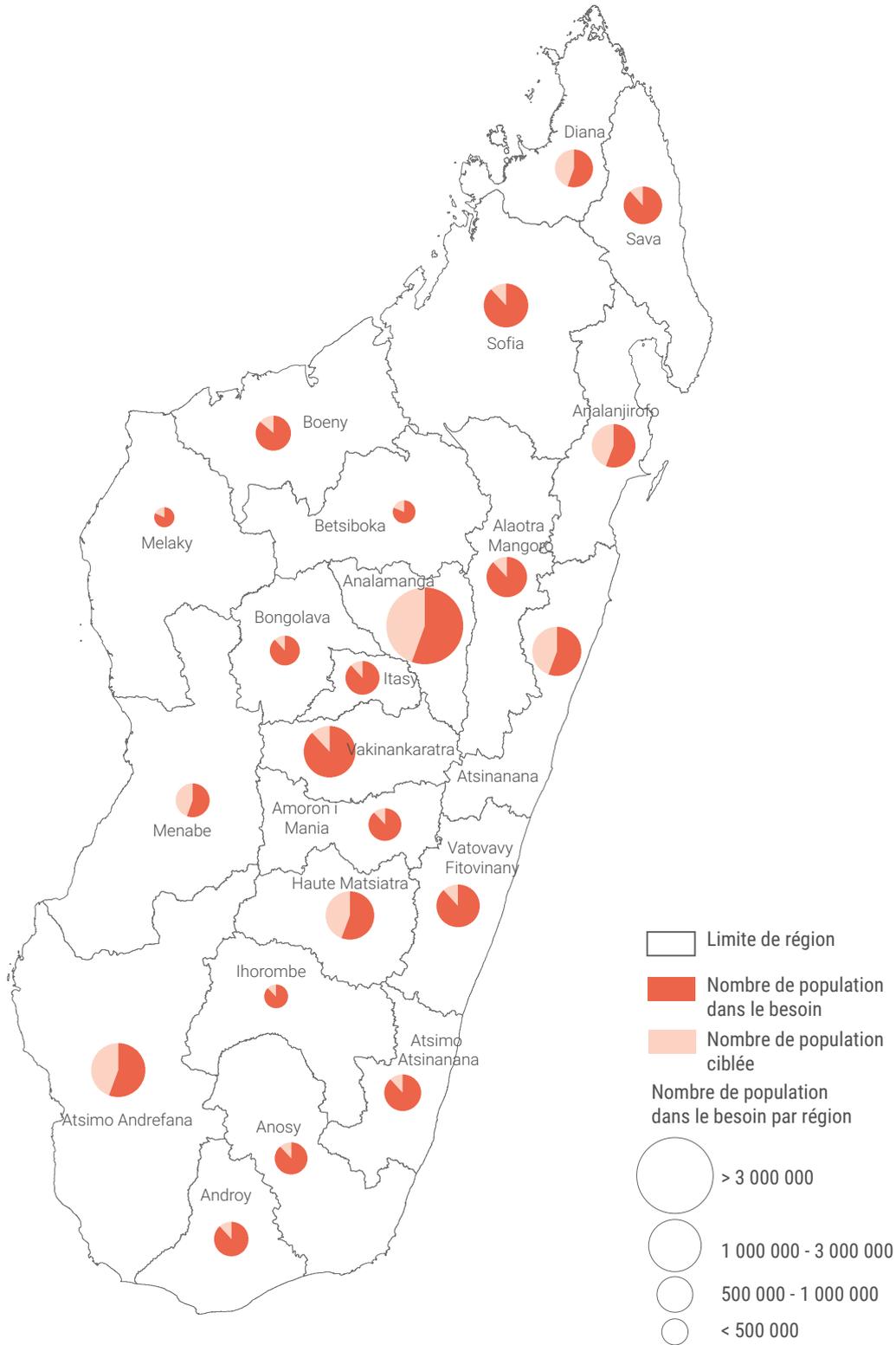


APPEL D'URGENCE POUR COVID-19 MADAGASCAR

MAI -
JUILLET
2020



Aperçu cartographique



Les limites administratives et les noms indiqués ainsi que les designations utilisées sur cette carte n'impliquent pas la reconnaissance officielle ou l'acceptation de l'Organisation des Nations Unies.

PHOTO DE COUVERTURE

Une enfant se lavant les mains à l'école primaire d'Ampasy Nampoina.
Photo: UNICEF

Table des matières

4	Mots du Coordonnateur résident	21	Annexes
5	L'appel d'urgence en bref	22	Méthodologie de calcul des personnes dans le besoin et des personnes ciblées
6	Aperçu de la crise	23	Scénario de planification pour le COVID-19
9	Objectifs stratégiques	24	Organisations participantes
10	Approche de la réponse	25	Projets
10	Suivi et redevabilité	29	Planification en chiffres par secteur
11	Objectifs et réponses sectorielles	30	Acronymes
12	Eau, hygiène et assainissement	30	Notes de bas de page
13	Éducation		
14	Engagement communautaire et communication		
15	Nutrition		
16	Protection (y compris violence envers les enfants, violence basée sur le genre, PEAS et protection des groupes vulnérables)		
18	Sécurité alimentaire		
19	Santé		
20	Coordination et services communs		

Mots du Coordonnateur résident

Madagascar, un des pays d'Afrique qui présente des risques de cyclone les plus élevés¹ et qui est extrêmement vulnérable au changement climatique² - est régulièrement affecté par des épidémies, souvent endémiques au pays.

Ces cinq dernières années, le pays avait traversé deux grands épisodes épidémiques en deux années successives, notamment la peste pulmonaire en 2017 et la rougeole en 2018. La perte en vie humaine a été énorme, atteignant autour de 1 400 décès humains ; l'épidémie de peste en particulier a pénalisé l'économie du pays, notamment le secteur du tourisme et du transport.

Alors que le pays a pu tirer beaucoup de bonnes pratiques ainsi que des leçons apprises à l'issue de ces épidémies, l'arrivée de l'épidémie de COVID-19 a posé un grand nombre de défis majeurs comme il ne s'agit pas cette fois d'une épidémie habituelle endémique au pays, mais plutôt d'un virus épidémique importé de l'étranger

Dès l'annonce de l'existence du coronavirus en Chine, le processus de préparation au niveau du pays a été entamé, à travers la révision du plan de contingence national, le renforcement du contrôle au niveau de tous les points d'entrée internationaux, l'acheminement des médicaments et intrants nécessaires vers ces points d'intrants, etc. Les vols à destination et en provenance de la Chine ont été suspendus en premier

alors que c'était une décision très difficile à prendre devant l'importance des relations commerciales entre les deux pays. En conséquence, même si le pays n'avait pas encore connu des cas de COVID-19, les premières conséquences socio-économiques se font sentir depuis ce temps-là.

En quelques semaines, tous les pays voisins ont été affectés par ce virus, et Madagascar a confirmé ses premiers cas le 20 mars 2020.

Malheureusement, devant la fragilité structurelle du système sanitaire du pays et l'existence des facteurs aggravants telles que les conditions très précaires en eau, hygiène et assainissement, le COVID-19 a pu se propager rapidement. Le 25 mai, 542 cas de COVID 19 dont 2 décès, avaient été signalés, la plupart, dans les villes de Toamasina et Antananarivo.

Sur la base des expériences des précédentes épidémies,

- d'une part, les cas communautaires sont difficiles à maîtriser à Madagascar et ont été la première source des cas de décès, vue que le système de surveillance est défaillant et l'acheminement des échantillons est très difficile et prend du temps.
- et d'autre part, la capacité financière du pays est très limitée pour faire face à tous les besoins. A titre d'exemple, les besoins pour répondre à l'épidémie de

peste en 2017 n'étaient que 13 millions de dollars, une grande partie avait été financée par les partenaires.

Pour les besoins du COVID-19 en particulier, le budget des réponses d'urgence multisectorielles à elles seules s'élève à 132 millions de dollars américains, cela n'inclut pas encore les besoins financiers de tous les accompagnements sociaux, en cours de finalisation à travers un plan d'urgence sociale ; cet appel contribue à ce besoin multisectoriel.

Pour le pays à faible revenu qu'est Madagascar, il est impératif de contrôler cette épidémie le plus tôt possible car ses conséquences socio-économiques seront catastrophiques ; le Ministère en charge de l'Economie prévoit déjà une réduction énorme de la croissance économique pour 2020, allant de 5,5% initialement prévue à seulement 1,5% projetée.

En consultation avec tous les acteurs humanitaires regroupés au sein de l'Équipe Humanitaire Pays et des Partenaires en Santé, je lance cet appel à l'urgence, pour un montant de 82,26 millions de dollars américains, afin de permettre à ces acteurs de contribuer à ces besoins les plus urgents, à la fois pour sauver des vies et contenir rapidement cette épidémie afin de limiter les conséquences socio-économiques désastreuses de cette épidémie.

Pr. Charlotte Faty NDIAYE

Coordonnateur résident a.i des Nations Unies

L'appel d'urgence en bref

PERSONNES DANS LE BESOIN

23,5 M

PERSONNES CIBLEES

10,7 M

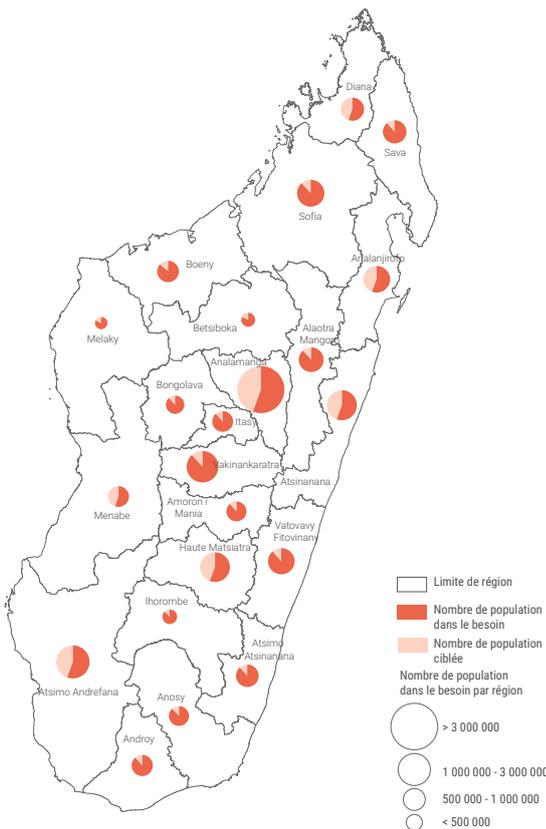
BUDGET REQUIS (\$US)

82,3 M\$

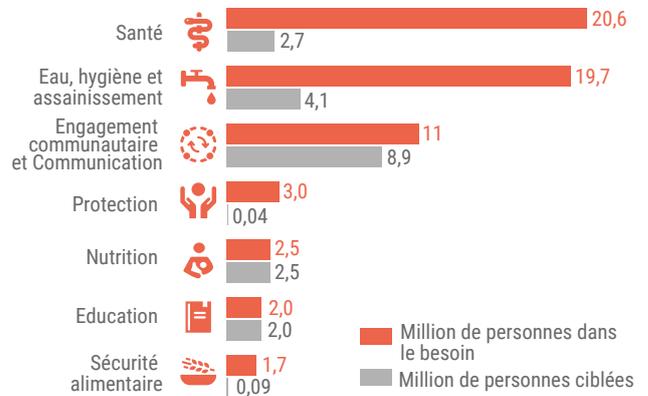
ACTEURS OPERATIONNELS

24

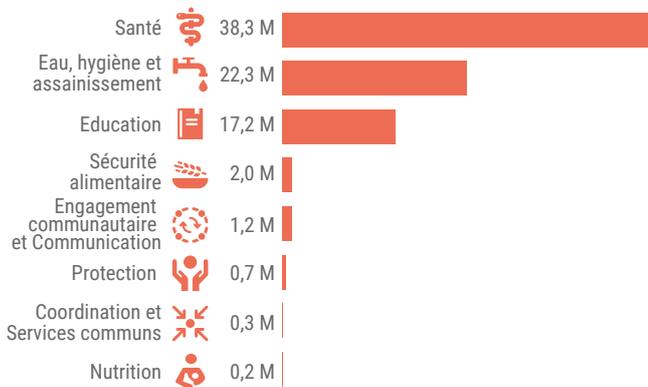
Personnes dans le besoin et ciblées par région



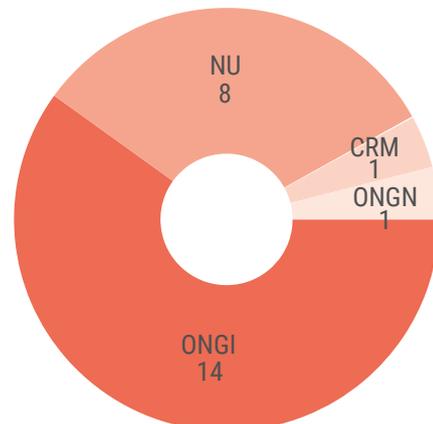
Personnes dans le besoin et ciblées par secteur



Besoins de financement par secteur (US\$)



Partenaires opérationnels par type



Aperçu de la crise

La maladie du coronavirus 2019 (COVID-19) a été déclaré pandémie mondiale le 11 mars 2020, et Madagascar a confirmé ses premiers cas le 20 mars 2020. Depuis, COVID-19 s'est propagé dans les régions les plus peuplées du pays (Analamanga, Haute Matsiatra, Atsinanana). Le 25 mai, 542 cas de COVID-19, dont deux décès, avaient été signalés, la plupart dans les villes de Toamasina et Antananarivo. Le président de la République a déclaré l'état d'urgence sanitaire nationale suite à la confirmation des premières cas. Alors que les vols internationaux reliant Madagascar avec la Chine ont été suspendus depuis le mois de février 2020, tous les vols venant reliant Madagascar au reste du monde ont été suspendus le 19 mars. De plus, des mesures additionnelles ont été appliquées dès l'annonce de l'état d'urgence, à savoir :

- la suspension des regroupements publics et manifestations culturelles ;
- la fermeture des espaces de fête ;
- la suspension des manifestations sportives ;
- la fermeture de toutes les écoles et universités pendant 15 jours ;
- et le confinement partiel pendant 15 jours, prolongé de 15 jours, pour les régions Analamanga et Atsinanana et puis de Haute Matsiatra : aucun transport public autorisé à l'intérieur de ces régions, aucun transport en commun autorisé pour sortir ou entrer dans ces trois régions, y compris les vols commerciaux.

Faible capacité du système sanitaire et difficulté d'accès aux soins pour faire face à une épidémie de grande ampleur. En 2019, avec 25,6 millions d'habitants, le pays dispose de 22 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), de 16 Centres Hospitaliers de Référence Régionale (CHRR), de 99 Centres Hospitaliers de Référence au niveau de District (CHRD) publics, de 124 Hôpitaux privés, et au niveau des Communes, 2 710 Centre de Santé de Base (CSB) publics, et de 824 CSB privés. En 2017, Madagascar comptait 1 médecin pour 10.500 habitants, ratio proche de la norme préconisée par l'OMS (1 médecin pour 10.000 habitants), une sage-femme pour 15.000 habitants et un infirmier pour 8.400 habitants. Cependant, la répartition géographique et le niveau requis des compétences selon les niveaux de référence montrent clairement les disparités régionales de répartition des capacités humaines et les insuffisances de certaines catégories de personnel médical dans beaucoup de domaines ; plus de 34% du personnel du Ministère de la Santé (public et privé) travaillent au niveau de la Capitale. Au niveau des Centres de Santé de Base (CSB), 51% des CSB sont tenus par des agents seuls à leur poste, 50,3% des CSB2 ne disposent pas de médecins généralistes. Pour les CHRR,

l'effectif moyen est de 60 agents alors que les normes sont fixées à 156, toutes catégories confondues, et pour les CHRD avec blocs, l'effectif moyen est de 26 agents contre 84 exigés selon les normes requises. Environ 45% des populations se trouvent à moins de 5 km d'un CSB et près de 26% doivent parcourir 10 km et plus pour trouver un CSB. L'éloignement des CSB, le manque de personnel qualifié à plusieurs niveaux et la pauvreté des populations ont des impacts sur le niveau d'accès et par voie de conséquence sur la santé des populations surtout les plus vulnérables.

Accessibilité de la population aux formations sanitaires (CSB)

Distance	Village (Fokontany)		Population 2019	
	Nombre	%	Nombre	%
< 5 Km	6 864	34,2	12 258 338	45,2
5 Km à 10 Km	6 108	30,5	7 870 572	29,0
10 Km et Plus	7 078	35,3	6 981 003	25,8
Total	20 050	100	27 109 913	100

La part du budget général de l'Etat allouée au secteur de la santé est très insuffisante et a diminué de 9,8% en 2013 à 5% en 2018.

Cette proportion reste largement en-dessous des engagements pris par Madagascar dans la Déclaration d'Abuja (15%) et sur les recommandations de l'OMS (10%) pour atteindre la Couverture de Santé Universelle (CSU). La population est encore insuffisamment protégée sur le plan financier, car seuls 8% disposent d'une couverture sanitaire basée sur les assurances (OSIE, assurance privée, fonctionnaires, mutuelles...). L'achat des soins est basé sur des paiements directs et 40,81% des dépenses de santé sont assurés directement par les ménages. En outre, ces dépenses sont inéquitablement réparties car le quintile le plus riche bénéficie de 40% des dépenses totales. L'âge moyen du personnel de santé est de 50 ans (toutes catégories confondues) en raison des insuffisances de moyens budgétaires pour recruter des nouveaux agents. Cette situation entraîne des surcharges de travail, de l'épuisement et des démotivations surtout avec les faibles salaires, mêmes dans les zones les plus reculées.

Les personnels de santé ont reçu les orientations techniques de base en matière de traitement et précautions standards de Prévention et Contrôle des Infections (PCI).

Deux experts nationaux ont été récemment formés en PCI pour le COVID-19 et sont aptes à assurer le transfert de compétences. Les formations formelles sont en cours pour la prise en charge et la PCI. Pour le moment, la majorité du personnel soignant n'est pas formée pour reconnaître la maladie de COVID-19 et prendre en charge les malades en toute

sécurité (triage des malades). Toutes les formations sanitaires disposent d'une pharmacie pourvue de médicaments essentiels, mais ces derniers seront insuffisants en cas de forte demande. De plus, la majorité d'entre elles ne sont pas dotées en équipements individuels de protection (EPI), leurs utilisations ne sont pas systématiques. Par rapport aux aspects relatifs à la prise en charge des malades, les centres de référence pour le traitement des cas sont déjà identifiés aussi bien à Antananarivo qu'au niveau des régions. Des intrants, médicaments et Équipements de Protection Individuelle (EPI) sont positionnés au niveau de ces centres de référence. Toutefois, sur la base des informations actuelles, près de 20% des malades développent des formes compliquées nécessitant des équipements de réanimation et des transferts dans des unités de soins intensifs qui font actuellement défaut dans ces différents centres hospitaliers désignés pour la prise en charge des malades, il n'y a que douze (12) respirateurs chirurgicaux seulement dans tout le territoire. .

Une Équipe d'Intervention Rapide multidisciplinaire a été constituée et formée pour le niveau central pour être rapidement mobilisable pour une investigation et riposte à une situation d'urgence sanitaire dont le COVID-19. Les Services mobiles d'Intervention (SEMI) existent au niveau des régions pour la riposte aux épidémies, mais cette entité nécessite une restructuration et un renforcement des capacités pour épouser le modèle EIR et être capable de conduire les investigations dans leurs zones de compétence. La constitution et la formation de ces EIR à base régionale sont actuellement en cours. Ces EIR nécessitent d'être équipées et la mise à disposition d'un fonds pour leur déploiement d'urgence devrait constituer une priorité.

Très faible accès en eau et situation très précaires en matière d'hygiène et d'assainissement pour réduire la propagation du corona virus au niveau de la communauté et pour soutenir la prise en charge des malades au niveau des formations sanitaires. 57% de la population n'a pas accès à une source d'eau améliorée. L'alimentation en eau de la population dépend de l'eau de surface (21%) et sources non améliorées (36%). L'accès à un service de base en eau est de 41% en 2018 (selon le MICS) au niveau national, avec d'une part des fortes disparités régionales allant de 11% à Atsimo Atsinanana à 74% à Analamanga et, d'autre part entre le milieu rural (32%) et les villes (69%). Même dans les villes, il y a également des disparités entre les quartiers. Le nombre de personnes n'ayant pas accès à l'eau potable en ville a augmenté de 7% par an (de 1 à 8%) entre 2012 (ENSOMD) et 2018 (MICS), tandis que l'accès à un service de base en eau est passé de 77 à 69%. La compagnie d'eau et d'électricité de Madagascar (JIRAMA) n'arrive plus à satisfaire le besoin de la population pour de multiples raisons, en particulier, la vétusté et l'insuffisance des infrastructures, ainsi que l'augmentation incessante de la population urbaine qui crée un déséquilibre entre l'offre et la demande en service d'eau et la mauvaise gouvernance. Il n'y a pas eu de grands travaux de renouvellement, de mise à niveau et/ou développement d'alimentation en eau potable depuis 2004 alors que les besoins n'ont cessé d'augmenter avec l'accroissement de la population.

Le temps dédié à la collecte d'eau peut aller jusqu'à 30 minutes pour 58% de la population et peut prendre entre 1 et 3 heures pour 15% pour une autre catégorie de la population. Selon le MICS, en

2018, seulement 17% des populations disposent de service de base d'assainissement, avec un taux de 59% en ville et 9% en milieu rural. Au niveau des installations sanitaires, 40% (environ 10 millions de personnes) n'ont aucune installation et pratiquent la défécation à l'air libre; avec de fortes disparités entre le milieu urbain (22%) et le milieu rural (45%). Le taux de défécation à l'air libre varie de 85% à Ihorombe à 5% à Analamanga et à peu près 82% des plus pauvres du pays pratiquent la défécation à l'air libre.

La fermeture des écoles pour une période prolongée aura un impact sur le bien-être et l'insécurité alimentaire des enfants, aura également un impact à plus long terme sur les inégalités, car les familles les plus vulnérables risquent de ne plus renvoyer leurs enfants à l'école. Le système éducatif à Madagascar a toujours été soumis d'une part aux aléas des crises socio-politiques se traduisant par une baisse des ressources allouées surtout en matière d'investissement ; et d'autre part aux aléas naturels tels que les cyclones, les inondations, la sécheresse et les épidémies se traduisant par des pertes énormes en infrastructures scolaires et par l'abandon des classes, souvent d'une manière irréversible. Madagascar accuse beaucoup de retard dans les politiques et les actions de développement de la petite enfance, depuis le début de la grossesse de la mère jusqu'à l'éducation préscolaire afin de garantir un développement physique, émotionnel, psychologique, intellectuel et moteur adéquat.

En 2016-2017, le nombre d'élèves, au niveau du primaire, était de 5,1 millions, le niveau secondaire se stabilise à 1,3 millions d'élèves et pour le lycée, l'effectif se situe à 362.000 élèves. Toutes les écoles sont fermées depuis le 20 mars 2020 et 200 000 enfants dans 880 écoles ayant bénéficié de cantines scolaires n'ont plus reçu cet appui pour une durée indéterminée.

L'insécurité alimentaire, aggravée par les mesures de confinement.

Des mesures de restriction ont été appliquées pour les trois grandes villes d'Antananarivo, Toamasina et Fianarantsoa. Ces mesures ont accentué la sécurité alimentaire des ménages vulnérables dont les sources de revenu sont perturbées et qui n'ont pas de moyens pour s'alimenter correctement. Une opération de ciblage des ménages vulnérables avec un risque élevé d'insécurité alimentaire est en cours dans le cadre du plan de protection sociale avec une estimation de 215 000 ménages pour ces trois villes. Cependant, il est urgent d'assister les ménages démunis, qui pourront être affectés, soit directement par la maladie de COVID-19, soit par les autres maladies qui compliquent le cas de COVID-19. En même temps, presque tous les districts du Grand Sud ont été touchés par la sécheresse et, à la fin du mois de juillet 2020, plus de 550 000 personnes dans neuf districts du Grand Sud, près de 1 sur 4 personnes de ces districts, seront confrontées à une grave insécurité alimentaire.

En croisant l'évaluation de risques et l'analyse des capacités, quelques défis ont été relevés et devraient être adressés prioritairement dans le plan de riposte à l'épidémie de COVID-19 à Madagascar. Ces défis sont :

- la mise en œuvre de Centre des Opérations d'Urgence de Santé Publique (COUSP) et leur décentralisation au niveau infra-national

(Régions et Districts) en prenant en compte les aspects relatifs à la multisectorialité pour la gestion efficace et à temps des interventions de riposte face à des événements indésirables et à des épidémies dans le cadre d'une approche « One Health » ;

- l'efficacité limitée des contrôles sanitaires aux points d'entrée et au long des principaux points de flux de mobilités des populations à l'intérieur du pays;
 - la mise à échelle nationale de la surveillance électronique et la mise en œuvre de la surveillance basée sur les événements pour assurer le système d'alerte précoce;
 - la faiblesse des capacités de confirmation en laboratoire dans les régions;
 - la mise en place des équipes d'intervention rapide dans les régions;
 - le renforcement des capacités des agents de santé en matière de prise en charge et de Prévention et Contrôle des Infections;
 - la mise aux normes des salles d'isolement temporaire et des unités de réanimation au niveau des centres de référence;
- la continuité des services essentiels comme la vaccination, le suivi des femmes enceintes et les autres interventions essentielles;
 - et le renforcement des capacités des agents dans les lieux de rassemblements des sans-abris pour la prise en charge, la prévention et le contrôle des Infections.



Les élèves déjeunent à l'école publique Beabo en juin 2019
Photo: OCHA

Objectifs stratégiques



Objectif stratégique 1

Soutenir les réponses de santé publique pour contenir la propagation de la pandémie de COVID-19 en diminuant la morbidité et la mortalité.

Cet objectif constitue l'ossature principale des réponses, autour de laquelle les autres secteurs d'appui s'articulent et alignent leurs activités. Les principaux axes d'intervention sont les suivants : i) améliorer la coordination multisectorielle et interdisciplinaire, ii) assurer la détection précoce de tout cas suspect ou d'un cluster de cas, iii) assurer la confirmation biologique, l'isolement des cas et une prise en charge adéquate, iv) procéder à l'identification, à la recherche active et au suivi des personnes contacts, v) mettre en place les mesures de prévention et de contrôle des infections dans les milieux de soins et au sein de la communauté, vi) interrompre la transmission du COVID-19 dans les principaux foyers et éviter sa propagation vers les autres régions, et vii) assurer la sensibilisation de la population et la communication de risques.



Objectif stratégique 2

Fournir des assistances permettant de sauver des vies et une protection aux personnes les plus à risque pendant la pandémie de COVID 19.

Dans le contexte d'épidémie de COVID-19, certains groupes sont spécifiquement vulnérables, soit par rapport à l'épidémie elle-même, soit par rapport aux conséquences de l'épidémie aux membres de la famille. En effet, des interventions spécifiques ont été priorisées pour faire partie du plan de riposte, ces interventions concernent les secteurs Nutrition, Protection, le volet santé de reproduction et la Sécurité alimentaire et moyens d'existence. Beaucoup d'autres assistances spécifiques font partie de la stratégie globale mais ces assistances sont regroupées dans un plan de protection sociale.



Objectif stratégique 3

Maintenir les services essentiels de base pendant la période épidémique.

Ce maintien permet de sauver des vies et d'augmenter à la fois l'immunité contre le COVID-19 des personnes dans le besoin. Il s'agit des services de vaccination, de la lutte contre le paludisme, etc.

Approche de la réponse

Cet appel d'urgence pour Madagascar donne la priorité aux interventions les plus urgentes et les plus vitales à mener au cours des trois prochains mois (mai à juillet 2020) en appui au plan de réponse conjoint du Gouvernement. Cet appel se focalise à la fois sur les réponses sanitaires proprement dites, et sur les appuis nécessaires fournis par les autres secteurs aux réponses sanitaires ainsi que sur les interventions spécifiques aux personnes les plus vulnérables au COVID-19.

Cet appel contribue au plan de riposte national au COVID-19 et est complémentaire du plan de protection sociale. Tous les piliers du plan de riposte au COVID-19 sont pris en compte. Cet appel est complémentaire avec les interventions en protection sociale et le processus de mobilisation des ressources y afférent. En effet, le Gouvernement et les partenaires ont développé un plan de protection sociale, qui dans sa première phase couvre les besoins les plus urgents relatifs aux conséquences immédiates des mesures de confinement. Cette première phase est relativement couverte alors qu'un plan d'urgence sociale est aussi en cours de finalisation pour couvrir les besoins moyen et long terme plus larges.

Cet appel reflète le rôle central de la protection dans la réponse au COVID-19. Les aspects relatifs aux violences basées sur le genre, la

prévention de l'abus et de l'exploitation sexuels (PEAS) et violence envers les enfants font partie intégrante de l'appel, ainsi que la protection des groupes vulnérables comme les détenus ou personnes en situation de rue. Par ailleurs, les interventions autour de la communication considèrent l'engagement communautaire, qui favorise effectivement la participation de la communauté à la mise en œuvre du plan.

Cet appel respecte également les droits des enfants dans le cadre de l'éducation en temps d'urgence. Le secteur éducation a préparé un plan complet en fonction de l'évolution de l'épidémie. La récente décision prise par l'Etat qui consiste à reprendre progressivement des cours, en commençant par les élèves en classe d'examen pour les enseignements primaires et secondaires signifie le besoin d'activer effectivement les interventions prévues dans le secteur Education.

L'Appel d'urgence donne la priorité aux principes de partenariat. 24 organisations contribuent directement ou indirectement à cet appel (8 UN, 14 ONGI, 1 ONGN et CRM).

Suivi et redevabilité

Suivi

Cet appel d'urgence sera placé sous le leadership du Coordonnateur résident des Nations Unies, avec le soutien de l'Équipe Humanitaire Pays. Pour répondre aux conséquences du COVID-19, chaque agence a désigné un point focal d'urgence, travaillant sous la coordination technique de l'OCHA.

Ces points focaux d'urgence travaillent quotidiennement avec les ministères pour la mise en œuvre, la coordination et le suivi de toute la réponse menée par les partenaires.

L'Incident Manager de l'OMS assure directement la coordination des réponses sanitaires alors que l'OCHA se charge de la coordination de l'ensemble des secteurs impliqués dans cet appel. L'appel sera examiné dans un mois et éventuellement révisé en fonction des besoins émergents ou de l'évolution de l'environnement opérationnel.

Redevabilité vis-à-vis des personnes affectées

Les organisations utiliseront les mécanismes existants de plainte et de réaction de la communauté pour s'assurer que les plaintes relatives à la mise en œuvre dans le cadre de cet appel d'urgence soient reçues et traitées. Ainsi, les projets seront conçus avec la participation des communautés et des éventuels changements à la mise en œuvre de ces projets seront apportés à la suite des commentaires des communautés.

A cet effet, tous les partenaires utiliseront plusieurs plateformes de communication (téléphones portables, radio, matériel d'information, d'éducation et de communication (IEC), service d'assistance, etc) pour s'assurer que les communautés soient au courant des interventions et sont en mesure de partager leurs commentaires sur la prestation de services, à suivre par les partenaires de mise en œuvre.

Objectifs & réponses sectorielles

ANTANANARIVO

Traitement des déchets au niveau d'un hôpital de référence à Antananarivo.. Photo:UNICEF, avril 2020



Eau, hygiène et Assainissement



PERSONNES DANS LE BESOIN

19,7 M

PERSONNES CIBLEES

4,2 M

BUDGET REQUIS (\$US)

22,3 M\$

PARTENAIRES

16

PROJETS

11

Objectifs du secteur

A travers un meilleur accès des ménages à l'eau, et une meilleure hygiène et assainissement, ainsi que la protection des femmes contre les violences basées sur le genre en période de confinement, les acteurs en Wash contribuent à réduire la morbidité et la mortalité dues au COVID-19, et mieux soutenir la réponse sociale à l'épidémie pendant surtout de mai à juillet.

Stratégies de réponses

La réponse s'articule autour de neuf résultats clés :

- Assurer une coordination sectorielle via le groupe sectoriel Cluster WASH;
- Assurer une évaluation et préparation des centres de quarantaine et prise en charge des cas COVID-19 aux 9 points d'entrée;
- Assurer la Prévention Contrôle de l'Infection (PCI) dans les Centres de prise en charge (CTC);
- Assurer la Prévention Contrôle de l'Infection (PCI) dans les Formations Sanitaires;
- Désinfecter les écoles, marchés, lieux publics et rendre disponible un stock de pré-positionnement d'intrants WASH;
- Opérationnaliser l'appui à la Société Nationale de l'Eau et de

l'Electricité (JIRAMA) et campagne de sensibilisation dans 3 centres urbains

- Assurer l'accès eau potable pendant 3 mois pour la consommation d'eau quotidienne et le lavage de main
- Assurer l'appui en intrant hygiène savon pendant 3 mois
- Mettre en œuvre la campagne de sensibilisation à la promotion à l'hygiène, lavage des mains, assainissement, traitement eau

Activités clés

- Achat et distribution d'intrants WASH (Savon, Lave Mains, Chlore, pulvérisateurs, EPI)
- Evaluation WASH et remise aux normes des formations sanitaires
- Formation des hygiénistes
- PCI dans les structures de santé
- Désinfection des lieux publics (barrières sanitaires, marchés, écoles, banques...)
- Sensibilisation et promotion hygiène
- *Cash Transfer* ou coupons pour assurer l'accès en eau potable et en produit d'hygiène aux plus vulnérables



Campagne de désinfection à la barrière sanitaire, Fénérive Est - UNICEF/DREAH Analandjorofo - avril 2020

Contact information

Brigitte Pinel Pedro, mobile : +261 32 23 433 25, mail : bpedro@unicef.org

Education


PERSONNES DANS LE BESOIN
2 M
PERSONNES CIBLEES
2 M
BUDGET REQUIS (\$US)
17,2 M\$
PARTENAIRES
2
PROJETS
5
Objectifs du secteur

Une réponse stratégique a été conçue pour les trois phases envisagées pour la crise, comme suit :

- Le maintien des services d'éducation à domicile pendant la période de confinement ;
- Préparer le retour à une scolarité normale ;
 - Soutenir la réouverture des écoles (en cours) ;
 - Soutenir la conclusion de l'année scolaire 2019-2020 et le passage à l'année scolaire 2020-2021.
- Renforcer la résilience du système.

Stratégies de réponses

- Contribuer à la poursuite des services d'éducation à domicile pendant la période de confinement :
 - Renforcer l'acquisition des compétences de base (alphabétisation en malgache et en français).
 - Continuité des services d'éducation pour les enfants dans les niveaux qui sont soumis à des examens en priorité (une préoccupation majeure pour les parents et la société en général), et les autres classes du primaire, collège et lycée de l'enseignement général, et classe de 3ème année de l'enseignement technique et

professionnel.

- Contribuer à préparer le retour à une scolarité normale après la crise (objectif stratégique 2 du ministère) : réouverture des écoles, Cours de Remise à Niveau, Communications et soutien aux enseignants

Activités clés

- Dotation de kits d'hygiène;
- Dotation de kits pédagogiques pour l'écoute des émissions éducatives radiophoniques;
- Dotation de fournitures scolaires pour alléger les charges parentales en complément du programme de cash mis en œuvre par la protection sociale;
- Impression de matériel d'auto-apprentissage pour le niveau primaire;
- Production de supports télévisés pour les cours de travaux pratiques des classes de 3ème année de l'Enseignement technique et professionnel.

Les activités seront mises en œuvre selon un partenariat entre l'UNICEF et/ou l'UNESCO et le Ministère de l'éducation nationale.

Les achats seront effectués directement par l'UNICEF, l'UNESCO et l'élaboration des outils par le Ministère.



Elèves avec port de masque à l'école primaire dans le cadre des mesures préventives mises en place après la réouverture des écoles dans la région de Boeny. UNICEF – avril 2020

Contact information

Sophie Achilleas, +261 32 23 108 06, sachilleas@unicef.org

Engagement communautaire & communication



PERSONNES DANS LE BESOIN

11 M

PERSONNES CIBLEES

8,8 M

BUDGET REQUIS (\$US)

\$1,2 M

PARTENAIRES

5

PROJETS

4

Contexte

Certains facteurs socio-économiques, la mobilité des populations, les déplacements entre les régions et Antananarivo, ainsi que la promiscuité des populations sont des facteurs de propagation rapide du virus.

Les résultats de l'évaluation rapide dans les 9 portes d'entrées du pays réalisés avant la survenue des cas à Madagascar, démontrent la nécessité de renforcer les efforts de communication. En effet, pour 75% des répondants, ils ont peu de chance d'être infectés par le coronavirus. Les raisons évoquées sont principalement la protection par Dieu (25%) ; c'est une maladie pour ceux qui voyagent en avion (22%). La stigmatisation occupe une forte place dans les rumeurs. Pour 13%, c'est une maladie qui concerne les étrangers et pour 7% le Covid 19 a un lien avec une malédiction. Dans les pratiques, 40% affirment que des plantes naturelles curatives et préventives (comme le citron, le gingembre, l'eucalyptus, le « ravintsara » et l'ail) sont des moyens fiables. Quant à, 60% ils pensent que la prière est un des moyens pour combattre la maladie. Par contre 17% disent avoir peur de ce nouveau virus.

Le défi majeur au niveau de la communication est la gestion des rumeurs, la psychose qui pourrait se généraliser, le non-respect des mesures de prévention ainsi que le non-respect du confinement préconisé.

Objectifs du secteur

Assurer la sensibilisation de la population et la communication de risques en vue de prévenir la propagation du COVID-19 à Madagascar et réduire les risques de perte humaine ainsi que les bouleversements sociaux liés à cette épidémie

Stratégies de réponses

- Augmenter le niveau de connaissances de la population sur le coronavirus, ses symptômes, ses modes de transmission et les moyens de prévention ;
- Réduire les rumeurs et la panique liées à la maladie à coronavirus
- Accroître la prise de conscience collective par rapport à la maladie ;

- Promouvoir l'adoption des mesures de prévention et encourager l'adoption des gestes barrières ;
- Encourager la population à recourir aux centres de santé en cas de suspicion ;
- Encourager la population à appeler la ligne verte 910 pour les demandes d'informations et le 913 pour l'apparition des symptômes ;
- Prévenir la stigmatisation des personnes affectées par le coronavirus.
- Encourager les adolescents, les jeunes et les personnes vulnérables incluant les personnes vivant avec un handicap, à observer les moyens de prévention
- Encourager la population à continuer d'utiliser les services de santé essentiels comme la vaccination systématique des enfants selon le calendrier vaccinal, les consultations prénatales et postnatales.

Activités clés

Les activités découleront de ces 4 priorités et seront adaptées en fonction du contexte de chaque district. De façon spécifique, la mix-communication sera appliquée avec un focus sur :

- Plaidoyer pour renforcer l'implication et l'engagement de toutes les parties prenantes, (autorités politiques, administratives, coutumières, religieuses, médias, militaires, secteur privé, opérateurs de téléphonie mobile leaders locaux etc), pour un environnement favorable à la mise en œuvre des activités de communication selon leurs ressorts et leurs domaines de compétences
- Coordination, partenariat et suivi et évaluation La coordination permettant le suivi des interventions à tous les niveaux ;
- Communication de proximité, mobilisation et engagement communautaire à travers tous les acteurs clés de tous les niveaux
- Communication media, hors media, et communication de masse multicanaux adaptée au contexte et aux cibles
- Veille informationnelle et gestion des rumeurs à travers les lignes vertes 910 et 913.

Contact information

Awa Quattarra, mobile : +261 32 23 433 23, Mail : aguedegbe@unicef.org

Nutrition



PERSONNES DANS LE BESOIN

2,5 M

PERSONNES CIBLEES

2,5 M

BUDGET REQUIS (\$US)

254 K\$

PARTENAIRES

4

PROJETS

4

Objectifs du secteur

- Prévenir l'augmentation de la malnutrition chronique (retard de croissance) et de la malnutrition aiguë (émaciation) parmi les groupes vulnérables dû au COVID-19 dans les zones en confinement.

Stratégies de réponses

- Assurer la coordination sectorielle (Cluster Nutrition) et intersectorielle (Santé, WASH, Sécurité Alimentaire et Moyens de Subsistance et Protection Sociale) pour les activités spécifiques et sensibles à la Nutrition ;
- Appliquer et faire appliquer les gestes barrières dans toutes les activités de nutrition, notamment les activités à base communautaire
- Accélérer et renforcer la promotion des pratiques optimum d'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE) et de nutrition de la femme (NDF) au sein des formations sanitaires et dans les communautés
- Prévenir les donations ou contributions financières pour la distribution d'aliments dits « malsains »³
- Renforcer l'application du Code de Marketing des Substituts au Lait Maternel ; Prévenir les donations ou contributions financières pour la distribution de Substituts au Lait Maternel
- Coordonner avec les Clusters Protection Sociale et SAMS la mise en œuvre de programmes visant à prévenir la détérioration de l'état nutritionnel des groupes vulnérables⁴ ;
- Surveiller l'évolution de l'état nutritionnel des enfants et des personnes vulnérables dans les zones de confinement
- Promouvoir la communication sur l'alimentation équilibrée à partir des produits existants sur le marché, et à la portée de la

population ; Promouvoir la mise en place de jardins potagers au niveau des ménages

Sous le lead du groupe sectoriel Santé :

- Assurer le maintien des services de santé essentiels : dépistage actif de la malnutrition aiguë, PECMAS, supplémentation en vitamine A, supplémentation en fer - Acide Folique pour les femmes enceintes, promotion de la pratique optimum d'ANJE et de NDF;
- Assurer le maintien des services de nutrition essentiels au niveau des communautés : dépistage actif de la malnutrition aiguë, PECMAM sous le lead de l'ONN, promotion de la supplémentation en vitamine A et Fer-Acide Folique pour les femmes enceintes (référence vers les centres de santé) et promotion des pratiques optimum d'ANJE et de NDF;
- En collaboration avec le groupe sectoriel WASH, assurer la mise en œuvre des directives du Ministère de la Santé Publique et de l'OMS pour la prévention et le contrôle des infections (PCI)
- Assurer la mise en œuvre des directives conjointes de l'OMS, UNICEF, PAM et UNHCR sur les pratiques d'ANJE pour les femmes enceintes et allaitantes suspectées ou confirmées d'infection au COVID-19
- Espacer la fréquence des distributions d'ASPE dans les CRENAM à 1 mois (au lieu de 2 semaines) et d'ATPE dans les CRENAS à 2 semaines (au lieu de 1 semaine)
- Coordonner étroitement avec la Commission de Communication du CCO pour l'inclusion des messages de nutrition (ANJE, NDF, supplémentation en vitamine A, respect du Code de Marketing des Substituts au Lait Maternel, etc.)

Contact information

Marie-Claude Desilets, mobile : +261 32 05 025 09, Mail : mdesilets@unicef.org

Protection



PERSONNES DANS LE BESOIN

3 M

PERSONNES CIBLEES

47 K

BUDGET REQUIS (\$US)

686 K\$

PARTENAIRES

3

PROJETS

5

Objectif du secteur

Assurer la continuité des services de prévention, signalement et prise en charge pour toute forme de violence et renforcer le système de protection dans le contexte de l'épidémie COVID-19, en veillant particulièrement sur les populations à risques (femmes, enfants, personnes en situation de handicap, personnes détenus, personnes en situation de rue, etc).

Stratégies de réponse

Les interventions du secteur sont axées sur les 4 axes stratégiques suivants.

- Assurer la mise en place des mesures de prévention, y compris les adultes et enfants incarcérés, les enfants sans-soins parentaux restant jour et nuit dans les centres d'accueil, et les enfants et adultes en situation de rue.
- Veiller à ce que les enfants touchés par le COVID-19 aient accès à des dispositifs de prise en charge alternatifs adéquats, si nécessaire, et à fournir des services de protection aux enfants laissés sans soins parentaux, en raison de l'hospitalisation ou du décès de parents ou gardien.
- Avec l'appui des autres ministères concernés, améliorer les accès aux informations et services de prévention de toute forme de VBG, y compris les exploitations et abus sexuels (EAS), renforcer le système de protection des populations contre les VBG, les exploitations et abus sexuels (EAS) et les violences domestiques et mettre en place des mécanismes d'assistance et de prise en charge des cas de VBG/EAS.
- Voir spécifiquement les mesures de prévention et de protection des personnes les plus vulnérables dans les 3 régions les plus touchées par le COVID 19.

Priorités de réponse

La réponse sera focalisée sur les points suivants :

- Assurer la prise en charge appropriée des enfants privés de soins parentaux ou familiaux ;
- assurer les conseils en santé mentale et psychosociale (MHPSS), et l'appui à la réadaptation aux enfants et familles touchés par le COVID-19 ;
- assurer le renforcement de capacité des travailleurs et intervenants sociaux sur leur rôle dans le contexte de l'épidémie COVID-19 et la protection des enfants et des groupes les plus vulnérables, y compris aux VBG et exploitation et abus sexuels (EAS) ;

- assurer l'acquisition des matériels de prévention et de protection pour les détenus et les personnels pénitenciers dans les 25 juridictions concernées par le COVID 19 ;
- assurer l'accès aux informations et services de prévention et de prise en charge des VBG y compris les EAS et les violences domestiques ;
- et assurer les actions qui renforcent la prévention et la protection ainsi que l'accompagnement des populations vulnérables dans les villes touchées.

Activités clés

- Plaidoyer/appui des acteurs pour prévenir la séparation des enfants de leurs parents en cas d'isolement/hospitalisation;
- Plaidoyer/appui des acteurs pour la prise en charge adéquate des enfants sans soins parentaux;
- Plaidoyer et provision d'un appui technique pour un accès continu à la justice pour les enfants et pour la libération des enfants en prison;
- Provision de masques pour le personnel dans les prisons;
- Plaidoyer /appui des acteurs pour l'accès et la continuité des services de protection de l'enfant, y compris la prise en charge psychologique, juridique et médicale des enfants victimes de violence y compris VBG et PSEA à l'égard des adolescents et des jeunes, en particulier les adolescentes et les jeunes filles;
- Cartographier les services et acteurs de protection de l'enfant et les services de lutte contre la VBG et exploitation et abus sexuels (EAS), et mettre à jour les systèmes de référencement;
- Renforcer les capacités des travailleurs dans tous les secteurs sociaux et des intervenants sociaux sur leur rôle dans le contexte de l'épidémie COVID-19 et la protection des enfants et des groupes vulnérables, y compris contre VBG et EAS;
- Concevoir des messages et diffuser les supports de communication sur le COVID-19, la protection des enfants y compris sur les mécanismes négatifs d'adaptation et la violence basée sur le genre;
- Etendre les services pour offrir un canal de signalement sécurisé, confidentiel, accessible pour tous les cas de VBG et EAS et assurer un soutien psychosocial à distance et le référencement aux services (juridique, police, médical, psychosocial, réinsertion socio-économique des victimes)

- Mettre en place une base des données sur toutes les formes de violence basée sur le genre (GBV Information System)
- Réviser et mettre en œuvre le plan de travail pour la prévention de l'exploitation et abus sexuel y compris Community Based Complaints Mechanisms-CBCM
- Renforcer les 6 centres intégrés de prise en charge : trois centres à Antananarivo, deux à Toamasina, un centre à Fianarantsoa.
- Conduire une étude sur la dimension genre de l'impact socio-économique du COVID-19
- Renforcer les mesures de prévention et de protection des détenus dans les 3 régions touchées avec le ministère de la Justice
- Prendre des mesures spécifiques de prise en charge pour les familles les plus vulnérables dans la ville touchée par le COVID-19.
- Organiser des activités de communication de groupe ou de sensibilisation de masse au niveau des communautés dans les zones de proximité du centre régional touché par le COVID-19
- Mettre en place des mesures pour mitiger les risques de toute forme de violences basées sur le genre à l'égard des adolescents et des jeunes, en particulier les adolescentes et les jeunes filles,
- Former les investigations d'EAS.
- Créer un dépliant électronique pour le groupe sectoriel Protection, y compris les services disponibles et messages clés pour les autres groupes sectoriels.



Des enfants à l'extérieur d'une école dans le nord-ouest de Madagascar. Photo: UNICEF

Contact information

Roland Ramanampihery, +261 34 05 158 09, Roland.Ramanampihery@crs.org

Ngoy Kishimba, +26132 07 847 28, kishimba@unfpa.org

Sécurité alimentaire



PERSONNES DANS LE BESOIN

1,7 M

PERSONNES CIBLEES

91,2 K
(16 K enfants)

BUDGET REQUIS (\$US)

2,01 M\$

PARTENAIRES

1

PROJETS

1

Objectifs du secteur

Les objectifs du secteur sont de trois ordres :

- sauver les vies et les moyens d'existence ;
- assurer un score de consommation alimentaire acceptable pour les ménages à vulnérabilité élevée suite à la pandémie COVID-19 et qui sont ciblés par le projet ;
- et soutenir les mesures prises pour limiter la propagation et la sévérité du COVID-19.

Stratégies de réponses

La stratégie du secteur consiste à appuyer des cibles très spécifiques parmi les plus vulnérables en insécurité alimentaire dans le cadre du COVID-19. Il s'agit plus particulièrement des :

- 16 250 enfants sans-abris, orphelins et vulnérables qui seront pris en charge par des centres sociaux partenaires et en collaboration avec le Ministère en charge de la population.
- Et des 15 000 ménages (75 000 personnes) vulnérables et démunis répondant aux critères suivants :
 - ménages avec un ou des membres atteints de covid-19
 - ménages en quarantaine ;
 - ménages avec des personnes à haut-risque de développer des formes graves ou mortelles du COVID-19: tuberculeux, atteintes de VIH/SIDA, diabétiques,

atteintes de maladies respiratoires chroniques.

Activités clés

- Distribution alimentaire
 - Distribution de repas chauds pour 16 250 enfants sans-abris pendant deux mois (60 jours d'assistance), ceux-ci sont orphelins et vulnérables pris en charge dans les centres sociaux partenaires. La ration est composée de riz (400g/enfant/jour), légumineuses sèches (60 g/enfant/jour), huile (35g/enfant/jour)
 - Distribution de vivres à domicile pour les 5 000 ménages en quarantaine et les ménages avec des personnes à haut-risque. La ration est composée de riz (2kg/famille/jour), légumineuses sèches (300g/famille/jour), huile (175g/famille/jour), avec une durée de deux mois (60 jours d'assistance)
 - Transfert monétaire pour 10 000 familles les plus démunies en insécurité alimentaire : deux transferts de 100.000 ariary/mois (montant harmonisé avec celui de la protection sociale)
- Appui au Gouvernement dans le ciblage, enregistrement et gestion des données sur les ménages vulnérables et suivi de la situation alimentaire pendant trois mois.



Distribution de transfert monétaire, stade Alarobia Antananarivo, PNUD, avril 2020

Contact information

Cedric Charpentier, mobile : +261 32 07 137 11, cedric.charpentier@wfp.org

Santé



PERSONNES DANS LE BESOIN

20,5 M

PERSONNES CIBLEES

2,7 M (240 K Femmes)

BUDGET REQUIS (\$US)

38,3 M\$

PARTENAIRES

9

PROJETS

4

Objectif du secteur

Renforcer les capacités de Madagascar pour faire face aux conséquences de l'épidémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) dans le cadre du Règlement Sanitaire International (2005).

Stratégies de réponses

- Coordination multisectorielle des réponses
- Renforcement de la surveillance, du suivi et de l'évaluation à travers les aspects suivants :
 - assurer la détection précoce de tout cas suspect ou d'un cluster de cas ;
 - assurer la confirmation biologique, l'isolement des cas et une prise en charge adéquate. Procéder à l'identification, la recherche active et le suivi des personnes contacts ;
 - et interrompre la transmission du COVID-19 dans les principaux foyers et éviter sa propagation vers les autres régions par le renforcement de la surveillance communautaire.

- Prise en charge adéquate des cas et organisation du système de gestion des services et soins auprès des structures sanitaires
- Mise en place des mesures de prévention et de contrôle des infections dans les milieux de soins et au sein de la communauté
- Continuité des services : services de santé de la reproduction, maternels et néonataux
- Appui logistique

Activités clés

- Renforcer la coordination, le suivi et la planification
- Renforcer la surveillance, suivi et évaluation
- Prendre en charge les patients de COVID-19 et mettre en place des mesures de Prévention et de contrôle des Infections
- Assurer une prise en charge psychosociale des personnels soignants et maintenir la continuité des services, dont les services essentiels de la santé de la reproduction, maternels et néonataux ciblant 204 000 femmes enceintes et femmes allaitantes.



Arrivée de la donation de la Fondation Jack Ma et des commandes de l'OMS - 16 avril 2020, Photo: OMS

Contact information

Dr. Gilbert Tshifuaka, mobile : +261 32 11 463 83, mail: tshifuakag@who.int

Coordination & Services Communs



BUDGET REQUIS (\$US)

293 k\$

PARTENAIRES

1

PROJETS

2

LOGISTIQUE ET TELECOMMUNICATION D'URGENCE

Dans la lutte contre la COVID-19, les groupes sectoriels Logistiques et Télécommunication d'urgence sont activés afin d'apporter un soutien logistique et en technologie de l'information et de communication aux différents intervenants.

Stratégie de réponse

- Provisions de service pour le stockage, entreposage et transports des matériels et équipements;
- Gestion des achats : appui aux achats et la centralisation des données relatives aux achats;
- Gestion des flottes de véhicule pendant les opérations;
- Provisions de service pour l'accès à des matériels et équipements de télécommunication;
- Gestion des informations à travers la création de plateformes web et la digitalisation de la collecte des données, notamment les données sur les personnes en déplacement afin de documenter et faciliter le traçage des cas confirmés et contacts;
- Renforcement du système de communication à travers les centres d'appel et les centres opérationnels de gestion de crise.

Activités clés

- Opérationnalisation du centre d'appel au niveau du BNGRC : Les principaux matériels et équipements sont déjà disponibles pour le centre d'appel et il reste l'installation dans un local approprié, la mise en place des ressources humaines et de la connectivité internet et téléphonique pour son fonctionnement. Le centre d'appel pourra venir en renfort aux actuels centres d'appel COVID-19 qui fonctionnent déjà à pleine saturation surtout au cas où le pire scénario se concrétise. Il pourra également être utilisé pour l'émission des messages SMS, les suivi-évaluations à distance et le mVAM.;
- Opérationnalisation du Centre Opérationnel d'Intervention d'Urgences : le PAM et le BNGRC ont mis en place un Centre Opérationnel d'Intervention d'Urgences à Fort Duchenne Antananarivo. Ce centre permet la gestion des grandes urgences mais des aménagements ainsi que la dotation en matériels IT et la formation des utilisateurs restent à faire pour son opérationnalisation effective. La mise en fonction du centre renforcera la gestion de la pandémie COVID-19 et la communication avec les structures décentralisées.



Arrivée des équipements et intrants médicaux de l'OMS et de la Fondation Jack Ma, Antananarivo Ivato, 16 avril 2020. Photo : PAM/OMS

Contact information

Logistique : Christian Hammer, +261 32 07 137 40, christian.hammer@wfp.org

Télécommunication d'urgence : Mahmoud CHERIF, +261 32 05 029 85, mahmoud.cherif@wfp.org

Annexes

Poste de contrôle sanitaire, photo OMS, avril 2020



Méthodologie de calcul des personnes dans le besoin et des personnes ciblées

Personnes dans le besoin et des personnes ciblées est calculé en alignant toutes les personnes dans le besoin et les cibles du secteur par région, et en prenant le chiffre le plus élevé par région et par secteur pour assurer un minimum de duplication.

Les secteurs de la santé et de l'éducation ciblent les 22 régions du pays, tandis que d'autres secteurs ciblent en fonction de la vulnérabilité de chaque région. Les régions les plus touchées depuis le début de la pandémie, la capitale (Analamanga), Atsinanana et Haute Matsiatra, sont des cibles communes à tous les secteurs.

Eau, hygiène et assainissement. Le secteur estime que 77% de la population totale n'ont pas accès à l'hygiène et ont besoin de services WASH. Les personnes ciblées sont: la population des centres urbains des neuf régions touchées ou à risque; 20% de la population de ces neuf régions menacées par les mouvements à l'intérieur de ces zones; et 10% de la population des 13 régions non touchées à ce jour, ciblées par la mise en œuvre d'une stratégie de bouclier pour empêcher la propagation de l'épidémie et la contenir.

Education. Ces élèves se répartissent également dans toutes les 22 régions du pays, et tous les élèves dans les besoins sont ciblés selon la proportion suivante : préscolaire (25%), primaire (60%) et collège (15%).

Engagement communautaire et communication sur les risques. Ce secteur estime que la population totale de sept (07) régions du pays est dans le besoin. Le nombre de personnes ciblées est de 80% des personnes dans le besoin.

Nutrition. Le nombre de personnes à risque de malnutrition aigüe est calculé en prenant les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes et allaitantes de 7 régions du pays.

Protection. La population dans les besoins étant les enfants orphelins, abandonnés suite à la mise en quarantaine de leurs tuteurs, ceux

dans la rue, dans les centres d'hébergement, dans les prisons et aussi les femmes et filles vulnérables des VGB de toutes formes dans les centres d'agglomérations où les risques de la propagation de COVID 19 sont plus élevés. Il y a aussi les personnes détenus et personnels de l'administration pénitentiaire dans les villes fortement touchées par le COVID 19. Il s'agit de 27% de la population totale des 7 régions considérées. Le nombre de personnes ciblées varie entre 4% et 1%, selon le degré de vulnérabilité de la région.

Santé. Le nombre de personnes dans le besoin est de 75% de la population totale, alors que le nombre de personnes ciblées est de 10%, et ceci s'applique par région.

Sécurité alimentaire. Si les personnes dans le besoin se trouvent aussi dans les sept mêmes régions ciblées par les autres secteurs, la personne cible s'est focalisée au niveau des deux régions les plus touchées, qui sont Analamanga et Atsinanana. Il s'agit des enfants sans-abris, orphelins et vulnérables qui seront pris en charge par des centres sociaux partenaires et des ménages vulnérables et démunis répondant aux critères suivants :

- ménages avec un ou des membres atteints de COVID-19
- ménages en quarantaine ;
- et ménages avec des personnes à haut-risque de développer des formes graves ou mortelles du COVID-19 : tuberculeux, atteintes de VIH/SIDA, diabétiques, atteintes de maladies respiratoires chroniques.

Scénario de planification pour le COVID-19

Madagascar classé au niveau de priorité 2 avant l'entrée de COVID-19 au pays. Selon l'évaluation des risques des pays membres de la région Africaine de l'OMS, en tenant compte du volume du trafic aéroportuaire et du flux des passagers internationaux, Madagascar a été classé parmi les pays de priorité 2 (sur une échelle de 3) par rapport au risque d'importation des cas de COVID-19, mais surtout dans l'optique de renforcer les capacités de préparation à faire face efficacement à une éventuelle importation de cette maladie.

Trois scénarios élaborés pour se préparer aux réponses. Les Autorités sanitaires, en collaboration avec les partenaires, ont élaboré un plan de contingence pour la préparation et la réponse à la pandémie de Coronavirus basé sur trois différents scénarios afin d'identifier les interventions prioritaires pour y répondre.

o **Scénario 1 ou de base** : considéré comme le plus favorable, avec absence de cas dans le pays dans le contexte de la déclaration

d'Urgence de Santé Publique de Portée Internationale (USPPI). Il est subdivisé en deux composantes distinctes.

- Scénario 1a : absence absolue de cas arrivant sur le territoire
- Scénario 1 b : détection d'un cas à l'un des points d'entrée sans introduction de la maladie à l'intérieur du territoire.

o **Scénario 2 ou intermédiaire** : introduction du virus, mais provoquant des foyers encore limités et isolés pour lesquels des mesures d'endiguement sont encore envisageables pour contenir la propagation de l'épidémie à travers le territoire.

o **Scénario 3 ou le pire scénario** : large diffusion du virus dans le pays pour lesquels tous les efforts doivent alors être axés sur l'atténuation des effets de l'épidémie sur la population, la vie sociale et l'économie.

Organisations participantes

ORGANISATIONS	REQUIS (\$US)	ORGANISATIONS	REQUIS (\$US)
CRS	134K	ACF, MEDAIR, MDM	150K
FAO	100K	OMS, ACCESS, UNICEF, IPM, PNUD, OIM	7,9M
MEDAIR	50K	ACF, ADRA, CARE RANO WASH, CRM, CRS, MEDAIR, SAF-FJKM, UNICEF, WSUP	4,7M
PAM	2,3M	ACF, ADRA, CARE RANO WASH, CRM, CRS, GREY, HELVETAS, MEDAIR, SAF-FJKM, UNICEF	2,3M
UNESCO	5M	OMS, UNFPA, UNICEF	3,5M
UNFPA	100K	OMS, UNICEF, MDM, PNUD	26,7M
UNICEF	21,9M	UNICEF, ACCESS	205K
WATERAID	237K	UNICEF, CARE Rano WASH	30K
FAA, WSSCC, MDCI	400K	UNICEF, OMS, UNFPA, PNUD, ACCESS	393K
ACF, ADRA, CARE RANO WASH, CRM, CRS, Grand Lyon GREY, HELVETAS, FAA/MDCI, MEDAIR, SAF-FJKM, UNICEF, WaterAid, WSUP	5,5M	SOS Villages d'Enfants	10,4K
Tous les membres du secteur protection	306K		

Projets

AGENCE	PROJETS	MONTANT REQUIS (\$US)	CONTACT
Coordination et services communs			
PAM	Opérationnalisation du centre d'appel et de centre d'intervention d'urgence	200 000	Mahmoud CHERIF +261 32 05 029 85 mahmoud.cherif@wfp.org
PAM	Appui logistique	93 000	Christian Hammer +261 32 07 137 40 Christian.hammer@wfp.org
Eau, hygiène et assainissement			
UNICEF, CARE Rano WASH	Coordination Cluster WASH	30 000	Brigitte Pinel Pedro +261 32 23 433 25 bpedro@unicef.org
UNICEF	Achat d'intrants et distribution dans les 22 régions	8 850 000	Brigitte Pinel Pedro +261 32 23 433 25 bpedro@unicef.org
ACF, ADRA, CARE RANO WASH, CRM, GRET, HELVETAS, MEDAIR, SAF-FJKM, UNICEF, CRS	Prévention et contrôle des Infections dans 5.000 Institutions (écoles, marches, gares.) pour eau/hygiène	2 350 000	Brigitte Pinel Pedro +261 32 23 433 25 bpedro@unicef.org
ACF, MEDAIR, MDM	Prévention et contrôle des Infections dans 20 CTC, 500 formations sanitaires pour assurer eau et hygiène	150 000	
ACF, ADRA, CARE RANO WASH, CRM, CRS, Grand Lyon GRET, HELVETAS, FAA/MCDI, MEDAIR, SAF-FJKM, UNICEF, WaterAid, WSUP	Renforcer l'accès à l'eau et hygiène dans les communautés	5 525 000	Brigitte Pinel Pedro +261 32 23 433 25 bpedro@unicef.org
ACF, ADRA, CARE RANO WASH, CRM, CRS, MEDAIR, SAF-FJKM, UNICEF, WSUP	Campagne de communication de masse	4 687 916	Brigitte Pinel Pedro +261 32 23 433 25 bpedro@unicef.org
WATERAID	Promotion de l'hygiène et changement de comportement en matière d'hygiène à Madagascar	236 850	Randriamananjara Odile Michèle, OdileRandriamananjara@wateraid.org +261 33 50 202 85

AGENCE	PROJETS	MONTANT REQUIS (\$US)	CONTACT
FAA/WSSCC/MDCI	Intégration de la lutte contre le COVID-19 dans les zones rurales (achat intrants et PCI dans les institutions et Formation sanitaires)	400 000	
CRS	Accélération du WASH mondial dans les établissements de santé catholiques à Vakinakaratra, Atsinanana et Menabe	50 000	Ramanampihery, Roland. +261 34 05 158 09 Ramanampihery@crs.org
MEDAIR	Renforcement des efforts pour la réduction de risques de propagation de COVID19 a Tamatave I et II	50 000	Klaas B J Overlade, +261 32 05 146 91 cdmadagascar@medair.org

Engagement communautaire et communication

UNICEF	Appui à la mise en œuvre des Plans de communication COVID-19 au niveau des districts affectés et à haut risque (sensibilisation, mobilisation communautaire à tous les niveaux)	585 216	Awa Quattarra +261 32 23 433 23 aguedegbe@unicef.org
UNICEF	Appui à la veille informationnelle (au niveau central, régional et départemental) et à la gestion des rumeurs (enquête quantitative (baseline et endline) pour mesurer les comportements de la population vis-vis des actions de communication dans le contexte	29 784	Awa Quattarra +261 32 23 433 23 aguedegbe@unicef.org
ACCESS, UNICEF	Opérationnalisation des lignes 910 et 913 et les dupliquer au niveau régional et départemental	205 555	Awa Quattarra +261 32 23 433 23 aguedegbe@unicef.org
ACCESS, OMS, PNUD, UNFPA, UNICEF	Appui à la production et à la dissémination des supports de communication innovante pour une large utilisation dans les media et dans les réseaux sociaux	392 838	Awa Quattarra +261 32 23 433 23 aguedegbe@unicef.org

Nutrition

CRS	Appui aux diocèses en nutrition (Mananjary et Morombe)	4 000	Ramanampihery, Roland. +261 34 05 158 09 Ramanampihery@crs.org
FAO	Promotion de l'alimentation équilibrée et variée pour renforcer l'immunité	100 000	Louis Muhigirwa, +261 32 05 003 04 Louis.Muhigirwa@fao.org
PAM	Achat d'équipements de protection et d'hygiène pour les CRENAM	50 000	
UNICEF	Formation des agents de santé en PECMAS	100 000	Marie-Claude Desilets +261 +261 32 05 025 09 mdesilets@unicef.org

AGENCE	PROJETS	MONTANT REQUIS (\$US)	CONTACT
Protection			
UNICEF	Protection des enfants dans le contexte de l'épidémie COVID- 19 contre les maltraitances, la VGB et l'EAS	200 000	Nicolette Moodie, +261 32 23 426 46 nmoodie@unicef.org
UNFPA	Maintien des services essentiels en SR/PF/VBG et de renforcement du système de protection des populations contre les exploitations et abus sexuels (EAS) durant la situation d'urgence COVID 19	100 000	Ngoy Kishimba, +261 32 07 847 28 kishimba@unfpa.org
CRS	Maintien des services essentiels en SR/PF/VBG et de renforcement du système de protection des populations contre les exploitations et abus sexuels (EAS) durant la situation d'urgence COVID 19	30 000	Ramanampihery, Roland. +261 34 05 158 09 Ramanampihery@crs.org
CRS	Protection sociale au niveau de la zone touchée par le COVID 19	50 000	Ramanampihery, Roland. +261 34 05 158 09 Ramanampihery@crs.org
Tous les membres du secteur protection	Renforcement de la prévention et de la protection de détenus et des personnels au 8 établissements pénitentiaires et 25 juridictions dans les 3 régions touchées par le COVID 19	306 000	

Sécurité alimentaire

PAM	Assistance alimentaire d'urgence aux ménages vulnérables et en insécurité alimentaire pour sauver des vies et prévenir la propagation du covid-19	2 013 000	Cedric Charpentier +261 32 07 137 11 cedric.charpentier@wfp.org
-----	---	-----------	---

Santé

OMS, ACCESS UNICEF IPM PNUD OIM	Appui à la coordination, renforcement de la surveillance, suivi et évaluation dans les districts sanitaires affectés par COVID-19 (alerte précoce, investigation, suivi des contacts, contrôles sanitaires aux points d'entrée du territoire et points de flux de mobilités internes, et mise en œuvre de la SIMR et renforcement de laboratoires)	7 999 091	Dr. Gilbert Tshifuaka +261 32 11 463 83, tshifuakag@who.int
MDM, OMS, PNUD, UNICEF	Appui à la prise en charge et la prévention et contrôle des infections à tout le niveau : salles d'isolement mises aux normes ; pré positionnement des stocks ; renforcement logistique pour référence de prise en charge hospitalière ; capacités techniques des agents de santé et le soutien psychosocial	26 734 517	Dr. Gilbert Tshifuaka +261 32 11 463 83, tshifuakag@who.int

AGENCE	PROJETS	MONTANT REQUIS (\$US)	CONTACT
OMS, UNFPA, UNICEF	Continuité des services essentiels de la santé de la reproduction, maternels et néonataux et de la vaccination	3 536 995	Dr. Gilbert Tshifuaka +261 32 11 463 83, tshifuakag@who.int
SOS Villages d'Enfants	Fabrication de 2.000 visières pour donation aux personnels soignants et sensibilisation aux gestes barrières et maintien des activités médicales dans 13 CSB	10 400	Lepetit Jean-Francois, +261 32 05 007 19, Jean-Francois. Lepetit@vesosmad.org
Education			
UNICEF	Achat de kits d'hygiène et communication sur les bons comportements.	8 000 000	Sophie Achilleas +261 32 23 108 06 sachilleas@unicef.org
UNICEF	Dotation de fournitures aux élèves pour alléger les charges parentales.	2 000 000	Sophie Achilleas +261 32 23 108 06 sachilleas@unicef.org
UNICEF	Impression des matériels d'auto-apprentissage pour le niveau primaire	2 200 000	Sophie Achilleas, +261 32 23 108 06 sachilleas@unicef.org
UNESCO	Fourniture de kits pédagogiques pour l'écoute des émissions éducatives radiophoniques	4 000 000	
UNESCO	Production de supports télévisés pour les cours de travaux pratiques des classes de 3ème année de l'Enseignement technique et professionnel	1 000 000	
Total		82 269 607	

Planification en chiffres par secteur

SECTEUR	PERSONNES DANS LE BESOIN	PERSONNES CIBLEES	BUDGET REQUIS (\$US)	PARTENAIRES OPERATIONNELS	NOMBRE DE PROJETS
Coordination et services communs			293K	1	2
Eau, hygiène et assainissement	19,7M	4,1M	22,3M 	16	11
Education	2M	2M	17,2M 	2	5
Engagement communautaire et communication	11,1M	8,9M	1,2M 	5	4
Nutrition	2,5M	2,5M	254K	4	4
Protection	3M	47K	686K	3	5
Santé	20,6M	2,7M	38,3M 	9	4
Sécurité alimentaire	1,7M	91K	2,01M 	1	1
Total	23,5M	10,7M	82,3M	24	36

Acronymes

ACCESS	Accessible Continuum of Care and Essential Services Sustained	MHPSS	Mental Health and Psychosocial Support
ACF	Action Contre la Fam	MICS	Multiple Indicator Cluster Surveys
ADRA	Adventist Development and Relief Agency	MVAM	Mobile Vulnerability Analysis & Mapping
ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant	NDF	Nutrition de la Femme
ASPE	Aliment Supplémentaire Prêt-à-l'Emploi	NU	Nations Unies
ATPE	Aliment Thérapeutique Prêt-à-l'Emploi	OIM	Organisations International de la Migration
BNGR	Bureau National de la Gestion des Risques et Catastrophes	OSIE	Organisations Sanitaires Inter-Entreprises
CBCM	Community Based Complaints Mechanisms	OMS	Organisation Mondiale de la Santé
CCO	Centre de Commandement Opérationnel	ONGI	Organisation Non Gouvernemental Internationale
CHRD	Centre Hospitalier de Réfécence de district	ONGN	Organisation Non Gouvernementale Nationale
CHRR	Centre Hospitalier de Réfécence Régional	ONN	Office National de la Nutrition
CHU	Centre Hospitalier Universitaire	PAM	Programme Alimentaire Mondiale
COUSP	Centre des Opérations d'Urgence de Santé Publique	PCI	Prévention Contrôle de l'Infection
CRAN	Cours de Remise à Niveau	PECMAM	Prise En Charge de la Malnutrition Aiguë Modérée
CRENAM	Centre d'Education et de Réhabilitation Nutritionnelle pour la Malnutrition Aiguë Modérée	PECMAS	Prise En Charge de la Malnutrition Aiguë Sévère
CRENAS	Centre d'Education et de Réhabilitation Nutritionnelle pour la Malnutrition Aiguë Sévère	PF	Planning Familiale
CRM	Croix Rouge Malagasy	PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
CRS	Catholic Relief Service	PSEA	Prevention of Sexual Exploitation and Abuse
CSB	Centre de Santé de Base	SAF FJKM	Sampan'Asa momba ny Fampanandroana - Fianganan'i Jesoa Kristy eto Madagasikara
CSU	Couverture de Santé Universelle	SAMS	Sécurité Alimentaire et Moyens de Subsistance
CTC	Centres de prise en charge	SEMI	Services Mobiles d'Intervention
EAS	Exploitation et Abus Sexuels	SR	Sante de la reproduction
EIR	Equipe d'Intervention Rapide	UNFPA	United Nations Population Fund
EPI	Équipement de protection individuelle	UNHCR	United Nations High Commissioner for Human Rights
ENSOMD	Enquête Nationale de Suivi des Objectifs Millénaire du Développement	UNICEF	United Nations Children's Fund
FAA	Fond d'Appui à l'Assainissement	USPPI	Urgence de Santé Publique de Portée Internationale
FAO	Food and Agriculture Organization	VBG	Violence Basée sur le Genre
IPM	Institut Pasteur de Madagascar	WASH	Water Sanitation and Hygiène
MCDI	Medical Care Development International	WSSCC	Water Supply and Sanitation Collaborative Council
MDM	Médecins Du Monde	WSUP	Water and Sanitation for the Urban Poor

Notes de pieds de page

1. https://www.climatelinks.org/sites/default/files/asset/document/2016%20CRM%20Factsheet%20Madagascar_use%20this.pdf
2. *PNUD*, <https://www.mg.undp.org/content/madagascar/fr/home/climate-and-disaster-resilience.html>
3. *Aliments riches en graisses saturées, en sucre et/ou en sel*
4. *Programmes de transferts monétaires et/ou distribution de rations de protection et de vivres*

À propos

Ce document est consolidé par OCHA pour le compte de l'Équipe humanitaire pays et des partenaires humanitaires. Il présente les priorités et les paramètres de la réponse stratégique de l'Équipe humanitaire pays, basés sur une compréhension partagée de la crise.

Les désignations employées et la présentation des éléments dans le présent rapport ne signifient pas l'expression d'une quelconque opinion que ce soit de la Partie du Secrétariat des Nations Unies concernant le statut juridique d'un pays, d'un territoire, d'une ville ou d'une zone ou de leurs autorités ou concernant la délimitation de frontières ou de limites.