

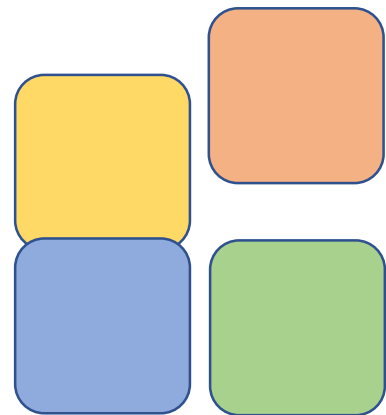


DOCUMENT REGIONAL

PLAIDOYER

BETSIBOKA

DU MARS JUSQU'AU JUIN 2021, MADAGASCAR



INTRODUCTION



Le projet ADVOCACY FOR YOUTH, mis en œuvre par un consortium d'associations (TANORA IRAY- IAYFP MADAGASCAR- TANORA GARENTEEN), vise à porter la voix des jeunes pour un service de qualité et un accès équitable à la santé sexuelle reproductive pour les jeunes de chaque région de Madagascar.

Les jeunes, issues du programme de formation Malagasy Advocacy Training Program (MaTP), ont élaborés les documents régionaux contenant les potentialités économiques, les barrières à l'accès à la planification familiale et aux prestations de service de santé ainsi que les perspectives qu'ils jugent favorables à mener.

Le projet est appuyé par FamilyPlanning2020. Les contenus de chaque document sont rédigés par les jeunes formés en la méthodologie de plaidoyer et sont élaborés indépendamment.

Le présent document reflète le fruit de la formation des jeunes, et non un document préétabli. Le but ultime du programme de formation est de tisser le savoir-faire des jeunes de chaque région en matière de plaidoyer et d'élaboration de documents de plaidoyer. Ainsi, le document ne représente qu'une infime partie des plaidoyers des jeunes et des labours de la société civile locale formée.

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

I. GENERALITE SUR LA REGION

A. DEMOGRAPHIE :

La Région de Betsiboka est sous-peuplée puisqu'elle ne représente que 1,5 % de la population à Madagascar ; soit 394.561 habitants. Cette population est inégalement répartie avec une densité moyenne de 13,7 habitants/km². La taille moyenne des ménages est de 4,9 personnes.

75% de la population de la région est rurale, et tire une partie de ses revenus de l'agriculture. La pêche est pratiquée dans les cours d'eau et les nombreux lacs du réseau hydrographique dense de la Région.

Le niveau d'instruction de la population est particulièrement bas ; puisque, plus du tiers des chefs de ménage n'ont jamais fréquenté l'école. ¹

B. HISTORIQUE DE LA REGION :

La région de BETSIBOKA a été créée en 2004. La population DE BETSIBOKA est cosmopolite. Toutes les ethnies sont trouvées dans cette région, même les Indo-pakistanaïes et le Chinois.

Les populations installées sont issues de différents courants migratoires, dont certains sont assez anciens, et d'origines variées (Merina, Betsileo, Antaisaka, Tsimihety et Sihanaka pour les principaux groupes ethniques). La taille moyenne des ménages est de 4,9 personnes. Le niveau d'instruction de la population est particulièrement bas. Plus du tiers des chefs de ménage n'ont jamais fréquenté l'école.

C. GEOGRAPHIE :

La région de Betsiboka, qui s'étend sur 30 025 km² est située dans la partie occidentales de l'île. Elle constitue une zone de transition entre les Hautes Terres et la région littorale de la Boeny La région de Betsiboka, qui s'étend sur 30 025 km² est située dans la partie occidentales de l'île. Elle comprend trois districts, subdivisée en 39 communes, et est composée de 397 Fokontany. La Capitale en est Maevatanana.

¹ Troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH-3)

La grande diversité des ressources agro-pédologiques de la région permet de pratiquer une gamme diversifiée de cultures vivrières, industrielles et de rente. Le développement économique de la région connaît des temps durs à cause des problèmes écologiques. En effet, Betsiboka fait face à la déforestation, aux feux de brousses, aux différents problèmes liés à la biodiversité et manque de source d'eau.²

D. CULTURES EN LIEN AVEC LA SANTE / SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

La culture qui prône la richesse représentée par les enfants est encore très présente dans la région De BETSIBOKA. D'après le proverbe Malagasy : « Ny zaza no voalohan-karena » « Maromaroa ny fiteraka, fa tsy ilaozan'izay ho tsara ».

Dans de nombreuses régions, les parents encouragent le mariage de leurs filles alors qu'ils sont encore enfants dans l'espoir que le mariage leur sera bénéfique à la fois financièrement et socialement, tout en allégeant le fardeau financier qui pèse pour la famille. En réalité, phénomène. Le mariage des enfants est une violation des droits humains, qui compromet le développement des filles et conduit souvent à une grossesse précoce et à l'isolement social, avec peu d'éducation et une formation professionnelle médiocre renforçant le caractère de ce phénomène. Pourtant, le droit du consentement « libre et plein » à un mariage est reconnu dans la Déclaration universelle des droits de l'homme-avec la reconnaissance que le consentement ne peut être « libre et plein » lorsque l'une des parties impliquées n'est pas suffisamment mature pour rendre une décision éclairée concernant un partenaire pour la vie .³

Le faible taux de prévalence contraceptive s'explique par des facteurs socioculturels, notamment par la pratique du mariage des enfants (48 % des filles sont mariées avant 18 ans). Il s'explique aussi par la précocité de la vie sexuelle (20 % des jeunes femmes de 15 à 19 ans ont eu leur premier rapport avant 15 ans), le manque d'éducation sexuelle et le manque de services de PF et SR conçus spécifiquement pour cette population. Parler de la sexualité est un sujet tabou dans la région. La sensibilisation sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes, surtout la planification familiale est mal vue par la société. Vu l'importance de ces éléments aux niveaux national et international et leurs implications dans la vie individuelle et celle de la société entière, la sensibilisation de tous les acteurs (les parents, les jeunes, les dirigeants, les enseignants, les leaders aussi bien politiques que

² Monographie 2009

³ MICS 2018

religieux, n'a cessé de s'amplifier depuis plusieurs années et est devenue de plus en plus courante. Le tabou concernant ce sujet a donc énormément commencé à disparaître.

II. LES PROBLÉMATIQUES DE LA SANTÉ DES JEUNES :

A .ÉQUITE A LA SANTE POUR LES JEUNES :

L'équité se définit la manière de traiter égal toute individus sans rendre compte de son sexe ni son origine social. Avoir les services dans les centres de santé est la forme de l'équité dans le domaine de la santé.

Le problème de l'équité se pose entre les personnes qui sont différentes par leur situation sociale : riche ou pauvre. En matière de santé, le taux de mortalité de moins de 5ans se dessine comme suit selon les caractéristiques socio-économiques et le lieu de résidence : 62% en milieu rural contre 46 en milieu urbain, 78% pour les plus pauvres contre 31% contre les plus riches, 65%pour les enfants dont la mère n'a aucun niveau d'instruction et 42% pour les enfants dont la mère a un niveau secondaire ou plus.⁴

Pourtant, la contraception et le planning familial sont bien protégés par les normes internationales des droits de l'homme. C'est un droit fondamental inhérent à chaque personne, mais une liberté aussi, c'est-à-dire c'est une faculté de faire ou de ne pas faire. Le droit malgache reconnaît l'existence du droit à la santé sexuelle et reproductive dans sa loi n°2017-043 fixant les règles générales régissant la Santé de la Reproduction et la Planification Familiale en son article 3 alinéa 2 et 3 expliquant que : « Le droit à la Santé de la Reproduction et à la Planification Familiale est un droit fondamental (a12). Aucun individu ne peut être privé de ce droit dont il bénéficie sans discrimination aucune fondée sur l'âge, le sexe, la fortune, la couleur de la peau, la religion, l'ethnie, la situation matrimoniale ou sur toute autre situation (a13). »⁵

La santé sexuelle et reproductive des jeunes connaît encore des problèmes en lien avec l'équité. En effet, elle fait face à des difficultés liées au non-respect des droits et à la non-application des lois sur la planification familiale.

La région manque encore de campagnes de sensibilisation sur l'existence de la loi 2017/043-régissant la santé sexuelle et reproductive de la population et la planification familiale. Les jeunes ne sont pas informer sur leurs droits de pouvoir jouir des services de planification familiale.

La planification familiale est encore difficile d'accès pour les jeunes de la région de Betsiboka surtout dans les zones urbaines et rurales à cause de l'insuffisance d'infrastructure adéquate

⁴ Mics 2018

⁵ cnlegis

au jeune et de médecin spécialiste comme les docteurs psychiatre. La plupart de jeune dans la ville tend vers le fumé des stupéfiants à cause d'une d'infrastructure manquante ou centre des loisirs.⁶

B LES INFRASTRUCTURES DE LA SANTE DES JEUNES :

Dans la Région Betsiboka, 18 communes sont pourvues de CSBI et 35 de CSBII. Les CSBI sont beaucoup plus nombreux à Tsaratanana où 2/3 de ses communes en sont pourvus et on remarquera qu'aucun CSBI n'est présent à Kandreho. Par ailleurs, toutes les Communes de Maevatanana et Kandreho sont pourvus de CSBII tandis que Tsaratanana n'en possède qu'un seul. Concernant les centres hospitaliers de niveau 1 et 2, l'enquête de 2009 a montré qu'aucune de ces structures ne sont présentes à Maevatanana. Le district de Tsaratanana dispose d'un CHDII tandis que le district de Kandreho est pourvu d'un CHDI. En outre, toutes les communes de la région possèdent une Maternité Publique et 4 services de soin dentaire public répartis dans les 3 districts. Dans les districts de Maevatanana et Tsaratanana, la formation sanitaire la plus proche se trouve pour toutes les communes à moins de 5 km pour la majorité des habitants. A Kandreho, ce sont 56 % des formations sanitaires qui se trouvent à moins d'5 km de la majorité des habitants, 20 % entre 5 et 10 km et un quart se trouve à plus de 10 km.⁷

Globalement, aucun cabinet privé n'est disponible dans la région. Une maternité privée est présente dans une commune de Tsaratanana ainsi que 2 hôpitaux privés. On y trouve aussi un cabinet dentaire privé. En ce qui concerne les officines, 12 communes de la région en possèdent contre 23 qui n'en ont pas. Remarquons qu'une seule officine est disponible dans le district de Kandreho.

La formation sanitaire la plus proche se trouve pour toutes les communes à moins de 5 km pour la majorité des habitants. Comme à Kandreho, 56 % des formations sanitaires qui se trouvent à moins d'5 km de la majorité des habitants, 20 % entre 5 et 10 km et un quart se trouve à plus de 10 km.

⁶ Loi n°2017-043 fixant les règles générales régissant la Santé de la Reproduction et la Planification Familiale

⁷ Monographie de la région, 2012

C .FINANCEMENT DE LA SANTE DES JEUNES :

Le financement définit les budgets alloués pour le développement d'une projet. Le financement de la planification familiale pour les jeunes est assuré avant tout par les organisations étrangères. Moins de 1 % de ce budget est fourni par le ministère de la santé publique. On peut en conclure que le financement de la santé sexuelle et reproductive n'est pas encore une priorité pour le pays. La faible régularisation des fonds sur les financements externes, des programmes d'investissements publics (PIP) (Système d'information intégré de la gestion des finances publiques et la faible maîtrise du suivi, de la gestion et de la redevabilité. Parmi les postes financiers les plus touchés se trouvent le manque de financement pour le recrutement du personnel et la motivation des agents communautaires pour la réhabilitation et la construction des formations sanitaires, ainsi que pour l'accès à la PF pour les jeunes.

La part du ministère est inférieure à 1 % du budget total. On constate également que le budget alloué à la planification familiale réservée aux jeunes est moindre. Cette dépendance pourrait coûter cher au pays si jamais un investisseur étranger se retire. Le financement à la santé sexuelle se verrait grandement affecté et beaucoup de jeunes se trouveraient priver de leurs droits.⁸

La faible régularisation des fonds sur les financements externes, des programmes d'investissements publics (PIP) (Système d'information intégré de la gestion des finances publiques (SIIGFP)) et la faible maîtrise du suivi, de la gestion et de la redevabilité. En ce qui concerne le financement de la PF et de la SR, les principales sources de financement pour l'achat des consommables de PF proviennent de l'USAID (85%) et de l'UNFPA (11%) . Ces partenaires fournissent aussi la majeure partie des financements pour l'achat des produits de MSR, avec le soutien de la Banque mondiale et de l'Agence française de développement (AFD).

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

Le système de santé malgache comprend quatre niveaux de structures sanitaires à savoir les formations sanitaires de base .Elles sont constituées par des centres de santé de base niveau I (CSB1), des centres de santé de base niveau II (CSB2).Les CSB1 sont équipés d'infirmiers et d'aides-soignants et ne dispensent que les services de vaccination et les soins de santé de base. Les CSB2 sont équipés de Médecin, paramédicaux, d'infirmiers, de sage-femme et offrent entre autres des soins de maternité. Les centres de référence de premier

⁸ Source : MINSANP, Comptes Nationaux de Santé 2003, 2007, 2010

recours. Ils comprennent les centres hospitaliers de district niveau 1 (CHD1) et niveau 2 forment cette catégorie. Les CHD1 offrent les soins obstétricaux essentiels, mais n'assurent pas de service de chirurgie ni ne disposent pas de plateau technique adéquat permettant l'établissement du diagnostic et la prise en charge des cas complexes (service d'imagerie, banque de sang et laboratoire). Les CHD2 sont équipés en plus, par rapport aux CHD1, de chirurgiens, de réanimateurs pratiquent la chirurgie d'urgence et offrent des soins obstétricaux complets.

Pourtant, le nombre moyen d'agents de santé dans les CSB n'est que de 4, et 56,5% des centres ruraux n'ont qu'un membre de personnel soignant. De plus, seul les 32,5% de ce personnel de santé est formé à la gestion logistique contraceptive. À cela s'ajoute la réticence de certaines femmes à recevoir des services de PF/SR de la part des agents de santé masculins. L'insuffisance quantitative et qualitative de ressources humaines pour la santé est un problème majeur auquel Madagascar fait face. Ces déséquilibres sont présents à tous les échelons de la pyramide sanitaire, ainsi qu'au niveau de leur distribution entre les différentes régions et entre les zones urbaines et rurales. Enfin, tous les centres de santé n'offrent pas de services PF. Au total, 63 CSB desservant environ 500 000 habitants n'offrent pas de services PF. De plus le manque de motivation, voire même des attitudes négatives de la part du personnel des centres envers les clientes, ce qui constitue un frein pour l'accessibilité aux services proposés par ces centres. ⁹

Le nombre de médecins et paramédicaux qui exercent dans les CSB II ne sont pas répartis équitablement en fonction du nombre de population dans la commune. Chaque commune ne dispose pas de médecin dans chacune des services de maternité. Parmi les postes financiers les plus touchés se trouvent le manque de financement pour le recrutement du personnel et la motivation des agents communautaires.

Pourtant, les droits de l'homme comprennent le droit à un système de santé et qui garantisse à chacun, sur un pied d'égalité, la possibilité de jouir du meilleur état de santé possible. Un meilleur état de santé passe avant tout par la présence de personnels soignants suffisants dans un établissement de santé.

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

La convention internationale des droits de l'enfant, première partie, article 24, alinéas 2/f stipule que les États parties de cette convention doivent s'assurer du développement des

⁹ Unfpa, 2008

soins de santé préventifs, des conseils aux parents et l'éducation et les services en matière de planification familiale. ¹⁰

Les jeunes ont donc le droit de jouir d'une prise en charge de qualité en matière de services de planification familiale. D'ailleurs, cela fait partie des soins préventifs contre la grossesse précoce. Chez les jeunes femmes de 15 à 19 ans, la demande totale de méthodes de contraception est passée de 51,5 % en 2008 à 41,5 % en 2012. Néanmoins, le pourcentage de demande satisfaite a augmenté au cours de cette même période et est passé de 47,8% à 66,8%. Les besoins non satisfaits, pour cette catégorie de la population, ont baissé de 26,9% à 13,8 %. On constate aussi une Inégalité palpable sur la prise en charges du jeune malade campagnard et citadin.

De plus nombreuses, femmes de toutes les catégories en recours à l'avortement, mais surtout les plus jeunes et en cours de scolarisation. En effet, elles ont encore un accès très limité à la planification familiale et subissent une mauvaise qualité de prise en charge.

La faible régularisation des fonds sur les financements externes, des programmes d'investissements publics à une influence sur la qualité de prise en charge des jeunes. (PIP) (Système d'information intégré de la gestion des finances publiques (SIIGFP)) et la faible maîtrise du suivi, de la gestion et de la rédevabilité.

F .LE GENRE :

Le genre désigne les processus et rapports sociaux qui divisent, polarisent et organisent l'humanité en différentes catégories de « sexe », « genre » et de « sexualité » ¹¹

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

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

¹⁰ Cnlégis

¹¹ <https://www.who.int/gender/whatisgender/fr/>

Dans la plupart des ménages, seuls les chefs de famille travaillent, si bien que tous les membres de la famille deviennent leurs charges. Mais si la femme travaille, le revenu familial augmentera, donc il y aura une amélioration du bien-être du ménage (les enfants sont mieux nourris, bien éduqués et ont une facilité de soin). Même pour le cas des emprunts, les femmes ont moins accès au crédit. Les violences à l'encontre des femmes et des filles en statistiques révèlent que 30 % des femmes de 13 à 49 ans ont subi au moins une forme de violence (physique, sexuelle, psychologique ou économique).

Les normes sociales limitent l'épanouissement scolaire et professionnel des filles : Les grossesses précoces, qui touchent une fille sur trois, entraînent le décrochage scolaire et une perte d'opportunité à l'éducation, la formation et l'accès à l'emploi formel.¹²

G. CULTURE ET US-COUTUMES :

Les chiffres sur la sexualité des jeunes sont ahurissants. L'âge médian du premier rapport sexuel est de 12,5 ans chez les filles et de 14 ans chez les garçons ; 41,2% Des moins de 18 ans ont déjà eu leur rapport sexuel ; la culture et le climat sont les facteurs favorisants. Dans cette région, on pense que tout le monde est autorisé à faire le rapport sexuel. Par ailleurs, avec la forte chaleur les voyageurs nocturnes sont fréquents, ce qui favorise également les activités sexuelles »¹³

L'utilisation des méthodes de planification est mal vue par la société. Dans les zones enclavées, les barrières culturelles constituent un frein à la planification familiale. Cela ne fait pas partie de la culture locale et c'est même souvent condamné lorsque c'est un jeune célibataire qui en a recours.

La population ne comprend pas que la planification familiale est indispensable pour les jeunes. Les méthodes de planification familiale subissent encore beaucoup de préjugés même dans la capitale du fait de la culture locale qui n'est pas favorable à cette pratique.¹⁴

¹² Pour un Processus de Plan National d'Adaptation (PNA) qui Répondre aux Questions de Genre à Madagascar - Ministère de l'Environnement Del 'Écologie, et des Forêts de Madagascar, République de Madagascar).

¹³ Enquête MICS 2018 thématique fécondité et planification familiale

¹⁴ Express de MadaagArticle de Fenosoa Hanitriniala le 6 décembre 2019 dans LA PARTIE SONDAGE à Mascaradagascar.

H .POLITICO-LEADERSHIP :

Il y a une insuffisance de coordination et de synergie entre les différents intervenants de la planification familiale. Comme preuve, il nous est mal à définir les acteurs locaux et acteurs informels œuvrant dans la santé sexuelle et reproductive et la planification familiale.

De plus, parler de la sexualité est un sujet tabou dans la région. La sensibilisation sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes, surtout la planification familiale est mal vue par la société. Toutefois, vu l'importance de ces éléments aux niveaux national et international et leurs implications dans la vie individuelle et celle de la société entière, la sensibilisation de tous les acteurs entre autres les parents, les jeunes, les dirigeants, les enseignants, les leaders aussi bien politiques que religieux, n'a cessé de s'amplifier depuis plusieurs années et est devenue de plus en plus courante. Le tabou concernant ce sujet a donc énormément commencé à disparaître.

Les droits de l'homme stipule que chacun a droit au meilleur état de santé physique et mentale possible, sans discrimination, où que nous soyons et quelles que soient nos circonstances. Ainsi, les services de planification familiale doivent être les mêmes partout dans la région sans tenir compte de l'éloignement. Donner un traitement de faveur à la capitale ou à une partie spécifique de la capitale serait une violation de ce droit.

CONCLUSION

D'après les analyses ci-dessus, Cette région manque d'éducation sexuelle complète (éducation des parents ...), d'informations sur la santé et sur les services adaptés aux jeunes rendent difficile l'accès des jeunes aux informations et aux services répondant à leurs besoins. Il serait donc recommandable de renforcer ce qui existe déjà dans chaque région et mettre en œuvre une nouvelle méthode de sensibilisation. Pour y remédier, il faut accroître la coordination avec les médias et augmenter les supports de communication adaptés, notamment en mettant en place un processus participatif en incluant les jeunes, les hommes, les grands-parents et les chefs de communautés qui sont souvent laissés de côté.

Le manque de ressources flagrantes de personnel de santé qui œuvre dans la santé sexuelle et reproductive des jeunes sont aussi parmi le problème majeur qui empêche l'accessibilité des jeunes aux services de santé. De ce fait, des étapes permettant le recrutement de nouveaux personnels compétent pour la réalisation des activités seraient primordiales. Ces personnes peuvent être des salariés gouvernementaux ou pas, des agents communautaires, des agents sensibilisateurs ainsi que des bénévoles qui adhèrent à cette cause dont l'accès des jeunes à la planification familiale.

Concernant l'équité et le genre, si le fond ainsi que le personnel existe en abondance, la qualité de service fonctionnera mieux. Mais cela n'existerais pas sans une politique adéquate à cette région. En addition avec tout cela, il faut désenclaver la région qui reste encore difficile d'accès avec le mauvais état des routes.

De ce fait, la région doit se procurer des ressources à la fois financières, logistiques et humaines. Cela permettra un meilleur accès des jeunes à la planification familiale.

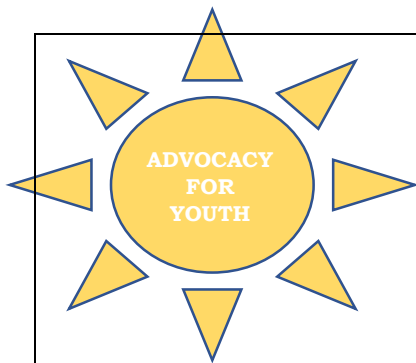
Du côté des ressources financières et matérielles, la réalisation des objectifs de cette région sur l'accès des jeunes à la planification familiale nécessite environ 200 000 000 d'Ariary ou 1 000 000 000 de Francs Malgache. Des véhicules assez robuste pour passer partout seront nécessaires pour réaliser à bon échéant chaque activité et pour assurer ainsi la mobilité des « tanks forces ».

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

I.	GENERALITE SUR LA REGION	2
A.	DEMOGRAPHIE :	2
B.	HISTORIQUE DE LA REGION :	2
C.	GEOGRAPHIE :	3
D.	CULTURES EN LIEN AVEC LA SANTE / SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE	
II.	LES PROBLÉMATIQUES DE LA SANTÉ DES JEUNES :	4
A.	ÉQUITÉ A LA SANTE POUR LES JEUNES :	5
B.	FINANCEMENT DE LA SANTE DES JEUNES :	6
C.	LES RESSOURCES HUMAINES EN CHARGE DE LA SANTE DES JEUNES :	6
D.	LES INFRASTRUCTURES DE LA SANTE DES JEUNES :	7
E.	LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES JEUNES :	8
F.	LE GENRE :	9
G.	CULTURE ET US-COUTUMES :	10
H.	POLITICO-LEADERSHIP :	11
	CONCLUSION	12

TABLE DES MATIERES



AUTEURS-REDACTEURS

RANDRIANARISANDY Safidy Malala

ARIMANANTSOA Luc Fehizoroniaina

COLLABORATEURS

RANDRIATSALAMA Jao Tafita

RAZAFINDRANIAINA Lalao Lucie F.

RAZAKAMANANTSOA Andrianantenaina M.

SOATINA Bonne Chance

HERIMALALA Onjaniaina Josiane

RAKOTOZAFY Ndrovasoa Christian

RANDRIANARIVONY John Oswald M.

MANANTENASOA Felana Marcele

RASOANANDRASANA Marie Ernestine

RAZANANIRINA Robine

RAKOTONDRAMANANA Fandresena Daniel

RAHARIMALALAFITARIANTSOA Léonie A.

RAHARINIRIANA Santatra Mialy

RAMILISON Barthelemy JJ

RASOLOMPANAHY Jaojy Pax

RAHARISON Masindra Andrianaivoseta

