les zones urbaines, tandis qu'à Mangily, une zone rurale en dehors de Toliara, les internes traitent souvent des patients dans des centres de santé publics et que les patients sont moins à l'aise avec des médecins inexpérimentés. Les femmes ont indiqué qu'elles étaient plus à l'aise d'être traitées par des médecins de sexe masculin, qui ont tendance à être plus expérimentés et mieux formés que des femmes médecins, qui ont tendance à être des stagiaires en formation.

Acteurs de la chaîne d'approvisionnement du secteur public



Figure 3. SALAMA Headquarters, Antananarivo
Photo credit: Rachel Mahmud

Au sein de SALAMA, les postes de professionnels de direction sont répartis presque également entre hommes et femmes (environ 55% d'hommes contre 45% de femmes, selon le personnel). Cependant, le département des ventes compte beaucoup plus de femmes que d'hommes et l'équipe de gestion de l'entrepôt emploie tous les hommes, à l'exception d'une femme occupant un poste de direction, qui supervise une équipe composée principalement de stockistes. Lorsqu'elle a été interrogée sur son expérience en tant que seule femme travaillant dans l'entrepôt, elle a répondu : « Je suis la seule femme de cette équipe de cinq hommes, je les supervise. Au début, c'était très difficile, j'ai dû demander l'aide de mon superviseur de sexe masculin pour que je puisse me présenter et garder mon leadership avec mes supervisés. Mais une fois qu'ils découvrent que vous maîtrisez votre travail, ils vous acceptent facilement. Ils ont même préféré être dirigés par une femme. »

Les médicaments essentiels sont livrés directement de SALAMA aux centres hospitaliers universitaires (CHU) et aux centres hospitaliers régionaux (CHRR). Les hommes et les femmes occupent des postes de direction et de prise de décisions à l'hôpital. Par exemple, dans le CHU de la région de Diana, environ 60 pour cent des professionnels, médecins y compris, sont des femmes. Lorsque le stock est faible ou que les envois sont retardés de SALAMA, les hôpitaux publics se procureront des médicaments auprès de grossistes commerciaux pour éviter les ruptures de stock. Les administrateurs d'hôpitaux indiquent que les clients de l'hôpital public sont plus nombreux que les femmes, ce qui reflète la norme culturelle selon laquelle les femmes sont principalement responsables de la gestion de la santé de la famille et que les hommes demandent moins souvent un traitement médical officiel.

Avec les récents changements apportés en 2017-2018 à la loi malgache sur la planification familiale et les droits en matière de sexualité et de procréation, le nouveau cadre réglementaire est plus propice à la réalisation de l'égalité du genre et de l'inclusion sociale, en particulier pour les jeunes femmes à la recherche de services de planification familiale et de santé de la reproduction. Cependant, sur la base des résultats de cette analyse GESI, la mise en œuvre reste un défi majeur à tous les niveaux, principalement en raison du manque de connaissance et de compréhension de l'importance de l'égalité du genre et de l'inclusion sociale parmi les acteurs clés dans chaque secteur de la chaîne d'approvisionnement en produits de santé (public, commercial et marketing social). Parmi la cinquantaine de personnes interrogées au cours de l'étude, parmi lesquelles des bénéficiaires et des informateurs clés, un faible pourcentage comprenait les concepts d'égalité du genre et d'inclusion sociale en ce qui concerne l'accès aux produits de santé et leur utilisation. À l'exception de quelques informateurs clés dont le mandat comprend l'égalité de genre et l'inclusion sociale, presque toutes les personnes interrogées ne connaissaient pas les lois, les stratégies et les normes applicables au GESI.

La loi nationale sur la planification familiale et la santé sexuelle et reproductive, révisée en juillet 2017, permet aux filles, pour la première fois, d'accéder à la contraception sans le consentement de leurs parents. Les produits de contraception sont vendus dans les pharmacies et les pharmacies, ainsi que par les AC soutenus par le gouvernement. Toutefois, selon des informateurs clés, la loi ne précise pas le rôle des AC dans la distribution et l'administration de différentes formes de contraception et ne sont donc pas suffisamment protégés par la loi. Étant donné que les AC sont le principal point de distribution des femmes rurales pour accéder à la contraception, cela est préoccupant car la plupart des ASC ne savent pas qu'ils ne sont pas protégés par la nouvelle loi. Conformément à la stratégie nationale malgache pour la réalisation de l'AC, le rôle des AC dans l'administration des méthodes de planification familiale devrait être clairement défini dans la loi afin d'assurer les consommateurs et les prestataires de services.

Dans le secteur public, y compris parmi les organisations internationales et les donateurs, il n'existe pas de définition claire de ce qui constitue des groupes « vulnérables » et « marginalisés », qui sont considérés comme la cible de nombreux programmes de santé, tels que *Non-Stop Drug Supply Fund* (Fandraisana Anjara NO Mba Entiko, or FANOME). Par exemple, la Politique Nationale de Santé Communautaire (PNSC) stipule que :

« La communauté veille à ce que tous ses membres, y compris les plus vulnérables, les pauvres et les marginalisés, sans distinction de sexe, expriment librement leur point de vue sur les questions de santé, participent et bénéficient des actions de développement sanitaire qui les concernent. »⁸⁰

Le PNSC mentionne qu'il y aura une protection sociale pour les populations vulnérables, mais il ne définit pas qui est considéré comme vulnérable ou qui appartient à ces groupes marginalisés. Le PNSC ne définit pas clairement les groupes marginalisés spécifiques et ne fournit pas de feuille de route pour identifier chacun d'entre eux. Selon la plupart des parties prenantes interrogées, les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans sont considérés comme les groupes les plus vulnérables, à l'exclusion des autres groupes vulnérables ou marginalisés tels que les personnes âgées, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les LGBTI et les minorités ethniques, entre autres. Selon le PNSC, les AC sont essentiels pour combler les lacunes dans l'accès aux produits de santé, en particulier pour les groupes vulnérables. Le GOM offre une formation limitée aux agents de santé pour leur permettre d'offrir des services de santé de base et une éducation au niveau de la communauté. Ils seraient mieux équipés pour aider le GOM à atteindre la CMU s'ils recevaient des orientations supplémentaires.

« Quand on parle de santé, c'est une affaire de femmes. Dans l'esprit des malgaches, dès que cela concerne la santé, c'est une affaire de femme. Quand il s'agit de postes de responsabilité, ce sont plutôt des hommes. Les hommes pensent que la planification familiale et la prise en charge des enfants sont l'affaire des femmes. »

- Fonctionnaire du secteur public, GOM

⁸⁰ Ministère de la Santé Publique. Politique Nationale de Santé Communautaire. (July 2017).



Figure 4. Agents de santé communautaires, Toliara, région d'Atsimo Andrefana
Crédit photo: Rachel Mahmud

Selon le PNSC, chaque citoyen est également responsable de la santé de la communauté, sans distinction de sexe ou d'âge. Mais dans la pratique, ce sont généralement les femmes qui s'occupent de tout ce qui a trait à la santé de la famille car elles sont censées rester à la maison pour s'occuper des enfants, des personnes âgées et des malades. On s'attend à ce que les hommes rapportent de l'argent par le biais d'un travail rémunéré.⁸¹

Agents de santé communautaires

Les AC sont un élément essentiel du système de santé publique, comme indiqué dans la politique nationale de santé communautaire, et servent également de point de distribution directe pour la chaîne logistique de marketing social (voir Figure 3).⁸² Les AC sont des volontaires qui, avec une formation limitée, offrent des services de santé de base et une éducation à la santé au niveau communautaire. Les AC ont mis au point des techniques de marketing innovantes permettant aux membres de la

communauté d'accéder aux médicaments, contribuant ainsi au maintien des investissements de l'USAID et à l'amélioration de la santé de leurs villages, tout en faisant face au défi de travailler dans des régions éloignées et souvent difficiles d'accès, loin des dispensaires et les hôpitaux.

La majorité des AC sont des femmes sélectionnées par leurs propres communautés au niveau administratif du *fokontany*. Les AC atteignent environ 9,5 millions de personnes, soit 64 pour cent de la population des zones rurales. Les AC ont depuis longtemps été reconnus pour leur rôle dans la réduction de la mortalité et de la morbidité et dans l'élargissement de l'accès aux services de santé dans les environnements à faibles ressources. Un accès fiable aux produits en temps opportun est également essentiel pour que les AC puissent fournir des produits et des services de santé. Ils acquièrent des produits par l'intermédiaire d'un réseau de plus de 1 080 points d'approvisionnement au niveau des communes.⁸³ Les AC font partie du programme intégré de gestion de cas dans la communauté pour assurer le dépistage, les services de grossesse précoce, l'aiguillage des femmes enceintes vers les soins prénatals et la distribution de médicaments prénatals importants.⁸⁴

Les AC occupent une partie importante des responsabilités pour un poste de bénévole. Non seulement ils consultent les membres de la communauté dans divers domaines de la santé, mais ils doivent également faire un grand nombre de rapports, d'écriture et de calculs pour les programmes de santé publique. Cependant, servir en tant qu'agent de santé communautaire jouit d'un certain prestige ou d'un statut social au sein de la communauté, car ils sont considérés comme dignes de confiance, fournissent des services précieux et sont reconnus parce qu'ils sont choisis par les chefs de village.

Être un AC, comporte des risques, en particulier pour les femmes. Les AC sont tenus de transporter les médicaments depuis les points d'approvisionnement au niveau du district (Pha-Ge-Dis) et les points d'approvisionnement au niveau de la commune (Pha-Ge-Com) vers des régions éloignées, parfois distantes de 20 kilomètres. Dans les zones rurales telles que Mangily, située à plus de 20 km du point

⁸¹ Dr. Lhéticia Lydia Yasmine, interview de Rachel Mahmud et Malanto Rabary, 5 mars 2019.

⁸² USAID/Madagascar. USAID/Madagascar and Community Health Volunteers: Working in Partnership to Achieve Health Goals. (2015).

⁸³ Ibid.

⁸⁴ Southern African Development Community. SADC Gender and Development Monitor 2016. (2016).

d'approvisionnement le plus proche, les femmes AC ne sont pas en sécurité lorsqu'elles parcourent une aussi longue distance. Lorsqu'un AC est disponible, il peut l'accompagner pour des raisons de sécurité. En plus des problèmes de sécurité, ce rôle de bénévole impose une charge de temps supplémentaire aux femmes AC qui ont des responsabilités de travail non rémunérées supplémentaires dans leur ménage et leur communauté. Les AC doivent également transporter des marchandises, dont certaines représentent une charge de travail physique.

Les AC possèdent une connaissance et une compréhension approfondies des besoins de la communauté. Selon des entretiens avec des AC, la grande majorité (jusqu'à 90%) des hommes dans les communautés où ils travaillent refusent de laisser leur femme ou leur partenaire utiliser un moyen de contraception. Ceci est lié aux normes et attentes culturelles dans la culture malgache, en particulier dans les zones rurales, où le fait d'avoir beaucoup d'enfants est associé à la masculinité. De plus, la santé étant considérée comme un problème de femme, les discussions de groupe ont révélé que très peu d'hommes utilisent le préservatif comme moyen de contraception, en dépit de leur grande visibilité et de leur grande disponibilité. En raison de ces facteurs, les femmes qui utilisent une contraception le font souvent à l'insu de leur partenaire et peuvent laisser leur dossier médical au CSB ou chez un ami, afin que leur conjoint ou partenaire ne les voie pas.

Au cours des discussions de groupe, les hommes ont expliqué que les nombreuses rumeurs sur les effets secondaires de la contraception sur le corps des femmes pourraient contribuer à la réticence des hommes à permettre à leurs partenaires d'utiliser la planification familiale. En raison d'un manque de connaissances et d'éducation, de nombreux hommes interprètent la planification familiale comme signifiant que les femmes cesseront d'avoir des enfants de manière permanente. Par exemple, certains hommes pensent qu'en utilisant une méthode de contraception, vous ne pouvez plus ressentir le plaisir des rapports sexuels, ou que cela entraîne des problèmes pour le corps de la femme, y compris des maladies telles que le cancer. Des associations de femmes telles que JFET s'emploient à modifier ces idées fausses parmi les hommes des zones rurales par le biais de l'éducation et de la sensibilisation.⁸⁵ Malgré ces défis culturels, la contraception est largement disponible et peut être obtenue par les femmes de Toliara à un jeune âge. Les jeunes femmes peuvent acheter des contraceptifs au domicile des sages-femmes. En outre, de nombreuses mères de filles sexuellement actives insistent sur le fait que « les femmes ont le droit d'utiliser une contraception parce que c'est pour leur santé ».⁸⁶

Les hommes ouverts à la planification familiale sont généralement conscients des autres avantages qu'elle apporte à la santé maternelle et infantile et au statut socio-économique de la famille. Les jeunes hommes, en particulier, sont plus ouverts à la planification familiale pour leurs partenaires et leurs épouses. Les hommes du sud sont plus conservateurs en matière de planification familiale et il est difficile de les convaincre des avantages. Les AC travaillent à les éduquer sur les avantages de la planification familiale pour la santé des femmes, le revenu du ménage et le bien-être familial et leur demandent de comparer leur vie à celle d'autres personnes ayant pratiqué la planification familiale. Pour mieux s'engager auprès des hommes au sujet de la planification familiale, les AC tentent également de programmer des séances de messages de santé après le retour des hommes du travail en début de soirée pour que les couples puissent participer et apprendre ensemble.

En 2013, USAID/Madagascar a commandé un projet pilote avec des AC afin de déterminer si la fourniture de tests de grossesse augmenterait l'utilisation de la contraception. L'étude a révélé que le nombre de

⁸⁵ Fleurica Bodanahary, Mar. 14, 2019.

⁸⁶ Adult female focus group discussion, Mangily, interview by Malanto Rabary, Mar. 12, 2019.

clientes utilisant une méthode de contraception a augmenté de 24 pour cent lorsque les AC leur ont fourni des tests de grossesse.⁸⁷ Ces leçons apprises et ces réussites devraient être répliquées et mises à l'échelle dans la prochaine phase des efforts de l'USAID pour accroître la AC.

CSB/Pha-Ge-Dis/Pha-Ge-com

Les femmes et les hommes occupent des postes de directeur et prennent de décision dans les points d'approvisionnement au niveau du district (Pha-Ge-Dis) et au niveau de la commune (Pha-Ge-Com), et dans certaines régions comme le nord, les femmes représentent une majorité significative (80%) des femmes, en particulier parmi les prestataires de services en relation directe avec la clientèle. Au niveau des communes, la communauté locale élit les membres du comité de gestion de Pha-Ge-Com. Le maire de la commune, qui est généralement un homme, est responsable de la désignation du président du Pha-Ge-Com et exerce donc une influence notable sur la santé au niveau de la commune. Le pourcentage de femmes occupant des fonctions électives au niveau municipal, y compris les maires et les chefs de fokontany (village ou commune), est extrêmement faible (moins de 5%).⁸⁸ Malgré l'équilibre entre les sexes parmi les dirigeants des CSB de certaines régions, les femmes qui assument ce rôle font toujours face à des problèmes de sécurité lors du transport de médicaments, à l'instar des AC. Les CSB sont tenues de veiller à leur propre sécurité et les femmes CSB ont parfois recours à un homme pour les transporter. Les informateurs clés ont indiqué que le plus gros défi reste le coût du transport. Il existe également un manque de technologie et de ressources disponibles, telles que des ordinateurs, et un besoin de renforcement accru des capacités de ces fournisseurs de services.

En cas de rupture de stock de produits de santé, les prix augmentent dans le secteur commercial (pharmacies, grossistes, dépôts, etc.) et les ruptures de stock encouragent la corruption au sein du système de santé publique. Les problèmes de corruption affectent particulièrement la santé maternelle, car les femmes et les mères sont principalement responsables de la gestion de la santé de la famille. Cela comprend la gestion du budget du ménage qui sert à payer les produits et services de santé. Ainsi, lorsque les dépenses médicales augmentent, il n'y a aucun moyen de récupérer le coût supplémentaire et les femmes doivent donc sacrifier leur propre santé et leur bien-être pour se concentrer sur celui de : les enfants si les budgets sont serrés, les hommes sont moins susceptibles d'aller à l'hôpital et chercheront d'autres méthodes de traitement moins coûteuses, telles que la consultation du guérisseur local ou l'utilisation de remèdes à la maison.

3.2 Secteur Commercial

Le secteur commercial représente une petite mais croissante partie de la chaîne d'approvisionnement en produits de santé. Au niveau central, vingt-neuf grossistes à travers Madagascar fournissent des médicaments au secteur commercial. Les grossistes en produits pharmaceutiques jouent un rôle important dans l'approvisionnement non seulement du secteur commercial, mais également du secteur public et du secteur à but non lucratif en cas de rupture de stock ou de pénurie. Les grossistes sont principalement détenus et exploités par des hommes et, dans certains cas, par des étrangers. Il est peu probable que les grossistes engagent des femmes car travailler dans les dépôts de médicaments ou transporter des marchandises est considéré comme un travail difficile ou pénible, considéré comme étant culturellement approprié pour les hommes. Dans les rares cas où les femmes travaillent dans des dépôts de médicaments,

⁸⁷ Rakotoniaina, Samy. Pregnancy Tests Help Boost Family Planning in Madagascar. (January 2016).

⁸⁸ UNDP. Rapport du Coordonnateur Resident – 2015 Madagascar. (2015).

cette étude a montré qu'elles jouent davantage un rôle de direction ou de supervision. Si cela représente une opportunité unique pour l'autonomisation économique des femmes grâce à la prise de décisions aux postes de leader, cela renforce également les stéréotypes sexistes et les normes sociales négatives qui limitent les possibilités d'emploi et les opportunités professionnelles pour les hommes et les femmes.

Pharmacies et prestataires de médicaments

Il y a plus de 310 pharmacies et 3 000 prestataires de médicaments officiellement enregistrées à Madagascar (en février 2019). Actuellement, les données collectées sur la propriété des pharmacies et des prestataires de médicaments ne sont pas ventilées par sexe. D'après nos conclusions auprès d'informateurs clés, la plupart des pharmacies appartiennent à des hommes, mais il n'est pas rare que les femmes soient propriétaires de pharmacies. Par exemple, sur les neuf pharmacies situées à Antsiranana, le principal centre urbain de la région de Diana, trois sont détenues et exploitées par des femmes. À Toliara, les femmes possèdent 50 pour cent des pharmacies. Indépendamment des propriétaires, les entretiens menés avec des informateurs clés ont mis en évidence des problèmes similaires, notamment le manque d'espace de stockage pour faire le plein de médicaments pendant la saison des pluies.

Les hommes et les femmes qui travaillent dans le secteur commercial ignorent en grande partie l'impact que leur couverture et leur part de marchés limités ont sur les inégalités dans l'accès aux produits de santé. Ils ignorent également que l'inégalité entre les sexes peut limiter le potentiel des femmes propriétaires d'entreprise à développer leur entreprise pour mieux répondre aux besoins des clients, accroître leur part de marché et générer plus de revenus. Nous avons interviewé une femme entrepreneur qui possède une pharmacie dans une zone urbaine de la région de Diana. Elle n'a pas signalé avoir rencontré d'obstacle en tant que femme exploitant une pharmacie au cours des trente dernières années. Cependant, en tant que propriétaire d'entreprise, elle n'a pas encore eu recours à un prêt formel depuis trente ans, ce qui lui permettrait de développer son activité et de résoudre certains de ses problèmes, tels que le manque d'espace de stockage. Elle participe aux réunions régulières des pharmaciens dans la région, qui incluent des hommes et des femmes, mais ne participe à aucun des groupes existants de femmes entrepreneurs. Il n'existe pas d'associations professionnelles spécifiquement destinées aux femmes entrepreneurs dans le secteur privé des produits de santé.

« J'ai cette pharmacie depuis 30 ans. Je dirai que ma force réside dans ma soif de documentation sur Internet, pour être toujours au courant des innovations. Je suis diplômé de l'ex-URSS et je reçois également plusieurs formations postdoctorales données par des médecins et des pharmaciens de laboratoire, presque 3 ou 4 fois par an. »
- Pharmacienne, Région de Diana

Contrairement aux pharmacies, les pharmacies sont généralement exploitées par des femmes, car elles sont considérées comme une fonction plus simple et donc plus stéréotypée. Des informateurs clés ont indiqué que les hommes qui occupent des postes traditionnellement occupés par des femmes sont stigmatisés sur le plan social. Ils sont souvent critiqués et doivent justifier leur choix de « travailler pour les femmes ». Cependant, les hommes peuvent toujours occuper ces postes et Les hommes interrogés ont constaté que les avantages comprenaient un meilleur équilibre travail-vie personnelle, y compris le temps nécessaire pour partir en vacances.

Pour les entreprises appartenant à des femmes et/ou exploitées par elles, y compris les pharmacies et les pharmacies, il est important de mieux comprendre le fardeau de temps que les femmes subissent en dehors du travail rémunéré. Au cours de l'étude, nous avons constaté que les femmes propriétaires d'entreprise sont souvent difficiles à joindre car elles sont surchargées de travail et qu'elles ont de

nombreuses responsabilités au-delà de leur entreprise. En comprenant les contraintes auxquelles elles sont confrontées et en identifiant les autres membres du personnel à soutenir et à former avec les propriétaires d'entreprise, les femmes entrepreneurs seront en mesure de gérer leur entreprise plus efficacement, de déléguer leurs responsabilités et d'avoir le temps de s'éloigner pour rechercher de nouvelles opportunités d'affaires ou s'acquitter d'autres responsabilités domestiques et/ou communautaires. Renforcer les capacités de toute l'équipe de soutien d'un entrepreneur garantira que les propriétaires d'entreprise, et en particulier les femmes, disposent du soutien nécessaire pour s'acquitter de leurs multiples tâches. Il est également important d'inclure les conjoints et/ou les membres de la famille de sexe masculin dans le processus pour comprendre le rôle qu'ils jouent, le cas échéant, pour répondre aux normes culturelles relatives à l'utilisation du temps des femmes et pour sensibiliser les membres de la famille à l'importance de partager les tâches ménagères pour soutenir les femmes propriétaires d'entreprise.

Certains entrepreneurs et médecins appartenant à des groupes minoritaires, y compris ceux issus de la communauté musulmane, signalent qu'ils n'ont pas accès aux mêmes réseaux sociaux et sont souvent exclus des initiatives du secteur privé de la santé. Parce que la médecine est hautement politisée et influencée par les finances des secteurs public et privé de la santé, les médecins ne partagent souvent pas les derniers enseignements ou les derniers développements avec les pharmaciens qui ne font pas partie de leurs réseaux sociaux préférés.

Accès au financement

Il existe une forte représentation de femmes aux postes de directeur et preneur de décisions dans les banques privées à Madagascar. Certaines institutions financières privées comptent beaucoup plus de femmes parmi les directeurs de banque que chez les hommes. Toutefois, au niveau régional, les normes culturelles peuvent constituer un obstacle au recrutement et à la fidélisation des agents de crédit de sexe féminin. Par exemple, les mariages d'enfants précoces et forcés sont monnaie courante dans le nord et le sud, ce qui entraîne des grossesses précoces et empêche les femmes de suivre les études nécessaires pour accéder à des domaines professionnels tels que la finance. D'autres normes culturelles suggèrent que les femmes devraient dépendre du revenu des hommes, c'est pourquoi elles sont censées assumer des rôles considérés comme faciles, notamment les tâches ménagères, s'occuper des enfants, des malades et des personnes âgées, cuisiner, faire le ménage, etc.⁸⁹ Dans le nord, parmi les femmes qui réussissent dans l'éducation et qui se lancent dans un domaine comme celui de la banque, le risque de perdre des agents de crédit si elles décident de se marier avec un homme capable d'offrir plus de stabilité financière.

« De manière générale, le choix du personnel à recruter n'est pas lié au genre. Je ne considère pas le statut masculin/féminin lorsque je recrute un employé, j'apprécie cet individu. »
- Directeur, institution financière

« Je dois assumer mon rôle de mère, d'épouse et d'entrepreneur en même temps sans que l'on ne me fasse de mal. »
- Entrepreneur femme, Antsiranana

Comme les banques recherchent activement de nouveaux clients, elles ne font pas de distinction entre les femmes entrepreneurs et les hommes entrepreneurs. Les banquiers constatent que, lorsque les femmes contractent des emprunts, elles ont tendance à rembourser mieux que les hommes, ce qu'elles pensent vrais, car elles pensent que leur mentalité et leurs compétences les rendent plus aptes à gérer leur argent et leurs entreprises. Les banquiers signalent également que les femmes ont

⁸⁹ Fleurica Bodanahary, Mar. 14, 2019.

une plus grande aversion pour le risque et que les hommes consultent souvent leur femme avant de prendre des décisions financières importantes. Dans les zones urbaines, les femmes sont plus nombreuses à demander un prêt que les hommes. Cependant, dans les zones rurales, il y a beaucoup plus de demandeurs de prêt de sexe masculin. Dans certains cas, le prêt est contracté au nom de la femme, mais c'est son conjoint ou un membre de la famille de sexe masculin qui gère l'entreprise. Dans les zones rurales, les prêts reposent souvent sur une garantie foncière et, selon les pratiques coutumières, les femmes n'héritent pas de la terre, en particulier dans les régions plus conservatrices de pays comme le sud.



Figure 5. Malanto Rabary, GESI specialist, facilitates a discussion with loan officers in Antsiranana, Diana Region
Photo credit: Rachel Mahmud

Bien que les banques reconnaissent la valeur des clientes, il n'existait pas de produits de prêt sur mesure destinés aux clientes. L'accès au crédit reste un défi car certaines exigences de crédit bloquent les femmes. Cela comprend la garantie de crédit sous forme de garantie, ce que les femmes ont moins de chances que les hommes de posséder de terres et d'avoir moins d'actifs que les hommes. En outre, selon la loi malgache, les femmes mariées ne peuvent accéder au crédit sans la signature de leur mari. Il existe peu de données sur les contraintes et les opportunités que rencontrent les femmes

entrepreneurs à Madagascar pour accéder au financement. De manière anecdotique, les banques rapportent que plus de femmes contractent des emprunts que d'hommes dans les zones urbaines et qu'il y a moins de clients femmes dans les zones rurales. Afin de remédier aux difficultés rencontrées par les femmes pour accéder aux financements dans les zones rurales, les programmes de l'USAID (Mikolo et Fararano, entre autres) ont mis en place des groupes d'épargne et de crédit (GEC) pour offrir un accès facile au crédit et à d'autres services financiers aux ménages et aux prestataires de soins de santé, en particulier les femmes, ainsi que le capital social.

« L'accès au crédit nécessite une garantie. Là, les femmes sont volées. »

- Vice-président, JFET

Lorsque les AC sont membres du GEC, ils peuvent utiliser les réunions pour éduquer la communauté sur la sensibilisation à la santé et ses pratiques. Promouvoir des forums communautaires permettant à un plus grand nombre de femmes d'être touchées et de participer activement contribuerait à accroître l'accès des femmes à leurs ressources financières et à leur contrôle. Ces forums communautaires sont des opportunités pour atteindre davantage de femmes afin de connaître leurs options en matière de santé et de services, ainsi que pour recruter des femmes afin qu'elles participent à une partie de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé.

3.3 Marketing Social

Les organisations de marketing social, telles que PSI/Madagascar (PSI/M), sont en grande partie financées par des bailleurs et cherchent à combler les principales lacunes en matière d'accès aux produits de santé.

La chaîne logistique de marketing social utilise des stratégies de communication et de distribution spécifiques pour cibler les groupes vulnérables (notamment les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes), et offre une solution alternative aux soins de santé pour les personnes vivant en zones rurales. Comme dans le secteur public, le marketing social comporte plusieurs niveaux de points d'approvisionnement pour la distribution de produits de santé, comme l'illustre la Figure 7 ci-dessous. Dans ce cas, une organisation à but non lucratif telle que PSI/M joue le rôle de grossiste ou de stockiste, puis distribue les produits dans 13 régions prioritaires via 66 points d'approvisionnement en relais communautaires (appelés PARC) situés au niveau du district et 859 points d'approvisionnement (appelés PA) situés au niveau de la commune. Les AC distribuent les produits directement aux utilisateurs finaux.

PARC/PA

Les Points d'Approvisionnement en Relais Communautaires (PARC) sont des personnes physiques ou privées qui possèdent déjà une entreprise ou occupent un emploi mais qui acceptent de travailler en partenariat avec PSI/M pour distribuer des produits de santé au niveau du district. Les points d'approvisionnement sont basés au niveau de la commune et servent de point de distribution entre le PARC (au niveau du district) et les AC (au niveau du village). Les PARC et les PA sont des acteurs essentiels de la chaîne d'approvisionnement en marketing social. PSI/M suit ces individus qui servent de points d'approvisionnement et ventile les données par sexe. Les hommes et les femmes assument ces rôles et la représentation des deux sexes est relativement équilibrée. Certains du secteur du marketing social estiment que les distributrices (AC, PARC, PA) ont tendance à être plus patientes et à consacrer plus de temps et d'efforts à convaincre les clients de l'utilisation de médicaments tels que les contraceptifs, alors que les distributeurs masculins sont perçus comme plus axés sur les gains de profit potentiels de la vente de produits de santé. Cependant, les distributeurs interviewés pour l'analyse GESI - hommes et femmes - ont toujours exprimé leur motivation intrinsèque pour améliorer la santé de leur communauté grâce à cette opportunité de bénévolat.⁹⁰

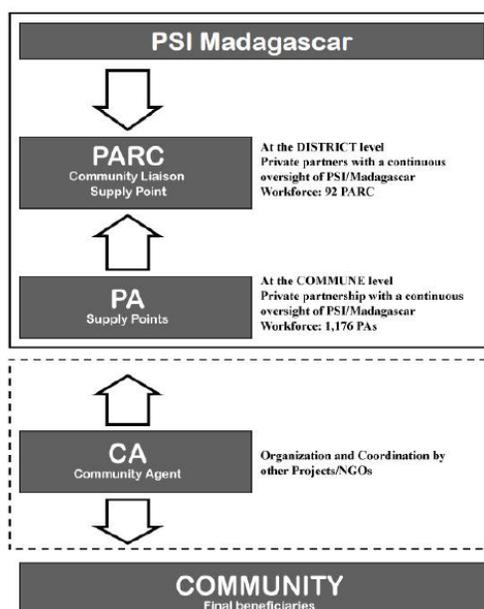


Figure 6. Schéma du circuit de distribution communautaire

Source: PSI / Madagascar

Les PARC agissent en tant que grossiste au niveau du district, assurant la liaison entre les PSI/M et les PA basés dans les communes. Les PARC achètent les produits fournis par PSI, les stockent et les vendent aux PA. Les produits de planification familiale ont tendance à être les plus rentables et les plus largement achetés. Cependant, tout comme les AC, les PARC, et les PA rencontrent des difficultés dans les rumeurs liées à la planification familiale et à la contraception et jouent également un rôle important dans la sensibilisation des hommes à l'importance de la planification familiale et au soutien des femmes dans l'utilisation des méthodes contraceptives.

⁹⁰ Solofo, Mamy. Note on the Financial Management of Community Liaison Supply Points. Integrated Social Marketing Program (ISMP). Prepared by Banyan Global. (2017).

Il y a généralement un PA par commune. Au sein de la chaîne d'approvisionnement en marketing social, les PA jouent un rôle essentiel dans la garantie de l'accès aux produits de santé que les AC devront distribuer. Un des hommes de police interrogé a déclaré que lorsqu'il était absent ou en voyage, son épouse remplissait le rôle et la formait à tout ce qu'il apprenait de PSI/M. Les adjoints au médecin sont des volontaires et ont généralement d'autres emplois à temps plein. Bien qu'ils ne soient pas rémunérés, les AP ont indiqué qu'ils considéraient qu'il était utile de jouer ce rôle en termes de statut social et de position dans leur communauté. Ils y voient également un moyen de servir leur communauté. Même pour ceux qui ont déjà un statut social élevé, jouer le rôle des PA leur confère davantage de reconnaissance et d'autorité. Ces avantages s'appliquent également à leurs conjoints.

Beaucoup de PARC et d'PA subissent des pertes financières pour fournir cet important service à leurs communautés. Pour garantir la durabilité de la chaîne d'approvisionnement, un système de remboursement des coûts ou des incitations financières devrait être envisagé pour les maintenir engagés et motivés pour cette cause sociale. Ceci est particulièrement important pour assurer la rétention des volontaires hommes et femmes. Avec un soutien et des ressources adéquates, ce rôle de bénévole offre la possibilité de renforcer le leadership et l'influence des femmes sur les décisions de santé communautaires par le biais de la communication entre femmes, étant donné que les femmes sont principalement responsables de la gestion de la santé de leur famille. En outre, les PARC et les PA profiteront du statut social et de la visibilité accrus de ce prestigieux rôle de bénévole, qui pourraient faire progresser l'autonomisation économique de chaque femme.

« Vous devez être fort pour soutenir les critiques [masculins] [de la planification familiale]. Vous devez toujours leur revenir deux, trois ou quatre fois. Après qu'ils viennent avec leurs femmes sur les sites des ASC, les hommes attendent pour la première fois à l'extérieur. Ils n'oublient pas de rappeler à leurs femmes de suivre l'horaire. Quand ils sont convaincus, les hommes plaident réellement pour la planification familiale. »
- AC homme, région de Toliara

Groupes de femmes

Dans l'ensemble, il existe un manque d'engagement et de consultation des groupes de femmes au sein de la chaîne d'approvisionnement en produits de santé. Pour adopter une TMA, le programme IMPACT doit consulter les défenseurs des droits des femmes, des filles et des jeunes. Le Conseil National des Femmes de Madagascar (CNFM) est l'une de ces plateformes qui permet de rassembler des individus, des groupes de femmes ou des groupes mixtes afin de faire pression pour que les femmes exercent davantage de leadership et de prises de décisions. Par exemple, à la suite des efforts de plaidoyer du CNFM, une femme a récemment été nommée Ministre de l'Éducation. Le conseil a publié une lettre ouverte dans la presse au président élu pour prendre en compte le genre sous sa nouvelle administration. Le CNFM s'est engagé à travailler avec le Ministère de la Population pour mettre à jour la politique nationale en matière d'égalité du genre et l'intégration de la problématique hommes-femmes dans tous les domaines des objectifs de développement durable. Le CNFM est représenté dans toutes les régions du pays par le biais de son réseau de membres et constitue donc un partenaire stratégique du programme USAID IMPACT.

« Nous sommes toujours des femmes, toujours inférieures, malgré la sensibilisation. »
- Défenseur des droits des femmes, Région du sud

Jeunes Femmes Engagées de Tuléar (JFET) est une organisation de la société civile qui défend les droits des femmes au niveau régional. JFET est un réseau régional de 17 associations de femmes qui vise à accroître

la voix et l'agence des jeunes femmes dans le leadership et la prise de décisions au niveau communautaire. Ses membres sont principalement des femmes, mais JFET s'emploie activement à sensibiliser les hommes à l'importance de l'autonomisation économique des femmes. JFET travaille dans différents secteurs et entrevoit une forte opportunité de partenariat avec le projet IMPACT pour intégrer les messages sur la santé dans ses programmes communautaires.

4. PLAN D'ACTION DE GESI POUR LE PROGRAMME IMPACT

4.1 Objectif

Sur la base des conclusions de l'analyse GESI, ainsi que des informations préliminaires de l'USAID et de PSI/Madagascar, Banyan Global a élaboré un plan d'action GESI pour le programme IMPACT. Le plan d'action GESI a pour objectif de fournir un ensemble de recommandations spécifiques et réalisables au programme IMPACT pour intégrer le genre et l'inclusion sociale dans ses programmes. Ces recommandations seront intégrées au plan de travail annuel d'IMPACT et seront appliquées tout au long des années 1 à 3 du programme. Chaque recommandation est conçue pour améliorer l'égalité du genre, l'inclusion sociale et l'autonomisation économique des femmes, ainsi que les objectifs généraux du programme IMPACT.

Les recommandations ci-dessous ne sont pas exhaustives pour la chaîne d'approvisionnement en produits de santé; ils devraient être réalisés par le programme IMPACT en collaboration avec les principales parties prenantes. Une fois qu'elles auront été réalisées, IMPACT évaluera les leçons apprises, les bonnes pratiques et les études de cas pouvant être partagées avec la communauté du développement au sens large. Pour assurer la durabilité au-delà de la vie du programme IMPACT, l'engagement des parties prenantes et le renforcement des capacités sont intégrés en tant que composante clé des recommandations et des actions.

4.2 Recommandations

Recommandation 1. Établir des partenariats avec des organisations de défense des droits des femmes et assurer l'équilibre de genre au sein du groupe de travail technique de l'initiative pour le marché total

Forger des partenariats stratégiques avec des organisations et associations de défense des droits des femmes pour assurer une représentation équilibrée des hommes et des femmes au sein du groupe de travail technique (GTT) de l'Initiative pour le marché total (TMI), ainsi que des membres des gouvernements et du secteur commercial participant à la TMA. L'engagement et la représentation des organisations de femmes dans la conception et la mise en œuvre des programmes sont essentiels pour assurer une approche d'intégration de la dimension genre, car les voix des femmes, des filles et des jeunes sont souvent marginalisées ou exclues des processus décisionnels. En incluant des organisations de femmes en tant que membres du groupe de travail TMI et en veillant à l'équilibre entre les genres, le programme IMPACT modélisera une approche d'intégration de la dimension de genre dans TMA pour les partenaires gouvernementaux, les partenaires techniques et financiers, les ONG exécutantes et les donateurs.

	Activités	Entités responsables	Chronologie
1	Identifier et développer des partenariats stratégiques (et des protocoles d'entente si nécessaire) avec des associations de femmes clés et des organisations de défense des droits humains, notamment le Conseil national des femmes de Madagascar (CNFM), la Direction de l'intégration de la dimension de genre et la Direction de la promotion de la femme et du genre du Ministère de la population, le groupe de travail USAID sur le genre et la jeunesse, et des organisations régionales telles que Jeunes femmes engagées de Tuléar (JFET). Cela peut également inclure les principales associations d'entreprises de femmes stratégiques. Les partenaires clés participeront au GTT TMI pour donner des conseils sur l'intégration des femmes, des jeunes et des groupes marginalisés dans une TMA.	Responsable : PATH, MSH Appui : Banyan Global	Y1-Y5
2	Assurer l'engagement continu et la participation des partenaires stratégiques de GESI au moyen de consultations trimestrielles afin d'identifier les priorités, stratégies et meilleures pratiques communes, ainsi que les stratégies de résolution de problèmes afin de surmonter les obstacles à l'encontre de l'égalité du genre et à l'inclusion sociale dans le secteur des produits de santé.	Responsable : Banyan Global Appui : PATH, MSH	Y2-Y3, quarterly
3	Mobiliser les membres masculins du groupe de travail TMI par le biais de discussions de partenariat avec des organisations féminines, ainsi que par la formation (voir recommandation 2), afin de renforcer leurs connaissances et leur capacité à jouer le rôle de champions de la GESI au sein de leurs agences respectives. Identifiez les actions clés et suivez les progrès.	Responsable: Banyan Global Appui : PATH, MSH	Y1-Y3, ongoing
4	Produire et diffuser des fiches d'informations sur le GESI au sein d'une TMA au GTT TMI afin de sensibiliser et d'accroître la capacité des membres du GTT à plaider en faveur d'une approche GESI.	Responsable: Banyan Global Appui : PATH, MSH	Y1 Q4 – Y2 Q1
5	Plaider en partenariat avec le groupe de travail sur le genre et la jeunesse pour l'élaboration d'une définition standard des groupes vulnérables et marginalisés. En collaboration avec le ministère de la Population, le groupe de travail technique TMI élaborera une stratégie visant à atteindre les groupes vulnérables/marginalisés à l'aide d'une TMA.	Responsable: Banyan Global Appui : PATH, MSH	Y2
6	Organiser un atelier annuel entre les partenaires stratégiques GESI et le groupe de travail TMI afin de réfléchir au plan d'action IMPACT GESI et à la manière dont IMPACT peut faire progresser ses travaux au sein de GESI.	Responsable: Banyan Global Appui: PATH, MSH	Y2, Y3

Recommandation 2. Renforcer les capacités des parties prenantes de TMA dans GESI, en particulier les parties prenantes du gouvernement

Développer et adapter les supports et outils de formation GESI pour sensibiliser le personnel masculin et féminin du GOM, les donateurs, le secteur commercial et les acteurs du marketing social à leurs rôles et responsabilités respectifs en ce qui concerne l'intégration de GESI dans l'approche TMA. Renforcer les capacités et les compétences des parties prenantes de la TMA pour qu'elles défendent le GESI dans leur sphère d'influence respective et pour assurer la pérennité d'une TMA intégrée au genre au-delà de la vie du projet.

	Activité	Entités responsable	Chronologie
1	Organiser un atelier d'une demi-journée avec les parties prenantes externes pour lancer le plan d'action en faveur de l'égalité du genre avec les principaux partenaires gouvernementaux, du secteur commercial, du marketing social et des donateurs.	Responsable : Banyan Global Appui : PSI	Y1 Q4
2	Organiser une table ronde pour sensibiliser les représentants masculins et féminins des principaux ministères du GOM à leurs rôles et responsabilités pour réagir et influencer positivement sur les normes sociales et les contraintes de genre dans la politique de santé et la mise en œuvre du secteur public, sur la base des conclusions de l'analyse IMPACT GESI. Soutenir le GOM dans l'élaboration d'un plan d'action pour s'attaquer aux obstacles politiques et pratiques à l'égalité du genre et à l'inclusion sociale, et suivre les progrès.	Responsable : Banyan Global Appui : PSI	Y2 Q2
3	Au cours d'un atelier d'une demi-journée, renforcer les capacités du GTT TMI sur l'intégration de la dimension de genre et l'inclusion sociale et sur la manière dont GESI peut améliorer l'efficacité de la chaîne d'approvisionnement et l'accès des bénéficiaires aux produits de santé.	Responsable : Banyan Global Appui : PATH, MSH	Y2 Q3
4	Une fois par an, organiser un atelier spécifique de formation et de renforcement des capacités pour les membres du GOM GTT sur l'intégration de la dimension de genre et l'inclusion sociale.	Responsable : Banyan Global Appui : PATH, MSH	Y2 Q4, Y3 Q3
5	Organiser un suivi/une formation de recyclage sur l'intégration du genre et l'inclusion sociale avec le personnel d'IMPACT afin de continuer à renforcer leur capacité à servir de champions du GESI dans différents domaines techniques et opérationnels.	Responsable : Banyan Global Appui : PSI	Y2, Y3
6	Développer un programme d'incitation pour que le personnel d'IMPACT serve de champions GESI au moyen de compétitions mensuelles, de sacs bruns et de récompenses « Champion du GESI du trimestre » afin de reconnaître les contributions concrètes du personnel à GESI dans le secteur des produits de santé.	Responsable : Banyan Global Appui : PSI	Y2, Y3

	Activité	Entités responsable	Chronologie
7	Organiser une pause et réfléchir avec le personnel du programme IMPACT à des sessions d'apprentissage pour réfléchir aux progrès, aux lacunes et aux possibilités d'intégration des femmes et du genre et à l'inclusion sociale tout au long du projet.	Responsable : Banyan Global Appui : PSI	Y2, Y3
8	Intégrer le point focal GESI du programme IMPACT aux groupes de travail GESI existants, tels que le groupe de travail sur le genre et la jeunesse et les points focaux du Ministère de la Population et du Genre de différentes organisations (ADRA, Projet Mikajy USAID, Care International, RanoWash, USAID, Mahefa Miaraka, Haitao, CRS, ACCESS, Impact)	Responsable : Banyan Global	Y1-Y3

Recommandation 3. Soutenir la mise en œuvre des meilleures pratiques GESI dans le secteur commercial

Partenariat avec des institutions financières - Baobab Bank, Access Bank et Youth Bank Money Transfer- et des partenaires du secteur commercial ciblés par le biais de la DCA pour répondre aux contraintes et opportunités GESI au sein des entreprises et en termes de rayonnement client. Le secteur commercial offre d'importantes possibilités de renforcer l'inclusion sociale et l'autonomisation économique des femmes tout en élargissant sa portée grâce à des approches tenant compte de la problématique hommes-femmes.

	Activité	Entités responsables	Chronologie
1	Concevoir et adapter des modules de formation GESI et des outils de coaching appropriés pour les partenaires du secteur commercial ciblés par le biais de la DCA, notamment les banques partenaires, les pharmacies et les pharmacies.	Responsable : Banyan Global	Y1-Y2
2	Développer un outil de collecte de données permettant de saisir des données ventilées par sexe et par âge pour les entreprises de produits de santé privées assistées par projet, ainsi que des données sur le leadership en déterminant qui occupe des postes de direction (rôles de décision) dans différents types d'entreprises.	Responsable : Banyan Global, PSI	Y1 Q4 Y2 Q1-Q2
3	Pendant le renforcement des capacités et la formation d'IMPACT pour les banques partenaires de la DCA, intégrer les composantes GESI afin de sensibiliser à l'égalité du genre, à l'équité, à l'inclusion sociale et à l'analyse de rentabilisation visant à faciliter l'accès des femmes au financement, ainsi que sa contribution potentielle à l'autonomisation économique des femmes croissance	Responsable : Banyan Global	Y2, Y3

	Activité	Entités responsables	Chronologie
4	Organisez une session de diffusion pour partager les leçons apprises et les expériences réussies d'interventions de GESI dans le secteur commercial.	Responsable : Banyan Global Appui : PSI	Y3 Q4

Recommandation 4. Inciter les hommes à recourir davantage aux méthodes de planification familiale et de contraception

En dépit de la disponibilité et de la sensibilisation généralisées des méthodes de contraception modernes chez les femmes, le manque d'acceptation des méthodes de planification familiale par les hommes est un obstacle majeur à leur adoption. Pour que les hommes aient le sentiment que les méthodes de planification familiale sont sûres et pertinentes, IMPACT doit intégrer GESI dans les stratégies de communication visant à modifier les comportements et les attitudes afin d'accroître la demande et l'utilisation de produits de planification familiale chez les hommes et les femmes.

	Activité	Entités responsables	Chronologie
1	Intégrer les messages GESI dans les campagnes de planification familiale, de santé maternelle et infantile afin d'éliminer les fausses rumeurs sur la planification familiale, les barrières culturelles et les systèmes de valeurs de différents groupes cibles, et empêcher l'utilisation d'images qui renforcent les stéréotypes de genre liés aux produits de santé.	Responsable : PSI Appui : Banyan Global	Y2-Y5
2	Développer des messages clés destinés aux hommes dans les campagnes de communication sur la planification familiale afin qu'ils ne soient plus des obstacles mais des partenaires pour les méthodes de planification familiale.	Responsable : PSI Appui : Banyan Global	Y2
3	Évaluer l'impact des campagnes de la communication pour le changement de comportement axées sur les hommes	Responsable : PSI Appui : Banyan Global	Y4-Y5

Recommandation 5. Développer un plan pour rémunérer les volontaires de santé communautaires en collaboration avec les parties prenantes de TMA

Les volontaires de santé communautaires comblent une lacune critique dans la fourniture de produits de santé aux communautés mal desservies, défavorisées et marginalisées. Afin de parvenir à l'AC, le programme IMPACT devrait créer un meilleur environnement pour les AC, qui sont principalement des

femmes. A partir de la deuxième année, l'équipe d'IMPACT devrait plaider pour un plan de compensation des AC dans le cadre du processus de révision en cours de la Stratégie Nationale de Renforcement de la Santé Communautaire. En coordonnant avec le gouvernement du Madagascar et d'autres programmes financés par l'USAID qui renforcent les capacités des AC - y compris le projet ACCESS et Mahefa Miaraka, entre autres - le programme IMPACT peut proposer des stratégies fondées sur le genre afin de soutenir davantage les AC afin d'assurer la durabilité à long terme de la distribution de produits de santé du dernier kilomètre.

ANNEXE A : BIBLIOGRAPHIE

Adult female focus group discussion, Antsiranana, interview by Malanto Rabary, Mar. 6, 2019.

Adult female focus group discussion, Mangily, interview by Malanto Rabary, Mar. 12, 2019.

Adult male focus group discussion, Antsiranana, interview by Eric Botoronono, Mar. 7, 2019.

Adult male focus group discussion, Mangily, interview by Malanto Rabary, Mar. 14, 2019.

African Development Bank Group. Empowering African Women: An Agenda for Action. (May 2015). https://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Publications/African_Gender_Equality_Index_2015-EN.pdf

Bradley S, Rosapep L, Shiras T. Sources for sick child care in Madagascar. (2018). Rockville, MD: Sustaining Health Outcomes through the Commercial sector Plus Project, Abt Associates Inc. Brinkerhoff, D.W., O. Indriamihaja, A. Lipsky, and C. Stewart. L'environnement légal pour la planification familiale et la santé de la reproduction à Madagascar. Palladium, Health Policy Plus. (June 2017). http://www.healthpolicyplus.com/ns/pubs/7146-7260_LegalEnvrnmentAssessmentMadagascarFRJune.pdf

CIA Factbook. Madagascar. (n.d.). https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/print_ma.html

Conférence des Nations Unies Sur le Commerce et le Développement Matériel Pédagogique sur le Commerce et le Genre, volume 1, module 4. (2017). https://unctad.org/fr/PublicationsLibrary/ditc2016d1_fr.pdf

Council on Foreign Relations. Women's Workplace Equality Index: Madagascar. (2018). <https://www.cfr.org/interactive/legal-barriers/country-rankings/mdg>

Dahlerup, Drude. The story of the theory of critical mass. *Politics & Gender*, 2(4), 511-522. (2006). doi:10.1017/S1743923X0624114X.

Davis, Isobel. CLTS engagement, outcomes and empowerment in Malagasy communities. WSSCC. (2016). <https://www.wsscc.org/wp-content/uploads/2016/12/Gender-and-Community-Led-Total-Sanitation-CLTS-engagement-outcomes-and-empowerment-in-Malagasy-communities.pdf>

Dr. Lheticia Lydia Yasmine, interview by Rachel Mahmud and Malanto Rabary, Mar. 5, 2019.

Dr. Olga Indriamihaja, interview by Rachel Mahmud and Malanto Rabary, Mar. 2, 2019.

Family Planning 2020. Madagascar: Commitment Maker Since 2015. Accessed Mar. 21, 2019.

<http://www.familyplanning2020.org/node/440>

Family Planning 2020. Madagascar - FP2020 Core Indicator Summary Sheet: 2017-2018 Annual Progress Report. (n.d.).

<https://www.familyplanning2020.org/sites/default/files/Madagascar%202018%20CI%20Handout.pdf>

Fleurica Bodanahary, interview by Rachel Mahmud and Malanto Rabary, Mar. 14, 2019.

Gastineau, B and Binet, C. Sexualité prémaritale à Antananarivo (Madagascar) Comment les étudiants s'affranchissent-ils des normes? (2013). African Journal of Reproductive Health 17:2 pp. 168-185.

<https://www.jstor.org/stable/23485931>

Gezon, L. Marriage, Kin, and Compensation: A Socio-Political Ecology of Gender in Ankarana, Madagascar. (2002). Anthropological Quarterly, 75(4). Pg. 675-706.

<https://www.jstor.org/stable/3318166>

Girls Not Brides. Madagascar – Child Marriage Around the World. (2019).

<https://www.girlsnotbrides.org/child-marriage/madagascar/>

Global Campaign for Equal Nationality Rights. Madagascar Reforms Its Nationality Law, Guaranteeing Mothers' Independent Right to Confer Nationality on Children. (Jan 2017).

<https://equalnationalityrights.org/news/78-madagascar-reforms-its-nationality-law-guaranteeing-mothers-independent-right-to-confer-nationality-on-children>

GSMA. HNI Madagascar: Information via Mobile to Tackle Gender-Based Violence. (March 2015).

<https://www.gsma.com/mobilefordevelopment/wp-content/uploads/2015/08/HNI-case-study-final-1.pdf>

INSTAT. Madagascar Millennium Development Goals National Monitoring Survey. (2013).

https://madagascar.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/OMD_Summary_0.pdf

INSTAT, Programme National de lutte contre le Paludisme, PNLP/Madagascar, Institut Pasteur de Madagascar, IPM/Madagascar, and ICF International. Enquête sur les Indicateurs du Paludisme 2016. (2016). Calverton, MD, USA : INSTAT, PNLP, IPM and ICF International.

<https://dhsprogram.com/publications/publication-MIS23-MIS-Final-Reports.cfm>

INSTAT and ICF Macro. Enquête Démographique et de Santé de Madagascar 2008-2009. (2010).

Antananarivo, Madagascar: INSTAT and ICF Macro. <https://dhsprogram.com/publications/publication-FR236-DHS-Final-Reports.cfm>

Institut Pasteur de Madagascar. L'Institut Pasteur de Madagascar mobilisé dans la lutte contre le paludisme. (2019). <http://www.pasteur.mg/linstitut-pasteur-de-madagascar-mobilise-dans-la-lutte-contre-le-paludisme/>

International Labor Organization. ILOSTAT, Madagascar. (2019). https://www.ilo.org/ilostat/faces/oracle/webcenter/portalapp/pagehierarchy/Page21.jspx?_adf.ctrl-state=9ydqzo30l_4&_afLoop=2041861481360494&_afWindowMode=0&_afWindowId=null#!%40%40%3F_afWindowId%3Dnull%26_afLoop%3D2041861481360494%26_afWindowMode%3D0%26_adf.ctrl-state%3Dumqojsj2n_4

International Labor Organization. The reality of violence at work in Madagascar. (June 2018). https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/features/WCMS_632496/lang--en/index.htm

International Monetary Fund. Republic of Madagascar Economic Development Document 2017-2019. (July 2017). <https://www.imf.org/~media/Files/Publications/CR/2017/cr17225.ashx>

Keeling, A., Dhatt, R., and Doshi, L. Opinion: There is no road to UHC without gender equality and women's empowerment. (February 2019). <https://www.devex.com/news/opinion-there-is-no-road-to-uhc-without-gender-equality-and-women-s-empowerment-94223>

Lawson, L. Rice, sapphires and cattle: Work lives of women artisanal and small-scale miners in Madagascar. (2018). <https://www.jstor.org/stable/j.ctt22h6r60.13>

Ministère de la Santé Publique. Guide de mise en œuvre de la politique nationale de santé communautaire. (2014).

Ministère de la Santé Publique. Liste Nationale des Médicaments Essentiels et des Intrants de Santé à Madagascar. (October 2014).

Ministère de la Santé Publique. Plan Stratégique National en Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes. (December 2017). <https://madagascar.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PSN%20SRAJ%20MDG.pdf>

Ministère de la Santé Publique. Politique Nationale de Santé Communautaire. (July 2017). http://www.healthpolicyplus.com/ns/pubs/7165-7302_PNSC.pdf

Mariko, Soumaïla and Victor Rabeza. Enquête de Base sur la Santé de la Reproduction et la Survie des Enfants dans les zones d'intervention USAID, à Madagascar. (2005). <https://dhsprogram.com/publications/publication-FR164-DHS-Final-Reports.cfm>

MenEngage Alliance. MenEngage Madagascar. (n.d.). <http://menengage.org/regions/africa/madagascar/>

Moreira, C. et al. Boys go fishing, girls work at home: Gender Roles, Poverty, and Unequal School Access among Semi-nomadic fishing communities in South Western Madagascar. (2017). Pg. 499-511. <https://doi.org/10.1080/03057925.2016.1253456>

OECD. Madagascar – 2014 results. Social Institutions & Gender Index. (2014). <https://www.genderindex.org/country/madagascar-2014-results/>

OHCHR. Committee on the Elimination of Discrimination against Women considers the report of Madagascar. (2015). <https://www.ohchr.org/en/newsevents/pages/DisplayNews.aspx?NewsID=16734&LangID=E>

Profil Genre Madagascar. Agence Francaise en Developpment. (2015).

Promundo, Sonke Gender Justice, Save the Children, and MenEngage Alliance. State of the World's Fathers: Time for Action. (2017). <https://sowf.men-care.org/>

Rakotoniaina, Samy. Pregnancy Tests Help Boost Family Planning in Madagascar. (January 2016). Management Sciences for Health. <https://www.msh.org/news-events/stories/pregnancy-tests-help-boost-family-planning-in-madagascar>

Raelimiadana, J. 1975 - 2015: C'est encore loin l'égalité des femmes et des hommes? Intégration du genre dans la Stratégie Nationale de Relance de Développement (SNRD): l'expérience d'un groupe de travail à Madagascar. (2014).

Razafinrakoto, M., Roubaud, R., Wachsberger, J.M. L'énigme et le paradoxe : Economie politique de Madagascar. (2017). Institute de Recherche pour le Développement AFD Agence Française de Développement. Marseille.

Selebogo, Mothepane Yaliwe Petunia, Ojakorotu, Victor. SADC Gender and Development Protocol: An Evaluation of Equality, Empowerment and Gender Based Violence in South Africa (2008-2012). (June 2013). Gender & Behavior, edition 11(1). <https://search-proquest-com.proxy-um.researchport.umd.edu/docview/1431278636?accountid=14696>

Solofo, Mamy. Note on the Financial Management of Community Liaison Supply Points. Integrated Social Marketing Program (ISMP). Prepared by Banyan Global, 2017.

Southern African Development Community. SADC Gender and Development Monitor 2016. (2016). https://www.sadc.int/files/8415/0340/7935/SGDM_2016_ENGLISH.pdf

Sulla, Victoria. Face of Poverty in Madagascar: Poverty, Gender and Inequality Assessment. (March 2016). World Bank, Poverty Reduction and Economic Management (PREM), Africa Region. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/18250>

The DHS Program. Madagascar MIS 2016 Malaria Fact Sheet (French). (2016). <https://dhsprogram.com/publications/publication-MF18-Malaria-Fact-Sheets.cfm>

United Nations Conference on Trade and Development. Teaching Material on Trade and Gender, volume I, module 4B. (2018). https://unctad.org/en/PublicationsLibrary/ditc2018d1_en.pdf

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Household Size and Composition Around the World 2017 – Data Booklet (ST/ESA/ SER.A/405). (2017). https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/household_size_and_composition_around_the_world_2017_data_booklet.pdf

UNDP. Human Development Indices and Indicators: 2018 Statistical Update. (July 2018). http://hdr.undp.org/sites/all/themes/hdr_theme/country-notes/MDG.pdf

UNDP. Rapport du Coordonnateur Resident – 2015 Madagascar. (2015). https://www.undp.org/content/dam/madagascar/docs/rapportsUNDP_MDG/Rapport_CR/mdg2016_Doc_RC2015.pdf

UNFPA. Country programme document for Madagascar. (2015). <https://www.unfpa.org/sites/default/files/portal-document/DP-FPA-CPD-MDG-7%20-%20Madagascar%20CPD%20-%20FINAL%20-%202025%20Nov14.pdf>

UNFPA. Marrying Too Young: End Child Marriage. (2012). <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MarryingTooYoung.pdf>

UNICEF. Infant and young child feeding: Exclusive breastfeeding (<6 months) spreadsheet. (2018). <https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/>

UNICEF. Madagascar Annual Report 2017. (2018). https://www.unicef.org/about/annualreport/files/Madagascar_2017_COAR.pdf

UNICEF. Madagascar UNICEF Annual Report 2017. (2017). https://www.unicef.org/about/annualreport/files/Madagascar_2017_COAR.pdf

UNICEF. Percentage of women aged 20 to 24 years who were first married or in union before ages 15 and 18. (March 2018). <https://data.unicef.org/topic/child-protection/child-marriage/>

UN Women. Global Database on Violence against Women: Madagascar. (2017). <http://evaw-global-database.unwomen.org/en/countries/africa/madagascar>

USAID. Analyse du système de financement de la santé à Madagascar. (February 2018). http://www.healthpolicyplus.com/ns/pubs/8204-8361_ASFSaMadagascar.pdf

USAID. CRS Fararano Project Gender Analysis. (April 2016).

USAID. Defining and Advancing Gender-Competent Family Planning Service Providers: A Competency Framework and Technical Brief. (September 2018).

USAID. Fonctionnalité et performance du programme des agents de santé communautaires à Madagascar: Une synthèse d'évaluations qualitatives et quantitatives. (April 2013). https://www.urchs.com/sites/default/files/Madagascar_synthesedevaluationsqualitativesetquantitatives_ASC_Avr2013.pdf

USAID. Guatemala Gender Analysis Final Report. (September 2018).

USAID. L'environnement Légal pour la Planification Familiale et la Santé de la Reproduction à Madagascar. (June 2017). http://www.healthpolicyplus.com/ns/pubs/7146-7260_LegalEnvrnmentAssessmentMadagascarFRJune.pdf

USAID. Madagascar: Enquete Menage sur la Planification Familiale ; TRaC PF 2017 – Round III. (2017).

USAID. Madagascar – Land Tenure and Property Rights Profile. (2019). https://www.land-links.org/wp-content/uploads/2010/12/USAID_Land_Tenure_Madagascar_Profile-2019.pdf

USAID. Madagascar: Nutrition Profile. (2018). <https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1864/Madagascar-Nutrition-Profile-Mar2018-508.pdf>.

USAID. Madagascar Project Appraisal Document: Gender Analysis. (n.d.).

USAID. Ending Preventable Child and Maternal Deaths: 10 Innovation Highlights from Madagascar. (2014). https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1864/EPCMD-10_Innovation_Highlights_from_Madagascar.pdf.

USAID. USAID/Madagascar and Community Health Volunteers: Working in Partnership to Achieve Health Goals. (2015). <https://www.chwcentral.org/usaidmadagascar-and-community-health-volunteers-working-partnership-achieve-health-goals>

USAID. Mikolo Project: Assuring the Quality of Community-Based Health Services in Madagascar- A New Approach. (March 2017). <https://www.msh.org/sites/msh.org/files/quality-chvs-cs.pdf>

USAID. Mikolo Project: Empowering Women with Access to Savings, Credit, and Health Messages. (April 2018). https://www.msh.org/sites/msh.org/files/project_highlights_usaid_mikolo_silc_and_csif.pdf

USAID. Mikolo Project: Five Years of Health Impact, 10 Stories of Success. (n.d.). https://www.msh.org/sites/msh.org/files/mikolo_successstories_v3_english.pdf

USAID. Mikolo Project: Use of Pregnancy Tests Increases Uptake of Family Planning in Madagascar. (March 2017). <https://www.msh.org/sites/msh.org/files/pregnancy-cs.pdf>

USAID. Women's Wage Employment in Developing Countries: Regulatory Barriers and Opportunities. (2018). <https://www.nathaninc.com/insight/womens-wage-employment-in-developing-countries-regulatory-barriers-and-opportunities/>

Waite, Victoria et al. USAID. Women's Wage Employment in Developing Countries: Regulatory Barriers and Opportunities. (2018). <https://www.nathaninc.com/insight/womens-wage-employment-in-developing-countries-regulatory-barriers-and-opportunities/>

WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, and United Nations Population Division Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. Maternal mortality in 1990-2015: Madagascar. (2015). https://www.who.int/gho/maternal_health/countries/mdg.pdf?ua=1

World Bank Group. Enterprise Surveys – Madagascar. (2013). <http://www.enterprisesurveys.org/data/exploreeconomies/2013/madagascar#gender--size>

World Bank Group. Fertility rate, total (births per woman) Madagascar. (2017). <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN?locations=MG>

World Bank Group. Labor Markets Conditions in Madagascar. (2010). <http://siteresources.worldbank.org/INTMADAGASCAR/Resources/LaborMarkets.pdf>

World Bank Group. Maternal mortality ratio (modeled estimate, per 100,000 live births). (2017). <https://data.worldbank.org/indicator/sh.sta.mmrt>

World Bank Group. Mortality rate, infant (per 1,000 live births) Madagascar. (2017). <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN?locations=MG>

World Bank Group. Mortality rate, under-5 (per 1,000 live births). (2017). <https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.MORT?locations=MG>

World Bank Group. Social Inclusion. (2019). <https://www.worldbank.org/en/topic/social-inclusion>

World Bank Group. Women, Business and the Law 2018. (2018). <http://wbl.worldbank.org/>

World Economic Forum. The Global Gender Gap Report 2018. (2018).
<https://www.weforum.org/reports/the-global-gender-gap-report-2018>

World Health Organization. Plan Stratégique National en Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes 2018 – 2020. (December 2017). <https://madagascar.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PSN%20SRAJ%20MDG.pdf>

ANNEXE B : LES GUIDES D'ENTRETIEN POUR L'ANALYSE GESI

IMPACT GESI Analysis Interview Guide:

Government stakeholders (Ministry of Population, Ministry of Health, etc.)

ADS Domain: Gender roles, responsibilities, and time use

1. What are men's and women's respective responsibilities' in protecting their families from malaria, and in seeking timely treatment?
2. Do both women and men access sexual and reproductive health services?

ADS Domain: Cultural norms and beliefs

3. Are there accepted cultural norms or practices that affect women's and men's vulnerability to infection, or women's and men's ability to access prevention and treatment services?
4. Are behavior change messaging adapted for different groups (men, women, girls, boys, others)? If so, how?
 - a. What have been the most effective BCC methods at the community level?

ADS Domain: Access to and control over assets and resources

5. Are health services set up to accommodate both women and men? How?
6. How does the quality of health services encourage or discourage women, men, boys and girls to access malaria/family planning/MCH prevention, diagnosis, and treatment services?
 - a. Are there certain attitudes, behaviors or practices by health service providers and encourage or discourage men, women, boys and girls from seeking treatment?
 - b. Do pregnant adolescents or unmarried women experience stigma and discrimination?
 - c. Can language or illiteracy act as a barrier?
7. What challenges do adolescent girls' face to their ability to protect themselves from infection?
8. How can the health system improve its ability to reach adolescent girls for malaria prevention, diagnosis and treatment?
9. Are there any other marginalized or vulnerable populations, such as the disabled, refugees, internally displaced populations, or people living with HIV/AIDS, who face particular challenges to their ability to protect themselves from infection?
 - d. What is the health system currently doing to meet their needs?
 - e. How can it improve prevention and treatment services for these populations?

ADS Domain: Patterns of power and decision-making

10. What leadership roles do women play in influencing community-based health?
11. At the community level, who controls and has power over the narrative about key health issues and priorities? What priorities for reform in health policies are advocated by women community leaders? By men?
12. Who control the narratives around marriage and family planning norms in the family and community?

ADS Domain: Laws, policies, regulations and institutional practices

13. Are there any national or local laws that facilitate or prohibit women's and men's ability to access prevention and treatment services? Adolescent girls and boys?
 - a. Defilement law?
 - b. Mandatory testing?
 - c. Mandatory male presence at first antenatal care visit?
14. Are there restrictions on how health products are sold? What are those restrictions?
15. Do laws and regulations guarantee women access to all types of health care, information, and education, including sexual and reproductive health care?

IMPACT GESI Analysis Interview Guide:

Commercial stakeholders (pharmacies, wholesalers, drug shops, etc.)

Introductory/informational questions:

1. What area does your company specialize in? What is the scope of your products and services?
2. How many employees work for your company?

ADS Domain: Gender roles, responsibilities, and time use

3. Are there gendered divisions of labor within the company? What positions/units within the company are commonly filled by women and men? Does the company employ any youth or people from ethnic minority/protected/disabled/marginalized groups? (If so, what positions do they commonly hold?)
 - a. *Comment for interviewer: also consider gender makeup of senior management team and higher-paying positions that require greater technical skills or education*
4. In your experience, are there qualified women candidates for positions commonly filled by men in the health product supply chain? If so, in your opinion, why aren't there more women holding these positions? If not, why do you think that is?
5. Are any informal sector activities that you work with to support your business? If so, what are they, and who is typically managing those activities (women, men, girls, boys, ethnic or social minorities)?

ADS Domain: Cultural norms and beliefs

6. Are there cultural stereotypes that contribute to women opening certain types of businesses in the health products supply chain? What are they?
7. When you think about your customers, which members of the household typically has the authority to buy and use health prevention measures that you sell (bed nets, family planning, other medicine)?

ADS Domain: Access to and control over assets and resources

8. Are digital financial services important in the health services sector? If yes, how so, and does women's access to them differ than men's?
9. Where are women most present in the health product value chain (supply, production, processing, transportation, or trade)?
10. What decision-making and leadership roles and opportunities have you seen women take on in the health sector?

ADS Domain: Patterns of power and decision-making

11. What stereotypes affect women's ability to take on leadership positions at the heads of public or commercial sector institutions

ADS Domain: Laws, policies, regulations and institutional practices

12. Does your company have written policies or guidelines to prohibit sexual harassment of staff?
Can we see them?

IMPACT GESI Analysis Interview Guide:

Civil society organizations (NGOs, women's organizations, etc.)

Introductory/informational questions:

1. What area does your organization specialize in? What is the scope of your services?

ADS Domain: Gender roles, responsibilities, and time use

2. How do the different roles and daily activities of men, women, boys and girls prevent or promote their risk of malaria infection? How do they facilitate or prevent them from accessing treatment in a timely manner?

ADS Domain: Cultural norms and beliefs

3. Are there certain stereotypes in Madagascar that hinder youth in accessing entrepreneurial or professional opportunities?
4. Are there accepted cultural norms or practices that affect women's and men's vulnerability to infection, or women's and men's ability to access prevention and treatment services? [For example, cultural norms limiting women's mobility, and therefore, ability to access malaria prevention and treatment services? Or male cultural norms that expect men to be "strong" and get over the infection themselves?]
5. Do financial institutions have strategies or policies directed at the creation of financial products that meet the needs and demands of women?
6. Do financial institutions have strategies or policies directed at promoting women's savings, such as minimal initial savings requirements?
7. Do male and female role models exist promoting gender equality, female empowerment, and an end to violence against women and girls, including sexual harassment?
8. How does the level of unpaid care-taking and household work of women and girls limit the time available to access health services?
9. Do men and women have unequal education or knowledge in areas that are important for successful entrepreneurship and/or business? If yes, in what areas?
10. Do social norms hinder women from moving independently in public spaces? How do these norms impact women's ability to participate in training, vocational, educational, or other capacity building programs?

ADS Domain: Access to and control over assets and resources

11. Where are women most present in the value chain (supply, production, processing, transportation, or trade)?

12. What decision-making and leadership roles and opportunities have you seen women take on in the health sector?
13. What constraints do female, youth, or minority group entrepreneurs face in growing and operating their business?

ADS Domain: Patterns of power and decision-making

14. How does the lack of co-responsibility in households and lack of community-based childcare services factor into women's ability to participate and take on leadership positions in business networks, cooperatives, unions or business associations?
15. Who controls the narratives around marriage and family planning norms in the family and community as well as nationally?
16. Are girls engaged as leaders in discussions about early marriage and sexual and reproductive health? How?
17. What role does gender-based violence play in women's and men's decisions to protect themselves or their family from infection, or to seek treatment? Is it a factor for adolescent boys or girls?
18. Who controls and has power over the narrative about key issues and priorities in the sector?

ADS Domain: Laws, policies, regulations and institutional practices

19. What priorities for reform in health policies do you advocate for?

GUIDE POUR LES FGD AUPRES DES GROUPES CIBLES - FEMMES

Introduction avant la discussion/entretien

Bonjour. Mon nom est _____ et je suis accompagné par mon/ma collègue _____. Nous menons une étude pour le compte du Projet IMPACT. L'étude va informer sur les chaînes d'approvisionnement des produits de santé à Madagascar basés sur le genre.

Nous aimerions vous poser une série de questions afin de comprendre mieux la situation dans laquelle vous vivez.

La participation à cet entretien est volontaire et si vous ne voulez pas répondre à une ou plusieurs questions, n'hésitez pas à nous le faire savoir. Vos réponses seront gardées confidentielles. Vos noms ne seront pas enregistrés. Notre discussion/entretien durera environ 1 heure. Nous vous remercions d'avance pour votre participation. Voulez-vous y participer ?

Consentement reçu ?

Nom, âge, état civil, nombre des enfants

1. Quelles sont les maladies les plus courantes au sein de votre communauté ?
 - a. Follow-up : Pour les femmes ? Hommes ? Filles ? garçons ?
2. Où est ce que vous vous approvisionnez en produits de santé dans votre communauté ?
 - Publique, privée, marketing sociale ?
3. Si vous voulez acheter un Produit de Santé, qui décide sur le type de Produit de santé à acheter ?
 - Est-ce que les femmes chefs de ménages, les veufs/veuves, les jeunes désœuvrés, les déplacés peut-y-participer dans la prise de décision ? Pourquoi ou pourquoi pas ?
 - Pourquoi il y a une inégalité dans la prise de décision ?
4. Dans votre communauté, quels sont des problèmes majeurs en matière d'accès aux produits de santé relatif au palu, contraception/ planning familiale, la sante de la mère et de l'enfant
 - a. Est-ce qu'il y a une égalité d'accès aux produits de sante entre femmes et hommes ?
 - b. Existe – t-il des blocages culturels, coutumes ?
 - c. Quels problèmes sont les plus fréquents ?
 - d. Quelles en sont les causes visibles et profondes ?
5. Quelles sont des conséquences de ces problèmes d'accès au niveau des femmes, hommes, jeunes?
 - a. sur votre condition de vie
 - b. sur votre état de sante
 - c. sur le statut entant que des femmes ou hommes ; des jeunes ?
6. Pourquoi les gens pensent que la sante c'est une affaire des femmes seulement ?
 - a. Est-ce que les hommes sont concerné par la sante des enfants, de la famille ? Pourquoi ou pourquoi pas ?

7. Que dit la loi par rapport à l'accès aux services et produits de la sante ?
8. Quels sont vos suggestions pour améliorer l'accès aux produits de la sante a Madagascar ?

Merci pour votre contribution !

GUIDE POUR LES FGD AUPRES DES GROUPES CIBLES - HOMMES

Introduction avant la discussion/entretien

Bonjour. Mon nom est _____ et je suis accompagné par mon/ma collègue _____. Nous menons une étude pour le compte du Projet IMPACT. L'étude va informer sur les chaînes d'approvisionnement des produits de santé à Madagascar basés sur le genre.

Nous aimerions vous poser une série de questions afin de comprendre mieux la situation dans laquelle vous vivez.

La participation à cet entretien est volontaire et si vous ne voulez pas répondre à une ou plusieurs questions, n'hésitez pas à nous le faire savoir. Vos réponses seront gardées confidentielles. Vos noms ne seront pas enregistrés. Notre discussion/entretien durera environ 1 heure. Nous vous remercions d'avance pour votre participation. Voulez-vous y participer ?

Consentement reçu ?

Demander à chaque personne : Nom, âge, état civil, nombre des enfants

1. Quelles sont les maladies les plus courantes au sein de votre communauté ?
 - Follow-up : Pour les hommes ? Femmes ? Filles ? garçons ?
 - Que pensez-vous de la prévalence du paludisme ?
2. Où est ce que vous vous approvisionnez en produits de santé dans votre communauté ?
 - Publique, privée, marketing sociale ?
3. Si vous voulez acheter un Produit de Santé, qui décide sur le type de Produit de santé à acheter ?
 - Est-ce que les femmes chefs de ménages, les veufs/veuves, les jeunes désœuvrés, les déplacés peut-y-participer dans la prise de décision ? Pourquoi ou pourquoi pas ?
 - Qui prend la décision ?
4. Dans votre communauté, quels sont des problèmes majeurs en matière d'accès aux produits de santé relatif au palu, contraception/ planning familiale, la santé de la mère et de l'enfant
 - a. Est-ce qu'il y a une égalité d'accès aux produits de santé entre femmes et hommes ?
 - b. Existe – t-il des blocages culturels, coutumes ?
 - c. Quels problèmes sont les plus fréquents ?
 - d. Quelles en sont les causes visibles et profondes ?
5. Quelles sont des conséquences de ces problèmes d'accès au niveau des femmes, hommes, jeunes?
 - a. sur votre condition de vie
 - b. sur votre état de santé
 - c. sur le statut tant que des femmes ou hommes ; des jeunes ?

6. Est-ce que vous pensez que que la sante c'est une affaire des femmes ? Pourquoi ou pourquoi pas ?
 - a. Est-ce que les hommes sont concerné par la sante des enfants, de la famille ? Pourquoi ou pourquoi pas ?
 - b. Il y a des rumeurs que les hommes/les maris/les partenaires pourraient constituer des barrières a la pratique de la contraception par les femmes/ses femmes, quelles sont vos opinions la dessus ?
7. Que dit la loi par rapport a l'accès aux services et produits de la sante ?
8. Quels sont vos suggestions pour améliorer l'accès aux produits de la sante à Madagascar ?

Merci pour votre contribution!

ANNEXE C : LISTE DES PERSONNES CLÉS INTERVIEWÉES

Dans les cas où une personne ou une organisation est susceptible de présenter des difficultés juridiques, sociales ou physiques pour participer à cette recherche, les noms, dates et informations de contact ont été supprimés ou omis afin de protéger les participants, d'assurer la collecte de données de qualité, et adhérer aux protocoles et normes de collecte de données éthiques, sans préjudice et éthiques. Pour toutes les personnes interrogées, un consentement libre et préalable en connaissance de cause a été obtenu avant l'entretien.

Name	Title	Organization	Contact Info
Dr. Luc Ernest Rakotozanany	Directeur de Vente et Marketing,	SALAMA	0320239125, dvm.salama@iris.mg
Dr. Jeanine Razafiarisoa	Coordonateur Programmes verticaux	SALAMA	0340752862, cpv.salama@blueline.mg , coordopgm.salama@iris.mg
Mr. Joeliarisoa Malala RAKotobe	Responsable Service Stock	SALAMA	0340632650, stk.salama@blueline.mg
Dr. Andry Rahajarison	Gender Focal Point	USAID	
Mr. Andrianjaka Rado Razafimandimby	Spécialiste en Développement Social	WORLD BANK	0320500249, arazafimandimby@worldbank.org
Ms. Veroniaina Ramananjohany	Gender Specialist	CRS – Catholic Relief Services	0340515766, veroniaina.ramananjohany@crs.org
Mr. James Hazen	Chief of Party	CRS, USAID Fararano	0340515905, james.hazen@crs.org

Dr. Olga Indriamihaja		CNFM - Conseil National des Femmes de Madagascar	0340846456, indriaol148@gmail.com
Dr. Issa Aboudou Houssen	Pharmacist, Religious leader		0320223908, liguediana-foot@hotmail.fr
Mr. Zakir Houssen	Pharmaceutical wholesaler		0320210786 , pharmaplus17@yahoo.fr
Dr. Charles Olga	Pharmacist		0320420788, pharmacieolga@gmail.com
Mr. Maboby Amidony	PA Bobasakoa		0325268354
Ms. Fabricia Mboty Tine Jaondalana	PARC, Diego I		0324053056; 0345585653, fabriciajaondalana@yahoo.com
Mr. Rakotondramavo Tolotriniaina Alain Frank & Team	Directeur d'Agence Diego	ACCESS BANK	0320303318, franck.rakotondramavo@accessbanque.mg
Mr. Frederic Rasoamparany,	Regional Director	Mahefa Miaraka	0344979041, Frederic_rasoamparany@mg.jsi.com
Dr. Lheticia Lydia Yasmine	DRS Diana	MOH	0320471812, yleth20@yahoo.fr
Dr. Said Borohany	Medecin Inspecteur	MOH Diego	0324055482 ; 0340255482, borohani@yahoo.fr
Dr. Domoina Randriambololona	Directeur Etablissement	MOH Diego CHU Place Kabary	domoinaran@yahoo.fr
Professeur Rabemazava Alexandrio	Spécialiste en Chirurgie Générale,	CHU Tanambao I, Antsiranana	+ 261 32 03 357 15 /

	Directeur d'Établissement	(Hôpital ManaraPenitra)	+ 261 34 32 005 42
Dr. Ramananjisao	Technical Assistant	CHU Tanambao I, Antsiranana (Hôpital ManaraPenitra)	0324330299
Dr. Saoly	Regional Responsible Pagedis, Phagecom		0326109039, saolykaosy@gmail.com
Dr. Fabien	Médecin Inspecteur Tuléar II	MOH TULEAR	0347281451, Fabien2909@gmail.com
Dr. Solomon	Director regional de la santé	MOH Tuléar	0349224396
Mr. Mahatafa Desire	SILC Member		0341274457
Mr. Zafy André	CHW		0340592522
Ms. Faneva Ranosanatria	CHW		
Razafintsalama Janice Frantzes	Responsible de development retail business ankililaoka		
Mr. Andrianony Malala	Responsible partenariat retail		
Ms. Fleurica Bodanahary	Vice Présidente Association	JFET (Jeunes Femmes Engagées de Tuléar)	0332451385, 0340175171, fleuristicastany@gmail.com

Ms. Holisoa Laharimanitra	Gender and youth specialist, Gender & Youth Working Group	Pact, USAID Hay Tao	hlarimanitra@pactworld.org , 0320741922
Ms. Manohisoa Rakotondrabe	Policy Officer	Pact, USAID Hay Tao	0320741935, mrakotondrabe@pactworld.org
Ms. Sylvie Razafindrabe	Spécialité en Responsabilisation pour le Changement Comportemental et Social	JSI, USAID Community Capacity for Health Program	0344979213, sylvie_razafindrabe@mg.jsi.com
Mr. Gilbert Andrianandrasana	Chief of Party	PSI Madagascar, USAID IMPACT	g.andrianandrasana@psi.mg
Mr. Mohamed Diallo	Deputy Chief of Party	PSI Madagascar, USAID IMPACT	mpdiallo@psi.mg
Ms. Tsirihanitra Rakotoarinivo	Distribution Director	PSI/IMPACT	trakotoarinivo@psi.mg
Mr. Pierre-Loup Lesage	Senior Country Representative	PSI Madagascar	plesage@psi.org
Mr. Stephanie Dolan	Strategic Partnerships	PSI Headquarters	sdolan@psi.org
Mr. John Yanulis	Chief of Party	MSH, USAID ACCESS Health program	jyanulis@msh.org