



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



RAPPORT D'ÉVALUATION

Évaluation finale du projet PSI de marketing social à Madagascar

Janvier 2013

Cette publication a été réalisée à la demande de l'Agence des États-Unis pour le développement international. Elle a été préparée en toute indépendance par International Business & Technical Consultants, Inc. (IBTCI). Les auteurs en sont Véronique Praz, Alice Morton et Ian Matondo.

Légende: Un distributeur communautaire présente son stock de produits du marketing social.

Cette page est laissée intentionnellement en blanc.

ÉVALUATION FINALE DU PROJET PSI DE MARKETING SOCIAL À MADAGASCAR

31 janvier 2013

Numéro de contrat AID-RAN-I-00-09-00016, Numéro de tâche AID-687-TO-12-00001

AVERTISSEMENT

Les vues exprimées par les auteurs dans cette publication ne reflètent pas nécessairement les vues de l'Agence des États-Unis pour le développement international ou celles du Gouvernement des États-Unis.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

GLOSSAIRE

ACRONYMES

RÉSUMÉ ANALYTIQUE	i
1. INTRODUCTION	1
2. CONCEPTION ET MÉTHODOLOGIE DE L'ÉVALUATION	5
3. QUESTION UN : EFFICACITÉ DES DOMAINES SANITAIRES CLÉS	12
RECOMMANDATIONS POUR LA PRÉVENTION VIH/IST	25
4. QUESTION DEUX : MISE EN PLACE DE LA FRANCHISE TOP RÉSEAU	25
CONCLUSIONS SUR L'ACCÈS ET L'UTILISATION DES SERVICES PAR LES PLUS DÉMUNIS	29
RECOMMANDATIONS SUR L'ACCÈS ET L'UTILISATION DES SERVICES PAR LES PLUS DÉMUNIS	29
CONCLUSIONS SUR LA DURABILITÉ DE <i>TOP RÉSEAU</i>	30
RECOMMANDATIONS POUR LA DURABILITÉ DE <i>TOP RÉSEAU</i>	31
5. QUESTION TROIS : EFFICACITÉ DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT & DES SYSTÈMES DE DISTRIBUTION	31
CONCLUSIONS SUR LES RÉALISATIONS ET LES LACUNES DU MAINTIEN DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT	34
RECOMMANDATIONS SUR LES RÉALISATIONS ET LES LACUNES DANS LE MAINTIEN DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT	35
CONCLUSIONS SUR LA CONTRIBUTION DE PSI/M À LA COUVERTURE NATIONALE DES PRODUITS DE SANTÉ PAR LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT PHARMACEUTIQUE	37
RECOMMANDATIONS SUR LA CONTRIBUTION DE PSI/M À LA COUVERTURE NATIONALE DES PRODUITS DE SANTÉ PAR LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT PHARMACEUTIQUE	37
CONSTATATIONS : LA CONTRIBUTION DE PSI/M À LA COUVERTURE NATIONALE DES PRODUITS DE SANTÉ AVEC SON SYSTÈME DE DISTRIBUTION AUX ZONES RURALES	37
CONSTATATIONS : SUCCÈS ET OBSTACLES DU MODÈLE PSI/M DE CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT POUR LA DISTRIBUTION COMMUNAUTAIRE	40
APERÇU DES PROBLÈMES DE RUPTURE DE STOCK DANS LE SYSTÈME D'APPROVISIONNEMENT DE PSI/M	41
6. QUESTION QUATRE: AUTRES QUESTIONS MULTISECTORIELLES	43

CONSTATATIONS : EFFORTS DE RENFORCEMENT DES CAPACITES AVEC DES ORGANISATIONS LOCALES	43
CONCLUSIONS SUR LES EFFORTS DE RENFORCEMENT DES CAPACITES AVEC DES ORGANISATIONS LOCALES	45
CONSTATATIONS : HARMONIZATION AVEC LES PROGRAMMES NATIONAUX	45
CONCLUSIONS SUR L'HARMONIZATION AVEC LES PROGRAMMES NATIONAUX	46
CONSTATATIONS : PERCEPTION DU GOM AU SUJET DES RÉSULTATS DE PSI/M ET DES BESOINS FUTURS	46
CONCLUSIONS SUR LA PERCEPTION DU GOM AU SUJET DES RÉSULTATS DE PSI/M ET DES BESOINS FUTURS	46
CONSTATATIONS : COLLABORATION AVEC DES ONG LOCALES ET OING POUR L'APPUI À LA DISTRIBUTION	47
CONCLUSIONS SUR LA COLLABORATION AVEC DES ONG LOCALES ET OING POUR L'APPUI À LA DISTRIBUTION	48
CONSTATATIONS : INFLUENCE DE LA SITUATION POLITIQUE SUR LES RÉSULTATS DE PSI/M	49
CONCLUSIONS SUR L'INFLUENCE DE LA SITUATION POLITIQUE SUR LES RÉSULTATS DE PSI/M	49
ANNEXES	53
ANNEX A: PSI MADAGASCAR SUB-AWARDEES	53
ANNEX B: PSI/M MAPS OF COMMERCIAL COVERAGE AND <i>TOP RÉSEAU</i> CLINICS	56
ANNEX C: TABLE OF RESPONDENT CATEGORIES	58
ANNEX D: EVALUATION SCOPE OF WORK	59
ANNEX E: MAP OF REGIONS AND DISTRICTS VISITED BY THE EVALUATION TEAM	65
ANNEX F: TABLE OF DATA COLLECTION RESULTS	66
ANNEX G: LIST OF REFERENCE DOCUMENTS	73
ANNEX H: DATA COLLECTION INSTRUMENTS	76
ANNEX I: PSI/M TRAINING SCHEDULE FY 2008 – FY 2012	97
ANNEX J: SUPPLY CHAIN GRAPHIC	106
ANNEX K: AGGREGATED RESULTS OF SELECTED LSAT VARIABLES	107

REMERCIEMENTS

L'équipe d'évaluation remercie le personnel de l'USAID pour leurs points de vue qui nous ont aidés à mieux comprendre le contexte de l'élaboration et de l'exécution du projet de PSI/Madagascar (PSI/M). Nous remercions particulièrement : M. Jean Claude Randrianarisoa, M. Hery Zo Ramiandrisoa, M. Jacky Ralaiarivony, Mme Lucie Raharimalala, Mme Fabienne Ranjalahy, Mme Cathy J. Bowes, M. David J. Isaak, Mme Jackie Ramanitrera, M. Robert Kolesar, M. Benjamin Rakotondranisa, Mme Vololontsoa Raharimalala, et Dr Jocelyne Andriamiadana. Des remerciements spéciaux sont adressés à M. Rudolf Thomas, Directeur de mission de l'USAID et Chef de mission intérimaire de l'Ambassade des États-Unis à Madagascar, qui nous a fait l'honneur de participer et de prendre la parole à la réunion finale de l'évaluation qui s'est tenue à la mission à Antananarivo le 6 août 2012.

L'équipe est également très reconnaissante au personnel de Population Services International (PSI), notamment M. Brian McKenna, Directeur régional adjoint, et Mme Daniella Fanarof, Gestionnaire principale de programme pour l'Afrique australe et à PSI/Washington, ainsi que l'équipe très dynamique du siège de PSI/M, dirigée par M. Chuck Szymanski, Représentant dans le pays, et Mme Monique Weiss et M. Henri Rabesahala, Directeurs de pays adjoints, ainsi que de nombreuses autres personnes comme Mme Ietje Reerink, Mme Marie-Alix Valensi, Mme Iarimalanto Rabary, M. Davy Robson, M. Maminirina Rakotoarisoa, M. Kenny Dakadisy, Dr Mbolatiana Razafimahefa, Mme Velonirina Andrianifahanana, Dr Andry Nirina Rahajarison, M. Njakatiana Rajaonarivelo, M. Teddy Lala Ramarison, M. Solofo Andriaheinosy, M. Kenny Dakadisy, Dr Eric Ratsaravolana et Dr Phillipe Botralahy. Nous leur sommes reconnaissants pour les informations utiles et transparentes qu'ils nous ont communiquées.

Nous exprimons également nos remerciements aux Directeurs interrégionaux de PSI/M à Antsiranana et Tamatave, ainsi qu'aux Coordinateurs régionaux de PSI/M *Top Réseau* à Toliara, Mahajanga, Antsirabe, Fianarantsoa, Tôlanaro, et Morondava pour les renseignements précieux et les contacts qu'ils nous ont fournis pour les activités de PSI/M.

Nous présentons également des remerciements particuliers à tous les bénéficiaires de programmes et projets des organisations partenaires de PSI/M ainsi que leurs représentants et dirigeants, et tous ceux qui ont participé à l'évaluation.

Et finalement, l'équipe d'évaluation aimerait exprimer ses vifs remerciements à l'équipe du siège d'IBTCI à Vienna (Virginie) pour son appui technique et institutionnel pendant son travail sur le terrain.

GLOSSAIRE

DELTA	Processus de planification du marketing développé par PSI.
FARMAD	Fabricant et distributeur local de produits pharmaceutiques
<i>Fokontany</i>	La plus petite subdivision administrative à Madagascar
ITEM	Organisation non gouvernementale (ONG) locale
Malagasy	Provenant de ou appartenant à Madagascar
NIPHAR	Fabricant local de produits pharmaceutiques
SALAMA	Dépôt médical central de Madagascar, organisme gouvernemental
SIGMA	Fabricant privé de <i>SurEau</i>
SISAL	ONG locale
Centres d'approvisionnement	Aux fins de ce rapport, les centres d'approvisionnement sont les points de la chaîne logistique au niveau de la communauté à partir desquels sont distribués directement aux agents sanitaires communautaires (ASC) les produits de santé faisant l'objet du marketing social
ZETRA	ONG locale

ACRONYMES

ACP	Années-couples de protection
ACT	Polythérapie à base d'artémisme
AFSPS	Agence Française de Santé de Produits Sanitaires
AGMED	Agence du Médicament de Madagascar
ARI	Infection aiguë des voies respiratoires
ASC	Agent sanitaire communautaire
CCC	Communication pour le changement des comportements
CDC	Comité de développement communautaire
CIP	Communications interpersonnelles
CROM	Conseil Régional de l'Ordre des Médecins
CSB	Centre de Santé de Base
CU5	Enfants de moins de cinq ans
DAMM	Direction de l'Agence des Médicaments de Madagascar
DIU	Dispositif intra-utérin
FAP	Femmes en âge de procréer
FD	Forum de discussion
FISA	Fianakaviana Sambatra
Fonds mondial	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
GOM	Gouvernement de Madagascar
HRH	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
IBTCI	International Business & Technical Consultants, Inc.
IPPI	Initiative présidentielle contre le paludisme
IST	Infection sexuellement transmissible
JSI/ MAHEFA	John Snow, Inc. /Malagasy Henikyny Fahasalamana (projet)
KII	Entrevue avec un informateur clé
KTD	Kit de traitement de la diarrhée
LSAT	Outil d'évaluation de système logistique
MIILD	Moustiquaire imprégnée d'insecticide de longue durée
MJF	Méthode des jours fixes
MOH	Ministère de la Santé
MVU	Unité mobile avec écran de visualisation
OC	organisation confessionnelle
ODDIT	Organisation pour le développement dans le diocèse de Toamasina
OING	Organisation internationale non-gouvernementale
OMAPI	Office Malgache de la Propriété Industrielle
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONM	Ordre National des Médecins
OSIEM	Organisation Sanitaire Inter-Entreprises de Madagascar
PDS	Professionnelle du sexe
PERForM	Cadre de performance pour le marketing social
PF	Planification familiale
PIMI	Prise en charge intégrée des maladies infantiles
PMP	Plan de suivi des performances
PNLP	Programme national de lutte contre le paludisme
PPR	Populations les plus à risque
PSI/M	Population Services International/Madagascar

RCC	Processus de reconduction des subventions
RTI	Research Triangle Institute, International
SALFA	Agence de la santé pour la Mission Luthérienne à Madagascar
SDV	Service de dépistage volontaire et d'accompagnement psychologique
SIDA	Syndrome de l'immunodéficience acquise
SMI	Santé maternelle et infantile
SOP	Procédures opérationnelles normalisées
SOW	Cadre de travail
SR	Santé reproductive
SRO	Sels de réhydratation orale
TDR	Test de dépistage rapide
TRaC	Suivi permanent des résultats
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
USG	Gouvernement des États-Unis
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

RÉSUMÉ ANALYTIQUE

International Business & Technical Consultants, Inc. (IBTCI) a l'honneur de présenter à l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) ce rapport d'évaluation finale du projet de marketing social pour les produits et services de santé infantile, maternelle et reproductive à (désigné ci-après PSI/M). Ce projet a été réalisé par Population Services International à Madagascar (PSI/M) dans le cadre de l'Accord de coopération numéro 687-A-00-08-00032-00 de l'USAID. La collecte des données a été réalisée entre mai et août 2012.

OBJECTIF DE L'ÉVALUATION :

Cette évaluation a un double objectif :

- 1) Recueillir des informations qualitatives et quantitatives sur la mise en œuvre, les progrès et les problèmes rencontrés par PSI/M, et tout particulièrement indiquer si PSI/M a obtenu les résultats escomptés du projet. Par ailleurs, faire part de tout obstacle de programmation, de gestion et/ou financier management touchant l'exécution du projet pour l'éviter dans l'avenir.
- 2) Présenter à USAID/Madagascar et d'autres intervenants clés des recommandations concernant les stratégies, structures ou mesures pour les projets à venir concernant la chaîne d'approvisionnement et les systèmes de distribution afin d'améliorer leur efficacité et impact, comme par exemple la viabilité du système d'approvisionnement communautaire ; les domaines prioritaires de renforcement des capacités locales ; les lacunes de la structure de gestion et de surveillance ; l'adéquation aux besoins des consommateurs dans la distribution des produits et la détermination des prix etc.

ORIGINE DU PROGRAMME

L'objectif du projet PSI/M était d'améliorer l'état de santé des Malgaches, en particulier des femmes et des enfants. Le projet avait pour objectif d'améliorer l'utilisation de produits, services et comportements efficaces dans le domaine de la planification familiale et de la santé reproductive (PF/SR), ainsi que la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST), du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), du paludisme, des maladies diarrhéiques et de la pneumonie. Les stratégies du projet comprenaient l'implication du secteur privé et l'utilisation du marketing social fondé sur l'expérience. Entre 2008 et 2012, PSI/M a appuyé la promotion, les communications, la recherche et la formation des services de santé, et le marketing social de 16 produits de santé subventionnés dans des points de vente du commerce en gros, pharmaceutiques et communautaires (ce dernier dans des points d'approvisionnement spécifiques). Plusieurs produits de PSI/M ont également été mis à la disposition de *Top Réseau*, un réseau en franchise de fournisseurs privés en cliniques.

À la demande de l'USAID, PSI/M a profondément modifié son projet pendant les exercices (FY) 2011 et 2012 en réponse aux difficultés politiques et socio-économiques suite à la crise politique de 2009.¹ En réponse à cette demande, PSI/M a renforcées activités d'appui au secteur privé mais la durée du projet a été écourtée d'une année. Pendant FY 2011 et 2012, PSI/M a renforcé ses activités avec les partenaires du secteur privé et a appuyé les chaînes d'approvisionnement au niveau commercial, pharmaceutique et communautaire pour absorber et distribuer des stocks de produits destinés à une distribution nationale. PSI/M a également étendu sa gamme de produits et services connexes faisant l'objet de marketing social, surtout dans le domaine de la santé maternelle et infantile (SMI) et a étendu la gamme de services proposés dans les cliniques de *Top Réseau*. Cette évaluation s'inscrit dans le cadre de ces difficultés politiques et programmatiques.

SYNTHÈSE DES CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Dans l'ensemble, l'évaluation a constaté que PSI/M travaille au niveau national, et atteint un nombre considérable d'utilisateurs grâce à la distribution de produits subventionnés et la fourniture de services de santé intégrés dans les cliniques de *Top Réseau*. Les personnes interrogées ont souvent reconnu et exprimé une opinion positive des produits et services de PSI/M faisant l'objet de marketing social. Les professionnels de la santé, distributeurs, détaillants et utilisateurs ont en général reconnu et apprécié l'efficacité des produits de santé portant la marque de PSI/M pour des interventions de SMI.

Les activités en appui des cliniques de franchise sous la marque *Top Réseau* se sont considérablement étendues depuis 2008 et comptent maintenant 213 cliniques sous franchise dans 46 Districts et 18 Régions. Afin de combler les lacunes des services de santé nationaux, la mission de *Top Réseau* a été étendue pour couvrir toute la famille. Ses services comprennent maintenant la fourniture de produits et services PF/SR et VIH/IST aux jeunes et autres populations vulnérables. Les conclusions révèlent toutefois l'existence de ruptures de stock fréquentes, et une mauvaise compréhension de l'importance et de l'utilisation correcte de certains produits faisant l'objet de marketing social.

La conclusion principale de l'évaluation est que PSI/M atteints ses objectifs à de nombreux égards et utilise des méthodes innovantes pour la promotion, formation, recherche et distribution de produits de santé. Ceci ne s'est pas toujours traduit par une utilisation correcte des produits de PSI/M en dépit de ses efforts pour améliorer l'observance thérapeutique.

La section suivante résume les conclusions de l'évaluation des questions et sous-questions. Des recommandations sont suggérées, le cas échéant.

Question Un de l'évaluation – Quels ont été les résultats de PSI/M dans les domaines de SMI, PF/FR, paludisme et VIH/IST ?

Santé infantile—Prévention de la diarrhée

Conclusion :

Le transfert des connaissances au sujet de *Sur'Eau* (un produit de purification de l'eau) de PSI/M faisant l'objet de marketing social, des conditions de son utilisation et de la façon de l'utiliser, ne garantit pas que le public ciblé adopte cette nouvelle pratique et utilise ce produit correctement. Il n'est pas clair pourquoi *Sur'Eau* est utilisé de façon sporadique, irrégulière et/ou incorrecte, mais la raison pourrait en être, parmi d'autres identifiées dans cette évaluation, un message et marketing imprécis ; une odeur désagréable ; la concurrence de la part d'autres sources gratuites d'eau purifiée ; le coût de la préparation plus importante de 150 millilitre (ml) et/ou le degré d'effort de la communauté des agents sanitaires communautaires (ASC) pour promouvoir le produit. PSI/M est conscient de l'utilisation incorrecte et a pris les mesures nécessaires pour remédier à la situation bien qu'il reste du travail à faire dans ce domaine.

Recommandation :

- **Mener une analyse de situation pour déterminer quels sont les obstacles à l'utilisation régulière et correcte de *Sur'Eau* et pour explorer la faisabilité et l'adéquation aux marchés d'un comprimé de purification de l'eau.** Interventions du prochain projet en vue de résoudre ces problèmes avec des réponses pilotes avant de passer à une plus grande échelle. Accent sur la création de communications pour le changement des comportements (CCC) et de communications interpersonnelles (CIP) en vue d'assurer : 1) l'utilisation correcte des produits

de purification de l'eau en vue de la prévention de la diarrhée et 2) une hydratation accrue (avec de l'eau purifiée) et une alimentation normale quand un enfant souffre de diarrhée. Évaluer le projet en ce qui concerne l'utilisation correcte et permanente de *Sur'Eau* au début, milieu et fin du prochain projet avec des études similaires aux études de suivi permanent des résultats (TRaC) de PSI/M. **Moyen terme/Mise en œuvre**

- **Il faut affecter un budget suffisant pour informer les consommateurs au sujet de la nouvelle formulation de *Sur'Eau* dans les zones rurales.** Les ASC devront discuter du message sur l'utilisation correcte de *Sur'Eau* avec les bénéficiaires. **Court terme/Planification du travail**
- **PSI/M devrait surveiller l'adoption de la nouvelle formulation de 40 ml de *Sur'Eau*.** Les responsables des sites d'approvisionnement devraient former et aider les ASC à enregistrer le nombre d'unités de *Sur'Eau* 40ml vendues pour comparer ses ventes à celle du format supérieur. **Court terme/Plan directeur (PMP)**

Santé infantile—Traitement de la diarrhée

Conclusion :

L'utilisation des kits de traitement de la diarrhée (KTD) progresse mais a souffert d'une distribution insuffisante par rapport aux cibles prévues pour le programme. Les quatre messages clés au sujet de l'utilisation correcte des KTD n'ont pas totalement atteint les bénéficiaires cibles interrogés dans le cadre de cette évaluation. Parmi ceux-ci, on compte : 1) la nécessité d'utiliser de l'eau purifiée, et non pas bouillie, pour la préparation des SRO ; 2) les enfants malades doivent absorber davantage de liquide quand ils sont malades ; 3) la nécessité de continuer une alimentation normale pendant le traitement de la diarrhée et 4) la nécessité d'administrer tous les comprimés de zinc pour assurer une guérison rapide.

Recommandations :

- **Les campagnes de CCC doivent mettre l'accent sur l'ordre correct des étapes du traitement correct de la diarrhée.** Il est souhaitable que dans l'avenir les activités de marketing social et de CCC pour le traitement de la diarrhée tirent les leçons des campagnes et messages antérieurs afin de combler les lacunes dans les quatre messages indiqués ci-dessus. L'analyse de la situation suggérée ci-dessus dans le but de mieux comprendre les obstacles entravant l'utilisation correcte de *Sur'Eau* pourrait également comprendre un volet sur l'utilisation correcte des KTD. Les programmes futurs devraient raffiner les messages des CCC et PIC expliquant les raisons pour lesquelles il faut administrer la plaquette entière de comprimés de zinc aux enfants atteints de diarrhée. **Moyen terme/Mise en œuvre**
- **Les communications doivent poursuivre les efforts de sensibilisation aux marques *HydraZinc* et *Viasûr*.** Les campagnes de CCC, les CIP et documents d'information devraient être menées conjointement pour transmettre un message simple et coordonné. **Moyen terme/Exécution**

Santé des enfants— Prise en charge intégrée des maladies infantiles (PIMI) et pneumonie

Conclusion :

Le PSI/M a fait preuve d'ambition en lançant des activités de CCC ainsi que de nouveaux produits thérapeutiques contre la pneumonie au cours de la dernière année du projet. Le retard pris par le lancement de *Pneumostop* en comprimé empêchera probablement PSI/M d'atteindre ses objectifs de FY 2012. Il est impossible d'évaluer la viabilité de cette intervention de SMI puisqu'elle n'a été lancée qu'à la fin de FY 2011. Les résultats mitigés en termes de ventes et de reconnaissance du produit proviennent probablement du déploiement accéléré des activités de traitement de la pneumonie.

À la fin du projet, les responsables des soins n'avaient qu'une compréhension mitigée des divers messages MSI et de leur articulation, ce qui indique que PSI/M n'avait pas raffiné son approche de la prise en charge intégrée des maladies infantiles (PIMI). La raison en est probablement l'incorporation tardive de la PIMI dans le programme de travail de PSI/M. Le projet a toutefois pris de bonnes mesures pour renforcer les partenariats chargés de transmettre des messages PIMI précis à leurs publics cibles. L'approche consistant à intégrer les activités de PSI/M MCH financé par l'USAID avec celles financées par d'autres bailleurs de fonds a grand mérite. Cette intégration permet de mobiliser des ressources et d'harmoniser les messages sur la survie des enfants avec d'autres programmes financés par l'USAID.

Recommandation :

- **Le PSI/M devrait réaliser une étude de cas sur le lancement de *Pneumostop* et en tirer les leçons afin de pouvoir atténuer les problèmes rencontrés lors de la présentation de nouveaux produits dans l'avenir.** Le prochain programme devrait tenir compte de la nécessité de répéter la campagne de CCC et les activités de marketing social afin de résoudre les problèmes provenant du long délai écoulé entre la présentation du produit et sa disponibilité sur le marché. *Moyen terme/Mise en œuvre*
- **Les programmes de formation en SMI devraient couvrir une approche globale de dépistage et de traitement des maladies infantiles.** Par exemple, les programmes futurs devraient renforcer la formation en CIP des ASC prônant la poursuite de l'allaitement, l'utiliser d'eau traitée et/ou une alimentation normale quand un enfant souffre de diarrhée, paludisme ou pneumonie. *Court terme/Conception de projet*

Planification familiale et santé reproductive (PF/SR)

Conclusion :

La franchise *Top Réseau* se positionne actuellement comme un réseau de cliniques portant le même nom où tous les membres de la famille peuvent obtenir des soins de santé et certains produits. Les cliniques *Top Réseau* ont réussi à rendre les services de PF/SR plus accessibles.

L'inégalité entre les sexes est telle que de nombreuses femmes ont du mal à obtenir la PF et une SR saine.

Si elles avaient accès à des bons de paiement, les femmes pourraient décider d'adopter des méthodes de contraception à court ou à long-terme et les utiliser correctement. Comme c'est le cas pour les autres traitements préventifs, la contraception risque d'être perçue comme une dépense superflue face à un pouvoir d'achat limité.

L'approche de PSI/M pour promouvoir la PF/SR (et SMI) auprès des professionnelles du sexe (PDS) a représenté une stratégie réussie de CCC et CIP et a jeté les bases d'un dialogue permanent.

Recommandations :

- **Le prochain projet devrait trouver un équilibre entre la nécessité de fournir des bons de paiement et une stratégie efficace permettant la viabilité à long-terme. *Moyen terme/Mise en œuvre***
- **Ce projet devrait également envisager plus de messages CCC et CIP à l'intention des hommes en âge de procréer expliquant les avantages de l'espacement des naissances et des préservatifs pour la PF/SR. *Court terme/Mise en œuvre***

Paludisme

Conclusions :

La coordination entre les divers bailleurs de fonds en appui du Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) du Gouvernement de Madagascar (GOM) représente un excellent exemple de coopération entre des partenaires d'exécution à Madagascar en vue de résoudre un problème de santé publique. Au cours des formations proposées par PSI/M, le GOM a pris connaissance des meilleures pratiques en matière de prévention et du traitement du paludisme pour les enfants de moins de 5 ans (CU5) grâce à une approche PIMI. Le fait que le ministère de la santé (MOH) connaît cette approche l'a aidé à faire avancer le programme national de lutte contre le paludisme.

Recommandation :

- **Le prochain projet devrait développer et faire connaître les marques de nouveaux produits contre le paludisme et lancer des campagnes de communication, s'il poursuit ses activités dans le cadre du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial). *Long terme/Mise en œuvre***

VIH/IST

Conclusions :

La franchise *Top Réseau* se positionne actuellement comme un réseau de cliniques portant toutes le même nom où tous les membres de la famille peuvent demander et obtenir des soins de santé et certains produits. Les cliniques *Top Réseau* ont réussi à rendre les services de PF/SR plus accessibles.

L'inégalité entre les sexes est telle que de nombreuses femmes ont du mal à obtenir la PF et une SR saine.

Si elles avaient accès à des bons de paiement, les femmes pourraient décider d'adopter des méthodes de contraception à court ou à long-terme et les utiliser correctement. Comme c'est le cas pour les autres traitements préventifs, la contraception risque d'être perçue comme une dépense superflue face à un pouvoir d'achat limité.

L'approche de PSI/M pour promouvoir la PF/SR (et SMI) auprès des PDS a représenté une stratégie réussie de CCC et CIP et a jeté les bases d'un dialogue permanent.

Recommandations :

- **Le prochain projet devrait trouver un équilibre entre la nécessité de fournir des bons de paiement et une stratégie efficace permettant la viabilité à long-terme. *Moyen terme/Mise en œuvre***
- **Ce projet devrait également envisager plus de messages CCC et CIP à l'intention des hommes en âge de procréer expliquant les avantages de l'espacement des naissances et des préservatifs pour la PF/SR. *Court-terme/Mise en œuvre***

Question Deux de l'évaluation–Comment qualifier les résultats de PSI/M en termes de la mise en place et de la collaboration avec la franchise de cliniques *Top Réseau* ?

Conclusion :

En général, la collaboration entre PSI/M collaboration et les prestataires de *Top Réseau* s'est avérée fructueuse et a facilité la coordination et la compréhension mutuelle entre les membres du réseau. Les personnes interrogées se sont déclarées satisfaites de l'appui et de la collaboration de PSI/M ainsi que du renforcement des capacités qu'il a apporté surtout dans le domaine des soins de santé de base (PF, IST, SMI). La capacité de gestion des prestataires de *Top Réseau* est mise en question.

Le réseau de *Top Réseau* est une solution en complément des soins de santé publics. Les campagnes de promotion effectuées par PSI/M ont sensibilisé les prestataires et renforcé leurs connaissances en matière de prestation des services. La formation médicale fournie aux prestataires de *Top Réseau* a facilité l'amélioration de la qualité des services et l'adoption des produits.

Recommandation au sujet de la durabilité :

- **Le prochain projet devrait évaluer la capacité de gestion des prestataires de *Top Réseau* et leur proposer de l'assistance technique et de la formation en fonction de cette évaluation. À cette fin, il faudrait collaborer avec un partenaire d'exécution capable de prendre en charge le renforcement des capacités humaines pour la gestion opérationnelle et financière. *Moyen terme/Mise en œuvre***

Parmi les besoins précis en matière de gestion figurent :

- L'élaboration de plan(s) d'affaires pour les cliniques de *Top Réseau*.
 - L'identification de processus administratifs pour les remboursements et d'autres structures financières dans le but de simplifier les procédures. L'objectif serait d'améliorer l'efficacité et les marges bénéficiaires.
 - La formation des médecins et professionnels de la santé de *Top Réseau* devrait comprendre des cours sur le suivi des performances et l'établissement de rapports ainsi que de gestion financière.
- **Il serait bon de continuer de promouvoir le manuel des procédures opérationnelles de PSI/M auprès des prestataires de *Top Réseau* pour leur usage propre. Continuer d'encourager les bonnes pratiques de gestion en appuyant les prestataires désireux d'en**

apprendre davantage, surtout dans les domaines du contrôle financier, du développement des ressources humaines dont notamment le renforcement des compétences et l'amélioration de la performance, et des systèmes administratifs. *Long terme/Conception et Mise en œuvre*

- **Dans l'avenir, toutes les analyses de situation devraient mettre l'accent sur les systèmes d'établissement et de transmission des rapports de PSI/M.** Si nécessaire, il faudrait modifier le système en réponse aux problèmes en matière de conformité et intégrer des contrôles de qualité pour éviter les entrées de données fallacieuses. La surveillance de la conformité des rapports devrait s'inscrire dans le cadre d'un plan d'affaires plus général pour les franchises. *Moyen terme/Exécution*

Question Trois de l'évaluation—Quels ont été les résultats de PSI/M en ce qui concerne les systèmes de chaîne d'approvisionnement et de distribution ?

Conclusions :

Comme indiqué en réponse aux questions d'évaluation précédentes, le projet a fait des progrès significatifs pour promouvoir l'accès aux produits dans les communautés. Le projet a fortement amélioré la distribution au niveau des communautés, l'accès des utilisateurs ruraux à des produits de santé particuliers, la formation des ASC à l'utilisation des produits de santé, la formation des centres d'approvisionnement à la gestion des stocks et la mobilisation des intervenants communautaires. Il a également amélioré le système de distribution en proposant un système d'approvisionnement communautaire en complément à la chaîne d'approvisionnement du GOM. Le système de contrôle des stocks en fonction de la demande appliqué par PSI/M a résolu plusieurs problèmes comme par exemple le surstockage entraînant la péremption des produits avant leur vente et utilisation.

Grâce à sa collaboration avec *SantéNet2* et d'autres organisations non gouvernementales (ONG), PSI/M a pu faire en sorte que les utilisateurs ruraux aient accès aux produits, ce qui a eu un effet positif sur les programmes ciblant les populations rurales. Les initiatives de PSI/M ont renforcé la participation des intervenants communautaires, ce qui assurera probablement la pérennité de la chaîne d'approvisionnement en zone rurale.

La chaîne d'approvisionnement a toutefois souffert d'un certain nombre de faiblesses. Les centres d'approvisionnement communautaires qui ont décidé indépendamment de jouer un rôle d'ASC ont créé un conflit au niveau des opérations, ce qui a perturbé les processus de la chaîne d'approvisionnement. Ceci est particulièrement préoccupant en raison de la réduction de la gamme de services à l'intention des utilisateurs finaux (par ex. CIP).

Les visites de supervision au niveau communautaires ont été trop peu fréquentes. Des défaillances de communications entre l'équipe de distribution de PSI/M, les centres d'approvisionnement communautaires et les ASC ont aggravé les problèmes de rupture de stock et contribué à des interruptions des prestations aux communautés qui auraient pu être évitées. Les visites de supervisions auraient dû découvrir les conditions inappropriées de stockage pharmaceutique susceptibles de nuire à l'efficacité des produits.

Les ASC travaillent à temps partiel et ne sont souvent pas disponibles, ce qui complique l'accès à leurs produits et services.

Recommandations :

- **Pour améliorer les communications et par conséquent assurer une chaîne d'approvisionnement efficace et simplifiée, les programmes communautaires financés par l'USAID devraient envisager de subventionner l'achat de téléphones portables et de cartes téléphoniques.** Il serait essentiel d'assurer la durabilité d'un tel appui et explorer d'autres approches comme des incitations (par ex. cartes téléphoniques) aux ASC maintenant un certain chiffre d'affaires. D'autres options pourraient consister à créer des activités rémunératrices sous l'égide de *SantéNet2* et/ou MAHEFA dans le cadre plus général de leur collaboration avec les ONG. L'utilisation de la technologie des SMS aiderait les centres d'approvisionnement à passer leurs commandes. *Court terme/Mise en œuvre*
- **Les futurs programmes devraient étudier la rentabilité et faisabilité de proposer des visites mensuelles des centres d'approvisionnement.** *Court-terme jusqu'à la clôture du projet/Mise en œuvre*
- **Définir clairement et communiquer le rôle des centres d'approvisionnement communautaires et des ASC dans la chaîne d'approvisionnement.** *Court-terme/Mise en œuvre*
- **Envisager d'augmenter la production de matériels promotionnels pour appuyer les ASC dans leurs prestations.**

Question Quatre de l'évaluation – Autres questions interdisciplinaires

Quels ont été les résultats des efforts déployés par PSI en vue de renforcer les capacités des organisations locales ?

Conclusion :

PSI/M a renforcé la capacité des partenaires au moyen de diverses sessions de formation, de visites de supervision, de réunions techniques/de coordination, et de l'assistance technique pour la fabrication des produits. Ceci a permis l'établissement d'une chaîne d'approvisionnement fiable qui fonctionne bien et assure la livraison de produits de qualité aux utilisateurs. Les ruptures de stocks ont été rares et lorsqu'elles sont survenues, elles découlaient de retards administratifs, de problèmes de fabrication et de retards de livraison de produits étrangers (comme décrit plus en détail dans la troisième question de l'évaluation).²

Dans quelle mesure PSI/M a-t-il réussi à aligner et harmoniser son travail avec les programmes nationaux ?

Conclusions :

La chaîne d'approvisionnement communautaire PSI/M a fonctionné en harmonie avec celle du secteur public. Le projet a collaboré avec le GOM en complément des programmes nationaux comme le PNLP, l'a aidé à combler les lacunes des prestations nationales et, par conséquent, a contribué à fournir des produits de santé à l'ensemble des secteurs de la société.

Que pensent les collaborateurs actuels du GOM du projet et de ses résultats et quels sont, à leur avis, les besoins immédiats et à moyen terme dans ce domaine ?

Conclusion :

Dans l'ensemble, les organismes du GOM pensent que PSI/M est un partenaire utile pour atteindre les utilisateurs finaux de produits et services de santé. Ils le considèrent comme un partenaire actif dont la chaîne d'approvisionnement complète celle du secteur public. Toutefois, les communications avec l'Agence du Médicament de Madagascar (AGMED) qui est une entité essentielle pour PSI/M, auraient pu être plus approfondies ou tout du moins plus fréquentes. Des communications plus fréquentes auraient probablement réduit les interruptions et retards lors du lancement de nouveaux produits.

Le projet PSI a-t-il réussi à établir des partenariats avec des ONG locales et internationales pour la distribution des produits de santé ?

Conclusions :

En dépit de contraintes politiques, PSI/M a réussi à maintenir sa collaboration avec des entités publiques pour la distribution de produits de santé, surtout au niveau des régions et des districts. Grâce au PSI/M, SIGMA (un fabricant privé de *Sur'Eau*) a pu obtenir les compétences techniques nécessaires pour mettre au point les formules adéquates et conditionnement appropriés répondant aux besoins du peuple malgache. Le succès de SIGMA est impressionnant. En grande partie grâce aux activités dynamiques de promotion et de distribution de PSI/M, la demande nationale de *Sur'Eau* dépasse de loin la capacité de production de SIGMA.³

L'association entre PSI/M et SIGMA s'est avérée très efficace, complémentaire et essentielle pour l'obtention des résultats atteints dans le domaine de la SMI. PSI/M a sensibilisé les gens aux avantages apportés par l'utilisation de *Sur'Eau* et d'eau salubre en zone urbaine, semi-urbaine et rurale.

Le PSI/M a établi des partenariats réussis avec des ONG pour assurer leurs produits atteignent bien les utilisateurs finaux en zone rurale. Le projet a joué un rôle essentiel pour aider les ONG partenaires à atteindre leurs objectifs de services fournis et celles-ci se déclarent très satisfaites de ce partenariat. Le PSI/M a également mis en place une chaîne d'approvisionnement communautaire active grâce à la participation des centres d'approvisionnement et des ASC.

Quel a été l'impact de la situation politique sur les résultats du projet ?

Conclusion :

Le PSI/M s'est très bien adapté à la situation locale suite à la crise politique de 2009 et a adopté de nouveaux modes de fonctionnement sans interruption évidente de ses prestations. Le projet a continué d'améliorer l'accès à ses produits et services en collaborant avec des organisations non gouvernementales locales et internationales (OING) tout en maintenant les communications nécessaires avec le GOM. PSI/M a habilement navigué cette période turbulente en faisant preuve de doigté, finesse et flexibilité.

NOTES

¹ Le 17 mars 2009, suite à des manifestations dans la capitale, le Président Ravalomanana a transféré le pouvoir à l'armée, laquelle a, à son tour, confié la présidence au chef de l'opposition, Andry Rajoelina, maire d'Antananarivo et leader des manifestations. M. Rajoelina s'est déclaré « Président de la Haute Autorité de la Transition » (HAT) et a promis de tenir des élections présidentielles d'ici octobre 2010 (promesse qu'il n'a pas tenue), suite à un referendum constitutionnel et une révision du code électoral. Les États-Unis ont condamné cette prise de pouvoir contraire à la constitution et à la démocratie et estime que les événements du début 2009 qui ont mené à la mise ne place de facto d'un nouveau chef d'État constituent en fait un coup d'état militaire. Le 17 septembre 2011, les représentants de la plupart des principaux groupes politiques malgaches ont signé une « Feuille de route pour la sortie de la crise à Madagascar », approuvée par la Communauté de développement d'Afrique australe (SADC), visant à mettre fin à la longue crise politique en formant un gouvernement intérimaire plus ouvert partageant le pouvoir pour préparer le pays à des élections. Les États-Unis considèrent que les événements à Madagascar au début de 2009 sont en fait un coup d'état militaire et, par conséquent, a suspendu tous les programmes d'assistance bénéficiant directement au gouvernement ainsi que toute l'assistance humanitaire à Madagascar. <http://madagascar.usaid.gov/crisis-in-madagascar>

² La gestion de la chaîne d'approvisionnement est traitée plus en détail dans la section trois, en ce qui concerne les ruptures de stocks et les mesures adoptées par PSI pour améliorer la distribution. Les données LSAT recueillies n'ont pas permis de calculer une moyenne.

³ Entretien dirigé avec le Directeur de SIGMA, Juin 2012

I. INTRODUCTION

Le présent document rend compte des constatations, conclusions et recommandations d'une évaluation de fin de projet menée par International Business & Technical Consultants, Inc. (IBTCI) sous contrat avec l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID). Le projet évalué est le projet de marketing social pour les produits et services de santé infantile, maternelle et reproductive de Madagascar (désigné ci-après PSI/M) mis en place entre 2008 et 2012 et financé à hauteur d'environ 30 450 000 dollars (USD). Ce projet a été mis en place par Population Services International à Madagascar (PSI/M) sous l'accord de coopération numéro 687-A-00-08-00032-00. Divers sous-bénéficiaires locaux et internationaux ainsi que d'autres destinataires secondaires sont décrits dans l'annexe A, ainsi que leurs niveaux de financement. L'équipe d'évaluation a collecté des données entre mai et août 2012 et a organisé ensuite des entretiens de suivi et des débats avec USAID/Madagascar et PSI.

LE CONTEXTE MALGACHE

Depuis le coup d'état militaire de janvier 2009, Madagascar fait face à une crise politique et socio-économique que subit de plein fouet la population malgache au quotidien. Avant la crise, 70 % de la population vivait avec 1,25 dollar par jour, voire moins. L'inflation, la baisse de l'investissement et la hausse du chômage exacerbent depuis tous les problèmes du pays⁴. Depuis novembre 2012, le gouvernement a été incapable d'organiser des élections libres et démocratiques. Le gouvernement des États-Unis (USG), de concert avec des bailleurs de fond bi et multilatéraux, a suspendu son soutien au gouvernement de Madagascar (GOM) et à toute l'aide non humanitaire jusqu'à ce qu'un président démocratiquement élu et reconnu soit en poste. Avec ce changement de politique, l'intégralité du soutien non humanitaire au secteur public a véritablement pris fin. Toutefois, plus récemment, USAID et ses partenaires opérationnels ont pu à nouveau coordonner et échanger des informations avec le ministère de la Santé (MOH).

La diarrhée est l'une des trois principales causes de mortalité et de morbidité chez les enfants malgaches de moins de cinq ans (CU5). Par ailleurs, on estime perdre 3,5 millions de jours d'école et 5 millions de jours de travail à Madagascar en raison de problèmes liés à l'eau, l'hygiène et l'assainissement⁵. L'accès à l'eau potable est une énorme contrainte sanitaire en zone urbaine, pour devenir extrême en zone rurale. Environ 60 % de la population malgache n'a pas accès à l'eau potable. Les eaux sales ou usées (ménagères) constituent la principale ressource d'eau potable, pour se laver ou faire la lessive. Les enfants issus des 20 % les plus pauvres de la population ont, comparé aux 80 % restants dont les revenus sont plus élevés, trois fois plus de chances de contracter la diarrhée. Pour les enfants des zones rurales, le risque de mourir de maladies diarrhéiques est plus que doublé par rapport à ceux des zones urbaines⁶.

À Madagascar, 37 % des soignants qui consultent pour des CU5 porteurs des symptômes de la pneumonie s'adressent au secteur privé⁷. Sur ce nombre, presque un quart (24 %) se rend dans des centres de santé privés et 11 % dans des pharmacies. Néanmoins, parmi les deux cinquièmes les plus pauvres, moins de la moitié des soignants demande des traitements contre la pneumonie pourtant bien plus mortelle pour les enfants que le sida, le paludisme et la rougeole combinés.

Durant les vingt dernières années, la population malgache a été exposée aux messages CCC (communication pour le changement de comportement) de planification familiale/santé reproductive (PF/SR) sur les produits de santé servant à limiter la taille de la famille ou planifier l'espacement des naissances.

Le paludisme demeure un sujet de préoccupation majeur du système de santé global, malgré les diminutions de la prévalence et de la mortalité comme l'indiquent les DHS 2008-2009 de Madagascar. Le paludisme est endémique dans 90 % du pays et toute la population est susceptible de la contracter. La maladie est la principale cause officielle de la mortalité en hôpital. Les cas de paludisme et les décès signalés grâce au national Health Management Information System montrent une baisse de la morbidité et de la mortalité entre 2003 et 2009. Globalement, les morts en hôpital attribuées aux taux de paludisme en baisse sont tombés de 17 % en 2003 à 6 % en 2009 d'après le Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP). En 2009, le paludisme était à l'origine d'environ 4 % des consultations externes déclarées, et chez 14 % des CU5 admis à l'hôpital, une forme sévère de paludisme a été diagnostiquée⁸.

C'est dans ce contexte épidémiologique et socio-culturel qu'USAID a établi les résultats attendus de PSI/M.

Les taux d'infections sexuellement transmissibles (IST) à Madagascar, congénitales (syphilis) ou transmises sexuellement, sont étonnamment hauts. Bien que la prévalence du VIH parmi la population globale soit officiellement de moins d'un pourcent, les professionnels du sexe (CSW) ont un taux de prévalence VIH d'environ 9 % et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HRH) un taux de prévalence de 14,5 %, voire supérieur.

C'est à l'encontre ce contexte épidémiologique et socio-culturel qu'USAID a demandé à PSI/M des résultats tangibles.

BUT DE L'ÉVALUATION

Selon le cadre de travail (SOW), le but de cette évaluation est double :

- 1) Collecter des données quantitatives et qualitatives sur la mise en place, les avancées et les défis de PSI/M, avec une attention particulière sur les résultats obtenus dans le cadre du projet. Puis examiner ensemble tout obstacle lié au programme, à la gestion, et/ou aux finances affectant la mise en place du projet pour documenter les projets futurs.
- 2) Informer USAID/Madagascar et les principaux intervenants sur les stratégies, les structures et les actions recommandées pour les projets futurs impliquant la chaîne d'approvisionnement et les systèmes de distribution pour en augmenter l'efficacité et les impacts, à savoir la viabilité du système d'approvisionnement de la chaîne pour la collectivité, les zones de priorité pour le renforcement des capacités locales, les lacunes de la supervision et de la structure de gestion, l'orientation du consommateur vers la distribution de produits et la fixation des prix, etc.

HISTORIQUE DU PROGRAMME

L'objectif de PSI/M était d'améliorer l'état de santé de la population malgache, plus particulièrement les femmes et les enfants. La finalité du projet était d'accroître l'usage des produits de santé efficaces, des services et des comportements dans les zones de FP/RH, le traitement des IST, la prévention du VIH, le traitement et la prévention du paludisme, des maladies diarrhéiques, et de la pneumonie. Les stratégies du projet comprenaient l'engagement du secteur privé et un marketing social fondé sur les preuves. Entre 2008 et 2012, PSI/M a soutenu la promotion, la communication, la recherche et la formation aux services de santé, et le marketing social de 16 produits de santé subventionnés par des agences commerciales, pharmaceutiques et communautaires établies aux points d'approvisionnement. Parallèlement, une sélection de produits PSI/M était disponible pour *Top Réseau*, un réseau franchisé de prestataires privés, basés en clinique.

À la demande d'USAID, PSI/M a procédé à une réforme majeure de la conception du projet pour les années fiscales 2011 et 2012, en réponse aux difficultés politiques et socio-économiques qui ont suivi la crise politique de 2009⁹. Le 6 juin 2011, PSI/M a répondu avec une proposition de réajustement des activités du programme et demandé une augmentation de 4 950 000 \$ de son plafond budgétaire sur l'accord de coopération d'origine de 25 000 000 \$ afin d'aligner les activités du projet dans le contexte opérationnel modifié (l'augmentation de budget a été effective en octobre 2011). Pendant FY 2011 et 2012, PSI/M a étendu ses activités aux partenaires du secteur privé, et renforcé les chaînes d'approvisionnement aux niveaux commercial, pharmaceutique et communautaire afin d'absorber et de répartir la distribution de produits pressentis pour une diffusion nationale et d'instaurer un marketing social, des CCC, des communications interpersonnelles, une meilleure répartition de la chaîne d'approvisionnement et d'autres activités de promotion de la santé et de renforcement de capacités avec des partenaires du secteur privé comme les cliniques et les pharmacies du réseau franchisé *Top Réseau*, divers détaillants et d'autres acteurs communautaires comme les distributeurs locaux aux points d'approvisionnement, les ONG, les organisations confessionnelles (OC) et les agents sanitaires communautaires (ASC) pour répondre aux objectifs du projet tout en se conformant aux exigences de l'USG sur la collaboration directe avec le GOM. Pour les cliniques affiliées à *Top Réseau*, PSI/M a également élargi son portefeuille de produits et de prestations annexes faisant l'objet de marketing social, notamment la santé maternelle et infantile (SMI) et a amplifié les services offerts. Cette évaluation devra être visée en ce qui concerne les présents défis sociopolitiques et programmatiques. (Voir l'annexe B pour les cartes commerciales PSI/M et les zones couvertes par *Top Réseau*.)

RÉSULTATS-CLÉS DU PROJET DE MARKETING SOCIAL PSI /M

Les questions d'évaluation s'appuient sur les résultats-clés du projet présentés dans l'accord de coopération plutôt que sur les objectifs du projet. Les résultats attendus sont les suivants :

Résultat Un – SMI

Augmenter la disponibilité et l'usage des interventions vitales à l'efficacité prouvée qui remédient aux principales causes de mortalité des mères et des enfants et améliorent leur santé et leur état de nutrition.

Groupes cibles

- Proches soignants de CU5, avec une implication croissante en zones périurbaines et rurales
- CU5 souffrant de maladies diarrhéiques et pneumococciques, avec une implication croissante en zones périurbaines et rurales.

Résultat Deux – FP - RH

Étendre l'accès aux services bénévoles PF et informations de qualité et aux soins SR afin de réduire les grossesses non désirées et de valoriser les comportements reproductifs sains des hommes et des femmes, et réduire l'avortement ainsi que la mortalité et la morbidité infantile et maternelle.

Groupes cibles

- Femmes en âge de procréer (15-49 ans) (FAP), en mettant l'accent sur les zones rurales
- Jeunes femmes (15-24 ans) dans les zones urbaines cibles

Résultat Trois - Paludisme

Réduire la mortalité liée au paludisme en soutenant la mise en place de l'Initiative présidentielle de lutte contre le paludisme (PMI), les programmes de contrôle relatifs au paludisme et les activités de recherche sur le paludisme.

Groupes cibles

- Foyers (limités à la campagne de distribution massive sur le long terme)
- Femmes enceintes avec priorité aux zones périurbaines et rurales
- CU5 et leurs proches soignants (femmes 15-49 ans) avec priorité aux zones périurbaines et rurales.

Résultat Quatre – VIH/SIDA

Réduire la transmission et l'impact du VIH/SIDA en soutenant les programmes de prévention, de soins et de traitement.

Groupes cibles

- Jeunes (15-24 ans) avec priorité aux zones urbaines cibles
- Professionnelles du sexe et clients, y compris les hommes à risque
- HRH avec priorité aux zones urbaines cibles

PSI/M a mené des études qualitatives et quantitatives régulières sur l'ensemble des quatre domaines de résultats – SMI, PF/SR, paludisme et VIH/IST – avec l'intention de générer des preuves opportunes et recevables afin de mettre en place des interventions ciblées. Ces études s'articulent autour des éléments essentiels des activités de marketing social, souvent désignées par les « 4 P » : produit, prix, placement et promotion. En utilisant et en diffusant ces recherches, PSI/M a cherché à renforcer et étendre la visibilité et l'usage des produits et des services sanitaires essentiels dans tout Madagascar, tout en s'adaptant continuellement aux changements du contexte opérationnel local.

La franchise des cliniques *Top Réseau* a été établie en 2001 par PSI/M pour permettre l'accès des jeunes aux services médicaux et pour encourager l'adoption de comportements de santé plus sûrs, notamment en termes de PF/SR et de prévention du VIH/SIDA. Grâce à *Top Réseau*, PSI/M a établi un réseau unique et innovant centré sur les services cliniques, une première pour PSI à Madagascar. C'est une franchise fractionnée, ce qui signifie que les services offerts par les cliniques privées affiliées ne sont pas tous soutenus par PSI/M mais que PSI/M génère la demande dans les cliniques. A l'inverse des cliniques franchisées Marie Stopes International (MSI), les cliniques *Top Réseau* sont indépendantes et financièrement autonomes. En soutenant la franchise des cliniques *Top Réseau*, PSI/M a mis l'accent sur les activités et la formation liées à la fourniture de services intégrés. PSI/M a aussi apporté son soutien direct via un forfait de base de services sanitaires englobant trois éléments : prise en charge intégrée des maladies infantiles (IMCI), PF et VIH/IST. Les éléments-clés d'IMCI comprenaient la prévention et le traitement de la diarrhée, de la pneumonie et du paludisme. La PF était composé de méthodes contraceptives à la fois sur le court et le long terme, comme la formation sur le dépistage du cancer de l'utérus et des soins maternels de base (conseil de soins post-avortement). Les efforts sur le VIH/IST étaient centrés sur la prévention et l'utilisation incitative de prestataires qualifiés pour les traitements IST et les conseils et tests volontaires (CTV).

Le tableau 1 ci-dessous présente les 16 produits de santé financés par PSI/M et indique quand les produits étaient aussi estampillés PSI/M.

Tableau 1: Produits sanitaires financés par PSI/M	
Domaine de résultat	Marque PSI/M
Dénomination du produit sanitaire	
Produits résultat 1 – SMI (prévention et traitement diarrhée et pneumonie / prise en charge intégrée des maladies infantiles (IMCI))	
<i>Sur'Eau</i> (traitement de l'eau salubre)	Oui
<i>Pneumostop</i> – en sirop (pour traitement léger de la pneumonie)	Oui
<i>Viasûr</i> Kits de traitement de la diarrhée (KTD)	Oui
<i>HydraZinc</i> KTD	Non
Produits résultat 2 – PF/SR	
<i>Pilplan</i> (contraceptifs oraux)	Oui
<i>Confiance</i> (alias DEPO-PROVERA) (contraceptif injectable)	Oui
<i>Rojo CycleBeads</i> (méthode des jours fixes - MJF)	Oui
<i>Copper T 380A</i> (stérilet - IUD)	Non
<i>Implanon</i> (implant contraceptif)	Non
<i>Feeling</i> (préservatif féminin)	
Produits résultat 3 – prévention et traitement du paludisme	
<i>Super Moustiquaire</i> (moustiquaire imprégnée d'insecticide de longue durée-MIILD)	Oui
<i>ACT</i> (polythérapie à base d'artémisinine – ex- ACTIPal)	Non (dès 2012)
<i>RTD</i> (test de dépistage rapide)	Non
Produits résultat 4 – VIH/IST prévention et traitement	
<i>Cura 7</i> (traitement IST non ulcérant) (le nouveau produit est en attente d'autorisation de mise sur le marché, et sera un produit de marque)	Oui
<i>Genicure</i> (traitement IST ulcérant)	Oui
<i>Protector+</i> (préservatif masculin)	Oui
<i>Feeling</i> (préservatif féminin) (produit aussi utilisé comme contraceptif.)	Oui

2. CONCEPTION ET MÉTHODOLOGIE DE L'ÉVALUATION

USAID a soumis à l'équipe d'évaluation 22 différentes questions. Chaque domaine de résultat PSI/M comporte une question d'ensemble et une série de questions connexes. La présentation des résultats, conclusions et recommandations dans le présent rapport s'articule autour de ces questions. Veuillez noter que chaque question ne comporte pas systématiquement une recommandation.

Tableau 2 : Questions d'évaluation	
Domaine de résultat	Principales questions d'évaluation
I.	Quelle a été l'efficacité de PSI en matière de santé maternelle et infantile (SMI), de planification familiale (PF) et de santé reproductive (SR), de paludisme et de maladies sexuellement transmissibles/ virus de l'immunodéficience humaine (VIH/IST) ?
1. SMI	<ul style="list-style-type: none"> Quelle a été l'efficacité de PSI en matière d'activités de prévention et de traitement de la diarrhée ? Quelle a été l'efficacité de PSI en matière d'activités de prévention et de traitement de la pneumonie ?

Tableau 2 : Questions d'évaluation	
Domaine de résultat	Principales questions d'évaluation
	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle a été l'efficacité de PSI en matière de prise en charge intégrée des maladies infantiles ? • Comment ont été utilisés les résultats de la recherche en SMI par PSI ou d'autres ?
2. PF/SR	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle a été l'efficacité de PSI en matière de services de planification familiale ?
3. Paludisme	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle a été l'efficacité de PSI en matière de services de prévention et de traitement du paludisme ?
4. VIH/IST	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle a été l'efficacité de PSI en matière de services de prévention et de traitement des IST et du VIH ? • En quoi les activités de proximité ont-elles amené des progrès notables dans la prévention du VIH/des IST ?
II. Quelle a été l'efficacité de PSI dans la mise en place et la collaboration avec la franchise <i>Top Réseau</i> ?	
Renforcement des capacités de la franchise <i>Top Réseau</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Pour la franchise <i>Top Réseau</i>, qu'a principalement réalisé PSI dans le développement des services du secteur privé ? • L'accès à ces services a-t-il été amélioré pour les plus démunis ? • Dans quelle mesure les cliniques de la franchise <i>Top Réseau</i> sont-elles viables sans l'assistance de PSI ?
III. Quelle a été l'efficacité de PSI en matière de chaîne d'approvisionnement/systèmes de distribution ?	
Chaîne d'approvisionnement / Systèmes de distribution	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles réussites et quelles carences ressortent du maintien de la chaîne d'approvisionnement des produits intra-communautaires ? • Quelle contribution le projet PSI a-t-il apporté à la couverture nationale des produits sanitaires via sa chaîne d'approvisionnement et son système de distribution ? • Qu'en est-il des zones rurales ? • Quel est le niveau de réussite du projet dans la mise en place d'un modèle de chaîne d'approvisionnement pour les programmes de distribution intra-communautaire financés par USAID depuis 2009 ? • Quels ont été les obstacles ? • Comment ont-ils été franchis ?
IV. Autres questions interdisciplinaires	
Questions transversales	<ul style="list-style-type: none"> • En matière de PF et de paludisme, de SMI et de survie des enfants, VIH/SIDA/IST et de chaîne d'approvisionnement, quels sont les résultats des efforts de renforcement des capacités de PSI avec les organisations locales ? • Dans quelle mesure PSI a-t-il pu aligner et harmoniser son travail avec les programmes nationaux, malgré les contraintes, dans l'ensemble des domaines de programmes listés ci-dessous ? • Comment les acteurs du GOM qui collaborent toujours au projet (Institut national de la statistique, Laboratoire national, Système de distribution médicale national, douanes et entités du secteur public en zones urbaines et rurales) perçoivent-ils le projet et ses résultats, et comment

Tableau 2 : Questions d'évaluation

Domaine de résultat	Principales questions d'évaluation
	<p>voient-ils leurs besoins annexes dans le futur proche et sur le moyen terme (NOUVEAU) ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le projet PSI a-t-il réussi à encourager des partenariats avec les ONG locales et internationales pour distribuer les produits sanitaires ? Quel rôle les contributions au projet PSI (CCC, produits, recherche, distribution, formation, logement) ont-elles joué dans la réalisation d'autres partenariats ? • Quel a été l'impact de la situation politique sur la réussite du projet en matière de SMI/PF, VIH/IST, paludisme, survie des enfants et renforcement des capacités ? Dans quelle mesure PSI a pu s'adapter aux nouvelles circonstances et aux modes opérationnels ?

ÉQUIPE D'ÉVALUATION

L'équipe d'évaluation était composée de consultants internationaux originaires de France, des États-Unis et du Kenya, accompagnés de quatre consultants locaux :

Véronique R. Praz, Chef d'équipe et spécialiste du marketing social

Alice Morton, Spécialiste principal de méthodologie d'évaluation

Ian Matondo, Spécialiste en chaîne d'approvisionnement

Ramy Razafindralambo, Spécialiste du suivi et de l'évaluation sur place/site

Jean Clément Andriamanampisoa, Traducteur/recenseur local

Honoré Razafimiandry, énumérateur local

Mahatsindry Randzato Solo, logisticien local

APPROCHE

Cette évaluation se fonde sur des données essentiellement qualitatives mais aussi quantitatives. Compte tenu du grand nombre d'intervenants qui varie selon le degré de proximité avec PSI/M et leur expérience pratique, l'équipe d'évaluation a estimé qu'il était plus significatif de s'appuyer sur des méthodes qualitatives pour mieux répondre à la série de questions d'évaluation détaillée. En conséquence, la plupart des données présentées ici se basent sur les opinions, les souvenirs et les expériences des individus directement ou non liés à PSI/M. Les sources principales d'informations étaient les représentants d'USAID, PSI/M et leurs bénéficiaires et autres partenaires, les entités gouvernementales malgaches de la capitale et au niveau local, les partenaires chargés de la mise en œuvre, les organisations et les participants parmi lesquels grossistes, détaillants et distributeurs, les utilisateurs finaux des produits de PSI/M (bénéficiaires) et les autres bénéficiaires du projet. Les responsables du programme d'USAID/Madagascar et les responsables sanitaires ont accompagné l'équipe d'évaluation en visite sur la plupart des huit sites régionaux en tant qu'observateurs. Ils ont aussi assuré le suivi de l'interprétariat français-malgache vers les dialectes locaux et en français en retour.

STRATEGIE D'ÉCHANTILLONNAGE

Étant donné d'une part la complexité des activités à évaluer et d'autre part la qualité intrinsèque susmentionnée de l'évaluation, les évaluateurs ont adopté une stratégie d'échantillonnage à choix raisonné basée sur l'identification de cas riches en informations, sources essentielles pour tout savoir ou presque sur les activités. Ces cas, sélectionnés pour être étudiés en profondeur, constituaient un

éventail d'approches et d'activités utilisées par PSI/M et leurs partenaires dans différents domaines de résultats et sur l'ensemble des composantes du projet (CCC, CIP *Top Réseau*, soutien en gestion de la chaîne d'approvisionnement, etc.). Cette approche a aussi permis aux évaluateurs d'identifier et d'examiner en détail les nouveaux enjeux et les faits marquants ayant une incidence sur les résultats du projet. Les éléments pris en compte de façon sélective sont :

- La répartition équitable des parties prenantes dans les différentes catégories de personnes interrogées ;
- Le niveau d'exposition de la personne interrogée ou son implication dans les activités du projet afin de créer une représentation équilibrée de la gamme complète des produits et services de soutien du projet ;
- La proximité de la personne interrogée aux sites et activités du projet dans les neuf régions sélectionnées ;
- La disponibilité de la personne interrogée

METHODES

Pour mesurer la disponibilité des produits PSI/M ou l'efficacité du marketing social et des activités de renforcement des capacités, les méthodes de collecte de données utilisées sont les suivantes : 1) collecte de données qualitatives basée sur douze instruments structurés pour les entrevues avec informateur-clé (KII) et forums de discussion (FD) avec des groupes cibles tels que les bénéficiaires (utilisateurs finaux des produits de marketing social PSI/M), les populations les plus à risque comprenant les HRH, PDS, les jeunes, les femmes et les hommes en âge de procréer et les ASC ; 2) les visites de sites aux entrepôts PSI/M centraux et régionaux ; 3) les visites d'observation menées grâce à l'outil d'évaluation de système logistique (LSAT) à Antananarivo et dans huit régions ; 4) visites d'observation de site des détaillants (échoppes, pharmacies, hôtels, boutiques, épiceries, etc.)

La plupart des entretiens¹⁰ ont eu lieu lors des visites aux points d'approvisionnement et de distribution soutenus par le projet, les dispensaires et les villages sélectionnés dans les neuf régions. Les personnes interrogées en KII ont été sélectionnées sur les listes des intervenants du projet remises par USAID et PSI/M et ont fourni un panel de points de vue équilibré. L'encadré 1 reprend la liste des catégories de personnes interrogées et le nombre respectif de KII par personne sur un total de 213 entretiens. L'annexe C donne des renseignements plus spécifiques sur les enquêtés.

Les participants aux FD ont été sélectionnés pour

Encadré 1 : Catégories des personnes interrogées par informateur-clé (n = 213)

- USAID (13 KII)
- PSI/ M staff (35 KII)
- Autres bailleurs de fond (4 KII avec des représentants de l'UNICEF, l'UNFPA, du GFATM et de la Banque mondiale)
- Partenaires PSI/M de mise en œuvre et bénéficiaires secondaires (25 KII)
- Représentants du GOM au niveau central, régional et de district (6 KII)
- Propriétaires, personnel et prestataires de *Top Réseau* (27 KII)
- Présidents du CROM (8 KII)
- Utilisateurs finaux des produits PSI/M (35 KII)
- ASC, éducateurs pairs et superviseurs (20 KII)
- Distributeurs et superviseurs intra-communautaires aux points d'approvisionnement (12 KII)
- Grossistes de commerce (20 KII)
- Grossistes en pharmacie (8 KII)
- Détaillants de produits PSI/M dans la chaîne d'approvisionnement (124 visites d'observation du site)

reproduire un panel équilibré des perspectives données (parmi les catégories suivantes d'intervenants : les bénéficiaires ciblés des produits et des services promus par PSI/M dans les zones rurales, périurbaines et urbaines (proches soignants des CU5, hommes et femmes en âge de procréer, jeunes, PDS, HRH et ASC directement impliqués dans la prestation de services et la distribution de produits. Le cas échéant, les participants à chaque FD ont été sélectionnés parmi des individus de même âge, sexe, résidence et autres critères pertinents. L'encadré 2 donne le nombre de FD pour chaque type de personne interrogée.

CRITÈRES DE SÉLECTION DES SITES

La sélection d'emplacements spécifiques aux visites de sites et aux enquêtes était basée sur les consultations avec PSI/M et les critères suivants : capacité présumée des personnes interrogées à répondre aux questions d'évaluation et à fournir des informations à valider, corroborer, ou à réfuter les rapports et les entretiens de PSI/M, prise en personnes interrogées, sachant que la collecte de données a été menée pendant que le projet PSI/M était dans sa phase de clôture.

Suivant le cadre de travail de la présente évaluation (voir annexe D), l'équipe a visité les sites du projet dans neuf régions y compris Antananarivo et sa périphérie. Dans chacune des neuf régions, ils ont visité un minimum de quatre sites et au moins une communauté rurale et une urbaine pour 22 sites au total. Veuillez-vous référer à l'annexe E pour visualiser tous les sites d'intervention de PSI/M et ceux visités par l'équipe.

Pour permettre à l'équipe d'évaluer la diversité des points de vue sur la mise en œuvre du projet PSI/M, l'équipe d'évaluation a visité les sites allant de ceux impliqués de longue date dans le projet (les plus fournis en personnel et en activités) aux sites étant à l'opposé (ceux qui se sont récemment impliqués dans les activités du projet, avec moins de personnel, d'activités et de partenaires). Les critères suivants ont été pris en compte pour sélectionner les sites et les sources de collecte de données :

- Plateau central et zones côtières
- Villes, communes périurbaines et rurales, villages y compris ceux d'accès difficile
- Différentes populations cibles tels qu'hommes et femmes en âge de procréer, proches soignants des CU5, jeunes, PDS, HRH et leurs associations, entre autres.
- Sites moins visités par le personnel du projet

L'équipe d'évaluation est subdivisée en deux sous-équipes. Chaque équipe a collecté des données à Antananarivo et dans quatre régions de Madagascar sélectionnées lors de la consultation avec USAID pendant les deux premières semaines de travail sur le terrain¹¹. Durant les travaux (11 juin 2012 – 6 août 2012), l'équipe d'évaluation a utilisé une approche globale pour évaluer l'efficacité de la communication de PSI/M et des stratégies de chaîne d'approvisionnement en vue de produire des recommandations sur le fond et sur la forme pour éclairer la conception des interventions nouvelles ou subséquentes. Par ailleurs, l'équipe a examiné les réalisations en fonction des résultats du programme 1-4 pour répondre à chacune des questions de l'évaluation.

L'équipe a visité des sites urbains, périurbains, ruraux, voire isolés. Lors de ces visites, l'équipe a engagé des intervenants pour « vérifier sur le terrain » les changements de comportement rapportés

Encadré 2 : Résultats des FD par type de personne interrogée (n =52)

- Femmes en âge de procréer (12)
- Hommes en âge de procréer (10)
- Jeunes (7)
- PDS (6)
- HRH (5)
- ASC (8)
- PSI/M Central-level Staff (4)

et les niveaux de distribution de produits, et également assurer un contrôle sur les données financières et gestionnaires, et a suivi en direct les prestations de service. Ces guides KII et FD, comme l'outil d'évaluation de système logistique (LSAT), ont généré des données qualitatives et quantitatives pour maximiser la triangulation avec les données provenant d'une étude préliminaire. Les données ont été analysées au cours et à la fin des travaux de terrain. Voir annexe F pour une liste détaillée des régions et des districts visités avec une répartition des types de personnes interrogées et des établissements visités.

Étude préliminaire

Avant le commencement du travail sur le terrain, l'équipe a mené une étude préliminaire sur le matériel et les rapports de PSI/M pour appréhender les composantes et les stratégies du projet et également pour rendre compte de leurs réalisations et de leurs défis. Les documents comprenaient l'accord de coopération de suivi et les avenants, les plans et les manuels de suivi et d'évaluation de PSI/M, le plan de suivi des performances (PMP), la procédure normalisée d'exploitation (SOP) et les manuels, les rapports annuels de PSI/M, les rapports de recherche PSI/M et des renseignements généraux sur la santé à Madagascar comme l'enquête démographique et sanitaire 2008-2009 et d'autres matériaux de référence. L'annexe G comprend la liste des documents de référence. Durant l'étude préliminaire, l'équipe a examiné les données qualitatives et quantitatives du projet.

Entrevue avec informateur-clé

La liste des informateurs-clés a été mise au point avec le concours d'USAID et du siège et du personnel régional de PSI/M. Le directeur de PSI/M pour *Top Réseau* et le directeur des prestations de services de santé a organisé une réunion entre le responsable de l'équipe d'évaluation et les coordinateurs régionaux de PSI/M pour *Top Réseau* à Antananarivo. Cette réunion a permis d'identifier un noyau d'informateurs-clés représentant toutes les catégories des personnes interrogées.

Forums de discussion

En utilisant la méthode de sondage cumulatif, les discussions avec les informateurs-clés ont généré une liste de participants aux FD incluant différents intervenants au projet, dont les fournisseurs de service, les agents commerciaux, les distributeurs intra-communautaires et les utilisateurs finaux. Quand les distributeurs intra-communautaires ou les ASC étaient trop éloignés les uns des autres, il leur a été demandé de se retrouver en un point central pour participer aux FD (et dans quelques cas, aux KII). Chaque FD comprenait entre 6 et 10 participants. Voir l'encadré 2 pour la composition des 52 FD organisés selon le type de personne interrogée. Le FD du personnel de PSI/M était constitué de différents rôles dans le projet : cadres dirigeants, chaîne d'approvisionnement et distribution, CCC et prestations de service.

Outil d'évaluation de système logistique LSAT

Depuis son introduction en 2001 grâce au projet USAID/DELIVER mis en place par John Snow Inc. (JSI), LSAT est une méthode-type d'évaluation de chaînes d'approvisionnement de produits de santé dans les pays en développement. L'outil est conçu pour disposer d'une évaluation qualitative complète des différentes composantes d'un système logistique. Il a été créé pour être utilisé par les ministères de la Santé, les ONG et autres intervenants de la chaîne d'approvisionnement. LSAT a été utilisé dans cette évaluation pour réaliser neuf évaluations aux niveaux central et régionaux.

INSTRUMENTS DE COLLECTE DE DONNÉES

Après que l'Équipe ait mené l'étude préliminaire des documents du projet, ses membres ont conçu 12 guides de collecte de données adaptés aux catégories spécifiques des personnes interrogées. Ces instruments sont présentés dans l'annexe H. Pour collecter l'information sur les systèmes logistiques, l'Équipe a emprunté l'instrument LSAT de JSI.

PLAN D'ANALYSE DE DONNÉES

Les données qualitatives ont été analysées après la tenue de chaque KII et FD. Tous les soirs, l'Équipe d'évaluation (équipes A et B) et leurs interprètes/animateurs respectifs se sont rencontrés pour vérifier leurs notes et leurs tableaux FD et pour déterminer s'il y avait des différences marquées pour les groupes d'autres sites. Chaque équipe a conclu ces réunions en parvenant à un accord sur les constatations du jour. À mi-chemin des travaux de terrain, les deux équipes se sont rencontrées pour évaluer les implications des données qualitatives qu'elles avaient collectées à cette date. Ce processus a parfois amené quelques modifications aux outils de collecte de données, de prise de notes et de saisie de données.

LIMITATIONS

Comme précédemment mentionné, l'Équipe n'a pu sélectionner les participants aux KII ou FD de façon aléatoire parmi un panel connu de personnes interrogeables. Comme pour la plupart des catégories de personnes interrogées, des listes complètes de personnes interrogées à partir desquelles un échantillon statistiquement aléatoire a pu être sélectionné, étaient inexistantes ou pas immédiatement disponibles. Au lieu d'une approche sélective aléatoire, l'Équipe a mis en place un processus de sélection dirigée tel que décrit ci-dessous.

Comme les résultats de cette étude ne se basent pas sur une conception expérimentale, ses résultats ne peuvent servir à avancer des affirmations sur les populations régionales ou l'ensemble des intervenants. L'attribution ne peut être cédée en l'absence d'un fait opposable et l'impossibilité de contrôler des variables parasites. De plus, la nature des entretiens de qualité favorise certains biais, comme entre la personne faisant passer les entretiens et la personne interrogée. Plus précisément, cette étude laissait la place à un certain parti-pris de la personne interrogeant car il y avait six meneurs d'entretien préalables pouvant avoir instillé leurs interprétations personnelles aux questions. Les instruments de collecte de données ont été actionnés en même temps, à l'image d'une équipe qui a contribué à atténuer ce biais.

Pour ce qui est du biais potentiel des personnes interrogées, celles-ci pourraient ressentir le besoin d'exprimer des résultats positifs ou s'abstenir de partager des résultats négatifs (appelé aussi biais « halo »). Malheureusement, la période de rappel pour cette étude était de quatre ans et les personnes interrogées pourraient ne pas se remémorer tous les faits. Il se peut que celles-ci aient attribué par erreur des interventions ou des résultats à PSI/M ou qu'elles aient pu oublier des repères importants attribuables à PSI/M (biais de rappel).

L'Équipe d'évaluation était tributaire des autres pour inviter les participants à rejoindre les FD. Malgré l'objectif d'avoir un groupe de participants équilibré et impartial, il y a eu des cas où des bénévoles autoproclamés pour les FD peuvent avoir dénaturé la perspective que le groupe était censé représenter.

Enfin, les entretiens ont été conduits dans différentes langues. Le chef de l'Équipe d'évaluation est de langue maternelle française et le français est la deuxième langue des autres membres de l'Équipe, à l'exception du spécialiste de la chaîne d'approvisionnement qui ne parle pas français et était

tributaire d'un membre de l'équipe servant d'interprète lors des visites de sites et des entretiens qu'il a menés en collectant les données LSAT. Le malgache est la langue maternelle de la majorité des personnes interrogées, ce qui aurait pu être un obstacle dans l'interprétation de l'entretien.

AVIS AUX LECTEURS

Le lecteur est encouragé à lire les notes de fin utilisées dans ce rapport. La plupart constituent des renseignements spécifiques sur les sources de données pour les informations rapportées et dans certains cas, le nombre exact de personnes interrogées ayant rapporté une constatation particulière. Chaque recommandation est prioritaire en fonction du court, moyen ou long terme pour les objectifs de planification. L'étape associée du développement du projet est intégrée au titre d'un guide proposé aux dirigeants. De plus, veuillez noter qu'une recommandation ne correspond pas systématiquement à une sous-question pour différentes raisons. D'abord, il y a des recoupements parmi les 22 questions d'évaluation, et une recommandation pourrait ainsi se baser sur des conclusions émanant de plus d'une sous-question. Parallèlement, une sous-question ne garantit pas une recommandation.

3. QUESTION UN : EFFICACITÉ DES DOMAINES SANITAIRES CLÉS

Cette partie couvre les différentes composantes intégrées dans Question d'évaluation un : « **Quelle a été l'efficacité de PSI/M en matière de santé maternelle et infantile (SMI), de planification familiale (PF), de paludisme et de VIH/SIDA ?** ». Le domaine programmatique SMI comprend la prévention et le traitement de la diarrhée et la pneumonie pour les CU5. Le soutien pour le PF se présente sous la forme de la promotion et la distribution de contraceptifs, et de prestations de service dans les cliniques franchisées. PSI/M commercialise et distribue les moustiquaires imprégnées d'insecticide (ITN), les kits de diagnostic rapide pour prévenir et diagnostiquer le paludisme, le traitement antipaludéen pour les bébés et les CU5. PSI/M distribue également des produits pour la prévention et le traitement des IST. Sont présentées ci-après les constatations, conclusions et recommandations respectives pour : 1) la prévention de la diarrhée (SMI), 2) le traitement de la diarrhée (SMI), 3) IMCIN (SMI), 4) le traitement de la pneumonie (SMI), 5) les résultats de la recherche en SMI, 6) la promotion et la distribution de produits PF et les prestations de service PF, 7) la prévention et le traitement du paludisme, et 8) la prévention du VIH/des IST, dans cet ordre.

CONSTATATIONS : SMI – PRÉVENTION DE LA DIARRHÉE

Les activités de prévention de la diarrhée de PSI/M comprennent le marketing social et la distribution du *Sur'Eau* de PSI/M, produit de traitement de l'eau produit par SIGMA, un fabricant local privé. *Sur'Eau* est l'un des premiers produits de marketing social offert par PSI/M et qui n'est pas lié à la planification familiale. PSI/M distribue *Sur'Eau* sur l'ensemble du territoire malgache par l'intermédiaire de grossistes et de distributeurs privés, tels que les ASC. Les résultats des enquêtes de PSI/M portant sur l'acceptation et l'utilisation de *Sur'Eau* varient sur la durée de vie du projet. Une étude de suivi permanent des résultats sur la prévention et le traitement de la diarrhée a révélé que la proportion de mères et des proches soignants ayant répondu avoir utilisé *Sur'Eau* le mois précédent l'étude était passée de 9,4 % sur les données de référence de 2008 à 14,9 % en 2009. Mais en 2011, PSI/M a indiqué que cette proportion était tombée à 5,4 %¹². PSI/M a aussi signalé que 32,3 % des personnes interrogées dans le cadre du suivi permanent des résultats de 2011 avaient répondu l'avoir utilisé un jour, à savoir ceux qui l'ont utilisé puis abandonné et ceux qui l'ont très rarement utilisé.¹³

À la fin de la quatrième année de projet, PSI/M a déclaré avoir vendu 6,58 millions de bouteilles de *Sur'Eau*, soit l'objectif cible puisqu'ils ont atteint 82 % de la cible fixée pour la durée de vie du projet.¹⁴ 1,39 millions de bouteilles supplémentaires de *Sur'Eau* ont été vendues entre octobre 2011 et mars 2012, soit pratiquement le double des ventes moyennes sur une période de six mois au cours des quatre années précédentes. En partant de l'hypothèse que toutes les bouteilles de solution d'eau sûre ont été utilisées correctement, PSI/M indique que plus de 14,4 milliards de litres d'eau potable ont été traités pendant la durée de vie du projet, soit 15 % au-dessus de la cible fixée.¹⁵

La majorité des personnes interrogées lors des forums de discussion et des entrevues avec un informateur ont affirmé qu'il est important d'utiliser un produit de traitement de l'eau. Cependant, nous ne disposons pas de données de référence relatives à l'utilisation correcte et factuelle de *Sur'Eau* entre le moment de l'achat du produit et celui de la consommation de l'eau purifiée. Le nombre de bouteilles de *Sur'Eau* vendues et celui des litres d'eau susceptibles d'être purifiés par une bouteille de *Sur'Eau* permettent de faire une estimation approximative de l'utilisation du produit. Aucune donnée empirique — y compris celles du suivi permanent des résultats — n'a permis d'estimer la conversion d'unités de *Sur'Eau* en eau purifiée puis consommée une fois purifiée.

Sur'Eau existe en formule de 150 millilitres (ml) depuis le lancement du projet. PSI/M a noté des problèmes liés à la vente et à l'utilisation des bouteilles de 150 ml de *Sur'Eau* dans les zones rurales. En effet, les constatations de cette évaluation confirment que les plus grandes bouteilles de *Sur'Eau* ont plus de succès dans les zones urbaines que dans les zones rurales. Les habitants des zones rurales achètent en général des aliments et autres produits essentiels en très petite quantité car ils disposent de liquidités limitées. Pour augmenter les ventes de *Sur'Eau*, PSI/M a lancé en octobre 2011 un produit conditionné dans une plus petite bouteille de 40 ml afin de cibler les ventes communautaires. Encore en phase introductive, ce produit était encore relativement nouveau pour les usagers.

Pour satisfaire la demande urbaine avérée, PSI/M a décidé de garder le produit original de 150 ml de *Sur'Eau* sur le marché, au même prix subventionné. Lors du 4^e trimestre de FY12, les ASC ont été formés par le personnel du projet aux techniques de marketing social pour le nouveau et plus petit format de 40ml, et certains ont reçu des kits de démarrage. Toutefois, les personnes interrogées lors des forums de discussions et des entrevues avec un informateur ont déclaré que PSI/M avait du mal à vendre le *Sur'Eau* en bouteille de 40 ml en raison de communication et de promotion insuffisantes au niveau communautaire. Les personnes interrogées dans quelques communes du Mahajanga ont fait état de la concurrence représentée par d'autres ONG qui distribuent gratuitement des gallons d'eau potable, et ils en ont donc conclu que cela aurait pu faire baisser les ventes.

Dans au moins deux des six forums de discussion avec des ASC qui avaient déjà assuré la promotion et la vente de la bouteille plus ancienne de plus grand format, les participants ont cité que *Sur'Eau* était un produit difficile à vendre. Le consensus était que la moitié des huit grandes bouteilles de 150 ml du kit de démarrage se vendaient relativement rapidement, mais que la seconde moitié ne se vendait pas. Les ASC ont reçu comme instruction de garder les bouteilles restantes et d'en continuer la promotion et la vente jusqu'à leur date d'expiration, date à laquelle ils pouvaient les échanger pour de nouvelles bouteilles à leurs points d'approvisionnements.

Selon un responsable communal, les ASC ne peuvent échanger les grandes bouteilles de *Sur'Eau* pour un produit qui se vend bien, comme *Confiance* (produit injectable Depo-Provera) parce que cela entraverait les projections et l'enregistrement des données.¹⁶ La direction de PSI/M à Antananarivo a conseillé aux ASC de continuer à promouvoir et à vendre *Sur'Eau* en leur expliquant qu'augmenter les ventes exigerait une sensibilisation et des efforts accrus. Les ASC qui ont participé aux formations de PSI/M sur la promotion et l'utilisation de la plus petite bouteille de *Sur'Eau* ont anticipé qu'il serait plus aisé de vendre la formule de plus petit format en zone rurale parce qu'elle

est moins chère que les plus grandes bouteilles. Les évaluateurs n'ont pas trouvé suffisamment de données relatives aux ventes pour justifier cette assertion. (Voir en Annexe I la liste des formations offertes aux ASC.)

L'importance du traitement de l'eau potable a été discutée lors des forums de discussions avec les proches soignants d'enfants de moins de 5 ans, les groupes cibles de la prévention et des produits de traitement des maladies diarrhéiques et communications connexes. Dans la mesure du temps disponible, ce thème a aussi été abordé avec les utilisateurs non ciblés tels que les hommes, jeunes, ASC, professionnelles du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, pour déterminer la gamme des bénéficiaires qui avaient été exposés aux messages de CCC. De même, tous les forums de discussion ont été sondés sur la reconnaissance de tous les produits de marque PSI/M. Presque tous les participants aux forums reconnaissaient le produit *Sur'Eau* comme produit de purification de l'eau et l'ont classé en 5^e place sur les 15 produits de marque PSI/M couramment utilisés.

Lors de ces mêmes forums de discussion avec les utilisateurs des produits PSI/M, les participants ont souvent mentionné l'odeur désagréable de *Sur'Eau*, raison pour laquelle ils n'utilisaient pas le produit de façon régulière. Des forums de discussion avec des agents de sensibilisation — tels que les ASC, et les éducateurs formés par leurs homologues à la promotion, l'utilisation et la vente de *Sur'Eau*—n'ont pas mentionné que l'odeur désagréable était la raison d'une faible utilisation. Ces personnes interrogées ont plutôt laissé entendre qu'une utilisation incorrecte de *Sur'Eau* s'expliquait par les messages de CCC et de communication interpersonnelle qui instruisaient les proches soignants sur l'utilisation correcte du produit. Il faut remarquer que PSI/M avait déjà changé les étiquettes sur les instructions d'utilisation du produit car ils avaient constaté suite à leurs propres recherches que celles-ci étaient mal comprises. Au moment de la présente évaluation, les nouvelles étiquettes étaient en place.

En septembre 2011, PSI/M a changé l'étiquetage du *Sur'Eau* suite à la planification du marketing du programme de prévention de la diarrhée. Les instructions d'utilisation portées sur l'étiquette ont été simplifiées car ses recherches (suivi permanent des résultats) ont révélé que le taux d'utilisation correcte du produit était très bas et que l'efficacité du produit en raison de l'utilisation correcte du *Sur'Eau* était en recul.

Les évaluateurs ont découvert que les stratégies de CCC de PSI/M ont renforcé les liens entre l'utilisation du *Sur'Eau* et la prévention de la diarrhée. Certains spots radio et télévisés de CCC comprenaient des messages sur l'utilisation du *Sur'Eau* pour la purification de l'eau mais ne se référaient pas à la prévention de la diarrhée. Et pourtant d'autres messages de CCC, soutenus par d'autres projets, et communiqués dans les mass médias ont lié l'utilisation de *Sur'Eau* aux KTD financés par PSI/M (tels que *Viasûr*, *HydraZinc*, et les marques génériques). Ces messages expliquaient qu'il fallait utiliser de l'eau potable pour la mélanger aux sels de réhydratation orale contenus dans les kits.

CONCLUSIONS SUR LA PRÉVENTION DE LA DIARRHÉE (SMI)

Le transfert des connaissances sur l'utilisation de *Sur'Eau*, à quel moment et comment l'utiliser correctement, ne garantit pas que les publics ciblés adoptent de nouvelles habitudes lorsqu'ils achètent et utilisent correctement ce produit. La raison pour laquelle l'utilisation de *Sur'Eau* est sporadique, inégale et/ou incorrect n'est pas claire, mais il se peut qu'elle soit liée à des messages et à un marketing manquant de clarté, à une odeur désagréable, à la concurrence provenant d'autres sources gratuites d'eau purifiée, au coût des plus grandes formules de 150 ml et /ou à l'intensité des efforts déployés par les ASC en vue de promouvoir le produit, entre autres raisons non identifiées

par cette évaluation. PSI/M était au courant de l'utilisation incorrecte de son produit et a pris des mesures pour améliorer la situation même s'il reste du travail à faire dans ce domaine.

RECOMMANDATIONS POUR LA PRÉVENTION DE LA DIARRHÉE (SMI)

- **Une analyse situationnelle doit être menée pour identifier les obstacles à une utilisation constante et correcte de *Sur'Eau* et également explorer la faisabilité et la place sur le marché d'un comprimé de traitement de l'eau.** Les interventions du projet de suivi doivent s'intéresser à ces constatations et faire l'objet de projets pilotes avant d'être menées à une plus grande échelle. Il faut particulièrement se focaliser sur la création de messages de CCC et de communications interpersonnelles simples mais complets traitant de 1) l'utilisation correcte de produits de traitement de l'eau potable pour la prévention de la diarrhée, et 2) l'absorption de liquides supplémentaires (avec de l'eau purifiée) et l'alimentation normale de l'enfant quand il souffre de diarrhée. Le suivi de l'utilisation correcte et constante de *Sur'Eau* doit être évalué sur la base de référence, à moyen terme et encore une fois à la fin du prochain projet, au moyen d'enquêtes de suivi permanent des résultats. *Moyen terme/Mise en œuvre*
- **Des budgets suffisants doivent être alloués à la sensibilisation des consommateurs sur le nouveau format du *Sur'Eau* en zone rurale.** Les ASC devront revoir les messagers sur l'usage correct du *Sur'Eau* avec les bénéficiaires. *Court-terme/Planification des travaux*
- **PSI/M doit contrôler les ventes de la nouvelle formule de 40 ml de *Sur'Eau*.** Les superviseurs aux points d'approvisionnement doivent former et aider les ASC à enregistrer le nombre de ventes du *Sur'Eau* de 40 ml pour voir s'il a du succès comparés aux ventes du plus ancien et grand format. *Court-terme/Plan directeur (PMP)*

CONSTATIONS : SMI – TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE (SMI)

Depuis 2008, les activités de traitement de la diarrhée de PSI/M sont menées sur la base d'une collaboration entre PSI /M et Abt Associates. Abt était le principal contractant et PSI était un sous-traitant dans le cadre d'un projet, financé de façon centralisée par l'USAID, intitulé POUNZ (Point-of use Water Treatment and Zinc) ayant pour mission d'améliorer la qualité de l'eau et d'adopter un traitement de la diarrhée à base de zinc. Par le biais du contrat de POUNZ et avec l'assistance technique d'Abt Associates, PSI/M a mis au point deux KTD contenant chacun 10 comprimés de sulfate de zinc de 20 mg et deux sachets de sels de réhydratation orale de basse osmolarité. Le kit *Hydra Zinc* a été lancé en juin 2009 et le kit *Viasûr* en avril 2009. Une fois le prototype et la faisabilité terminés, l'USAID Madagascar a été convaincue de la viabilité de cette intervention et a financé directement PSI/M pour continuer la fourniture et la promotion des kits de réhydratation orale.

À la fin de FY2011, PSI/M avait distribué 388 312 unités de kits de réhydratation orale ayant fait l'objet de marketing social, ce qui représente 52 % de la cible de la vie du projet.¹⁷ Au milieu de FY2011, une quantité supplémentaire de 84 181 kits avait été distribuée par des voies communautaires et pharmaceutiques, ce qui ne représentait que 23 % de la cible pour FY 2012. Selon PSI/M, ceci s'explique par un retard de livraison de 200 000 unités de *ViaSur* et de 100 000 unités d'*HydraZinc* qui a entraîné deux mois de rupture de stock d'*HydraZinc* dans les pharmacies aux mois de janvier et février 2012. Ce délai était dû à une erreur administrative de l'APEX (le fabricant) car leur certificat de Bon procédé de fabrication était venu à expiration et avait dû être renouvelé avant de procéder aux expéditions. Malgré tout, les performances de FY 2012 ont augmenté de 40 % par rapport à FY 2011, 265 120 KTD étant distribués en FY 2012, contre 156 676 en FY 2011.

Certaines entrevues avec un informateur ont attribué cette augmentation à l'augmentation du budget attribué aux activités de CCC en 2012. Le kit *Viasûr* est toujours en circulation sur le marché pour la distribution communautaire et est promu et vendu par les ASC dans le cadre du projet *SantéNet2*. Selon les données communiquées par PSI/M, les ventes de *Viasûr* ont augmenté de 8 % depuis le lancement de son Projet de marketing social, de FY 2009 à FY 2011 inclus.¹⁸¹⁹ Le nom *HydraZinc* était mieux connu des personnes interrogées que *Viasûr*. Un peu plus de 4 % des participants aux groupes de discussion ont reconnu ou mentionné spontanément le produit *HydraZinc*, et un nombre légèrement inférieur l'a cité comme l'un des produits de marketing social les plus couramment utilisés. Comparé à *Sur'Eau* qui est commercialisé depuis une dizaine d'années, *HydraZinc* est encore relativement nouveau. En outre, le lancement du kit de réhydratation orale a été entravé par des restrictions publicitaires sur les chaînes publiques et une réduction des infrastructures de communication radiophonique.

Lorsqu'on leur a demandé comment traiter la diarrhée, la plupart des participants des forums de discussion ont mentionné l'utilisation de sels de réhydratation orale sans préciser la marque du produit. Presque tous les proches-soignants interrogés ont volontairement communiqué des informations sur la façon de préparer et d'utiliser les sels de réhydratation orale. Ces participants étaient moins clairs sur la raison et la façon d'utiliser les comprimés de zinc dans le cadre du traitement.

La majorité des participants aux forums de discussion qui ont parlé de la préparation de *Viasûr* et des sels de réhydratation en général, ont souligné qu'il fallait employer de l'eau purifiée et bouillie. La plupart ont dit qu'ils se servaient d'eau bouillie plutôt que du *Sur'Eau* pour traiter l'eau avant de préparer les sels de réhydratation. Lorsqu'on a posé la même question à propos du *HydraZinc*, ils ont encore parlé d'eau bouillie, et dit qu'ils pouvaient préparer les sels de réhydratation orale à la maison. Lorsqu'on leur a demandé s'ils veillaient à ce que les enfants affectés prennent l'ensemble des comprimés de zinc, de nombreux participants aux forums ont admis qu'ils « économisaient » certains comprimés pour les utiliser lors du prochain épisode de diarrhée chez le même enfant, ou chez un autre enfant. Pourtant, d'autres ont dit qu'ils traitaient les enfants en leur donnant la totalité des comprimés consécutivement.

Certaines proches-soignantes qui ont participé forums de discussion étaient conscientes qu'il fallait hydrater les enfants malades outre le fait de leur administrer le kit de traitement de la diarrhée *HydraZinc* pour un traitement adéquat des maladies diarrhéiques, mais elles n'ont pas mentionné que d'autres aliments devraient aussi leur être donnés.

Quelques personnes interrogées ont aussi indiqué que les stocks d'*HydraZinc* ne se vendaient pas parce qu'ils étaient trop chers.

CONCLUSIONS SUR LE TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE (SMI)

L'utilisation de KTD, bien qu'en augmentation, a été entravée par une distribution restreinte du produit pendant la durée de vie du projet, par rapport aux cibles de programme prévues. Quatre messages clés sur l'usage correct des kits de traitement n'ont pas été totalement intégrés par les bénéficiaires cibles interrogés à l'occasion de cette évaluation. Ces messages comprennent : 1) le besoin d'utiliser de l'eau traitée, non bouillie, pour préparer les sels de réhydratation orale ; 2) les enfants malades ont besoin d'absorber des liquides supplémentaires pendant leur maladie ; 3) l'alimentation doit continuer régulièrement pendant le traitement de la diarrhée et 4) la totalité des comprimés de zinc doit être absorbée pour garantir un rétablissement rapide.

RECOMMANDATIONS POUR LE TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE (SMI)

- **Les campagnes de CCC devraient se concentrer plus sur la séquence correcte des étapes de traitement adéquat de la diarrhée.** Le marketing social et les activités de CCC pour le traitement de la diarrhée devraient examiner les campagnes et messages précédents pour combler les failles des quatre messages clé cités plus haut. L'analyse situationnelle suggérée ci-dessus pour mieux comprendre les contraintes d'utilisation correcte du *Sur'Eau* pourrait aussi comprendre un volet sur l'usage correct du kit de traitement de la diarrhée. Les futurs programmes devraient affiner les messages de CCC et de communication interpersonnelle portant sur la raison d'administrer la série complète de comprimés de zinc pour traiter les enfants atteints de diarrhée. *Moyen terme/Mise en œuvre*
- **Les initiatives de communication doivent se poursuivre pour renforcer la sensibilisation sur les marques *HydraZinc et Viasûr*.** Les campagnes de CCC, de communication interpersonnelle et le matériel pédagogique devraient se faire de concert pour relayer un message unifié et simple. *Moyen terme/Mise en œuvre*

CONSTATATIONS : SMI — TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE

Avant FY2011, PSI/M n'avait pas offert de services ou de produits ciblant précisément la pneumonie chez l'enfant ou l'adulte. Au niveau national, toutefois, le MOH a décidé, dans son plan stratégique, d'attribuer une forte priorité à la réduction de la pneumonie. Au titre de la Modification 11 (30 septembre 2011) de l'Accord de coopération, PSI/M a lancé des activités visant à développer et distribuer un antibiotique répondant à besoin prioritaire.

Au cours de FY 2012, PSI/M a introduit le cotrimoxazole, traitement pré-emballé fortement subventionné destiné au traitement, au niveau communautaire, d'une forme de pneumonie non-aigüe. Ce nouveau produit a été commercialisé sous la marque *Pneumostop* dans deux formules de suspension orale pour les enfants âgés de deux ans à 11 mois et de comprimés pour les enfants de 1 à 4 ans. La marque *Pneumostop* a été officiellement lancée en novembre 2011 pendant la Journée mondiale de la pneumonie, mais l'obtention de l'autorisation de commercialiser le médicament (AMM) auprès du Département des agences médicales de Madagascar (DAMM) pour la formule sous forme de sirop a pris bien plus longtemps que prévu. Même si PSI/M avait déjà fait des stocks de sirop et formé son personnel (ONG partenaires et ASC) il n'a pu commencer à le distribuer qu'en juin. Le processus d'enregistrement de la formule sous forme de comprimé n'est pas encore terminé et s'est avéré bien plus complexe et long qu'à l'ordinaire. Pour aggraver encore plus la situation, il y a eu un changement de fournisseur de comprimés de *Pneumostop* et par conséquent, tous les documents administratifs ont dû être refaits au nom du nouveau fournisseur, ainsi que tous les certificats et échantillons. Vu ces délais d'enregistrement, PSI/M n'a pas pris le risque de commercialiser les comprimés tant qu'ils n'ont pas la certitude que la procédure d'enregistrement a abouti. Hormis le lancement, les activités de communication relatives au *Pneumostop* ont été limitées aux séances de l'Unité mobile vidéo et aux

« Il n'y a pas assez de proches soignants qui amènent les enfants se faire soigner lorsqu'ils présentent des symptômes d'infection respiratoire aiguë, et seuls 42 % des enfants de moins de 5 ans ayant une toux thoracique et une respiration rapide ont été amenés dans un centre de santé en 2008, comparés à 48 % en 2003 ».

Institut national des statistiques (Madagascar), Enquête sanitaire et démographique à Madagascar 2008-2009. Calverton, États-Unis : ICF Macro, 2010

événements spéciaux. Aucune future activité n'est prévue tant que l'enregistrement des comprimés n'est pas terminé. Bien que la situation ne relève pas des intérêts gérables du projet, PSI/M n'avait pas de plan de contingence en place pour parer à ce long retard après le lancement.

Comme le sirop *Pneumostop* n'a pas été disponible avant la moitié de la période de collecte de données de la présente évaluation, son degré de reconnaissance et son classement par rapport aux autres produits du marketing social par les bénéficiaires ciblés ont été assez faibles. Seuls environ 2 % des participants et personnes interrogées connaissaient ce médicament ; il s'est classé à la 11^e place sur les 15 produits PSI/M les plus fréquemment utilisés. Les ASC ont dit que *Pneumostop* était un excellent produit qui s'était bien vendu, mais que la dernière fois qu'ils avaient essayé de se réapprovisionner, le produit n'était plus disponible. Ni eux ni les directeurs des points d'approvisionnement ne pouvaient expliquer cette rupture de stock. Sans un réapprovisionnement de kits de *Pneumostop*, les ASC craignaient que les proches-soignants ne recourent à nouveau aux remèdes maison pour traiter les enfants souffrant de pneumonie. Par contre, les prestataires de soins de santé et les distributeurs ont généralement reconnu et indiqué que le *Pneumostop* était considéré comme un médicament efficace et avait une bonne réputation.

Mis à part le fait que la formule sous forme de comprimés pour les enfants de 1 à 5 n'était pas vendue sur le marché, la grande majorité des personnes interrogées lors des entrevues avec un informateur — notamment le personnel de PSI/M et les médecins du secteur public dans les communes — ont déclaré que le produit était extrêmement efficace pour traiter la pneumonie chez les enfants de moins de 5 ans et ont déclaré qu'il était en forte demande.²⁰ Les personnes interrogées lors des entrevues avec un informateur du MOH aux niveaux des communes et des districts ont souligné l'efficacité du sirop *Pneumostop* pour le traitement de la pneumonie chez les enfants de moins d'un an.

CONCLUSIONS SUR LE TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE (SMI)

Le PSI/M avait l'ambition de concevoir des activités de CCC et de lancer de nouveaux produits de traitement de la pneumonie lors de la dernière année du projet. Cependant, le retard de lancement du *Pneumostop* en comprimés empêchera probablement PSI/M d'atteindre les cibles fixées pour FY 2012. Il est impossible de déterminer la pérennité de cette intervention de SMI qui vient tout juste d'être introduite à la fin de FY 2011. Les résultats mixtes concernant les ventes et la reconnaissance du produit sont sans doute dus au lancement rapide des activités de traitement de la pneumonie.

RECOMMANDATIONS POUR LE TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE (SMI)

PSI/M devrait procéder à une étude de cas sur le lancement de *Pneumostop* to pour que cette expérience serve d'enseignement afin d'atténuer les problèmes futurs concernant l'introduction d'un produit. Le futur programme devrait prendre en considération le besoin de répéter la campagne de CCC et les activités de marketing social pour régler les problèmes causés par le long délai écoulé entre l'introduction du produit et sa mise sur le marché. *Moyen-terme/Mise en œuvre*

CONSTATATIONS : SMI—PRISE EN CHARGE INTEGREE DES MALADIES INFANTILES (PIMI)

À la fin de FY 2011, PSI/M a ajouté un volet PIMI à son portefeuille d'activités visant à intégrer le message CCC de survie des enfants pour ses produits SMI faisant l'objet de marketing social.

L'objectif était d'encourager les comportements favorisant la santé. PSI/M a également profité des

Encadré 3 : Description de PIMI

PIMI couvre la prévention et le traitement de la diarrhée et déshydratation sévère, de la pneumonie et ARI et du paludisme, et la promotion de l'allaitement maternel exclusif. En ce qui concerne le renforcement des capacités institutionnelles, la stratégie PIMI consiste à améliorer les compétences du personnel de la santé, les systèmes de santé ainsi que les pratiques familiales et communautaires.

événements et activités SMI organisés de concert avec des partenaires ou organisations sous-bénéficiaires pour harmoniser les messages PIMI adressés aux populations-cibles.

Sur le terrain, les officiels du MOH et des prestataires de santé sous régionaux ont mentionné l'importance d'adopter une approche PIMI pour améliorer et harmoniser les messages concernant la survie des enfants, ce qu'ont fait certains prestataires de *Top Réseau*. Les prestataires d'ONG (comme Mercy Ministries) et d'OC (comme l'agence de santé de la Mission luthérienne à Madagascar (SALFA)) ont reconnu l'importance d'harmoniser la PIMI de PSI/M, des travailleurs de proximité et des prestataires de soins. Les proches soignants de CU5, et d'autres femmes susceptibles d'utiliser les produits de PSI/M ont parlé des produits

contre la diarrhée, la pneumonie et le paludisme mais n'ont pas utilisé le terme PIMI. Ce n'est pas surprenant étant donné que cette approche n'est appliquée que depuis un an et qu'un nombre très faible d'ASC ont été formés à la PIMI ou ont obtenu des documents pédagogiques en appui de cette approche au cours des quelques mois précédant l'évaluation.²¹

L'évaluation a constaté certaines lacunes dans la teneur de la formation assurée aux ASC sur comment disséminer efficacement les messages PIMI. Dans les FD, les ASC n'ont pas parlé en particulier des activités PIMI mais ont indiqué qu'il leur fallait plus de formation pour mieux connaître les facteurs prédisposant les enfants aux maladies courantes. Ils ont également demandé des formations sur les approches à adopter pour améliorer les comportements des proches soignants aux prises avec de multiples maladies. Un certain nombre d'ASC ont également demandé plus de formation pour pouvoir identifier les maladies correctement et plus rapidement.

Les modules de formation SMI sont proposés aux prestataires de santé dans les cliniques *Top Réseau* et d'autres médecins. Soit PSI/M assure cette formation directement, soit ce sont les représentants du conseil régional de l'ordre des médecins (CROM) s'en chargent et communiquent souvent le contenu de la formation à d'autres médecins et professionnels de la santé des secteurs privé et public.

CONCLUSIONS SUR PIMI (SMI)

L'approche PIMI de PSI/M n'avait pas été suffisamment raffinée comme l'indique la compréhension mitigée des proches soignants des différents messages SMI et de la relation entre ces messages. C'est probablement le cas en raison de l'introduction tardive de PIMI dans le programme de travail de PSI/M. Celle-ci a toutefois entrepris des démarches positives pour bâtir des partenariats en vue de disséminer les messages PIMI sélectionnés aux publics-cibles. Il y a grand mérite à intégrer les activités SMI de PSI/M financées par USAID avec celles financées par d'autres bailleurs de

fonds. Cette intégration tire le meilleur profit des ressources disponibles et harmonise les messages de survie avec les autres programmes financés par USAID.

RECOMMANDATIONS POUR PIMI (SMI)

- **Les cursus de formation des ASC devraient présenter une approche globale du dépistage et du traitement des maladies infantiles.** Dans l'avenir, par exemple, les programmes devraient renforcer la formation CIP des ASC qui encouragent de poursuivre l'allaitement et de donner de l'eau traitée et/ou une alimentation normale aux enfants atteints de diarrhée, paludisme ou pneumonie. *Court terme/Conception*

CONSTATATIONS : SMI – UTILISATION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

Au niveau central, les résultats de la recherche appliquée de PSI/M sur différents aspects de la SMI incluant la PIMI sont partagés avec les partenaires, y compris ceux travaillant avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial). Le ministère de la Santé et les autres représentants du GOM ont affirmé que les résultats de la recherche de PSI/M dans le domaine de la SMI ont aidé le ministère à évaluer et modifier la politique SMI et à développer les stratégies appropriées de mise en œuvre. La recherche PSI/M est intégrée dans les services et les soins SMI améliorés, et est utilisée pour améliorer les stratégies du projet comme le ciblage du public approprié pour les produits SMI commercialisés sur une base sociale et les campagnes CCC. PSI/M utilise aussi ses constatations de recherche pour améliorer les formations et les messages IPC pour mettre en place partenariats, ASC et de éducateurs pairs.

Les résultats sont aussi saisis dans le système d'information et de suivi (MIS) pour être utilisés dans le suivi et les comptes rendus des sous-composantes de projet spécifique. Les résultats de la recherche appliquée obtenus par PSI/M sont utilisés comme les fondements de la prise de décision sur les produits, les communications et le contenu de la formation pour les services SMI offerts au niveau communautaire et dans les cliniques de *Top Réseau*.

Les résultats de la recherche sont accessibles à l'ensemble du personnel PSI dans le monde entier sur l'intranet PSI. De même, les constatations sont résumées et partagées à l'extérieur via les médias écrits, documentation incluse.

CONCLUSIONS SUR L'UTILISATION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE SMI

Un constat important dans le partage des résultats de la recherche PSI/M est qu'ils sont entièrement à la

Encadré 4 : Réalisations PF PSI/M

-entre juillet 2008 et mars 2012, à six mois de la fin du projet, 82% des ventes de contraceptifs visées avait été atteint ;

-pour les six premiers mois de FY2012:

- Les ventes intra-communautaires de *Pilplan* ont grimpé de presque 50%, ce qui équivaut à 42% de l'objectif global annuel pour les ACP ;
- Presque 30 ,000 ACP ont été réalisées grâce à la distribution et à la promotion des contraceptifs socialement commercialisés, à l'exception des préservatifs ;
- Les ventes *Confiance* ont augmenté globalement de 62% lors de la même période sur FY 2011, avec des ventes en pharmacie du même ordre.
- Les ventes intra-communautaires ont *doublé* en pourcentage à ts les niveaux —de 27% à 54% au premier semestre de FY2012 comparé aux taux de FY 2010-2011.

Rapports annuels PSI/M

disposition des pour les officiels du MOH. Par ailleurs, il s'avère que les soins SMI offerts tant au niveau public que privé seront améliorés en y intégrant les interventions SMI qui ont fait leurs preuves. Une fois les barrières politiques levées, les futurs programmes de marketing social seront plus faciles à coordonner avec le MOH et l'utilisation de la recherche SMI mieux promue via les secteurs public et privé.

CONSTATATIONS SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE ET LA SANTÉ REPRODUCTIVE

Les personnes interrogées en KI et FD ont noté que les croyances religieuses et les pressions étaient un véritable obstacle pour les femmes voulant utiliser les produits et services PF/SR. Avoir une famille nombreuse est une préférence traditionnelle notable, d'après la plupart des hommes interrogés en tout cas. Les informateurs-clés et les participantes aux FD ont régulièrement mentionné que la polygamie est une pratique locale. Bien qu'elle ne soit pas officiellement sanctionnée, elle constitue une autre barrière pour les femmes dans la négociation et le contrôle de leur comportement sexuel et reproductif, qu'elles soient dans une forme d'union stable ou non.

L'objectif de PSI/M était d'arriver à 2 363 949 années-couples de protection (ACP) par la vente de contraceptifs (à l'exception des préservatifs) sur la durée du projet²². Avant l'existence des cliniques *Top Réseau* destinées aux jeunes, les adolescentes avaient du mal à se procurer des produits contraceptifs en raison du manque de services ciblés mais aussi à cause des traditions. À l'origine, le réseau de cliniques *Top Réseau* avait été créé pour fournir aux jeunes un accès à des informations, des produits et services de contraception de qualité. PSI/M a organisé une formation pour former des éducateurs pairs pour la jeunesse et ciblé les responsables d'associations de jeunesse pour une meilleure sensibilisation. Celle-ci s'articulait autour de la promotion des méthodes de PF pour garantir la santé des jeunes mères sur le long terme. Par conséquent, USAID et PSI/M ont réorienté la priorité des cliniques *Top Réseau* pour promouvoir les méthodes de PF auprès de tous les groupes d'âge y compris les femmes vivant une relation stable. De plus, les conseillers en PF ont été formés et recrutés pour mener à bien un programme intensif de sensibilisation pour s'assurer que les femmes ayant choisi librement une méthode contraceptive continueraient à recevoir des soins réguliers aux cliniques *Top Réseau* (ou un autre établissement recommandé, public ou privé) pour les méthodes à long terme comme les stérilets (IUD) et les implants, et en pharmacie pour obtenir les contraceptifs à court terme.

PSI/M a distribué ou donné une nouvelle marque aux méthodes PF à court et long terme. *Confiance*, un contraceptif injectable à trois mois, est la méthode à court terme la plus populaire et *PilPlan*, contraceptif oral, est la méthode à court terme la plus populaire. Les activités du projet qui soutenaient la SR comprenaient le dépistage du cancer de l'utérus et les soins post-avortement. Les fournisseurs de *Top Réseau* ont reçu une formation sur les méthodes à long comme à court terme, la gestion et le traitement des IST, et les SDV pour le VIH/SIDA. Le stérilet, du fait de sa grande popularité, fait actuellement l'objet d'une promotion de la part de certains fournisseurs *Top Réseau*.

Les données ont aussi été collectées d'après les expériences des intervenants et des utilisateurs finaux et la perception de la qualité des services et produits PF que soutient le projet. Un certain nombre de personnes interrogées en KII et FD ont mentionné que la disponibilité des coupons de réduction avaient énormément facilité l'accès à différentes méthodes PF dans les cliniques *Top Réseau*. Certaines personnes interrogées ont dit qu'elles ne pouvaient se permettre de chercher les produits PF, VIH/IST et SMI ou les autres services quand les coupons de réduction n'étaient pas disponibles. Comme les coupons s'appliquent à des produits spécifiques et ne doivent pas être utilisés hors du réseau *Top Réseau*, certains informateurs-clés et participants FD se sont plaint qu'ils

ne pouvaient utiliser les coupons dans les pharmacies quand ils ont des ordonnances pour obtenir des contraceptifs non disponibles à *Top Réseau*, annulant des rendez-vous de suivi pour *Top Réseau*, entre autres, prévus tous les trois mois, et a amené d'autres femmes à passer à des méthodes moins onéreuses, comme la pilule. Très peu de ces personnes interrogées ont reconnu avoir recours à la méthode du calendrier.

L'utilisation des produits et services PF/SR commercialisés sur une base sociale a aussi été débattue avec les ASC. D'après eux, l'approche de PSI/M envers les ASC mères a contribué à introduire et promouvoir les produits et services PF/SR. Les ASC ont été les plus enthousiastes lors des débats sur la SMI, la diarrhée, l'IMCI et les infections respiratoires aiguës (ARI), et les problèmes de paludisme rencontrés par leurs enfants, comme l'utilisation de méthodes modernes PF/SR. Elles ont montré de la fierté à partager leurs connaissances.

CONCLUSIONS PF/SR

La franchise *Top Réseau* est maintenant positionnée en tant que réseau de cliniques de marque où tous les membres de la famille peuvent chercher – et trouver – des services sanitaires et certains produits. Les cliniques ont réussi à rendre les services PF/SR plus accessibles.

Les inégalités sexuelles en vigueur vécues par de nombreuses femmes constituent un sérieux obstacle dans la sécurisation de la PF et d'une SR saine.

La disponibilité des coupons a pu affecter la décision des femmes de s'engager ou non sur des méthodes à court et long terme et d'utiliser ces méthodes correctement. Comme avec d'autres traitements préventifs, la contraception a pu être perçue comme une dépense moins prioritaire face à un pouvoir d'achat limité.

L'approche de PSI/M pour promouvoir la FP/SR (et la SMI) avec les PDS a été une stratégie gagnante de CCC et d'IPC et a servi à asseoir les bases de débats continus.

RECOMMANDATIONS PF/SR

- **Le prochain projet devra équilibrer les besoins en coupons et la conception d'une stratégie effective sur la durabilité à long terme. *Moyen terme/Mise en œuvre***
- **Ce projet devra aussi prévoir d'intégrer plus de messages CCC et PIC pour les hommes en âge de procréation sur les avantages de l'espacement des naissances et l'utilisation des préservatifs pour la PF/SR. *Court terme/Mise en œuvre***

CONSTATATIONS SUR LA PRÉVENTION ET LE TRAITEMENT DU PALUDISME

Une transposition à l'échelle nationale des interventions préventives, largement soutenues par le Fonds mondial, IPPI et d'autres bailleurs de fond, a été effectuée. Par le biais de l'IPPI, USAID soutient 1) la distribution massive gratuite de moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée (MIILD) tous les trois ans ; 2) la distribution tout au long de l'année de MIILD faisant l'objet d'un marketing social ; 3) la provision de tests de dépistage rapide (TDR) au niveau communautaire, et 4) les activités CCC pour la prévention et le traitement du paludisme. Toutes ces activités continueront à recevoir le soutien d'USAID, à l'exception du marketing social des MIILD. Des progrès essentiels ont été faits quant à l'utilisation intensive des MIILD par tous et dans les groupes vulnérables. Ainsi, leur utilisation par les proches soignants pour les CU5 est passée de 58 % en 2008-2009 à 89 % en 2011. Parmi les districts ciblés, les propriétaires de MIILD ont augmenté de 72 % pour une MIILD

ou plus dans un foyer en 2008-2009 jusqu'à 94 % en 2011. PSI/M a pu ajouter le financement IPPI à son portefeuille anti-paludisme et USAID dans ce projet. Parallèlement, tous les autres bailleurs de fonds ont mentionné ci-dessous qu'ils intensifiaient leurs programmes, avec PSI comme premier bénéficiaire, ou sous-bénéficiaire.

Cela étant, les activités de promotion des produits antipaludiques de PSI/M ont donné des résultats mitigés. Les bénéficiaires ont placé *SuperMoustiquaire*, une MIILD, quatrième sur les 15 produits les plus utilisés par les personnes interrogées. Celles-ci ont aussi régulièrement reconnu l'efficacité des MIILD de prévenir le paludisme et sauver des vies, générant une forte demande pour ce produit. Toutefois, les personnes interrogées ont signalé de fréquentes ruptures de stocks même si les MIILD sont à disposition dans des zones spécifiques lors des campagnes nationales contre le paludisme.

Au cours des FD avec les proches soignants des CU5, et des KII avec les fournisseurs de services et les distributeurs, les personnes interrogées ont signalé une forte demande de traitement antipaludique tel que le format générique estampillé polythérapie à base d'artémisinine (ACT). Les participants aux FD ont pu identifier l'ACT comme le traitement approprié au paludisme et ont souligné la disponibilité récente des TDR. Malheureusement, les participants aux FD ont signalé que la chloroquine et la quinine sont toujours utilisées.

CONCLUSIONS SUR LA PRÉVENTION ET LE TRAITEMENT DU PALUDISME

Le rôle coordonné des différents bailleurs de fonds du Programme national de contrôle du paludisme du GOM est l'un des meilleurs exemples d'instauration de partenariats collaboratifs à Madagascar sur une question de santé publique. PSI/M a contribué à faire avancer le programme national sur le paludisme en apportant une sensibilisation et une formation complémentaires sur la prévention et le traitement du paludisme via l'approche IMCI pour les CU5.

RECOMMANDATIONS SUR LA PRÉVENTION ET LE TRAITEMENT DU PALUDISME

- **Le projet de suivi devra être chargé de développer et positionner les nouveaux produits antipaludiques et de lancer les campagnes de communication, dans la continuité éventuelle de leur collaboration avec le FMTSP. *Long terme/Mise en œuvre***

CONSTATATIONS : PRÉVENTION VIH/IST

PSI/M a soutenu la distribution à grande échelle des préservatifs féminins commercialisés sur une base sociale comme *Feeling* et les préservatifs masculins comme *Protector+*. *Feeling* est distribué via les ventes directes par les agents IPC (éducateurs pairs PDS) aux professionnels du sexe, qu'ils soient en associations ou en indépendants. À la différence de *Protector+*, *Feeling* n'est pas disponible au niveau communautaire (dans les points de vente et auprès des ASC). De même que *Protector+*, *Feeling* est vendu par les prestataires *Top Réseau* intéressés (notamment ceux en contact régulier avec les PDS et les HRH). La mise à disposition de préservatifs au niveau communautaire (via les points d'approvisionnement et les ASC) a été délicate en raison des barrières culturelles, de la stigmatisation des préservatifs, de leur intérêt limité sur place (et de là la moindre motivation des ASC à les vendre/promouvoir).

L'utilisation de préservatifs a été limitée dans la chaîne d'approvisionnement intra-communautaire. Pourtant dans les zones urbaines, les éducateurs pairs ont signalé une utilisation élevée de *Protector* + et plutôt correcte de *Feeling* grâce aux actions de sensibilisation sur le terrain.

Tous les agents CIP (éducateurs pairs) sont recrutés, formés et supervisés par le personnel PSI/M. Ils travaillent en zone urbaine et servent de contact de référence pour les prestataires *Top Réseau* dans les services de PF, IST et SDV. Grâce au financement d'USAID, plusieurs équipes d'agents CIP ont été créées : jeunes, hommes à risque élevé, PDS et HRH. Les activités IPC incluent la promotion et les ventes de préservatifs masculins et féminins aux membres individuels des groupes cibles, ainsi que la référence et la promotion des services VIH/IST (et PF) aux centres *Top Réseau*. Les éducateurs pairs formés par PSI/M sont parvenus à toucher les publics cibles tels que les jeunes sexuellement actifs, les PDS et les HRH par le biais d'associations et de clubs (groupes de jeunes). En s'engageant auprès de ces associations et de ces clubs, les éducateurs pairs ont aussi facilité l'accès aux prestataires de services comme *Top Réseau* pour ces populations les plus à risque.

Les proches soignants et les populations les plus à risque (PPR) ont déclaré que les coupons sont un moyen incitatif efficace d'accéder aux produits et consultations préventives. Ces consultations ont amélioré les connaissances et l'accès aux services sanitaires comme pour la SMI, les PDS et les HRH qui ont déclaré qu'ils ont recours aux tests plus souvent quand les coupons sont disponibles. Et les jeunes gens interrogés ont indiqué être réceptifs aux messages CCC et IPC de PSI/M sur la prévention et le traitement du VIH/des IST.

Avec la fin du financement du PEPFAR en septembre 2012, l'accès aux services de prévention du VIH/SIDA est désormais limité. La réduction du soutien aux éducateurs pairs, qui sensibilisent à la prévention du VIH/SIDA auprès des HRH et des PDS et autres groupes vulnérables, a généré une incertitude sur le moyen d'accéder aux produits et services. Du fait de la réduction du financement d'USAID pour les activités VIH en 2012, des contrats pour tous les éducateurs pairs (sauf ceux de Morondava qui travaillent pour le secteur public) ont été conclus. Le remplacement des éducateurs pairs a commencé en août 2012, avec le financement du FMTSP. Les préservatifs *Feeling* doivent être distribués aux PDS par les éducateurs pairs, une fois ceux-ci recrutés et formés. Cela s'est traduit par l'effondrement des ventes de ces préservatifs en juillet-août pour arriver à quasiment zéro (de près de 3 000 vendus en juin et plus de 4 000 en mai 2012). En septembre, les ventes sont remontées (1 000). Lors des KII avec les éducateurs pairs et les FD avec les PDS et HRH, les personnes interrogées ont exprimé leur préoccupation quant au renvoi des éducateurs pairs ; ils s'inquiétaient notamment d'un report d'acheminement possible des coupons pour les tests VIH/IST.

Comme préalablement mentionné, les prestataires *Top Réseau* ont été formés à la prise en compte et au traitement des IST, et au SDV pour le VIH/SIDA. Les cliniques offrant les services SDV sont estampillées *Top Réseau Plus*.

Toutes les personnes interrogées ont confirmé que le taux d'IST à Madagascar est élevé : environ 7 % de la population, et les femmes constituent la majorité des cas. La plupart des personnes interrogées estiment que beaucoup reste à faire pour la promotion de la prévention et le traitement des IST, du SDV pour le VIH/SIDA et des soins post-avortement. Certaines patientes ayant participé aux FD ont déclaré avoir fait une demande de stérilet, irrecevable car elles étaient porteuses d'IST. Elles ont été avisées qu'elles devaient être guéries avant de pouvoir recevoir un stérilet. Le traitement des IST nécessite généralement des visites régulières en clinique, et se transforme souvent en facteur économique les dissuadant de poursuivre le traitement. Les coupons pour la pose d'un stérilet sont financés par une subvention n'émanant pas de l'USG et ne sont attribués qu'aux patientes d'Antananarivo d'un certain niveau socio-économique. Ce programme de coupons n'a aucun lien avec le traitement des IST. Durant les KII avec cinq prestataires *Top Réseau* dans la région

de Mahajanga, les personnes interrogées ont indiqué que les prestataires de services n'ont pas le temps de prodiguer des conseils sur les IST et se concentrent sur la prévention et le traitement du VIH/SIDA uniquement.

Les constatations faites sur les inégalités sexuelles précédemment mentionnées dans les échanges sur la PF/SR font aussi partie de la prévention du VIH/SIDA quant à la capacité des femmes à convaincre leurs partenaires d'utiliser des préservatifs.-

CONCLUSIONS SUR LA PRÉVENTION DU HIV/DES STI

Les éducateurs pairs soutenus par PSI/M ont réussi à toucher les PPR comme les jeunes sexuellement actifs, les PDS et les HRH à travers associations et clubs. Les constatations révèlent l'efficacité de cette stratégie pour diffuser les informations sur la prévention et le traitement du HIV/des IST.

La stratégie d'utilisation des coupons de réduction pour financer les tests HIV/IST et l'assistance PF dans les cliniques *Top Réseau* ont amené de nouveaux clients à utiliser les services de prévention plus souvent. L'inégalité hommes/femmes demeure un frein pour les femmes qui demandent l'utilisation régulière de préservatifs qui ont une incidence directe sur la transmission du VIH/des IST.

RECOMMANDATIONS POUR LA PRÉVENTION VIH/IST

- **Prévoir de fournir des coupons de traitement IST pour les femmes qui se rendent dans une clinique Top Réseau se faire poser un stérilet mais qui après examen s'avèrent être porteuses d'une IST exigeant un traitement préalable à la pose.** Le but étant de favoriser la poursuite du traitement IST et de pouvoir ainsi se faire poser un stérilet une fois l'infection traitée avec succès. *Moyen terme/Mise en œuvre*
- **Allouer des ressources destinées à des messages efficaces pour les jeunes gens et les hommes en âge de procréer pourrait être envisagé pour les programmes futurs.** Court terme/Plan de travail et budget

4. QUESTION DEUX : MISE EN PLACE DE LA FRANCHISE TOP RÉSEAU

Les questions de la seconde évaluation énonçaient : « **Quelle a été l'efficacité de PSI/M dans la mise en œuvre et la collaboration avec la franchise des cliniques Top Réseau ?** ». La réponse à cette question se décompose en trois parties liées : les principales réalisations de PSI/M dans le développement des services du secteur privé, l'accès et l'utilisation des services pour les plus à risque et la durabilité de la franchise.

CONSTATATIONS : PRINCIPALES RÉALISATIONS DANS LE DÉVELOPPEMENT DES SERVICES DU SECTEUR PRIVÉ

Au cours du premier semestre 2012, PSI/M a signalé que 23 174 personnes ont été traitées pour des IST par les prestataires formés de *Top Réseau* (76 % des objectifs annuels) et 8 195 personnes ont reçu une assistance et des tests de qualité pour le VIH (73,2 % des objectifs annuels)²³. L'encadré 5 met en relief les principaux résultats de 2009.

Les constatations de l'étude préliminaire et des KII ont révélé que depuis 2001, PSI/M a instauré avec succès un réseau *Top Réseau* de 213 cliniques privées opérationnelles dans 46 districts de 18

régions de Madagascar (l'objectif du cœur de projet était de 220 cliniques à fin 2012). L'agglomération d'Antananarivo regroupe un tiers de ces cliniques (70)²⁴. La plupart sont privées, même si certaines appartiennent à des associations ou des organisations confessionnelles (OC).

Les réalisations-clés présentées ici ont été fournies par 1) les coordinateurs *Top Réseau* de PSI/M des huit sites régionaux visités ; 2) 25 prestataires *Top Réseau* ; 3) le personnel prestataire de service de PSI/M au niveau central (FD).

Les entretiens guidés des 25 prestataires médicaux de *Top Réseau* révèlent que le réseau constitue une stratégie et une approche uniques du secteur privé utilisée par PSI/M a joué un rôle déterminant dans la réalisation des résultats.

Pour la plupart, les prestataires *Top Réseau* sont satisfaits du soutien et de la formation qu'ils ont reçus de la part de PSI/M et ont perçu leurs patients comme généralement satisfaits de leurs services. Au cours de la dernière décennie, PSI/M a investi dans des ressources humaines et financières considérables pour le renforcement des capacités des propriétaires et des prestataires médicaux. PSI/M a proposé différents types de formation : initiale ou perfectionnement, et formation clinique ou assistance psychologique et d'autres formations relatives au développement clinique et professionnel comme la gestion d'une clinique médicale, d'un budget ou d'un stock. PSI/M proposait aux prestataires *Top Réseau* le choix entre deux programmes de formation : le programme de base qui incluait l'IMCI, la PF (contraceptifs à court terme) et les IST, et le programme optionnel qui incluait le programme de base plus les méthodes de PF à long terme, SDV, soins post-avortement et prévention du cancer de l'utérus. Tous les prestataires *Top Réseau* étaient censés avoir reçu le programme de base. Cela ne signifie pas pour autant que tous les prestataires soient habilités à recevoir le programme optionnel car celui-ci dépend de l'intérêt du prestataire d'intégrer ces services dans leur pratique et la disponibilité de l'infrastructure nécessaire et/ou la capacité de PSI/M à agrandir certains de ses services (par ex. SDV). (Pour le descriptif des différentes formations, référez-vous à nouveau à l'annexe 1). Les 25 prestataires interrogés ont été formés par PSI/M en gestion de stock et à l'utilisation des produits. Chaque clinique a un protocole d'accord avec PSI/M qui spécifie les normes et les niveaux de qualité de service à respecter pour chaque prestataire. Les personnes interrogées ont déclaré qu'elles sont suivies par le personnel technique de PSI/M pour la supervision, le suivi et l'accompagnement. Toutefois, la majorité des personnes interrogées a affirmé que les futurs programmes de marketing social devraient intégrer plus de visites régulières de suivi et plus de formation avancée pour accroître leur capacité à offrir des services de grande qualité. L'encadré 6 présente les réalisations-clés de PSI/M avec la franchise *Top Réseau*.

Les KII avec deux prestataires médicaux *Top Réseau* ont déclaré que leurs cliniques détiennent le plus de contraceptifs PSI/M y compris les préservatifs *Protector+*. Pour les informateurs-clés de Toliara et Antsirana, les produits les mieux connus et les plus utilisés sont : *Sur'Eau*, *Protector+*, *Pilplan*, *Confiance*, *Cura7*, et *Genicure*. *Implanon* de PSI/M (qui n'est pas une marque de PSI/M) est le produit le plus populaire dans l'ensemble d'après le prestataire, comme le montre la moyenne mensuelle d'introduction en clinique qui est de cinq²⁵.

Encadré 5 : Principaux résultats pour *Top Réseau* en 2009

Certaines cliniques de *Top Réseau* ont réalisé des résultats exceptionnels entre avril et septembre 2009¹:

- 3 746 jeunes patients pour les services SR
- 1 546 jeunes patients pour l'assistance PF
- 298 jeunes patients pour les services IST
- >5 941 coupons de réduction distribués par les éducateurs pairs
- 509 stérilets posés.

Au total, 46 124 patients en planification familiale ont été vus en 2009.

Encadré 6 : Réalisations-clés de la franchise *Top Réseau*

- Croissance rapide des franchisés au niveau national grâce aux investissements de PSI/M en ressources humaines et au soutien financier
- Promotion continue de la marque *Top Réseau* via la télévision, la radio et aux IPC
- Accès accru aux services intégrés et à PSI/M pour les jeunes, les PDS, les HRH et les femmes grâce à l'accès élargi aux cliniques *Top Réseau*
- Qualité de services contrôlée annuellement lors des inspections de sites par PSI/M comme protocole pour renouveler le MOU avec PSI/M
- Frais *Top Réseau* généralement moindres pour les services que dans les autres établissements privés
- Les prestataires médicaux *Top Réseau* ont bénéficié de la formation de grande qualité du personnel PSI/M

D'après l'utilisateur, l'injectable est le contraceptif le plus demandé. L'informateur-clé à la clinique *Top Réseau* de Toliara a noté que le système de distribution contribue à la disponibilité du produit et qu'il n'y avait pas de ruptures de stocks importantes, ce qui a été confirmé en écho par d'autres personnes interrogées de la région.

En général, les prestataires *Top Réseau* et les patients interrogés estiment les produits soutenus par PSI/M de bonne qualité et financièrement abordables. Les cliniques *Top Réseau* sont parvenues à obtenir un compromis à 4 000 Ar (1,80 USD) comme frais de traitement standard pour les jeunes patients. Toutefois, aux cliniques *Top Réseau* de Toliara et Mahajanga, certains utilisateurs finaux interrogés ont mentionné que ces prix relativement bas deviennent hors de portée pour les segments de population les plus pauvres. Les patients ne pouvant se permettre *Top Réseau* sont recommandés à d'autres établissements de soins qui offrent des services plus abordables, dont certains sont gratuits tels que les établissements publics de santé (*Centre de Santé de Base -CSB*) et SISAL (une ONG privée).

Les informateurs-clés *Top Réseau* ont révélé que la plupart, mais pas tous, des prestataires médicaux ont reçu une formation PF et la prévention HIV/IST, et

sur les CCC. Lors de ces entretiens, les prestataires ont demandé des formations de suivi. PSI/M a officiellement dépassé ses objectifs pour ce type de formation.

CONCLUSIONS SUR LES RÉALISATIONS DE PSI/M

D'une façon générale, la collaboration avec les prestataires *Top Réseau* a été fructueuse et a facilité la coordination et la compréhension parmi les prestataires du réseau. Ceux interrogés étaient satisfaits du soutien, de la collaboration et du renforcement des capacités avec PSI/M, notamment dans les domaines des soins de base (PF, IST, SMI). La capacité de gestion des prestataires *Top Réseau* est mise en question.

Le réseau *Top Réseau* apporte un complément à la santé publique en zones urbaines et périurbaines. Les campagnes de promotion de PMI/S ont sensibilisé les prestataires et augmenté la base de connaissances sur les prestations de services. La formation médicale dispensée aux prestataires de service *Top Réseau* a amélioré la qualité des services et la prise de produits.

CONSTATATIONS SUR L'ACCES ET L'UTILISATION DE SERVICES PAR LES PLUS DÉMUNIS

Afin d'intensifier l'utilisation des services, PSI/M a adressé les coupons aux segments les plus pauvres de la population. Les KII de *Top Réseau* ont révélé que ces coupons augmentaient l'accès aux services médicaux intégrés et aux produits de PSI/M, en particulier pour les jeunes, les PDS, les HRH et les femmes en âge de procréer. Certaines personnes interrogées en FD ont confirmé qu'elles avaient accès aux services médicaux *Top Réseau* car leur coût était moins cher que les autres prestataires²⁶. Les prestataires *Top Réseau* ont déclaré avoir vu augmenter le nombre de patients des services cliniques dans les quartiers pauvres depuis que PSI/M a fait la promotion de *Top Réseau* à la télévision, à la radio et dans les IPC. Les personnes interrogées ont toutefois affirmé qu'elles ne pouvaient payer le coût de certains services et produits, malgré les coupons.

La stratégie de communication de PSI/M a démontré un caractère innovant, créatif et adapté, comme l'attestent les documents du projet, la participation des personnes interrogées et l'observation directe. Ainsi, les enquêtes PSI/M ont signalé la popularité des préservatifs *Protector+* et les rapports du projet ont aussi indiqué que le nouveau *Protector+* augmentait en visibilité et en disponibilité suite à la campagne intensive de promotion et le nouveau conditionnement lors de FY2010.

Certaines autres campagnes média de PSI/M, comme la campagne de réduction de partenaires « *Great Love* », ou la campagne de média intégrée « *Gasy Band Cool* » (juillet 2008-janvier 2009) ont rempli, voire dépassé les objectifs PMP du projet. Les études et les rapports annuels PSI/M ont suggéré que les activités CCC ont amené un changement positif de comportement, notamment pour le bilan de la PF et du paludisme. Les stratégies de communication et de distribution de PSI/M ont aussi permis d'augmenter l'usage des MIILD et des contraceptifs oraux parmi d'autres méthodes.

Les personnes interrogées ont révélé que les campagnes de marketing social et de CCC ont sensibilisé de nombreux Malgaches à l'adoption d'un comportement plus sain, en particulier les jeunes âgés de 15 à 24 ans et les femmes en âge de procréation. Lors des KII et des FD, les sondés ont démontré que même quand leurs connaissances sanitaires sur l'utilisation du produit PSI/M étaient incorrectes, ils étaient demandeurs de connaissances accrues sur les comportements sains et ont amélioré l'accès aux produits valorisés par PSI/M. Ces affirmations s'appuyaient sur l'élargissement à 123 cliniques des franchises de *Top Réseau* durant FY2010 et FY 2011. De plus, PSI/M a considérablement amélioré les liaisons communautaires et les services via les ASC et les cliniques *Top Réseau* pour les populations vulnérables urbaines et rurales, les PDS, HRH et proches soignants des CU5. L'encadré 5 illustre les activités de communication de PSI/M. Grâce aux campagnes médiatiques innovantes et aux IPC intra-communautaires, PSI/M a promu et lancé des produits essentiels comme *Sur'Eau*, les stérilets (IUD), *Pneumostop*, et les KTD quoiqu'avec un succès mitigé pour cause de rupture de stocks. Cela étant, en raison de l'accroissement significatif de la

Encadré 7 : Exemples d'activités de communication PSI/M

- spots MVU
- réalisation de films diffusés à la télévision nationale
- production spots radio et télévision
- brochures et matériel de point de vente
- bannières pour stands/présentations
- films documentaires de 5 mn (pour la promotion de stérilets etc.)
- cartes de soutien, fiches-conseils de sensibilisation à la communauté
- IPC promouvant l'usage d'un produit donné efficace et permanent
- lancement d'*HydraZinc* (KTD)
- programmes radio « Confiance et responsabilité » et « C'est mon choix » (pour la communication PF)
- articles dans le magazine "FEMINA"

distribution communautaire de PSI/M, les ventes de contraceptifs comme *Confiance* et *Pilplan* ont énormément progressé.²⁷

CONCLUSIONS SUR L'ACCÈS ET L'UTILISATION DES SERVICES PAR LES PLUS DÉMUNIS

Depuis 2008, les différentes approches et stratégies de mise en œuvre de PSI/M ont montré des résultats tangibles, comme la distribution de produits sanitaires à des prix subventionnés pour les segments les plus désavantagés de la population y compris ceux des zones rurales. Cette réussite est le résultat d'un mélange d'approches de communication innovantes et l'optimisation d'une infrastructure sanitaire privée et publique existante. PSI/M a utilisé les campagnes de communication intégrées sur la prévention et/ou le traitement. Pour promouvoir ses produits, PSI/M a utilisé le marketing commercial traditionnel et les distributeurs intra-communautaires des zones rurales (grossistes et ASC). PSI/M a trouvé des solutions créatives pour promouvoir, distribuer et vendre les produits subventionnés de marque.

Bien que certains utilisateurs finaux n'aient pu avoir accès aux services médicaux, les constatations suggèrent que PSI/M a contribué à accroître l'accès aux services médicaux pour les plus démunis, en partie à cause des frais concurrentiels et aussi à cause des efforts soutenus en termes de CCC. Il n'y a cependant pas de preuve empirique justifiant cette affirmation basée sur des constats qualitatifs.

RECOMMANDATIONS SUR L'ACCÈS ET L'UTILISATION DES SERVICES PAR LES PLUS DÉMUNIS

- **L'accès et l'utilisation des services devront être mesurés empiriquement dans le projet de suivi.** Si USAID prévoit l'accès et l'utilisation des services dans des évaluations futures, les études initiales et finales avec les hypothèses devraient être menées afin de mesurer l'impact du programme sur ces deux variables. Étant donné l'importance pour les projets financés par USAID de réaliser les objectifs de l'agence, cette recommandation est d'une priorité absolue. D'autres données quantitatives et qualitatives devraient être collectées pour contribuer à documenter les domaines d'amélioration du programme. Les indicateurs utilisés pour mesurer l'accès et l'utilisation et les incidences budgétaires qui en découlent devront être débattues entre USAID et son contractant. *Court-terme/PMP*

CONSTATATIONS SUR LA DURABILITÉ DE TOP RESEAU SANS LE SOUTIEN DE PSI/M

Plusieurs prestataires de service/cliniciens ont déclaré que la gestion n'est pas leur domaine de spécialité. En ce sens, ils se sont plaints que les conseillers PSI/M n'assurent pas un suivi régulier comme cela fut le cas par le passé. Un FD mené avec le personnel de PSI/M au niveau central a dévoilé les difficultés de supervision de la gestion du personnel *Top Réseau* qui n'applique pas systématiquement les procédures de comptabilité et de gestion. Chaque groupement de cliniques a un superviseur médical formé et un coordinateur médical régional, qui assurent l'encadrement sur le terrain au moins trois fois par an. En complément, PSI/M a recruté Jhpiego, un sous-bénéficiaire pour soutenir l'encadrement de l'assurance qualité PF.

La grande majorité des informateurs-clés de *Top Réseau* ont révélé que le système de compte rendu est chronophage et a en conséquence produit des données de piètre qualité. La gestion des déchets continue d'être problématique sur les sites de *Top Réseau* et est, en partie, le résultat direct de

l'utilisation des produits et fournitures PSI/M. Même si les ASC sont formés au recyclage, il n'est pas du ressort de PSI/M de remédier directement aux problèmes de gestion des déchets.

Les cliniques *Top Réseau* achètent médicaments et fournitures médicales aux grossistes pharmaceutiques ou sur le marché libre. La plupart des cliniques *Top Réseau* possèdent une petite pharmacie contenant les fournitures et produits médicaux essentiels. La DAMM ne permettra pas à PSI/M de fournir aux cliniques *Top Réseau* quelque produit pharmaceutique que ce soit. Tous ont confirmé qu'ils ne voyaient aucun conflit avec les chaînes d'approvisionnement censées être complémentaires.

Certains produits PSI/M, comme *Pneumostop* et *Super Moustiquaire*, ne sont pas prévus d'être disponibles sur les sites *Top Réseau*. Malgré le retrait de *Cura 7* du marché par le MOH, la demande pour ce produit demeure élevée. Le MOH fournit gratuitement à Organisation Sanitaire Inter-Entreprises de Madagascar (OSIEM) des préservatifs et des kits de dépistage du VIH. L'OSIEM réunit des cliniques professionnelles régionales organisées qui dispensent des services sanitaires aux employés des entreprises membres. La plupart sont des membres *Top Réseau* et en tant que tels, ils peuvent distribuer des produits commercialisés sur une base sociale. Ils reçoivent parfois des produits gratuits et les remettent gratuitement à leurs patients. Pourtant, les produits commercialisés couvrent la plupart de leurs besoins. Quelques personnes interrogées ont indiqué que cela avait entraîné une baisse des ventes de préservatifs *Protector+*.

La majorité des cliniciens de *Top Réseau* interrogés ont déclaré que les marges bénéficiaires, le matériel promotionnel PSI/M et le soutien financier sont insuffisants. Certains prestataires *Top Réseau* ont avancé qu'en raison de procédures administratives, ils subissent des retards de remboursements de la part de PSI/M. Les personnes interrogées ont suggéré que des motivations rémunératrices (coupons de prestataires) soient accordées aux cliniciens *Top Réseau* et soient disponibles comme ils avaient été fournis par le passé (plainte récurrente). Toutefois, ceci n'est plus possible sauf à Antananarivo. En général, toutes les personnes interrogées ont noté que les matériels pédagogiques de PSI/M ne sont pas disponibles (c'est le cas des affiches et des dépliants). Pour certaines cliniques *Top Réseau* (comme OSIEM à Mahajanga), les articles pédagogiques (posters et brochures) et promotionnels (tee-shirts) ne sont pas disponibles depuis plus de quatre ans.

CONCLUSIONS SUR LA DURABILITÉ DE TOP RÉSEAU

Les cliniques *Top Réseau* sont des entités privées autonomes avec une supervision nominale par PSI/M et de ce fait pas toujours bien gérées. Les déclarations des personnes interrogées sur les comptes rendus approximatifs, l'administration financière et les questions de gestion des déchets mettent en évidence un problème plus aigu de capacité de gestion.

Par le passé, les articles promotionnels étaient complémentaires aux activités de communication de PSI/M mais ils n'ont pas apporté la preuve d'un quelconque impact sur le changement de comportement. Compte tenu des restrictions budgétaires et sans preuve de soutien, il était logique que PSI/M diminue ce type d'intervention.

Malgré la distribution gratuite de préservatifs à OSIEM et à d'autres organisations, il n'apparaît pas clairement qu'il y ait une incidence forte sur les ventes globales de *Protector+*. Néanmoins, toute distribution gratuite et à grande échelle de produits aurait logiquement un impact sur les ventes de produits similaires commercialisés sur une base sociale. L'approche globale du marché de PSI/M traque le potentiel de ces distorsions et s'apprête à les atténuer si elles devaient ressurgir à l'avenir.

RECOMMANDATIONS POUR LA DURABILITÉ DE TOP RÉSEAU

Le futur projet devra évaluer la capacité de gestion des prestataires *Top Réseau* et offrir une assistance technique et des formations basées sur ces constatations. Cela requiert un partenaire opérationnel possédant un état des ressources humaines en renforcement des capacités en opérations et gestion financière. *Moyen-terme/Mise en œuvre*

Les exemples spécifiques de besoins en gestion comprennent :

- Développement de plan(s) d'activités pour les cliniques *Top Réseau*
 - Les processus administratifs pour le règlement des remboursements et autres structures financières à identifier pour simplifier les processus administratifs. Le but serait d'augmenter l'efficacité et améliorer les marges de profit.
 - Les programmes pour les cliniciens de *Top Réseau* et prestataires de services sanitaires devront inclure des cours sur le contrôle des activités et de l'information, et l'administration financière.
- **Le manuel de procédures opérationnelles normalisées (operational manual) devra continuer à être mis en avant pour être utilisé par les prestataires *Top Réseau*.** Continuer à encourager les bonnes pratiques de gestion, à soutenir ces prestataires avec la volonté d'en apprendre plus, surtout dans les domaines du contrôle financier, le développement des ressources humaines y compris l'amélioration des compétences et des performances, et les systèmes administratifs. *Long terme/Conception et mise en œuvre*
 - **Toutes les analyses situationnelles futures devront intégrer une priorité sur le système de compte rendu PSI/M.** Si besoin, le système devra être révisé pour remédier aux problèmes de conformité et les contrôles qualité devront être intégrés pour minimiser la saisie de fausses données. La surveillance de la conformité des rapports devra être regroupée dans un plan d'activités élargi pour les franchises. *Moyen-terme/Mise en œuvre*

5. QUESTION TROIS : EFFICACITÉ DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT & DES SYSTÈMES DE DISTRIBUTION

Réponses à la troisième question d'évaluation : **quelle a été l'efficacité de la chaîne de distribution/des systèmes de distribution ?** Cette section renforce les différentes sous-questions de la troisième question d'évaluation en quatre catégories. Les constatations, les conclusions et les recommandations éventuelles sont présentées pour chacune de ces catégories : 1) les réalisations et les lacunes dans le maintien de la chaîne d'approvisionnement ; 2) la contribution de PSI/M à la couverture nationale des produits sanitaires via la chaîne d'approvisionnement pharmaceutique (aux niveaux des grossistes et des détaillants) ; 3) contribution à la couverture nationale des produits sanitaires via le système de distribution de PSI en zone rurale ; (en fait pour le détail et le gros du commerce, et particulièrement pour les zones rurales ; 4) les réussites et les obstacles du modèle de la chaîne d'approvisionnement de PSI/M pour la distribution communautaire. Cette section s'achève avec un résumé des problèmes de ruptures de stock à l'intérieur du système de chaîne d'approvisionnement de PSI/M en intégrant les constatations issues des questions d'évaluation un à trois.

Les distributeurs basés au niveau communal sont appelés « points d'approvisionnement » et ils vendent des produits de commerce social uniquement aux ASC. Ces points d'approvisionnement sont en général des magasins de proximité qui sont déjà dans le commerce de distribution et les ASC peuvent y faire des achats. Les cliniques *Top Réseau* peuvent acheter des produits pharmaceutiques de commerce social directement chez les grossistes en pharmacie et les vendre à leurs patients. Les produits non-pharmaceutiques peuvent être fournis directement par PSI/M. L'annexe J regroupe toute la chaîne d'approvisionnement depuis le marché international d'approvisionnement jusqu'à l'utilisateur final.

CONSTATATIONS : RÉALISATIONS ET LACUNES DANS LE MAINTIEN DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT

Dans l'accord de coopération original, USAID demandait à PSI/M de livrer les produits à SantéNet2 au niveau du district et PSI/M n'était pas censé avoir entretenu une relation directe avec les ASC. SantéNet2 était chargé de la distribution des produits au niveau communal pour que les ASC puissent ensuite les fournir. En novembre 2011, USAID a défini le système de distribution comme étant renforcé au niveau communal et a décidé d'utiliser les systèmes de distribution de PSI/M pour la plupart des communes SantéNet2 afin de s'assurer que les ASC recevraient les produits, et c'est là que PSI/M a commencé à livrer les produits directement aux points d'approvisionnement de la commune et a aussi commencé à former le personnel des points d'approvisionnement à la gestion des stocks. PSI/M a dû modifier toute sa stratégie de distribution afin de se concentrer sur la distribution intra-communautaire et a accepté ce changement de responsabilité sans financement supplémentaire. À partir de là, PSI/M a eu besoin de modifier sa distribution commerciale d'un système « sur demande » à un système « à disposition » afin de libérer l'équipe de distribution pour qu'elle se concentre sur la distribution intra-communautaire. Le personnel de PSI/M arrête normalement ses visites au niveau des points d'approvisionnement. Si PSI consulte les ASC, c'est pour en savoir plus sur les questions de stock ou se renseigner sur une chute de la demande. L'objectif de PSI est de 1) contribuer à créer la demande de la part des utilisateurs aux ASC (via les activités de communication) et 2) créer la demande des ASC aux points d'approvisionnement (appelés aussi en français « PA » pour Points d'approvisionnement) pour garantir un flux régulier d'approvisionnement des produits.

Ce processus a été étendu aux domaines d'intervention du projet de soins de santé primaires d'USAID/Madagascar (MAFEHA) qui a commencé les opérations en août 2011. PSI/M soutient également d'autres points d'approvisionnement et les ASC dans les zones rurales en dehors des zones SantéNet2 et MAHEFA. Fin mars 2012, PSI/M a déclaré que 934 points d'approvisionnement intra-communautaires ont été établis (805 dans des zones SantéNet2, 65 en zone MAHEFA et le reste en dehors de ces 2 zones)²⁸. Les ONG et les centres de santé communautaires ont supervisé et formé les ASC, et PSI/M a fourni les produits. PSI/M rencontre les ONG régulièrement pour planifier, coordonner, partager et planifier l'information.

PSI/M a engagé les intervenants des communautés rurales, comme les maires des villages et autres chefs de communauté, en prônant la nécessité de concevoir un point d'approvisionnement. Résultat, la plupart des comités de développement communautaire (CDC) ont apporté leur entier soutien aux distributeurs intra-communautaires. Certains CDC sont allés jusqu'à financer le stock des points d'approvisionnement des produits PSI/M, et attribuer des espaces dans les bâtiments municipaux pour être utilisés comme points d'approvisionnement²⁹.

Les partenaires intra-communautaires, les points d'approvisionnement, les ASC et les utilisateurs finaux des zones rurales considèrent le système d'approvisionnement intra-communautaire de

PSI/M comme complémentaire à la chaîne d'approvisionnement du GOM. Quand les produits viennent à manquer dans un point, ils recourent au point approvisionné pour maintenir la disponibilité des produits demandés, ce qui s'est avéré particulièrement utile, lors de la crise politique récente du pays.

Tel que mentionné, PSI/M est passé à un système de contrôle d'inventaire « sur demande », où les prévisions sont basées sur les besoins exprimés par les points d'approvisionnement intra-communautaires et les ASC. Ce système présente l'avantage d'être déclenché par la demande et d'avoir une péremption de produits minimale. Ce système contribue à renforcer la capacité des points d'approvisionnement intra-communautaires et des ASC dans la gestion de l'inventaire. En outre, dans un effort d'accroissement de l'accessibilité des produits aux ASC dans les zones éloignées, PSI/M a identifié et participé à l'instauration de points d'approvisionnement dans ces zones. Ces points d'approvisionnement peuvent fournir des produits à d'autres points d'approvisionnement basés dans des communes accessibles par route (PSI/M n'a pas de moyens de transport permettant d'accéder aux communes inaccessibles en 4x4).

Le projet a aussi mis en évidence l'élimination de déchets dans la mise en œuvre du projet dans les communautés rurales. Tous les ASC ont été formés à l'élimination des déchets produits. Les points d'approvisionnement intra-communautaires et les ASC sont souvent en rupture de stock de produits car ils ont mal géré leurs finances et n'avaient pas l'argent pour se réapprovisionner. Ces cas de figure ont mis le projet et les différents programmes en danger, car les utilisateurs finaux dans les zones rurales ne pouvaient trouver les produits lors de leurs visites aux ASC.

L'équipe de distribution de PSI/M organise actuellement des visites de supervision dans les points d'approvisionnement intra-communautaires tous les deux mois, une fréquence considérée insuffisante par la plupart des distributeurs intra-communautaires aux points d'approvisionnement sondés. Les personnes interrogées préfèrent des visites mensuelles pour vérifier le niveau des stocks et la conservation correcte des produits³⁰. Certains distributeurs intra-communautaires aux points d'approvisionnement avaient commencé à offrir leurs services directement aux communautés rurales, au lieu d'être un point de distribution comme prévu qui se substituerait alors aux ASC. Les points d'approvisionnement intra-communautaires n'étaient pas formés à délivrer des messages CCC et IPC soutenant l'utilisation correcte du produit et n'avaient pas non plus de clients réguliers à qui rendre des visites de suivi. Par ailleurs, l'accord signé entre PSI/M et les points d'approvisionnement intra-communautaires stipule que les points d'approvisionnement ne sont pas autorisés à distribuer les produits directement aux utilisateurs finaux et doivent vendre leurs produits exclusivement aux ASC.

Les conditions de stockage des produits assurées par les distributeurs intra-communautaires et les ASC étaient plutôt médiocres et non adaptées au stockage de produits pharmaceutiques. Les produits n'étaient pas protégés des variations de température, réduisant ainsi leur efficacité.

La plupart des ASC rendaient ces services à temps partiel, ne pouvant s'appuyer sur la vente des produits PSI/M pour leurs revenus. Les ASC considèrent leur marge de profit trop faible pour en vivre, impliquant souvent qu'ils étaient absents lors des visites de clients. Il faut noter que le profit total pour un ASC se fait en fonction de la marge par produit fois le nombre de personnes servies.

Le matériel promotionnel n'était pas disponible en quantité suffisante pour soutenir les points d'approvisionnement intra-communautaires et les ASC prestataires de services. Les communautés rurales n'avaient pas d'emplacements publicitaires pour les différents produits proposés par les ASC. D'après PSI/M, c'est une action volontaire afin d'éviter la distribution de produits via les points d'approvisionnement directement auprès des utilisateurs finaux.

Lors de tous les FD avec les ASC, les personnes interrogées ont exprimé la préoccupation que les communications n'avaient pas abouti entre l'équipe de distribution de PSI/M, les points d'approvisionnement intra-communautaires et les ASC. Les personnes interrogées ont pensé que ce manque de communication était le résultat des ruptures de stock de nombreux produits au niveau communautaire en attendant la prochaine date courante de livraison. Ils ont suggéré l'usage de téléphones portables pour remédier à ce problème.

La majorité des informateurs-clés a mentionné qu'une sensibilisation défectueuse des communautés rurales à propos de l'utilisation de préservatifs a comme résultat une baisse des ventes de *Protector+* dans toutes les zones rurales, ce qui nuit aux stratégies de prévention des IST dans ces communautés.

Les ruptures de stocks des produits depuis la chaîne d'approvisionnement au niveau central de produits comme *Confiance*, *Sur'Eau*, *Pneumostop*, et *Super Moustiquaire* ont nui aux programmes au niveau des prestations de services. Comme le signalent la plupart des points d'approvisionnement intra-communautaires sondés, certaines ruptures de stocks ont duré plus de trois mois et s'expliquaient par différentes raisons, dont l'enregistrement des produits, les problèmes de fabrication, les moustiquaires étant utilisées majoritairement pour les campagnes de masse et non dans le cadre du marketing social. Toutefois, les points d'approvisionnement intra-communautaires ont parfois mal géré leurs finances et n'ont pu réapprovisionner leurs stocks à temps.

CONCLUSIONS SUR LES RÉALISATIONS ET LES LACUNES DU MAINTIEN DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT

Comme l'indiquent les constatations à partir des questions préalables d'évaluation, le projet a considérablement avancé dans la promotion des produits intra-communautaires. Le projet a été une réussite dans l'accroissement de la distribution intra-communautaire, l'amélioration de l'accès des utilisateurs finaux des zones rurales aux produits sanitaires spécifiques, la formation des ASC à l'utilisation des produits sanitaires, la formation des points d'approvisionnement en gestion des stocks et l'engagement des intervenants dans la communauté. Le système de distribution a également été amélioré grâce à l'offre d'un système d'approvisionnement intra-communautaire complétant la chaîne d'approvisionnement du GOM. Le système de contrôle d'inventaire de PSI/M déclenché à la demande a résolu différents problèmes. C'est le cas du surstockage qui a vu des produits expirer avant d'avoir été vendus et utilisés.

Grâce à la collaboration avec SantéNet2 et d'autres ONG, PSI/M a garanti aux utilisateurs finaux des zones rurales l'accès aux produits et le fait qu'ils aient eu un impact positif sur les programmes ciblant les populations rurales. Les initiatives de PSI/M qui ont renforcé la participation des intervenants devraient garantir la durabilité de la chaîne d'approvisionnement rurale.

La chaîne d'approvisionnement a néanmoins rencontré certaines lacunes. Les points d'approvisionnement intra-communautaires qui ont choisi de prendre le rôle des ASC ont créé un conflit opérationnel qui a perturbé le processus de chaîne d'approvisionnement. C'est particulièrement préoccupant car l'ensemble des services conçus pour les utilisateurs finaux (IPC) en a été affecté.

Les inspections au niveau communautaire ont été trop rares. Les défauts de communication entre l'équipe de distribution PSI/M, les points d'approvisionnement intra-communautaires et les ASC se sont ajoutés au problème de rupture de stocks et ont contribué aux interruptions inutiles de fourniture de services à la communauté. Ces inspections auraient dû manifestement révéler les conditions impropres de stockage des produits pharmaceutiques nuisibles à leur efficacité.

Les ASC travaillent à temps partiel et sont souvent indisponibles, réduisant l'accès à leurs produits et services.

RECOMMANDATIONS SUR LES RÉALISATIONS ET LES LACUNES DANS LE MAINTIEN DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT

- **Pour améliorer les communications devant soutenir une chaîne d'approvisionnement efficace et simplifiée, les programmes intra-communautaires devront envisager le financement de cartes pour téléphones portables.** (L'achat de ces téléphones devra être une dépense personnelle). La durabilité d'un tel outil devra être envisagée en priorité. Explorer les approches alternatives comme la mise en place d'une incitation (carte prépayée) pour les ASC qui maintiennent un certain niveau de ventes. D'autres options pourront inclure la création d'activités génératrices de revenus sous les auspices de SantéNet2 et/ou MAHEFA dans le cadre élargi de leur collaboration avec les ONG. La technologie SMS devra aussi être utilisée pour les points d'approvisionnement pour les aider à passer leur commande. *Court terme/Mise en œuvre*
- **Les programmes futurs devront considérer le rapport coût-efficacité et la durabilité de l'offre d'inspection locale des points d'approvisionnement sur une base mensuelle.** *Court terme jusqu'à la fin du projet/Mise en œuvre*
- **Définir et communiquer clairement le rôle des points d'approvisionnement communautaires et des ASC vis-à-vis de la chaîne d'approvisionnement.** *Court terme/Mise en œuvre*
- **Envisager la production accrue de matériel promotionnel pour soutenir les ASC dans leur prestation de services.**

CONSTATATIONS : CONTRIBUTION DE PSI/M A LA COUVERTURE NATIONALE DES PRODUITS DE SANTÉ VIA LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT PHARMACEUTIQUE

Niveau pharmaceutique de gros

Les grossistes en pharmacie, les présidents de NIPHAR et CROM³¹, ont mentionné que PSI/M a un seul partenaire de fabrication privé (NIPHAR) pour le reconditionnement et l'approvisionnement de 13 grossistes pharmaceutiques, qui approvisionnent à leur tour 2 200 pharmacies de détail et des dépôts dans tout le pays. Les réglementations nationales n'autorisent que les fabricants patentés à distribuer des produits pharmaceutiques. La majorité des personnes interrogées ont estimé qu'il y a suffisamment de grossistes pour couvrir tout le pays et fournir les pharmacies de détail. PSI/M livre trois produits (préservatifs féminins, stérilets et implants) directement aux cliniques *Top Réseau*.

Encadré 8 : L'appui de PSI/M au secteur pharmaceutique de gros

Points forts

- Partenariat solide entre le personnel de PSI/M et NIPHAR et les grossistes pharmaceutiques dans l'ensemble du pays ;
- Les produits de PSI/M sont moins chers que d'autres produits pharmaceutiques similaires ;
- Les grossistes pharmaceutiques interrogés ont trouvé la qualité et les prix des produits de PSI/M satisfaisants ;
- Tous les grossistes sont d'avis que PSI/M a renforcé leur capacité avec ses cours de formation à l'utilisation des produits et à leurs avantages ;
- Le personnel de PSI/M a régulièrement rendu visite, au moins deux fois par mois, aux grossistes pour des discussions techniques au sujet de différentes lignes de produits et
- La plupart des grossistes pharmaceutiques interrogés n'ont pas subi de rupture de stock importante au cours des 12 derniers mois parce que leur niveau minimum de stock était suffisamment élevé pour éviter les

Obstacles

- Les marges bénéficiaires des acteurs sont relativement faibles en termes absolus parce que les prix aux consommateurs doivent rester abordables ;
- NIPHAR est la seule entité qui facture les grossistes et détaillants ;
- PSI/M n'a aucun contrôle direct sur la distribution pharmaceutique parce qu'elle n'est pas habilitée à distribuer directement aux pharmacies ;
- Le budget de PSI/M affecté à la distribution opérationnelle est insuffisant et
- La plupart des grossistes pharmaceutiques se trouvent à Antananarivo.

Certaines villes comme Morondava, Toliara et Tôlanaro n'ont pas de grossiste en produits pharmaceutiques. Les pharmacies au détail doivent donc passer leurs commandes auprès des grossistes d'Antananarivo. PSI/M et les distributeurs privés n'ont pas établi des activités de gros dans ces villes parce qu'elles ne seraient pas viables en raison de la faiblesse des volumes concernés. Les produits arrivent en général d'Antananarivo par la route, ce qui accroît le prix final pour l'utilisateur. Les informateurs clés de la chaîne d'approvisionnement pharmaceutique ont également indiqué que la distance et le mauvais état des routes était l'une des causes des ruptures de stocks. Certains informateurs clés ont toutefois noté que le réseau routier s'améliore et que les livraisons devraient donc devenir plus rapides. L'Encadré 8 définit les principaux points forts et obstacles à l'appui de PSI/M au secteur pharmaceutique de gros.

Produits pharmaceutiques au détail

Dans la plupart des pharmacies visitées, tous les produits de PSI/M étaient disponibles et se vendaient bien, sauf le *Protector+* et *Cycle Beads-Rojo*. Par contre, dans les centres touristiques, les ports et villes minières, le *Protector+* se vendait bien. Les pharmacies proposent l'ensemble des sept produits pharmaceutiques de PSI/M. Dans les villes sans grossistes, les pharmacies commandent leurs stocks directement auprès de NIPHAR et parfois chez les grossistes en produits pharmaceutiques d'Antananarivo. En général, les informateurs clés des centres d'approvisionnement n'avaient pas de stocks de produits PSI/M périmés. Les personnes interrogées ont déclaré que les conseillers en formation et promotion de PSI/M leur rendent visite régulièrement, en général deux fois par mois. Toutes les pharmacies avaient participé à une formation de PSI/M sur l'utilisation des produits au cours de l'année passée. Dans l'ensemble, les personnes interrogées dans les pharmacies au détail estiment que l'assistance technique de PSI/M est satisfaisante et que ses produits sont abordables et de bonne qualité.

Les évaluateurs ont constaté que les ruptures de stocks fréquentes sont le principal problème rencontré par PSI/M dans son appui à la chaîne pharmaceutique au détail. Dans la plupart des

pharmacies visitées, les personnes interrogées ont déclaré avoir subi une rupture de stock de *Pneumostop* d'une durée de quatre à six mois. La cause en était des retards de livraison du fabricant étranger en raison d'exigences réglementaires à Madagascar.

CONCLUSIONS SUR LA CONTRIBUTION DE PSI/M À LA COUVERTURE NATIONALE DES PRODUITS DE SANTÉ PAR LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT PHARMACEUTIQUE

PSI/M a établi de relations de travail solides avec NIPHAR et les grossistes dans l'ensemble du pays. Ces partenaires ont une opinion favorable de la qualité et valeur des produits de PSI/M. L'un des principaux obstacles à la couverture dans l'ensemble du pays de la chaîne d'approvisionnement pharmaceutique est le fait qu'un fabricant unique est en position de monopole sur le marché parce qu'il est le seul autorisé à distribuer les produits pharmaceutiques. Un autre obstacle important est le nombre limité de grossistes en dehors de la capitale ce qui augmente les coûts dans certains districts. Les coûts accrus de transport peuvent rendre certains produits inabordable pour les segments les plus pauvres de la population ne résidant pas à proximité d'un grossiste.

RECOMMANDATIONS SUR LA CONTRIBUTION DE PSI/M À LA COUVERTURE NATIONALE DES PRODUITS DE SANTÉ PAR LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT PHARMACEUTIQUE

- **Le prochain projet devrait explorer des façons de maintenir les coûts aussi bas que possible pour les pharmacies qui n'ont pas accès à des grossistes locaux.** Une solution pourrait consister à obtenir un permis de distribution pour les produits pharmaceutiques. Ceci permettrait aux utilisateurs finaux d'avoir un meilleur accès aux produits. *Moyen terme/Mise en œuvre*

CONSTATATIONS : LA CONTRIBUTION DE PSI/M À LA COUVERTURE NATIONALE DES PRODUITS DE SANTÉ AVEC SON SYSTÈME DE DISTRIBUTION AUX ZONES RURALES

Niveau des grossistes commerciaux

Les évaluateurs ont mené des entretiens avec 20 grossistes commerciaux à Antananarivo et dans les régions visitées. Toutes les personnes interrogées ont déclaré que les prix sont abordables et la qualité des produits satisfaisante. Elles ont indiqué que PSI/M distribue principalement deux produits (*Protector+* et *Sur'Eau* en bouteille de 150 ml), et occasionnellement, la *Super Moustiquaire* en passant par la chaîne d'approvisionnement commerciale. Ce système de distribution comporte 286 grossistes commerciaux et 14 000 détaillants dans l'ensemble du pays.

Depuis au moins dix ans, PSI/M aide SIGMA, la société malgache qui produit *Sur'Eau*, à renforcer sa capacité technique de développer les préparations correctes ainsi que les matériels de conditionnement et le marketing. Le PDG de SIGMA a déclaré que SIGMA a besoin de fonds de roulement et d'investissements pour pouvoir augmenter sa capacité de production. PSI/M ne règle pas les commandes à l'avance mais quelques semaines après la livraison.

Tous les 20 grossistes interrogés ont suivi un cours de formation organisé par PSI/M sur l'utilisation et la préservation des produits et ont trouvé que le cours a utilement renforcé leurs connaissances. Les personnes interrogées avaient différentes opinions au sujet de la fréquence des visites de PSI/M. La plupart ont indiqué que les équipes de distribution de PSI/M leur rendent visite régulièrement,

une ou deux fois par mois. Quelques personnes ont déclaré qu'elles avaient besoin de plus d'assistance pour régler les problèmes des ruptures de stocks. L'Encadré 9 résume les principaux points forts de l'appui fourni par PSI/M aux grossistes.

Les principaux obstacles entravant l'appui de PSI/M à la chaîne d'approvisionnement des grossistes commerciaux concernent les ruptures de stocks périodiques pour certains produits. La plupart des personnes interrogées ont indiqué subir régulièrement des ruptures de stocks du *Sur'Eau* en bouteilles de 150 ml. Ces ruptures de stocks découlaient d'arrêts de la production en raison d'un problème d'approvisionnement en bouchons pour les bouteilles de 150 ml. Les durées des ruptures de stocks variaient entre un et plusieurs mois pendant lesquels les dirigeants de PSI/M devaient attendre les livraisons.³²

Des problèmes de transport ont parfois entraîné des retards de livraison depuis le niveau central de PSI/M. Des ruptures de stocks temporaires se sont également produites en raison des retards de livraison principalement à cause du mauvais état des routes. Aucune des lignes de produits PSI/M n'a subi de rupture de stocks de longue durée. Les accords entre PSI/M et les grossistes sont régulièrement renégociés et ceux-ci se déclarent satisfaits des modalités que PSI/M leur propose. Comme indiqué ci-dessus, les informateurs clés ont mentionné que, dans certains cas, de grandes quantités de préservatifs ont été distribuées gratuitement, ce qui a créé une concurrence déloyale pour les ventes commerciales de *Protector+*. PSI/M a signalé que les ventes de ce produit ont nettement chuté pendant le deuxième semestre de FY 2011. Heureusement, grâce aux campagnes promotionnelles dans la chaîne d'approvisionnement commerciale, les ventes de *Protector+* ont rebondi, passant de 214 206 unités vendues en janvier 2012 à 761 570 unités vendues en mars 2012 (ce qui représente une augmentation de 256 %).³³

Conclusions sur le niveau des grossistes commerciaux

Les grossistes déclarent unanimement que PSI/M livre des produits de bonne qualité à des prix abordables. Ils trouvent également les formations proposées par PSI/M utiles et de haute qualité. Les causes des ruptures de stocks au niveau des grossistes sont hors du contrôle de PSI/M. Il est toutefois possible que le système actuel de paiement qu'utilise PSI/M contribue à ces problèmes.

Recommandations au niveau des grossistes commerciaux

- **Étudier la faisabilité de règlements anticipés pour les commandes chez SIGMA.**
L'objectif serait de faciliter l'achat des intrants de fabrications et éviter ainsi les arrêts de production. *Court-terme/Mise en œuvre*

Niveau des détaillants commerciaux

L'équipe a rendu visite à 124 détaillants (magasins, kiosques, boutiques, épicerie, motels, hôtels etc.) dans les neuf régions étudiées. Ces visites ont confirmé que PSI/M a mis en place un réseau de distribution en gros qui fournit deux produits de SMI aux détaillants (*Sur'Eau* en bouteille de 150 ml et *Super Moustiquaire* (MIILD)) et un produit de prévention du VIH/IST (préservatif *Protector+*). Les observations directes pendant l'évaluation ont confirmé que les produits de PSI/M sont largement distribués au niveau de la vente au détail. Ces produits sont disponibles dans des zones semi-urbaines reculées et parfois dans des boutiques en zone rurale³⁴.

Encadré 9 : Principaux points forts de l'appui de PSI/M à la chaîne d'approvisionnement des grossistes commerciaux

1. Haute qualité des formations à l'utilisation et la préservation des produits ;
2. Prix abordables des produits et
3. Qualité satisfaisante des produits.

Les principaux obstacles entravant l'appui de PSI/M à la chaîne d'approvisionnement commerciale au détail concernent les variations de prix et les ruptures de stocks. La plupart de ces 124 détaillants appliquent les prix recommandés par PSI/M. Mais des variations de prix existent tout de même selon les établissements. Toutes les personnes interrogées ont également indiqué avoir subi des ruptures de stocks pour *Sur'Eau* en bouteilles de 150 ml en raison du problème d'approvisionnement en bouchons de bouteille mentionné plus haut. Ceci a entraîné un goulot d'étranglement entre les grossistes et les détaillants pour les bouteilles *Sur'Eau* de 150 ml. Toutes les personnes interrogées au niveau des détaillants commerciaux se sont également plaintes que les matériels promotionnels ne sont en général pas disponibles.

Conclusions au niveau des détaillants commerciaux

PSI/M aurait pu mieux répondre aux problèmes de la chaîne d'approvisionnement, ce qui aurait peut-être évité les pénuries au niveau des détaillants commerciaux. Un meilleur suivi aurait permis à SIGMA de trouver d'autres sources d'approvisionnement pour les matières premières nécessaires à la production.

Recommandations au niveau des détaillants commerciaux

- **Renforcer la capacité de SIGMA d'éviter les ruptures de stocks au niveau de la vente en gros.** Le prochain projet devrait collaborer avec SIGMA pour étudier les causes des problèmes de fabrication et leur solution. Les efforts de renforcement des capacités devraient inclure un calendrier de réunions régulières avec le fabricant en vue d'établir des projections. Ceci pourrait comprendre l'évaluation et l'élaboration de différentes modalités de paiement qui faciliterait l'achat par SIGMA de matières premières et intrants et éviterait ainsi les pénuries de production. **Moyen terme/Exécution**
- **Les PMP du prochain projet devrait suivre la production des fabricants au niveau de la vente en gros pour atténuer les problèmes de pénuries au niveau du détail. Le PMP devrait également surveiller la conformité au niveau des détaillants. Court-terme/Mise en œuvre**

Couverture de la chaîne d'approvisionnement en zones rurales

Avec des campagnes médiatiques innovantes, des messages CIP au niveau communautaire et un étroit partenariat avec des ONG locales et internationales (OING) ainsi qu'avec des entités privées, PSI/M a fait connaître et comprendre l'importance de produits essentiels comme *Sur'Eau* et les KTD.³⁵ Grâce à une importante expansion de la distribution au niveau communautaire par d'autres projets financés par USAID (*SantéNet2* et MAHEFA), PSI/M a considérablement accru la vente et l'utilisation des contraceptifs à court terme *Confiance* et *Pilplan*.³⁶

Au cours des entretiens avec des ONG locales et internationales ainsi que des centres d'approvisionnement communautaires et des ASC,³⁷ les personnes interrogées ont indiqué qu'ils pensent que l'appui de PSI/M à la distribution communautaire a été efficace parce qu'ils n'ont pas souffert de ruptures de stocks de longue durée pour les produits de santé dans les zones rurales. Ces partenaires ont différentes priorités, PSI/M satisfait et respecte les besoins et objectifs de chacun d'entre eux. Par exemple, *SantéNet2* donne la priorité à la fourniture de contraceptifs oraux et injectables, ainsi qu'à d'autres produits comme *Pneumostop*, *Viasûr*, ACT, et le KTD *Viasûr* (*Viasûr* étant le KTD consacré à la distribution communautaire tandis qu'*HydraZinc* est le KTD passant par la distribution pharmaceutique).

En collaboration avec des OING comme INGO comme Medical Care Development International (MCDI), et plus récemment le projet MAHEFA, PSI/M appuie d'autres centres d'approvisionnement et ASC dans des zones rurales en dehors du périmètre de *SantéNet2*.

Depuis 2008, PSI/M n'a pas réussi à résoudre le problème de ruptures de stocks périodiques de produits essentiels comme *Sur'Eau*, les kits *Pneumostop* et le KTD *Viasûr*. Toutefois, PSI/M a lancé des évaluations trimestrielles des besoins en vue d'atténuer ce problème au niveau des communautés. Ces évaluations indiquant les réapprovisionnements minimums à obtenir sont soumises à l'équipe de distribution de PSI en collaboration avec les ONG locales sur le terrain et les ASC. En outre, un Comité de Gestion des Approvisionnements et des Stocks a été établi.³⁸

Conclusions au sujet de la couverture de la chaîne d'approvisionnement en zones rurales

Depuis 2008, les diverses approches et stratégies d'exécution de PSI/M ont obtenu des résultats tangibles. PSI/M a trouvé des solutions créatives pour promouvoir, distribuer et vendre des produits de marque subventionnés. Le Comité de Gestion des Approvisionnements et des Stocks semble être bien placé pour minimiser les pénuries périodiques et faciliter un approvisionnement régulier des produits.

CONSTATATIONS : SUCCÈS ET OBSTACLES DU MODÈLE PSI/M DE CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT POUR LA DISTRIBUTION COMMUNAUTAIRE

Les neuf évaluations LSAT et KII³⁹ ainsi qu'un FD avec l'équipe de distribution de PSI/M au niveau central ont révélé que PSI/M utilisait trois chaînes d'approvisionnement distinctes pour fournir 16 produits : les canaux de distribution pharmaceutique, commerciale et communautaire. PSI International et USAID ont l'entière responsabilité des approvisionnements internationaux. PSI/M rencontre régulièrement USAID pour planifier la fourniture et l'approvisionnement avec le logiciel *Pipeline* conçu tout particulièrement pour les produits de PF. Les moustiquaires (MIILD) destinées aux campagnes de masse sont financées par l'IPPI et le Fonds mondial. Les moustiquaires faisant l'objet de marketing social sont achetées avec des financements du Fonds mondial puis distribuées promptement par PSI/M. PSI/M communique à PSI/International ses besoins prévus et transmet les données aux fins des achats. L'Annexe K présente un graphique indiquant les notes cumulatives attribuées à certaines variables par les observations recueillies pendant les visites LSAT de sites menées par l'équipe d'évaluation dans l'entrepôt central de PSI/M et les huit entrepôts régionaux suivants de PSI/M : Fianarantsoa (région de la Haute Matsiatra), Tôlanaro (région d'Anosy), Morondava (région du Menabe), Antsiranana (région de Diana), Toamasina (région d'Atsinanana), Toliara (région d'Atsimo-Andrefana) et Mahajanga (région de Boeny).

Les évaluations régionales ont fourni des informations qualitatives sur les fonctions centrales principales de la chaîne d'approvisionnement de PSI. Ces évaluations régionales ont également révélé que le niveau central a confié un certain nombre de fonctions aux régions, comme la gestion interrégionale et la coordination sur le terrain.⁴⁰ Le niveau central a toutefois conservé les principales fonctions. Le résultat final est un système unique coordonné d'approvisionnement entre le niveau central et régional plutôt que deux systèmes distincts.

Pendant toute la durée du projet, PSI/M a établi 934⁴¹ centres d'approvisionnement en zone rurale, dont 213 pendant la période FY 2012, 65 dans les zones MAHEFA, et 148 dans les zones SantéNet2.⁴² PSI/M vend directement les produits aux centres d'approvisionnement communautaires, lesquels fournissent chacun entre 6 et 20 ASC vivant généralement dans des sites

reculés. Les ASC se rendent aux centres d'approvisionnement pour prendre livraison des produits. Ces centres ont en général des réserves suffisantes de tous les produits requis que les ASC vendent au détail. Pour la distribution, les ASC sont classés en deux catégories : ceux qui traitent des maladies infantiles et ceux qui traitent des questions de PF/SR. Les équipes de distribution de PSI/M reconstituent les stocks des centres d'approvisionnement au moins une fois tous les deux mois. Les routes principales sont en général en bon état, mais les routes secondaires ne sont pas toujours accessibles, même avec les véhicules 4X4 qu'utilise PSI/M pour ses livraisons aux centres d'approvisionnement. Selon les 12 KII que l'équipe a menés dans les centres d'approvisionnement communautaires, ces livraisons se font selon un calendrier établi au niveau régional. Les produits sont subventionnés afin que les centres d'approvisionnement communautaires, les ASC et les utilisateurs finaux soient en mesure de les acheter.⁴³ Ceux-ci trouvent en général que les produits sont efficaces et de bonne qualité.

PSI a formé les distributeurs communautaires et les ONG partenaires à la gestion des stocks. En plus des cours de formation officiels, PSI/M profite de ses visites de supervision bimensuelles pour prodiguer des conseils sur place afin de renforcer la capacité de gestion des stocks dans les centres d'approvisionnement communautaires. Ces centres savent tous quand il faut placer les commandes pour reconstituer les stocks. Certains ont même fait preuve de plus de dynamisme et se sont rendus dans les bureaux régionaux de PSI/M pour se réapprovisionner au lieu d'attendre les livraisons.⁴⁴

Conclusions sur les succès et obstacles du modèle PSI/M de chaîne d'approvisionnement pour la distribution communautaire

Bien que l'accord de coopération avec l'USAID ne le prévoie pas, PSI/M a réussi à mettre en place un système intégré de distribution au niveau communautaire. Certains obstacles dans d'autres points de la chaîne d'approvisionnement ont affecté l'approvisionnement des centres communautaires, mais le système en lui-même ne révèle aucun problème significatif.

APERCU DES PROBLÈMES DE RUPTURE DE STOCK DANS LE SYSTÈME D'APPROVISIONNEMENT DE PSI/M

Les ruptures de stocks dans la chaîne d'approvisionnement découlent d'un certain nombre de raisons, dont certaines sont hors du contrôle de l'agent d'exécution. Il convient d'en citer plusieurs.

Au niveau international de la chaîne d'approvisionnement, PSI/International et USAID participent à l'achat et la livraison des produits au PSI/M. Les produits sont en général livrés à temps mais certains retards se sont exceptionnellement produits en raison d'exigences locales d'enregistrement non respectées à la satisfaction du MOH. Ces retards ont entraîné des ruptures de stock dans le système comme ce fut le cas pour *HydraZinc*.

Le lancement de certains produits a également subi des retards en raison de l'Agence du médicament. Un exemple en est *Pneumostop*. La demande pour ce produit avait déjà été générée sur le marché, ce retard a donc entraîné une rupture de stock.

Comme indiqué ci-dessus, PSI/M utilise une entreprise locale, SIGMA, pour la fabrication et le conditionnement de *Sur'Eau*. La production de ce produit a dû s'interrompre parce que le fournisseur n'avait pas livré à temps les matières premières pour les capuchons des bouteilles, nécessaires pour le conditionnement du produit. Ce retard a entraîné des ruptures de stock de *Sur'Eau* dans les centres d'approvisionnement appuyés par PSI/M et dans l'ensemble du système.

Encadré 10 Causes de ruptures de stocks en bref

- Retards en raison des exigences locales d'enregistrement ;
- Retards de production de *Sur'Eau* en raison du manque de fournitures ;
- Mauvaise gestion financière de distributeurs et ASC locaux;
- Communication insuffisante entre PSI/M et les intervenants communautaires et
- Pénurie de grossistes locaux en produits pharmaceutiques.

En aval de la chaîne d'approvisionnement, plusieurs circonstances locales ont entraîné des ruptures de stock. Des centres d'approvisionnement communautaires et ASC ont déclaré avoir subi des ruptures de stocks de certains produits en raison de mauvaise gestion financière. Les fonds destinés au réapprovisionnement de produits ont parfois été utilisés à d'autres fins entraînant ainsi des ruptures de stocks. L'accessibilité de certains ASC à des fins de renouvellement de stock s'est parfois avérée difficile, menant ainsi à des ruptures de stocks à leur niveau. Des voies de communication défaillantes entre PSI/M et les centres d'approvisionnement communautaires entraînent également parfois des ruptures de stocks temporaires. Dans certains cas, les centres d'approvisionnement communautaires ont dû attendre pendant deux mois,

jusqu'à la visite suivante de PSI/M, avant de recevoir des stocks.

Dans certaines villes sans grossiste en produits pharmaceutiques, les pharmacies doivent passer leurs commandes auprès des grossistes d'Antananarivo. Ces commandes arrivent parfois par route et en raison de leur mauvais état et de la distance, les retards de livraison peuvent entraîner des ruptures de stocks temporaires dans les pharmacies. Les fournitures sont parfois expédiées par avion, à un coût élevé répercuté sur les utilisateurs finaux.

Conclusions sur les problèmes de rupture de stock dans le système d'approvisionnement de PSI/M

Le PSI/M a mis en place un système complet de fourniture et distribution couvrant de multiples chaînes et centres d'approvisionnement appuyés par un système d'information solide et pleinement opérationnel. De multiples lacunes dans le système de stockage, indiquées dans l'Encadré, se sont toutefois révélées. Des procédures imparfaites de contrôle des stocks ont entraîné des retards de commandes et par conséquent des ruptures de stocks temporaires occasionnelles.

Recommandations au sujet des problèmes de rupture de stock dans le système d'approvisionnement de PSI/M

- **Il faut étudier et améliorer les procédures de contrôle des stocks aux niveaux central et régional. *Court-terme/Mise en œuvre***
- **Le prochain projet devrait explorer des options avec SIGMA en vue d'obtenir au moins deux fournisseurs préqualifiés de bouchons de bouteille.** Ceci aiderait à résoudre les problèmes opérationnels. *Moyen terme/Mise en œuvre*
- **Étudier les façons d'améliorer progressivement la logistique en utilisant les évaluations semestrielles LSAT pour suivre les améliorations.** Les acteurs de la chaîne d'approvisionnement ont déjà fait l'expérience de l'application d'LSAT à leurs activités pendant l'évaluation et y seront probablement favorables dans l'avenir. *Court à moyen terme/Mise en œuvre*
- **Établir un plan de sécurité pour les matériaux de produits sous marque à tous les niveaux d'assistance le long de la chaîne d'approvisionnement.** Cet investissement

potentiellement faible pourrait jouer un rôle important pour assurer la disponibilité des produits à moyen et long terme. Il devrait être entrepris avec la participation de tous les bailleurs de fonds et partenaires. *Moyen terme/Plan de travail*

- **Explorer un système incitatif à l'intention des centres d'approvisionnement communautaires et des ASC.** Ce système pourrait introduire des primes récompensant les centres et personnes les plus performants du système avec une prime en espèces ou avec des cadeaux comme des bicyclettes et/ou imperméables. Cette recommandation s'adresse à *SantéNet2* et MAHEFA, non pas à un projet de marketing social. *Court terme/Conception de projet*
- **Automatiser le système logistique régional et le relier au siège pour unifier l'ensemble du système.** Un système automatisé permettrait un balayage plus rapide et exact des produits au niveau de la distribution communautaire avec des appareils de poche et permettrait de télécharger les informations directement sur le système informatique de gestion logistique. Il faudrait également envisager l'utilisation de la technologie des SMS. Cette intervention devrait s'inscrire dans le cadre d'une stratégie plus générale de formation commerciale des centres d'approvisionnement. *Long terme/Conception de projet*

6. QUESTION QUATRE: AUTRES QUESTIONS MULTISECTORIELLES

Cette question concerne cinq domaines distincts du projet PSI/M et reflète sa capacité de travailler dans le contexte national. Ces questions concernent également la capacité de PSI/M à collaborer avec d'autres partenaires dans le contexte plus global du développement à Madagascar. La quatrième sous-section couvre les contributions de PSI/M aux réalisations d'autres partenaires et traite des partenariats avec des ONG locales et OING. Les cinq domaines particuliers couverts sont les suivants :

- 1) Efforts de renforcement des capacités avec des organisations locales
- 2) Harmonisation avec les programmes nationaux
- 3) Perception du GOM au sujet des résultats de PSI/M et des besoins futurs
- 4) Collaboration avec des ONG locales et OING pour l'appui à la distribution
- 5) Influence de la situation politique sur les résultats de PSI/M

CONSTATATIONS : EFFORTS DE RENFORCEMENT DES CAPACITES AVEC DES ORGANISATIONS LOCALES

PSI/M a mis en œuvre un programme complet et inclusif de renforcement des capacités conçu principalement en réponse aux expériences de formation et conseils du terrain. Le programme a couvert tous les acteurs appartenant au système, depuis les fabricants jusqu'aux prestataires. Nous renvoyons à nouveau le lecteur à l'Annexe I pour plus de détails sur les formations. Les brefs paragraphes ci-dessous présentent un aperçu des efforts de renforcement des capacités pour chaque intervenant :

Fabricant commercial

Le PSI/M a renforcé la capacité de production de SIGMA, le fournisseur local de *Sur'Eau*, en lui communiquant la formulation du produit et la logistique de distribution du produit. Bien que

SIGMA rencontre toujours des difficultés d'obtention des matières premières sur le marché international, leur disponibilité (capsules de bouteilles) s'est nettement améliorée ces derniers mois.

Le PSI/M est le propriétaire de la marque *Sur'Eau* mais SIGMA est le propriétaire de la molécule mise au point avec l'assistance technique de PSI/M en 2004. PSI/M a non seulement renforcé la capacité technique de recherche et développement de SIGMA, mais a également apporté son appui logistique pour livrer *Sur'Eau* au niveau commercial et communautaire. Le PSI/M est le plus client le plus important de SIGMA pour le *Sur'Eau*. En 2004, SIGMA produisait 450 000 bouteilles de *Sur'Eau* par an. En 2012, SIGMA produisait 3 millions de bouteilles de *Sur'Eau* par an.

Grossistes commerciaux

Le PSI/M a assuré une formation en gestion des stocks à tous les 286 grossistes du pays, ce qui a amélioré leurs exploitations selon l'ensemble des grossistes interrogés. Le PSI/M a également fourni du matériel promotionnel lorsqu'il en disposait.

Fabricant de produits pharmaceutiques

Le PSI/M a tenu des réunions régulières avec NIPHAR pour coordonner la production et la distribution. La fourniture de produits pharmaceutiques et de matériaux d'emballage a également renforcé la capacité de NIPHAR.

Grossistes en produits pharmaceutiques

Le PSI/M a formé 13 grossiste dans l'ensemble du pays à l'utilisation des produit et la gestion des stocks. Les conseillers techniques de PSI/M se sont rendus sur les sites à intervalles réguliers, au moins une fois par mois pour parler de l'utilisation des produits et de la gestion des stocks.

Pharmacies et dépôts

Le personnel technique et de vente de PSI/M se sont rendus régulièrement sur les sites et ont donné des conseils sur l'utilisation des produits et la gestion des stocks.

Détaillants

Le personnel de PSI/M a souvent rendu visite aux détaillants pour les encourager à commander à temps les produits auprès des grossistes et leur ont donné des matériels promotionnels.

Distributeurs communautaires

Le PSI/M effectue des visites de supervision dans tous les centres d'approvisionnement communautaires dans l'ensemble du pays (il en existe 934) au moins une fois tous les deux mois. Tous les centres d'approvisionnement communautaires ont bénéficié d'une formation en gestion des stocks avec une formation de rappel pendant les visites de vente/supervision. Le PSI/MT leur a fourni trois formations au total, en 2010 et 2011 dans les zones *SantéNet*, et une formation en 2012 dans les zones MAHEFA.

ONG

Le PSI/M a également formé un certain nombre d'ONG à l'utilisation des produits et à la gestion des stocks. Les ONG mènent des consultations mensuelles avec *SantéNet2* et MAHEFA pour traiter des problèmes de prévisions. *NB : Le partenariat de PSI/M avec JSI et Research Triangle Institute, International (RTI) est traité plus en détail ultérieurement.*

ASC

Les ASC ont été formés à l'utilisation des produits et à la gestion des stocks par les ONG pour lesquelles ils travaillent et PSI/M en a formé certains directement. Au total, 19 355 ASC ont été formés pendant la durée du projet, dont 80 % sous les auspices de SantéNet2 (62 %) et MAHEFA (18 %).

Prestataires de *Top Réseau*

Tous les prestataires de *Top Réseau* ont reçu au minimum la formation de base (PIMI, méthode de PF à court terme et IST). Au moins un membre du personnel de chacune de 213 cliniques *Top Réseau* a été formé à l'utilisation des produits et à la gestion des stocks.

CONCLUSIONS SUR LES EFFORTS DE RENFORCEMENT DES CAPACITES AVEC DES ORGANISATIONS LOCALES

PSI/M a renforcé la capacité des partenaires au moyen de diverses sessions de formation, de visites de supervision, de réunions techniques/de coordination, et de l'assistance technique pour la fabrication des produits. Ceci a permis l'établissement d'une chaîne d'approvisionnement fiable qui fonctionne bien et assure la livraison de produits de qualité aux utilisateurs. Les ruptures de stock ont été minimales et, lorsqu'elles se sont produites, ont découlé de retards en raison de la réglementation, de problèmes de fabrication et de retards de livraisons de produits achetés à l'étranger (comme décrit plus en détail dans la troisième question de l'évaluation).⁴⁵

CONSTATATIONS : HARMONIZATION AVEC LES PROGRAMMES NATIONAUX

L'ensemble des intervenants considèrent que les deux systèmes de distribution, celui de PSI/M et celui du secteur public, sont complémentaires et non parallèles, en partie parce qu'ils proposent différentes sources (et parfois barèmes de prix) pour les produits de santé.

SALAMA est une entité quasi-publique que le GOM a créée en 1996 pour l'achat et la distribution centralisés de médicaments au public, ONG et OC. SALAMA est également le principal sous-récepteur du Fonds mondial pour la gestion financière des sous-récepteurs dans le cadre du projet d'Application de la stratégie nationale (ASN). PSI est le principal récepteur des séries RCC4 et Sept (paludisme) et Huit (VIH/Sida). Pour les deux subventions pour le paludisme, le PSI a collaboré étroitement avec le PNLP du gouvernement. Pour ce qui est de la subvention VIH, le *Comité National de Lutte Contre le VIH/SIDA* du GOM est également un récepteur principal et PSI/M appuie amplement la coordination et l'exécution en matière de VIH. La distribution communautaire par PSI/M au secteur privé complète celle de SALAMA au secteur public, laquelle souffre d'une insuffisance croissante de financement et fonctionne de moins en moins bien. Bien qu'il n'y ait pas de lien direct entre les deux systèmes de distribution, PSI/M coordonne ses activités avec SALAMA.

Le PSI/M a également réussi à combler les lacunes dans la couverture du programme national de PF grâce à sa chaîne d'approvisionnement de *Top Réseau* et celle des produits pharmaceutiques qui distribue les produits aux utilisateurs dans l'ensemble du pays.

La chaîne de distribution communautaire de PSI/M a collaboré à la prévention VIH/sida/IST avec la distribution de *Protector+*, de concert avec le programme national. En raison de l'addition de PIMI aux objectifs du projet courant FY 2011, PSI/M a ajouté la distribution de MIILD, KTD et kits de traitement de la pneumonie à la chaîne d'approvisionnement communautaire existante et a étendu ces chaînes d'approvisionnement à de nouveaux partenaires en aval du réseau de distribution.

CONCLUSIONS SUR L'HARMONIZATION AVEC LES PROGRAMMES NATIONAUX

La chaîne d'approvisionnement communautaire PSI/M a fonctionné harmonieusement avec celle du secteur public. Le projet a collaboré avec le GOM en complément des programmes nationaux comme le PNLP, l'a aidé à combler les lacunes des prestations nationales et, par conséquent, a contribué à fournir des produits de santé à l'ensemble des secteurs de la société.

CONSTATATIONS : PERCEPTION DU GOM AU SUJET DES RÉSULTATS DE PSI/M ET DES BESOINS FUTURS

Toutes les personnes interrogées travaillant dans les centres de santé régionaux et communautaires pensent que les chaînes d'approvisionnement appuyées par le projet sont complémentaires et durables.⁴⁶ Les informateurs clés du MOH ont la même opinion positive des chaînes d'approvisionnement communautaires de PSI/M et l'apprécient en tant que partenaire. De nombreuses personnes ont toutefois suggéré qu'il faut superviser les ASC plus étroitement. À moyen terme, les responsables du MOH voudraient mettre des mesures en place pour éviter que les ASC n'encouragent la résistance aux antibiotiques par des ordonnances excessives.

L'Agence du Médicament de Madagascar (AGMED) est l'entité du GOM chargée de l'enregistrement de tous les produits de santé. Elle collabore avec l'Agence Française de Santé de Produits Sanitaires (AFSPS), l'OMS et le Club Sida. Le comité d'évaluation de l'AGMED supervise le contrôle de qualité, l'inspection de la conformité des produits et les autorisations de commercialisation des produits (en général pour 5 ans). L'AGMED fournit des services d'inspection de la qualité et collabore efficacement avec PSI/M pendant la phase antérieure à la distribution des produits. PSI/M respecte les exigences d'AGMED pour la validation de tous ses CCC et messages promotionnels avant leur distribution sur les médias de masse, intermédiaires ou CIP.

Les représentants d'AGMED pensent que PSI/M aurait dû les rencontrer plus souvent pour éviter les retards d'homologation de produits. Dans l'immédiat, ils veulent mieux comprendre l'ensemble des activités de distribution de PSI/M. À moyen terme, ils voudraient savoir qui dispense les produits de PSI/M afin de pouvoir s'assurer qu'ils respectent bien les normes nationales.

Le PSI/M a fourni de la formation sur le terrain à certains collaborateurs clés du service public au niveau des districts (par ex. CSB) pour renforcer les capacités locales.⁴⁷

L'Office Malgache de la Propriété Industrielle (OMAPI) est très satisfait de sa collaboration avec PSI/M, l'un de ses principaux clients. L'OMAPI a fait preuve de la confiance qu'il place en PSI/M en enregistrant plusieurs marques sous le projet. Dans l'immédiat et à moyen terme, les dirigeants de l'OMAPI souhaiteraient renforcer leur collaboration avec PSI/M, avec des activités comme des campagnes communes de publicité sur les médias pour la promotion sociale des produits, ce qu'ils ont fait dans le passé.

CONCLUSIONS SUR LA PERCEPTION DU GOM AU SUJET DES RÉSULTATS DE PSI/M ET DES BESOINS FUTURS

Dans l'ensemble, les organismes du GOM pensent que PSI/M est un partenaire utile pour atteindre les utilisateurs finaux de produits et services de santé. Ils le considèrent comme un partenaire actif dont la chaîne d'approvisionnement complète celle du secteur public. Toutefois, les communications avec l'AGMED qui est une entité essentielle pour PSI/M, auraient pu être plus

approfondies ou tout du moins plus fréquentes. Des communications plus fréquentes auraient probablement réduit les interruptions et retards lors du lancement de nouveaux produits.

CONSTATATIONS : COLLABORATION AVEC DES ONG LOCALES ET OING POUR L'APPUI À LA DISTRIBUTION

Les entretiens avec les ONG locales et OING, ainsi qu'avec les distributeurs communautaires et les ASC, indiquent que la distribution communautaire conjointe avec PSI/M a été efficace parce qu'ils n'ont pas souffert de ruptures de stocks de longue durée pour les produits de santé dans les zones rurales. Les partenaires ont différentes priorités que PSI/M suit et respecte.

Le PSI/M collabore étroitement avec des ONG locales, des OING et des entreprises (RTI/SantéNet2, et depuis juin 2012 avec JSI/MAHEFA)⁴⁸ pour distribuer leurs produits aux utilisateurs ruraux. Par l'intermédiaire de ses ONG partenaires, PSI/M a réajusté ses activités de projet, fourni des campagnes et matériels de communications, assuré de la formation et distribué des produits à plus de 4 000 ASC et centres de distribution. SantéNet2 dispose de 805 distributeurs communautaires, MAHEFA a 65 centres de distribution communautaires et les ONG locales ont 64 centres de distribution communautaires. Au niveau national, il existe actuellement 15 400 ASC et ce nombre augmentera probablement d'ici septembre 2012, quand le projet MAHEFA sera complètement opérationnel. Le PSI/M distribue ses produits par l'intermédiaire de ces partenaires d'exécution (qui ne sont pas tous des ONG) pour atteindre les utilisateurs en zone rurale. Le PSI/M les rencontre régulièrement pour coordonner les activités de distribution. En fournissant et distribuant ses produits, PSI/M a joué un rôle déterminant qui a permis aux ONG partenaires d'atteindre leurs objectifs en termes de services au niveau communautaire. Les ruptures de stocks occasionnelles de différents produits ont été de courte durée et les interruptions de service minimales.⁴⁹ En général, les Comités de développement communautaires (CDC) apprécient le rôle joué par les ASC dans les communautés rurales et considèrent qu'ils sont des intervenants clés pour permettre d'atteindre l'objectif du GOM d'assurer la santé pour tous dans les communautés rurales.

Le partenariat entre PSI/M et RTI a facilité l'exécution par ce dernier de *SantéNet2*, un projet communautaire de l'USAID. RTI, qui a quatre bureaux régionaux, gère 16 NGO, qui bénéficient toutes de formation assurée par PSI/M dans le domaine de la gestion des stocks et de l'utilisation des produits (par ex. Action Santé Organisation Secours -ASOS, Association ZETRA, etc.). Le PSI/M fournit aux distributeurs communautaires des produits essentiels comme ACT et contraceptifs par l'intermédiaire des centres d'approvisionnement en zones rurales. Pour le projet *SantéNet2*, la priorité en termes de fourniture a été donnée aux contraceptifs oraux et and injectables ainsi qu'à d'autres produits comme *Pneumostop*, *Viasûr* et d'autres produits pour le traitement du paludisme et de la diarrhée. Le PSI/M est actif dans 833 communes, dont 800 dans les zones de *SantéNet2*. Au cours des quatre dernières années, PSI/M a fourni neuf produits de santé (de marque et génériques)⁵⁰ à des centres d'approvisionnement dans les zones couverts par *SantéNet2*. Pour *SantéNet2*, PSI/M a programmé, acheté et distribué ces neuf produits de santé aux communautés par l'intermédiaire de centres d'approvisionnement et des distributeurs communautaires en zone rurale.

Les systèmes de distribution de *SantéNet2* et PSI/M sont complémentaires pour les produits de santé. Le PSI/M fournit des produits subventionnés directement aux distributeurs communautaires dans des centres d'approvisionnement, tandis que le ONG appuyées par *SantéNet2* fournissent de l'assistance technique aux ASC qui achètent les produits de PSI/M dans les centres d'approvisionnement. RTI estime que *SantéNet2* dessert environ 120 000 femmes malgaches de zone rurale et estime que chaque ASC assiste en moyenne 20 femmes rurales par mois.⁵¹

Bien que le partenariat officiel entre PSI/M et JSI n'ait débuté qu'en juin 2012, PSI/M fournissait dès 2011 des produits aux ASC travaillant dans les zones de MAHEFA. Ce projet est relativement nouveau (il a moins d'un an) et PSI/M a bien répondu à ses besoins en augmentant le nombre de centres d'approvisionnement, de détaillants et points de vente communautaires dans les neuf régions de MAHEFA. Comme pour *Santénet2*, les ONG de MAHEFA reçoivent des produits de PSI/M. JSI est responsable de la planification, coordination et programmation des activités de MAHEFA, tandis que PSI/M est responsable de l'entreposage, de la distribution et de la formation des distributeurs communautaires. Au niveau communautaire, MAHEFA appuie les achats par les ASC des produits de PSI/M dans les centres d'approvisionnement. Comme pour *Santénet2*, MAHEFA collabore avec PSI/M à trois différents niveaux :

- Le PSI/M identifie les besoins dans les zones MAHEFA pour définir les activités à mener avec les ONG locales ;
- Le PSI distribue des produits de santé aux ASC par l'intermédiaire des centres d'approvisionnement ;
- Les ONG locales fournissent de l'assistance technique aux ASC qui achètent des produits de santé de PSI/M dans les centres d'approvisionnement situés dans les zones MAHEFA.

Malgré ses bonnes relations avec ses partenaires d'exécution, on peut constater une lacune dans la capacité de PSI/M à coordonner ses activités avec ses différents partenaires de projet. Les NGO partenaires avec PSI/M ont indiqué que des ruptures de stocks ont entravé leurs activités qui dépendent de la disponibilité de produits de santé de PSI/M.

Le partenariat de PSI/M avec Fianakaviana Sambatra (FISA), une ONG locale qui encourage la PF à Madagascar depuis 45 ans, a été utile pour assurer la fourniture de produits de traitement VIH/IST, surtout pour les jeunes. Les éducateurs de pairs de FISA apprécient la formation fournie par PSI/M et notent également que PSI/M leur donne parfois des préservatifs féminins gratuits.

CONCLUSIONS SUR LA COLLABORATION AVEC DES ONG LOCALES ET OING POUR L'APPUI À LA DISTRIBUTION

En dépit de contraintes politiques, PSI/M a réussi à maintenir sa collaboration avec des entités publiques pour la distribution de produits de santé, surtout au niveau des régions et des districts. Grâce au PSI/M, SIGMA a pu obtenir les compétences techniques nécessaires pour mettre au point les formulations adéquates et conditionnement appropriés répondant aux besoins du peuple malgache. Le succès de SIGMA est impressionnant. En grande partie grâce aux activités dynamiques de promotion et de distribution de PSI/M, la demande nationale de *Sur'Eau* dépasse de loin la capacité de production de SIGMA.⁵²

L'association entre PSI/M et SIGMA s'est avérée très efficace, complémentaire et essentielle pour l'obtention des résultats atteints dans le domaine de la SMI. PSI/M a sensibilisé la population aux avantages apportés par l'utilisation de *Sur'Eau* et d'eau salubre en zone urbaine, semi-urbaine et rurale.

Le PSI/M a établi des partenariats réussis avec des ONG pour assurer leurs produits atteignent bien les utilisateurs finaux en zone rurale. Le projet a joué un rôle essentiel pour aider les ONG partenaires à atteindre leurs objectifs de services fournis et celles-ci se déclarent très satisfaites de ce partenariat. Le PSI/M a également mis en place une chaîne d'approvisionnement communautaire durable grâce à la participation des centres d'approvisionnement et des ASC.

CONSTATATIONS : INFLUENCE DE LA SITUATION POLITIQUE SUR LES RÉSULTATS DE PSI/M

Comme mentionné dans l'Introduction de ce rapport, suite à la crise politique de 2009, l'USAID et PSI/M ont réajusté leurs activités et considérablement renforcé l'exécution de programmes importants avec des stratégies de communication et de distribution en vue d'atteindre la plupart de ses objectifs en matière de SMI, PF/SR, paludisme, VIH/IST, chaîne d'approvisionnement et procédures et systèmes multisectoriels. Ces activités se sont poursuivies dans les installations urbaines de *Top Réseau*, des cliniques péri-urbaines et se sont étendues aux zones rurales avec un ensemble de produits et services tout particulièrement à l'intention des habitants de communautés reculées. Pour remplir son nouveau mandat, un montant additionnel de 4 950 000 USD a été affecté au budget modifié en 2009 pour permettre les efforts supplémentaires au niveau des communautés. L'objectif était d'ajouter du marketing social pour des produits éprouvés en complément aux produits déjà disponibles dans les installations publiques de santé. Dans les cliniques urbaines existantes de *Top Réseau*, la fourniture de produits et services s'est maintenue, voire renforcée. Par ailleurs, ces mêmes services et produits ont été fournis dans de nouvelles cliniques *Top Réseau* dans des sites péri-urbains à proximité de sites *Top Réseau* existants.

Le deuxième changement plus radical opéré dans le projet a été la mise à disposition de produits et services de qualité bénéficiant de marketing commercial aux communautés rurales où vivent la plupart des Malgaches. L'addition de programmes au niveau communautaire a profondément modifié la nature et la teneur des interventions du projet et il en a ajouté de nouvelles.

Normalement ces modifications des principales hypothèses et de la logique sous-jacente du projet auraient dû être reflétées au niveau de l'Office de la santé, de la population et de la nutrition (OSPN) et du PMP de la Mission, et le cas échéant, du Cadre de résultats du projet. Au lieu de cela, des modifications ont été apportées au cadre logique du projet en 2011 et 2012, avec des activités et des indicateurs de résultats révisés qui ont été ajoutés au projet sous la forme de nouveaux volets et sous-volets. Ceux-ci ont ensuite servi à suivre les résultats dans les composantes SMI, paludisme, PIMI, VIH/IST, dans la franchise sociale *Top Réseau* à moindre degré et concernant les changements et agrandissement de la chaîne d'approvisionnement.

CONCLUSIONS SUR L'INFLUENCE DE LA SITUATION POLITIQUE SUR LES RÉSULTATS DE PSI/M

Le PSI/M s'est parfaitement adapté à la situation locale suite à la crise politique de 2009 et a adopté de nouveaux modes de fonctionnement sans interruption évidente de ses services. Le projet a continué d'améliorer l'accès à ses produits et services en collaborant avec des ONG locales et des OING tout en maintenant le niveau de communication nécessaire avec le GOM. PSI/M a navigué cette période turbulente avec finesse et flexibilité.

⁴ PNUD, *Indice de développement humain 2010*, New York, New York : PNUD

⁵ Banque mondiale (2011), Base de données des Indicateurs du développement dans le monde - databank.worldbank.org

⁶ Institut nationale de la statistique (Madagascar), ICF Macro. Enquête Démographique et de Santé de Madagascar 2008-2009. Calverton, États-Unis : ICF Macro, 2010

⁷ Banque mondiale, *L'avenir de l'Afrique, le défi de l'Afrique, Soins et développement de la petite enfance en Afrique subsaharienne*. Éditeurs Marito Garcia, Alan Pence, et Judith L. Evans, © 2008 Banque internationale pour la reconstruction et développement / Banque mondiale. Institut nationale de la statistique (Madagascar), ICF Macro. Enquête Démographique et de Santé de Madagascar 2008-2009. Calverton, United States: ICF Macro, 2010

⁸ Banque mondiale, *L'avenir de l'Afrique, le défi de l'Afrique, Soins et développement de la petite enfance en Afrique subsaharienne*. Éditeurs Marito Garcia, Alan Pence, et Judith L. Evans, © 2008 Banque internationale pour la reconstruction et développement / Banque mondiale. Institut nationale de la statistique (Madagascar), ICF Macro. Enquête Démographique et de Santé de Madagascar 2008-2009. Calverton, United States: ICF Macro, 2010

⁹ Le 17 mars 2009, suite à des manifestations dans la capitale, le Président Ravalomanana a transféré le pouvoir à l'armée, laquelle a, à son tour, confié la présidence au chef de l'opposition, Andry Rajoelina, maire d'Antananarivo et leader des manifestations. M. Rajoelina s'est déclaré « Président de la Haute Autorité de la Transition » (HAT) et a promis de tenir des élections présidentielles d'ici octobre 2010 (promesse qu'il n'a pas tenue), suite à un referendum constitutionnel et une révision du code électoral. Les États-Unis ont condamné cette prise de pouvoir contraire à la constitution et à la démocratie et estime que les événements du début 2009 qui ont mené à la mise ne place de facto d'un nouveau chef d'État constituent en fait un coup d'état militaire. Le 17 septembre 2011, les représentants de la plupart des principaux groupes politiques malgaches ont signé une « Feuille de route pour la sortie de la crise à Madagascar », approuvée par la Communauté de développement d'Afrique australe (SADC), visant à mettre fin à la longue crise politique en formant un gouvernement intérimaire plus ouvert partageant le pouvoir pour préparer le pays à des élections. Les États-Unis considèrent que les événements à Madagascar au début de 2009 sont en fait un coup d'état militaire et, par conséquent, a suspendu tous les programmes d'assistance bénéficiant directement au gouvernement ainsi que toute l'assistance humanitaire à Madagascar. <http://madagascar.usaid.gov/crisis-in-madagascar>

¹⁰ Au cours de son travail sur le terrain, l'équipe a mené des entretiens dirigés avec 13 membres du personnel d'USAID, 27 médecins de *Top Réseau*, six fonctionnaires responsables du GOM, huit présidents du CROM, 35 membres du personnel de PSI/M (direction, suivi et évaluation, administration financière, personnel technique) aux niveaux central et régional, 25 représentants des sous-bénéficiaires et autres partenaires d'exécution, 35 partenaires finaux, 20 ASC, huit grossistes en produits pharmaceutiques, 12 distributeurs communautaires et responsables de centres de distribution et 20 grossistes commerciaux. L'équipe a également mené des visites d'observation de site chez 124 détaillants commerciaux. L'équipe a mené neuf visites d'observation guidées par le LSAT, une visite au niveau central de PSI/M et huit visites au niveau régional de PSI/M afin d'examiner la gestion et les activités d'appui à la chaîne d'approvisionnement.

¹¹ L'équipe a recueilli des données à Antananarivo, Diego, Antsirabe, Toliara, Fianarantsoa, Mahajanga, Tôlanaro, Morondava et Tamatave.

¹² (n = 50) Parmi les autres résultats : % des personnes utilisant 1 bouchon doseur pour traiter un seau d'eau (10 – 15 l) = 81,5% et % des gens attendant plus de 30 minutes avant d'utiliser l'eau traitée = 67,5%.

¹³ Rapport semestriel du projet USAID PSI de marketing social, octobre 2011 - mars 2012 Accord de coopération # 687-A-00-08-00032-00, 30 avril 2012, p. 2

¹⁴ Projet PSI de marketing social, USAID Exercice 2011 Rapport annuel, Accord de coopération # 687-A-00-08-00032-00, 30 novembre 2011, p. 2

¹⁵ Projet PSI de marketing social, USAID Exercice 2011 Rapport annuel, Accord de coopération # 687-A-00-08-00032-00, 30 novembre 2011, p. 2 et mise à jour de la direction de PSI/M en janvier 2012.

¹⁶ Certains ASC qui ont participé aux FD ont dit qu'ils voudraient pouvoir échanger du *Sur'Eau* périmé contre un produit de prix comparable qui se vend bien. Cette question n'a pas été réglée pendant les FD, mais soulevée par le spécialiste de la chaîne d'approvisionnement au cours des entretiens et visites d'observation (voir la discussion dans l'Évaluation - Question 3).

¹⁷ Projet PSI de marketing social, USAID Exercice 2011 Rapport annuel, Accord de coopération # 687-A-00-08-00032-00, 30 novembre 2011, p. 2

¹⁸ Projet PSI de marketing social, Rapport semestriel FY 2012

¹⁹ Voir le Tableau dans l'Annexe E, Tableaux de données CCC, Tableaux à partir des KII et FD.

²⁰ KII avec le personnel de PSI/M et les Médecins Chefs au niveau communautaire qui sont des administrateurs de cliniques.

²¹ Il faut toutefois remarquer que les termes et expressions introduits par le projet comme MRH par les PE et associations de MRH, dont les membres disent préférer le terme MSM que « pédé » ou « homosexuel » qu'ils perçoivent comme péjoratifs, bien que ce ne soit pas toujours le cas pour les coordinateurs de *Top Réseau* et autre personnel de PSI.

²² Projet PSI de marketing social, Rapport semestriel FY 2012

²³ Rapport annuel de PSI, 1^{er} octobre 2008-30 septembre 2009

²⁴ Toutes les cliniques *Top Réseau* se situent en zone urbaine ou semi-urbaine : 70 à Antananarivo, 25 à Antsirabe, 21 à Fiarantsoa, 12 à Mahajanga, 11 à Tôlanaro, 9 à Morondava, 27 à Tamatave, 28 dans la région du nord, y-compris 6 en Sava et 22 en Diana

²⁵ Moyenne calculée à partir de 27 entretiens dirigés de prestataires *Top Réseau*

²⁶ Correspond aux données recueillies par le projet (Rapport annuels du projet de marketing social pour FY 2010 et FY 2011, premier rapport trimestriel du projet de marketing social FY 2012)

²⁷ Voir les rapports annuels de PSI, FY 2009, 2010, 2012 et premier trimestre 2012

²⁸ Rapport semestriel PSI USAID octobre 2011-mars 2012

²⁹ Constatations sur la base de 12 entretiens guidés avec des distributeurs communautaires

³⁰ Constatations sur la base de 12 entretiens dirigés de distributeurs communautaires et 20 FD avec des ASC

³¹ Ces KII comprennent 8 grossistes en produits pharmaceutiques et des partenaires de PSI/M comme NIPHAR, ainsi que 8 présidents de CROM

³² Constatations sur la base de 12 entretiens dirigés de responsables clés de SIGMA en juin 2012 et confirmées par des entretiens dirigés de grossistes commerciaux à Diego, Toliara, Mahajanga et Tamatave en juin et juillet 2012.

³³ Voir les chiffres de vente de *Protector+*, mentionné en page 26.

³⁴ On pouvait trouver du *Protector+* et Sur Eau dans les magasins de petits villages au cours de chaque visite rurale.

³⁵ Actipal et *Pneumostop* n'étaient pas disponibles pour des périodes de quatre à six mois rien que l'année dernière. (Commentaires du personnel de PSI). Actipal n'est pas financé par USAID mais PSI/M le distribue avec l'appui d'autres bailleurs.

³⁶ Voir les rapports annuels de PSI pour FY 2010, 2011 et le 1^{er} semestre de FY2012. Actipal et *Pneumostop* n'étaient pas disponibles pour des périodes de quatre à dix mois rien que l'année dernière.

³⁷ Des entretiens ont été menés avec 12 distributeurs communautaires et 20 ASC au cours des visites de terrain de l'équipe dans les zones rurales

³⁸ Voir PSI/M Semestre octobre 2011-mars 2012, page 23; le Comité de la Gestion des Approvisionnements et des Stocks (GAS) a été établi en 2012 pour répondre aux ruptures de stocks répétées.

³⁹ Entretiens dirigés de 25 sous-récepteurs et partenaires d'exécution du Projet de marketing social, 12 distributeurs communautaires dans les centres d'approvisionnement, 8 grossistes en produits pharmaceutiques et 20 grossistes commerciaux, ainsi que 25 prestataires de *Top Réseau*.

⁴⁰ L'équipe a rendu visite à deux bureaux interrégionaux de PSI/M (à Diego and Tamatave) et six coordinateurs régionaux (Toliara, Mahajanga, Antsirabe, Fiarantsoa, Tôlanaro et Morondava)

⁴¹ Voir page 34, Rapport semestriel de PSI à USAID octobre 2011-mars 2012

⁴² Voir page 34, Rapport semestriel de PSI à USAID octobre 2011-mars 2012

⁴³ Constatations basées sur 8 FD avec des ASC et des KII avec 35 utilisateurs finaux.

⁴⁴ Constatations provenant d'entretiens dirigés avec 12 distributeurs communautaires.

⁴⁵ La chaîne d'approvisionnement est traitée plus en détail dans la Section Trois, tant en ce qui concerne les ruptures de stocks que les mesures prises par PSI pour améliorer la distribution. Il n'a pas été possible de fournir une moyenne avec les données LSAT recueillies.

⁴⁶ La « durabilité » est traitée plus en détail dans la Section Cinq : Conclusions. Il est probable que ces personnes interrogées considéraient que le processus était durable, maintenant que les participants ont obtenu une formation et comprennent les procédures de commande et de contrôle de qualité. La subvention des prix des produits de santé qui ne sont actuellement pas distribués à cette échelle est, de toute évidence, non durable. Les mesures du projet en vue du recouvrement des coûts n'ont pas été discutées bien qu'il existe de sérieuses inquiétudes que la situation économique mette même les projets fortement subventionnés hors de portée de la population cible (comme, par exemple, les jeunes).

⁴⁷ Information recueillie par les entretiens dirigés de l'équipe A avec la Direction Régionale de la Santé (DRS) et les médecins de CSB à Mahajanga et Tamatave.

⁴⁸ Information obtenues à partir de la synthèse des KII menés à Antananarivo, entre le 20 et 22 juin 2012.

⁴⁹ Bien que les ruptures de stocks aient duré pendant des mois, la perception positive des produits et de leur disponibilité est frappante pendant les FS et KII. C'était donc un problème considéré comme « normal » dans le contexte local ou bien les personnes interrogées n'avaient pas souffert de ces ruptures de stocks (elles n'avaient pas besoin de ces produits pendant les ruptures de stocks ou bien les ruptures de stocks ne s'étaient pas produites dans leur site).

⁵⁰ Ces neuf produits comprennent : *Actipal* (zaza et zazakeby), *Confiance*, *Viasûr*, *Pilplan*, *Pneumostop*, *Protector Plus*, *Sur'eau*, *MILD* et *TDR*.

⁵¹ Information provenant de l'entretien dirigé avec le Directeur pays de RTI, juin 2012.

⁵² Entretien dirigé avec le Directeur de SIGMA, juin 2012.

ANNEXES

ANNEX A: PSI MADAGASCAR SUB-AWARDEES

PSI's USG Sub-Awardee FY 2008-2012	Description
VS : <i>VOAHARY SALAMA</i>	PSI/M signed an agreement with Voahary Salama (VS) in February 2009. VS provides training and support to community health workers (CHWs) in four communes of Moramanga: Sabotsy Anjiro, Ambatovola, Amboasary Gara and Andaingo. PSI/M provides support to social marketing activities including training of CHWs, product supply and resupply, and interpersonal communication activities. Trained CHWs conduct educational sessions among mothers and caregivers of children under five on malaria prevention and treatment, nutrition, pneumonia and family planning. The role of VS is to disseminate and share lessons learnt, and to help build capacity of local partner organizations and CHW networks. Activities in FY 2011 included more than 4,500 group sessions and more than 8,000 home visits on Family Planning and Integrated Management of Childhood Illnesses (IMCI).
GOLD: <i>GROUPEMENTS ET ORGANISATIONS LOCALES DE DEVELOPPEMENT</i>	PSI/M signed an agreement with GOLD in September 2010 to continue activities initiated under the POUZN program (Point of Use Safe Water and Zinc), which ended in November 2010. Activities continued for five months and focused on IMCI in five communes in Betafo District (Vakinankaratra region). GOLD is the only health NGO working in this area. Due to the late arrival of the Pneumonia treatment product (to be launched in November 2011) and delays with the validation of the CHW training curriculum on malaria, CHWs focused on diarrhea prevention and treatment. More than 80 CHWs received training and products for diarrhea prevention and case management. A no cost extension was recently signed for five additional months of project implementation (November 2011-March 2012). Main focus will be the introduction and promotion of the smaller <i>Sur Eau</i> bottle for community based distribution.
MCDI: <i>MEDICAL CARE DEVELOPMENT INTERNATIONAL</i>	PSI/M signed an agreement with MCDI in 2009 for the start of the POUZN program (Point of Use Safe Water and Zinc), which had as one of its objectives to increase use of Oral Rehydration Salt (ORS) and zinc for treatment of diarrhea at community level. To this end the project trained over 1,000 CHWs and supplied them with OSR/zinc treatment kits. In an effort to integrate management of childhood illnesses across intervention areas, MCDI supported CHWs also received training in malaria treatment with funding from the Global Fund Round 7. MCDI areas of intervention under the USAID funded partnership are concentrated in 8 districts in the South West, with 97 out of 105 communes covered.

PSI's USG Sub-Awardee FY 2008-2012	Description
MCDI no cost extension	While the agreement was initially set to end in September 2010, a no cost extension was proposed and approved in October 2011. The no cost extension is for five months (November 2011-March 2012). The main reason for the no cost extension is to introduce the use of a new algorithm focusing on integrated case management of children under five with malaria, diarrhea or pneumonia. The algorithm will be piloted for use by MCDI trained CHWs. To date, PSI/M has supported the training of more than 770 CHWs in IMCI.
SALFA: <i>SAMPAN'ASA LOTERANA MOMBY NY FAHASALAMAN A</i>	In the second semester of FY 2011, PSI/M established a sub-award agreement with the Health Department of the Lutheran Church (SALFA), and identified five remote communes where community-based activities were implemented. PSI/M trained SALFA trainers/supervisors in family planning, and reinforced their management, monitoring and evaluation capacity. These trainers/supervisors in turn identified, trained and supported 65 CHWs for family planning provision including standard day method, condom use and oral contraceptive pills. After five months of activities, the 65 CHWs had reportedly recruited more than 500 new family planning users.
	In FY12, PSI/M will reinforce the partnership with SALFA in order to respond to rural women's demand for modern contraceptives. New CHWs in the five remote communes will be recruited and trained to reach a total of 155 trained for community-based distribution of products by end of project. SALFA trainers/supervisors will be trained in injectable contraception provision and will subsequently conduct trainings of 80 CHWs on this method.
WCS: <i>WILDLIFE CONSERVATION SOCIETY</i>	PSI/M signed an agreement with WCS in 2008. At the end of FY 2011, project activities covered 16 communes in four districts (Maroantsetra, Mandritsara, Andapa and Befandriana Nord). The project has trained 132 CHWs in socially marketed products, including 44 who have been trained in injectable contraception provision. In each locality, the Social Development Committee provides support and supervises training and monitoring of CHW activities.
WCS – supply chain activities	In addition to collaboration on training and community health activities, PSI/M also works with WCS on improving the supply chain from the district level down to the community level. To date, PSI/M has established 16 supply points at community level, where social marketed products are available to CHWs for resupply. PSI/M and WCS have also collaborated in communication activities including local radio programs and the celebration of 'World xxx Days' for several health-related themes.
ODDIT : <i>ORGANISME DE DEVELOPPEME NT DU DIOCESE DE TOAMASINA</i>	PSI/M subcontracted ODDIT in 2009 for support with distribution, stocking and logistics related to the mass net distribution campaign. In 2010 they were subcontracted for the same tasks along with social mobilization (pre, during and post campaign), and local coordination.

PSI's USG Sub-Awardee FY 2008-2012	Description
MRC : <i>MALAGASY RAITRA CONSULTING</i>	PSI/M contracted MRC and MC2S in 2010 to conduct trainings in preparation for the mass net distribution campaign. Nearly 41,000 community agents were trained in 71 districts. In addition the organizations trained more than 1,000 local heads of health centers in micro-planning for the campaign.
MC2S : <i>MALAGASY CONSULTING SOLUTION ET SERVICE</i>	See MRC above.
SAGE: <i>SERVICE D'APPUI À LA GESTION DE L'ENVIRONNEM ENT</i>	PSI/M subcontracted SAGE in 2010 for support with distribution, stocking, logistics, social mobilization and coordination related to the mass net distribution campaign.
<i>CONSORTIUM SAF/ECREA</i>	PSI/M subcontracted SAF/ECREA in 2010 for the same tasks as ODDIT, as describe above (See ODDIT).
<i>CLR: CONSORTIUM LOVA/Ressources Vertes</i>	PSI/M subcontracted CLR in 2010 for the same tasks as SAF/ECREA and SAGE i.e., for support with distribution, stocking, logistics, social mobilization and coordination related to the mass net distribution campaign in the South part of Madagascar.

ANNEX C: TABLE OF RESPONDENT CATEGORIES

Respondent categories	
USAID and other Donors	17 KIIs with USAID personnel and representatives of other donors: 13 - USAID; 1 - World Bank; 1 - UNFPA; 1 - GFATM; 1 - UNICEF.
GOM	6 KIIs with GOM representatives at the central, regional, and district levels.
PSI/M	35 KIIs with PSI/M staff including senior management, monitoring and evaluation, financial administration, and technical staff, both at central and regional levels.
PSI/M Implementing Partners	25 KIIs with Sub-Awardees and other Implementing Partners including but not limited to the following: Sub-Awardees: 1 - MCDI; 1 - SALFA; 1 - ODDIT; 2 - RTI (COP and DCOP for SantéNet2 in Antananarivo); 1 - JSI (COP for MAHEFA Project in Antananarivo) Other Implementing Partners: 8 - CROM representatives; 1 - ZETRA (SantéNet2 NGO); 1 - ASOS (SantéNet2 NGO).
KIIs with Service Providers	<ul style="list-style-type: none"> • 27 - <i>Top Réseau Staff</i> (e.g., owners, managers, doctors and other staff) • 20 - CHWs
Non-PSI/M partners	25 KIIs with representatives of private firms and NGOs that are not partnered with the Social Marketing Program
Supply Chain Actors	<ul style="list-style-type: none"> • 40 KIIs with actors involved in the supply chain of PSI/M products: 8 - pharmaceutical wholesalers; 12 - community based distributors and supervisors at supply points; and 20 - commercial wholesalers. • 124 site visits with retailers including pharmacies, kiosks, hotels, motels, grocery stores, and boutiques.
Beneficiaries	35 KIIs with end-users of PSI/M products including: <ul style="list-style-type: none"> • Caregivers of children under 5 years old • Women of reproductive age • Men of reproductive age • Youth • CSWs • MSM
FGD Results by Respondent Type	<ul style="list-style-type: none"> • Women of reproductive age (12) • Men of reproductive age (10) • Youth (7) • CSW (6) • MSM (5) • CHW (8) • PSI/M Central-level Staff (4)
LSAT	The Team conducted nine site observations guided by the LSAT, one at PSI/M Central level and eight at PSI/M regional level, in order to examine supply chain management and support activities

ANNEX D: EVALUATION SCOPE OF WORK

SECTION C – PROGRAM DESCRIPTION

C.1 PURPOSE

USAID/Madagascar is seeking an external team of evaluators to conduct an end-of- project evaluation for the PSI Social Marketing Project.

The purpose of this evaluation is two-fold:

- 1) The evaluators will collect both qualitative and quantitative information about PSI's implementation, progress and challenges, with particular emphasis on whether PSI successfully achieved the objectives of the project. Additionally, the team will also share any programmatic, management and/or financial obstacles that affected project implementation to inform future projects.
- 2) The evaluation results will inform USAID/Madagascar and key stakeholders of recommended strategies, structures or actions for future projects involving supply chain and distribution systems to increase efficiency and impacts, e.g., viability of community supply chain system; priority areas for local capacity building; gaps in management structure and oversight; consumer focus in product distribution and price determination, etc.

Evaluation questions should correspond to the major areas of focus for the project, including: maternal and child health; family planning; malaria; STI/HIV; supply chain. There are several cross-cutting themes, such as behavior change communication and the development of the Top Réseau franchise of health clinics that should also be evaluated.

The primary evaluation question is:

To what extent did PSI achieve the stated results outlined in the Cooperative Agreement 687-A-00-08-00032-00?

More specific illustrative evaluation questions are as follows and evaluation results should include the key achievements in each area, strengths and facilitating factors, challenges and barriers and level of sustainability.

Original questions:

1. How did PSI perform in the area of maternal and child health; family planning; malaria; and STI/HIV?

Result 1: Maternal and Child Health

- *How did PSI perform in the area of diarrhea prevention and treatment activities?*
- *How did PSI perform in the area of pneumonia prevention and treatment activities?*
- *How did PSI perform in the area of the integrated management of childhood illness?*
- *How were the findings of research results in maternal and child health used by PSI or others?*

Result 2: Family Planning

- *How did PSI perform in the provision of family planning services?*

Result 3: Malaria

- *How did PSI perform in the provision of malaria prevention and treatment services?*

Result 4: STI/HIV

- *How did PSI perform in the provision of STI and HIV prevention and treatment services?*
- *What are the major achievements of PSI's peer outreach activities for prevention of STI/HIV?*

2. How did PSI perform in implementing and working with Top Réseau clinic franchise?

- *In regards to the Top Réseau clinic franchise, what were PSI's major achievements in developing private sector services?*
- *Did these services increase access and use for those most in need?*
- *To what extent are the Top Réseau franchise clinics sustainable without PSI assistance?*

3. How did PSI perform in the Supply Chain/distribution systems?

- *In maintaining the supply chain for community-based products, what were the major achievements and weaknesses?*
- *What contribution did the PSI project make to national coverage of health products through its supply chain/distribution system? How about in rural areas?*
- *To what degree has the project been successful in establishing a supply chain model for USAID-funded Community Based Distribution programs since 2009? What were the obstacles? How were they overcome?*

4. Other Possible Cross-cutting questions

- *In the areas of family planning and malaria, what were the results of PSI's capacity building efforts for local organizations?*
- *To what extent has PSI been able to align and harmonize its work with national programs (especially malaria), despite constraints?*
- *What was PSI's performance in terms of organizational capacity building?*
- *Was the PSI project successful in leveraging partnerships with local and other international NGOs to distribute the health products? What role did the PSI project's contributions (BCC, Products, Research, Distribution, Training, Housing...) play in the attainment of other partner's achievements?*
- *What was the impact of the political situation on the project's performance on MCH, HIV, malaria, and FP? To what extent has PSI been able to adapt to new circumstances and modes of operation?*

Revised set of questions:

Program Result Area	Key Evaluation Questions
I. How well did PSI perform in the areas of Maternal Child Health (MCH), Family Planning (FP) and Reproductive Health (RH), Malaria, and Sexually Transmitted Diseases/ Human Immunodeficiency Virus (STI/HIV)?	
1. MCH	<ul style="list-style-type: none"> • How did PSI perform in the area of diarrhea prevention and treatment activities? • How did PSI perform in the area of pneumonia prevention and treatment activities? • How did PSI perform in the area of the integrated management of childhood illness? • How were the findings of research results in MCH used by PSI or others?

2. FP/ RH	<ul style="list-style-type: none"> How did PSI perform in the provision of family planning services?
3. Malaria	<ul style="list-style-type: none"> How did PSI perform in the provision of malaria prevention and treatment services?
4. STI/HIV	<ul style="list-style-type: none"> How did PSI perform in the provision of STI and HIV prevention and treatment services? What are the major achievements of PSI's peer outreach activities for prevention of STI/HIV?
II. How did PSI perform in implementing and working with Top Réseau clinic franchise?	
Capacity building of the Top Réseau clinic franchise	<ul style="list-style-type: none"> In regard to the <i>Top Réseau</i> clinic franchise, what were PSI's major achievements in developing private sector services? Did these services increase access and use for those most in need? To what extent are the <i>Top Réseau</i> franchise clinics sustainable without PSI assistance?
III. How did PSI perform in the Supply Chain/distribution systems?	
Supply Chain/ Distribution Systems	<ul style="list-style-type: none"> In maintaining the supply chain for community-based products, what were the major achievements and weaknesses? What contribution did the PSI project make to national coverage of health products through its supply chain/distribution system? How about in rural areas? To what degree has the project been successful in establishing a supply chain model for USAID-funded community-based distribution programs since 2009? What were the obstacles? How were they overcome?
IV. Other Possible Cross-cutting questions	
Cross-cutting questions	<ul style="list-style-type: none"> In the areas of FP and Malaria, MCH and Child Survival, HIV/AIDS/ STIs, and Supply Chain, what were the results of PSI's capacity building efforts with local organizations? To what extent has PSI been able to align and harmonize its work with national programs, despite constraints, in all the program areas listed above? How do GOM actors with whom the project still works (e.g., National Institute of Statistics, National Laboratory, National Medical Distribution System, Customs and public sector facilities in urban and rural areas), perceive the project and its outcomes, and how do they see their related needs in the immediate and medium term future? (NEW). Was the PSI project successful in leveraging partnerships with local and international NGOs to distribute health products? What role did the PSI project's contributions (in BCC, Products, Research, Distribution, Training, Housing...) play in the attainment of other partners' achievements? What was the impact of the political situation on the project's performance on MCH/FP, HIV/STI, and Malaria, Child Survival, and capacity building? To what extent has PSI been able to adapt to new circumstances and modes of operation?

C.2 ACTIVITIES

This activity will be a performance evaluation in which USAID/Madagascar encourages the use of mixed-method approach for the evaluation. It may include (1) desk review of documents and available data, (2) key informant interviews (KIIs), (3) site visits and focus group interviews, and (4) mini-survey. USAID/Madagascar expects to discuss the methodology with the evaluation team that is selected.

Data collection methods should be appropriate to answer the evaluation questions referenced above. Methodologies should adhere to the highest quality standards, considering issues of relevance, reliability, and ethics.

Data analysis and evaluation results must be disaggregated by urban/rural and by gender as appropriate. It is strongly encouraged to gather data from as many provinces of Madagascar as appropriate to the evaluation questions and activities' locations.

A list of suggested methodologies is proposed below:

1. **Desk review of documents and available data:** The evaluation team will be given access to relevant published and unpublished project documents for review and analysis. The team will review all available materials prior to conducting any field work.
2. **Key informant interviews:** The evaluation team will interview selected respondents according to stakeholder list that will be provided by USAID/Madagascar. This step will likely involve travel to places in remote places depending on the final field observation plan agreed upon by the evaluation team.
3. **Site visits and focus group interviews:** The evaluation team will conduct site visits for direct observations and interviews with selected focus groups (end-users, community health volunteers, etc.). This step will likely involve travel to places in remote places depending on the final field observation plan agreed upon by the evaluation team.
4. **Mini survey:** As needed, the evaluation team may conduct mini-survey of selected stakeholders. Samples for the mini-survey should be representative of PSI beneficiaries at the province level.
5. Other methods as developed by consultants in collaboration with USAID

C.3. TEAM COMPOSITION

The evaluation team must be qualified as experts in both quantitative and qualitative evaluation methodologies, so that its recommendations can be viewed as authoritative and influential.

Composition of the team should include 2-3 persons with:

- Significant knowledge of PSI/M's and associated structures utilizing both private sector and community-based channels for widespread supply chain and distribution;
- Demonstrated ability to implement a large, field-based program performance evaluation and submit a quality report within specified time-frame;
- Expertise in quantitative and qualitative evaluations;
- At least two persons with excellent spoken and written skills in French and English.

In addition, the team should include Malagasy staff (logisticians, IT staff, and data collection assistants), all of whom the contractor will recruit locally.

Finally, two to three USAID staff will participate as observers of the evaluation process and the field implementation.

C.4 REPORTS AND DELIVERABLES

a. Reports and Briefings

1. In briefing in Madagascar (DATE TBD): The evaluation team will have two meetings – one with key USAID and a second with PSI staff - to present the team, the draft evaluation plan and timeline, and to address any issues. The meeting with PSI staff will be conducted in French. No field work may take place before the in-briefing meeting with USAID and PSI.

2. Detailed evaluation plan and Preliminary Summary Report: Three weeks after the award of this Task Order, a detailed evaluation plan (outlining the evaluation design, methodology, and data analysis plan and data collection schedule) will be submitted to USAID/Madagascar for comment and approval. This plan should include concise explanations for the methodologies chosen and how they best respond to the evaluation questions. This plan will be submitted to USAID in English, and once approved, the contractor will have one week to finalize the plan both in English and in French.

Also, a summary report outlining the results of a comprehensive review of PSI project documents, (e.g., proposal, baseline study, annual reports, monitoring surveys, etc.), will be submitted to USAID for comment. This report will be in English.

3. Out briefing in Madagascar (DATE TBD): Field work should be completed by 07/20/2012 in order to ensure access to implementing partner activities. During the week after completion of the field work and data collection, the evaluation team will have between 3 to 5 days in-country to prepare a briefing outlining preliminary findings, conclusions and recommendations to key USAID staff; and to make a formal oral debriefing including a slide presentation, followed by discussions to USAID. The presentation will be delivered in English (complete with slides) and will be provided in an open forum to be determined in collaboration with the USAID manager of this evaluation. Minutes of this meeting will be prepared by the contractor and attached as an annex to the draft evaluation plan.

4. Draft Evaluation Report: Two weeks after the formal oral debriefing, the contractor will submit a near-final draft report to USAID/M for review and feedback. This report will be in English and will not exceed 40 pages (not including annexes and attachments). USAID has ten (10) working days to review the Draft report and provide a single set of written comments on the Draft Report.

5. Final Evaluation Report: After reception of the written comments from USAID, the contractor will have one week to finalize this report both in English and in French. The evaluation report should describe the research design and methodology, present findings and conclusions related to the key evaluation questions, detail any lessons learned and offer recommendations for future projects. This report will not exceed 40 pages including a 3-page executive summary and annexes as needed to clearly illustrate or highlight key points.

The contractor will also submit to USAID (with the final report) all instruments and tools used in implementation of this evaluation and all data collected on appropriate storage devices, e.g., flash drive, compact discs, interview records, etc.

USAID/Madagascar's additional comments, if any, on the Final Evaluation Report will be sent to the contractor within 14 working days of its receipt by USAID/Madagascar. Once the final evaluation report is complete, the contractor will submit four hard copies (two in English and two in French) and electronic versions of these reports to USAID/Madagascar. The contractor will also send an electronic copy to the Development Experience Clearinghouse for archival.

C.5 PROGRAM MANAGEMENT

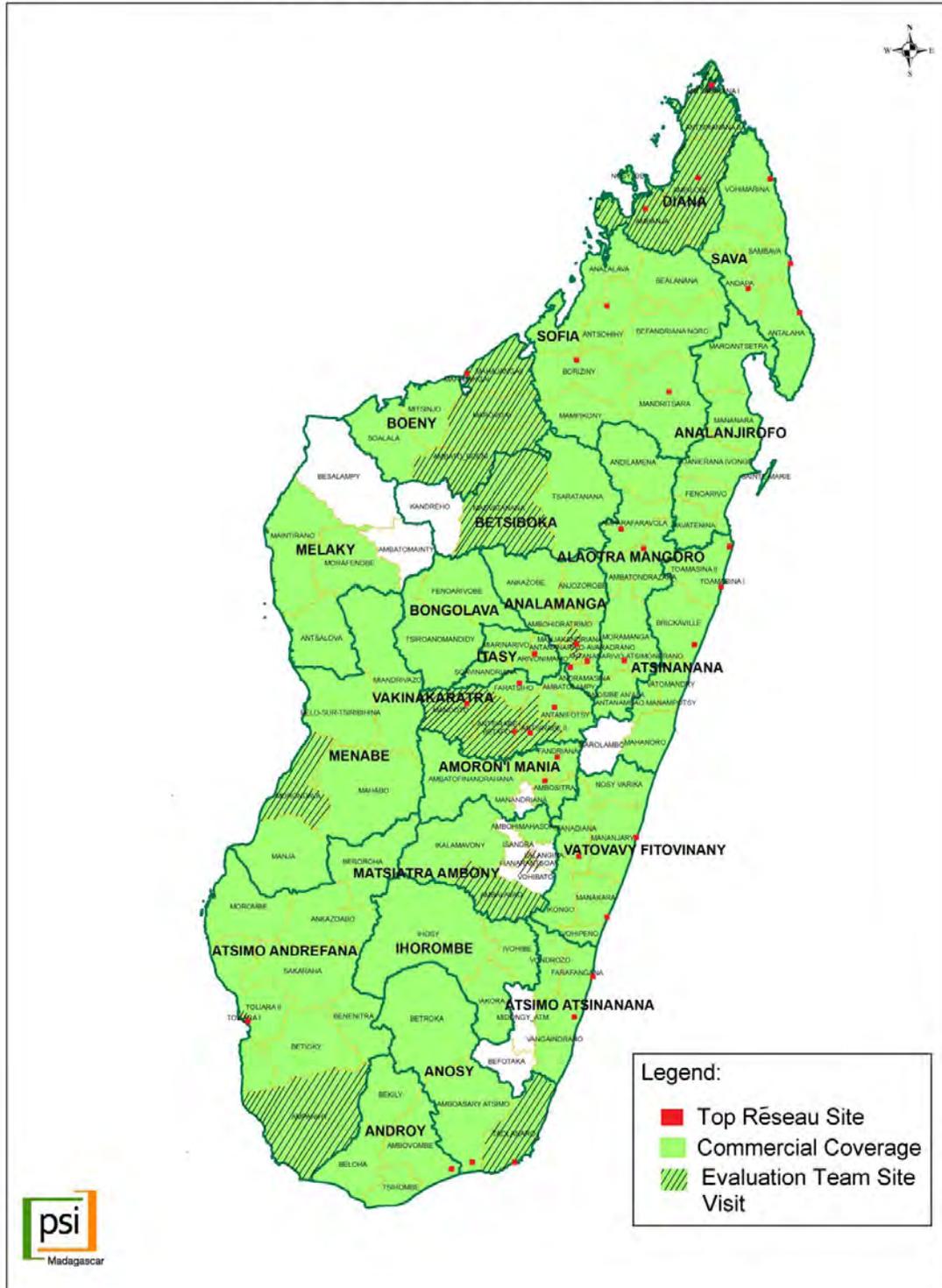
The USAID technical office responsible for the Task Order is the Program Development and Assessment Office (PDA) at USAID/Madagascar. The contractor will report directly to USAID/Madagascar through the COR within PDA.

Reviewers will be provided with the following documents in preparation for the assignment:

- Background Information : Country Context and Project Description (Annex A) ;
- PSI Intervention Zones (Annex B);
- PSI annual progress reports for FY 2009, FY 2010, and FY 2011 (Annex C);
- Other relevant documentation as necessary or upon request.

ANNEX E: MAP OF REGIONS AND DISTRICTS VISITED BY THE EVALUATION TEAM

PSI MADAGASCAR COVERAGE COMMERCIAL DISTRIBUTION



ANNEX F: TABLE OF DATA COLLECTION RESULTS

Region	Districts	Commune (village) - Indicates if site is urban (U), peri-urban, (PU), or rural (R)	Key Informant Interviews (KIIs) at Service Delivery Clinics	KIIs and site visits at Distribution/ Supply Points - Indicates type: Community Based Distributor (CBD), Commercial, Retail, or Pharmacy	KIIs with PSI staff, USAID personnel, GOM representatives, implementing partners and other stakeholders	FGD - Indicates total number for each respondent category ⁵³	LSAT
Team A							
Diana Region, Northern Madagascar Monday June 25-Saturday June 30	Ambilobe District; and Antsiranana II District; Ambanja District	Urban (U) areas in Ambilobe District and Antsiranana; Rural (R) areas of Ambilobe District (135 kms from Antsiranana); Peri-urban (PU) areas of Ramena Commune and Joffreville Commune in <u>Antsiranana II</u> District; and Antsiranana City (U- the capital of Diana Region, formerly called Diego-Suarez prior to 1975, commonly called Diego by French speakers).	<u>Total = 2 Top Réseau KIIs:</u> Dr. Radilahy Basile at <i>Top Réseau</i> Cabinet Medical, Anoronala Commune/ <u>Antsiranana II</u> District; and Dr. Marc Richard at Espace Medical Prestataire <i>du Top Réseau</i> , Antsiranana	<u>Total = 1 Supply Point (SP) site visit</u> in Ambilobe Commune (R)	<u>Total = 12 KIIs:</u> 5 with PSI/M staff at Antsiranana office (U); 1 with Community Health Worker (CHW) in Antsiranana (U); 2 with CHWs in Ambilobe Commune (R); 4 with PSI/M Implementing Partners	<u>Total = 6 FGDs</u> 1 with Women (15-45 years old) 3 with Youth 1 with men (15-45 years old) 1 with women with children	<u>1 LSAT conducted</u> at PSI/M in Antsiranana

<p>Atsimo-Andrefana Region, South Western Madagascar</p> <p>Monday July 2 - Saturday July 7</p>	<p>Toliara II District (U); and Ampanihy District (R).</p>	<p>Toliara (U - also known as Toliary, formerly called Tuléar, and is the capital of Atsimo-Andrefana Region); and Ankiliabo Commune (R) in Ampanihy District.</p>	<p><u>Total = 2 Top Réseau</u> KIIs in Toliara (U)</p> <p>1 at Dispensaire Fraternelle (U)</p> <p>1 at Centre Medical de Bethesda (U)</p>	<p><u>Total = 1 SP KII and site visit</u> at Ankiliabo Commune (R)</p>	<p><u>Total = 19 KIIs:</u> 17 KIIs in Toliara (U and PU areas): -5 with PSI/M staff -2 with GOM staff -5 with PSI/M partners -5 with Non PSI/M partners</p> <p>2 KIIs in Ankiliabo Commune (R): -1 with GOM staff -1 with NGO partner (ASOS)</p>	<p><u>Total = 7 FGDs</u> 2 FGDs in Ankiliabo Commune (R): -1 with female CHWs -1 with women with children</p> <p>5 FGDs in Toliara (U): -1 with MSM -2 with Commercial Sex Workers (CSWs) -1 with Youth (musicians) -1 with mobile men (<i>pousse-pousses</i> or rickshaw drivers)</p>	<p>1 LSAT at Toliara</p>
---	--	--	---	--	---	---	--------------------------

<p>Antananarivo, the Capital of Madagascar and the Analamanga Region</p> <p>Team A made 2 trips – during June 11-24, 2012 and during July</p>	<p>Antananarivo (U and PU areas)</p>	<p>Antananarivo (U and PU areas)</p>	<p>Total = 1 <i>Top Réseau</i> visited in Antananarivo (during June 11-24) <i>Top Réseau</i> OSIEM in Ampasika</p>	<p>[No <i>Supply Chain</i> KIIs were conducted by Team A – the team was preparing the <i>Evaluation Methodology and Plan</i>]</p> <p><u>Total = 5 <i>Supply Chain</i> KIIs and site visits in July:</u> 1 SP (PU); 1 PSI/M pharmaceutical wholesaler; 2 PSI/M commercial wholesalers; 1 CBD at SP.</p>	<p><u>Total = 34 KIIs:</u> 10 KIIs with USAID personnel, including: Director of Program Office, Senior Acquisition Specialist, PMI Program Management Assistant, Senior Health Administrator /OPHN, Senior HPN Program Manager, Program Officer, Program Specialist, M&E Assistant, HPN Financial Analyst. 13 KIIs with PSI/M staff at central office. 8 KIIs with PSI/M partners: Mr Volcan Cakir, Chief of Party (COP) and Dr. Nirina Ranaivoson, Deputy COP for RTI International/ SantéNet2; Dr. Penny Dawson, COP for JSI/ MAHEFA Project; Yvette Rakotobe, Pharmacy Inspector from AGMED; Christian B Rabefaniraka, Deputy General Manager for R&D, Production, and Quality at SIGMA; Dr. Rabakomahefa Voahirana, Programs Coordinator for FISA; 3 KIIs with GOM staff:</p>	<p>[No FGDs conducted by Team A – the team was preparing the <i>Evaluation Methodology and Plan</i>]</p> <p><u>Total = 6 FGDs</u>, 3 of which in PU areas: 4 FGDs with PSI staff at Central Office (Distribution, Communication, Service Delivery, and Financial Administration teams) 1 FGD with Youth at the University of Antananarivo 1 with Women (Mahitsy Commune in ASOS intervention area).</p>	<p>1 LSAT at PSI/M Central in Antananarivo</p>
---	--------------------------------------	--------------------------------------	--	---	---	--	--

<p>Boeny Region, in North Western Madagascar and Betsiboka Region</p> <p>July 16 - 21, 2012</p>	<p>Mahajanga II District (called Majunga District in French) Boeny Region; Maevatanana District in Betsiboka Region; Marovoay District in Boeny Region.</p>	<p>Mahajanga I (U - also called Majunga City and is the capital of the <u>Boeny</u> region); Mahavoky Commune, Maevatanana District; Mahatsinjo Commune in Maevatanana District; La Corniche Commune in Mahajanga II District; Station Agricole Commune</p>	<p><u>Total = 4 KIIs with Top Réseau staff and 4 site visits:</u> <i>Top Réseau</i> in Mahavoky Commune; <i>Top Réseau</i> in La Corniche Commune; <i>Top Réseau</i> in Station Agricole Commune; and <i>Top Réseau</i> in Mahatsinjo Commune.</p>	<p><u>Total = 5 Supply Chain KIIs and site visits:</u> 1 KII with Mr. Philippe, CBD SP in Belobaka, Majunga II District (PU); 1 KII with Mr. Jo Marovoay At SP in Akazombora Commune (R); 2 KIIs with PSI/M Commercial wholesalers; 1 KII with PSI/M Pharmaceutical wholesaler</p>	<p><u>Total = 18 KIIs:</u> 4 KIIs with PSI/M staff 3 KIIs with PSI/M partners; 2 KIIs with Non SM Project partners in Antanambao village; 3 KIIs with GOM staff; 2 KIIs with rural men at Anbondromany village; 2 KIIs with CHWs in Bealoy and Akazomborona Communes in Marovoay District; 2 KIIs with MSI staff - Dr. Maurin Mananantitra, Outreach Doctor Boeny and Yvonne Randrindra, Outreach Coordinator Boeny-Betsiboka.</p>	<p><u>Total: 11 FGDs</u> conducted in U, PU, and R areas- including 5 FGDs conducted in Mahajanga I (U): 1 FGD with youth in Maison du quartier, Mahajanga (U); 1 FGD with MSM; 1 FGD with women of reproductive age; 1 FGD with CSWs; 1 FGD with Youth.</p> <p>Including 6 FGDs in the rural communes (Bealoi and Akazomborona): 2 FGDs with men of reproductive age; 2 FGDs with women of reproductive age in Bealoi; 1 FGD with male CHWs; 1 FGD with women in Akazombora Commune (R)</p>	
---	---	---	---	---	---	--	--

Team B							
Antananarivo, the Capital of Madagascar and the Analamanga Region July 2012	Antananarivo (U and PU areas)	Besardy	<u>Total = 4 KIIs and site visits at Top Réseau Clinics</u>		<u>Total = 27 KIIs:</u> 10 with PSI/M Staff; 5 with CROM Officials/ Members; 2 with MCDI Managers (Sub-awardee); 1 with Director of PNLS; 2 with AGMED representatives; 1 with SIGMA representatives; 1 with World Bank (WB) representative; 3 with USAID Officials 2 with USG Officials	<u>Total = 4 FGDs:</u> 1 FGD with CSWs that are also Mothers of CU5 (8 participants) 1 with men of reproductive age; 1 FGD with CSWs, La Rotonde Besarety; 1 with MSM in Andraisoro near Be Camion (7 participants).	
Diana Region June 25-30	Ambilobe District (R and U areas); Antsiranana / Diego (U - capital of Diana);	Antsiranana (U - capital of Diana, formerly called Diego); Ambilobe District (U); Ramena (PU); Joffreville (PU); and Ambilobe (R – about 135 - 145 km from Antsiranana).	<u>Total = 2 KIIs with Top Réseau staff:</u> Dr. from Top Réseau Cabinet Medical in Anoronala Commune in Diego; Dr. Marc Richard, Service Provider at Espace Medical Prestataire du Top Réseau in Antsiranana.	<u>Total = 11 semi-structured interviews with Supply Chain informants</u> <u>Total = 44 SPs visited:</u> 1 Supply Point in Ambilobe Commune; 7 pharmacies; 2 wholesalers; 1 CHW at a SP And site visits at 44 commercial retailers	<u>Total = 14 KIIs in Antsiranana (U):</u> 5 PSI staff 3 CHWs 4 PSI Partners In Ambilobe: 2 CHWs	<u>Total = 6 FGDs:</u> 1 with Women (15-45 years old); 3 with Youth; 1 with Men 15-45 years old); 1 with Women with children under 5 yrs old (CU5)	
Vakinankaratra Region in Central Madagascar Monday June 25 - Saturday June 30	Areas surrounding the regional capital, Antsirabe, Antsirabe II District; Tanambao Ambary (R), Mandoto	Antsirabe (U); Mandoto / Mangarano Commune (R); Morafeno Village / Anivosaha Fokontany; Ambalamarina Fokontany/	<u>Total = 7 KIIs with Top Réseau staff:</u> 5 KIIs at the Top Réseau Coordination Office in Antsirabe (these interviews included supply	<u>Total = 5 Supply Chain KIIs and sites visited including:</u> 2 KIIs and site visits to CBDs 2 KII and site visits at retail pharmacies; 1 KII and site visit at Commercial pharmacy: Dr. Harinaivalona	<u>Total = 12 KIIs:</u> 4 with GOM - Dr Melimanantsoav, (GOM- Chief at CSB II Tanambao Ambary -R); Dr. William Rumhadison (GOM- Directeur Régional de la Santé - DRS); Dr. Yves (GOM - Regional HIV/AIDS	<u>Total = 1 FGD</u> 1 FGD with GOLD (a local NGO) CHWs (2 males & 7 females) in Tanambao Ambary (R), Mandoto District	1 ISAT in Antsirabe

	District	Mangarano Commune (R); Belazao/ Anboniavaratra (R) Tanabao Ambary (R) in Mandato District - about 97 km from town)	chain questions as well); Dr. Pati Razafindramekoa; Dr. Dina Randriambololona; Dr. Andriamahatana Ridasoa; Ms. Andriamihaja Santa Noar'jim; and Dr Ginette (also a CROM President). 2 KIIs at <i>Top Réseau</i> clinic in Mandoto (R - about 90 km from town): Dr Voahangy Hantanairina, Chief Doctor; and Pauline Hananairina, Health Aid.	Mihaja, Pharmacist, and Ms. Raharimanana Zoly, Manager at Retail Pharmacy Vakinanankaratra; Ms. Ranoromalala Verohanitra, Commercial Wholesaler in Centre Ankaratra; Mr. Raymond Rasolomanga, CBD in Antsoatany; Mr. Randriamanjato Richard, CBD at Mangarano; Ms. Raholiarisoa Lalao (CBD at Yvonne Village, Amboniavaratra Fokontany, Belazao Commune).	Director); Dr Ginette, CROM President at Antsirabe (U); 2 Animateurs de District from Association Kilonga (PACT & SIVE) at Antsirabe (U); Clarisse Ravololonirina, (pediatric CHW at Mangarano Commune); Marie Claire Ravololonirina (CHW for Mothers of CU5 at Morafeno Village/ Anivosaha Fokontany/ Mangarano Commune); Celestin Rakotondrandria (CHW and Chief of Ambalamarina Fokontany/ Mangarano Commune). 4 with PSI/M Partners		
Haute Matsiatra Region in South Central Madagascar	Fianarantsoa Commune (U - the capital of Haute Matsiatra Region); Ambalavao District	Vohitsaoka Commune (R), Iaritsena Commune (R), Tsienimparih Commune (R), and Ivoamba Commune (R) in Ambalavao District	<u>Total = 1 Top Réseau KII and site visit:</u> KII with Dr. Razanajohary	<u>Total = 13 Supply Chain KIIs and site visits:</u> 1 with a pharmaceutical wholesaler; 5 with commercial wholesalers; 5 with commercial retailers; 2 with CBDs	<u>Total = 14 KIIs:</u> 1 with a peer educator (PE) Coordinator; 4 with GOM staff; 6 with PSI/M Partners; 1 with Non Partner Doctor; and 2 with a man and a woman of reproductive age	<u>Total = 3 FGDs:</u> 1 FGD with Ny Tanintsika CHWs (8 M & 5 F) from 7 to 100 km from Iaritsena/ Ambalavao; 1 FGD with ODEFI CHWs (3 M & 3 F) from 1 km to 17 km from Vohitsaoka Ambalavao	1 LSAT in Fianarantsoa

Anosy Region on the Southeast coast of Madagascar	Tôlanaro District;	Tôlanaro, (u- formerly called Fort Dauphin and also called Tolagnaro Commune, is the capital of the Anosy Region and of the Tôlanaro District)	<u>Total = 2 KIIs at the Top Réseau Coordination Office:</u> 1 with the Coordinating Doctor and 1 with a Medical Supervisor		<u>Total = 13 KIIs:</u> 1 with a peer educator (PE) Coordinator; 2 with GOM staff; 4 with PSI/M Partners; 2 with a man and a woman of reproductive age; 3 with CHWs (1 M and 2 F); 1 with a male PE	<u>Total = 2 FGDs at Tôlanaro/ Ft. Dauphin:</u> 1 FGD with MSM 1 FGD CSW that are also Mothers of CU5	1 LSAT in Tôlanaro
Menabe Region in Western Madagascar	Morondava (U)	1 urban and 1 rural Commune in Morondava [Accessibility was limited due to terrain, water courses].	<u>Total = 2 KIIs at the Top Réseau clinics:</u> 1 with the Coordinating Doctor and 1 with a Medical Supervisor	<u>Total = 7 KIIs with Supply Chain informants and 7 site visits to SPs:</u> 2 with pharmaceutical retailers; 4 with commercial retailers; and 1 with commercial wholesaler	<u>Total = 10 KIIs:</u> 1 with PE Coordinator; 2 with GOM staff; 4 with PSI/M Partners; 2 with a man and a woman of reproductive age; 1 CHW for nutrition	<u>Total = 6 FGDs:</u> 2 with male and female care givers of CU5; 2 with members of Women’s Associations; 1 with boatmen – mobile men; 1 with FP Counselors - Municipality	1 LSAT in Morondava

ANNEX G: LIST OF REFERENCE DOCUMENTS

- USAID-PSI Madagascar Cooperative Agreement No. 687-A-00-08-00032-00 July 14, 2008
- Mr. Andriaherinosy- PSI Madagascar Termes de Reference (TDR)- Directeur de Distribution & Promotion October 2006
- Rajaonarivelo Njakatiana- PSI Madagascar Termes De Reference- Directeur des Ressources Humaines, Administratif December 2009
- Termes de Reference Mami January 10, 2012
- PSI Madagascar- Job Descriptions 2009
- PSI Madagascar- Termes De Reference- Directeur Administratif et Financier November 2006
- PSI Madagascar- Termes De Reference- Directeur de Prestation de Services de Santé September 13, 2011
- PSI Madagascar Administrative and Financial Standard Operating Procedures and Manuals (22 documents and 34 Excel spreadsheets)
- Association Malgache de Marketing Social (AMMS) PSI Madagascar- Bon De Reception No. 009084 April 10, 2012
- PSI Madagascar- Bon De Sortie Et De Retour February 23, 2012
- AMMS- PSI Madagascar Bordereaud D' Expedition No. 009050 February 23, 2012
- PSI Madagascar- Confirmation of Receipt June 7, 2012
- Fiche de Stock April 23, 2008
- Récapitulation des mouvements de stock August 5, 2003
- PSI Madagascar- Suivi Température et Humidité October 22, 2009
- Liste CRFS January 16, 2011
- PSI Madagascar- FY 2009 Annual report (performance report) November 2009
- PSI Madagascar- FY 2010 Annual report (performance report) November 30, 2010
- PSI Madagascar- FY 2011 Annual report (performance report) November 2011
- Pretoria Christine M. Byrne- Audit final FY 2011 of USAID/Madagascar's Family Planning and Reproductive Health Activities No. 4687-11-012-P September 22, 2011
- Cabinet Mazars Fivoarana -Audit report FY 2009 PSI Madagascar- AMMS Financial Statements July 2010
- Cabinet Mazars Fivoarana - Audit report FY 2010 of Social Marketing Program for child, Maternal, Reproductive Health product and Services No. 687-A-00-00032-00 July 2011
- Mission Portfolio Review (as of end of FY 2011) May 24, 2012
- PSI/M Monitoring and Evaluation (M&E) Plan for the Implementation of the Evidence Based Social Marketing for Child, Maternal, and Reproductive Health in Madagascar” Cooperative Agreement No. 687-08-A-006, Update: December 2011
- Jules Allen- PSI Madagascar organizational chart March 24, 2009
- Social Marketing Research Series (SMRS)- Madagascar (2008): Family Planning TRaC May 2009
- PSI Madagascar- Focus for Marketing Planning 2011
- PSI Madagascar- TRaC Summary Report 2011
- PSI Madagascar- MAP Summary Report 2011

- USAID Annex A- Background Information March 15, 2012
- USAID Annex B- PSI Intervention Zones March 13, 2012
- PSI Madagascar- The Social Marketing Program for Child, Maternal, and Reproductive Health Products and Services in Madagascar FY 2009 Annual Report Oct 2008- Sept. 2009 November 200
- PSI Madagascar- Evidence-based Social Marketing for Child, Maternal & Reproductive Health in Madagascar FY 2010 Annual Report Oct. 2009- Sept. 2010 November 30, 2010
- PSI Madagascar- FY 2011 Annual Report
- USAID- Analysis of the Operational Policies Related to Financing and Procuring Contraceptives in Madagascar February 2010
- US Global Malaria Coordinator -Presidents Malaria Initiative-- Malaria Operational Plan 2011
- PSI Madagascar- All Flowcharts March 10, 2011
- USAID PSI Madagascar Modification of Assistance September 30, 2011
- PSI/M Monitoring and Evaluation (M&E) Handbook, Second Draft- SvL December 2010
- PSI Madagascar -USAID Semester Report October 2011- March 2012 No. 687-A-00-08-00032-00 April 30, 2012
- USAID Program Level- Data Quality Assessment February 10, 2012
- USAID Data Quality Assessment- Number of People trained on Family Planning and Reproductive Health (FP/RH) using USG funds December 14, 2011
- Madagascar Demographic and Health Survey 2008-2009. Calverton, United States: ICF Macro, 2010

Desk review for supply chain assessment:

- PSI/M Cooperative Agreement No. 687-A-00-08-00032-00
- PSI/FY 2009 PSI/M semi-annual and Annual report (performance report)
- PSI/FY 2010 PSI/M semi-annual and Annual report (performance report)
- PSI/FY 2011 PSI/M semi-annual and Annual report (performance report)
- PSI/FY 2012, PSI/M semi-annual report (performance report)
- Auditors' reports (last three years)
- USAID's FY 2011 Inspector General Report
- Mapping Survey (MAP) Phase 2 Condom Study Follow-up
- Outlet Survey 3-Nov/Dec 2011
- PSI Mystery Client Survey (2010)
- PSI FoQus On Concept Development-*Sur'Eau*
- Procurement reports (HIV/AIDS Test Kits/AAPD-07-05)
- Procurement reports (anti-retroviral for HIV/AIDS program (AAPD 07-01)
- Measuring Access and Performance (MAP) on *PILPLAN* and *CONFLANCE* nationwide
- *Top Réseau* related reports (Study Among *Top Réseau* Providers of June-July 2010)
- Stock management reports
- Administrative /stock management forms
- List of PSI products and respective price lists
- PSI pricing structure per product
- Lists of distributors, wholesalers, retailers, per product, per region

- Sales statistics per product
- PSI/M Performance Management Plan (PMP)
- PSI/M Annual work plans
- PSI/M logical frameworks
- PSI/M Performance Monitoring Plan (M&E)
- PSI/Annual implementation plans
- Data on Couple of Years of Protection (CYP) in PSI supported program per product
- The Pouzin project report (model for access and use of diarrhea treatment)
- Qualitative evaluation of Youth Campaign “it’s your choice”
- Tracking Results Continuously (TRaC) Surveys among sexually active youth between 15 and 24 years old
- Tracking Results Continuously (TRaC) Surveys among women aged 15 and 49 years old
- Tracking Results Continuously (TRaC) Pneumonia Surveys
- Tracking Results Continuously (TRaC) Diarrhea Surveys
- Tracking Results Continuously (TRaC) Malaria Prevention and treatment integrated in Malaria Indicator Survey (MIS)
- Measuring Access and Performance (MAP) on *Pilplan*
- Measuring Access and Performance (MAP) on *Confiance*
- Madagascar Demographic and Health Survey 2008-2009. Calverton, United States: ICF Macro, 2010
- Madagascar Ministry of Health (MOH) Country Strategy
- USAID/OPH Country Strategy

ANNEX H: DATA COLLECTION INSTRUMENTS

Evaluation du Projet Marketing Social de PSI/Madagascar Sous financement de l'USAID Guide d'entretien sur le système de Suivi et d'Evaluation avec Le Staff de Suivi et Evaluation de PSI (ou de Partenaires)

Cet entretien a pour objectif de :

- Vérifier la cohérence des indicateurs dans le cadre logique du projet de PSI par rapport aux objectifs et résultats attendus
- Vérifier dans quelles mesures l'organisation et les outils spécifiés dans le plan et le manuel de suivi-évaluation (SE) sont effectivement opérationnels à tous les niveaux ;
- Apprécier l'efficacité et la fiabilité du système décrit dans le plan de SE pour alimenter les indicateurs prioritaires du projet ;
- Vérifier si les résultats des recherches sont effectivement utilisés pour informer la prise de décision en vue d'améliorer les interventions en marketing social.

Date de l'entretien :

Nom de l'interviewé :

Email :

Masculin / Féminin :

Fonction/titre :

Département :

Nom de l'Organisation (si non PSI) :

1. Décrivez brièvement vos responsabilités au sein de votre département :
2. Depuis combien de temps travaillez-vous avec PSI (ou organisation partenaire)?
 - A. Mise en place du système de suivi et évaluation et capacités techniques existantes en Suivi-Evaluation
 1. Avez-vous (ou votre organisation) déjà été impliqué dans la mise en place du système de suivi-évaluation d'un projet ? Si oui, décrivez de quelle manière.
 2. Avez-vous reçu des formations ou de séances de renforcements de capacités dans la mise en œuvre de votre système de SE ? Si oui, décrivez les contenus :
 - Compréhension du cadre logique et indicateurs /___/
 - Utilisation des outils de collecte de routine /___/
 - Conduite des enquêtes quantitatives /___/
 - Conduite des enquêtes qualitatives /___/
 - Utilisation des outils de traitement de données /gestion de base de données /___/
 - Remplissage de canevas de rapport /___/
 - Contrôle des données /___/
 - Utilisation des résultats de recherche /___/

– Autres : _____

3. Quelles sont les avantages de ces formations dans la mise en œuvre de votre système de Suivi-Evaluation ?
4. Quelles sont les lacunes de capacités en SE dans votre département ou votre organisation, y compris celles du personnel de terrain ?
5. Les personnes impliquées dans les activités de Suivi Evaluation, ont-elles des responsabilités de SE bien définies dans leurs termes de référence?

Oui /___/

Non /___/ Si non, citez les postes en question qui n'ont pas de responsabilités définies dans les TdR :

B. Maitrise des indicateurs et du fonctionnement du système de Suivi-Evaluation

1. Connaissez-vous les indicateurs qui mesurent les objectifs du projet de Marketing Social de PSI dans votre domaine ? Lesquels ?
2. Quels sont les indicateurs qui posent des problèmes de collecte, et/ou de traitement et/ou de reporting ? Pourquoi ?
3. Est-ce que les outils de collecte des données sont actuellement standardisés pour tous les indicateurs et pour tous les acteurs impliqués ?

Oui /___/

Non /___/ Si non, énumérez les indicateurs concernés :

4. Le circuit d'envoi des données collectées est-il clair pour vous ? Si oui, décrivez les responsables qui les envoient et les reçoivent à tous les niveaux :
5. Est-ce que vous utilisez le MIS ? Si oui, quels sont les avantages de ce système ?
6. Quels sont les faiblesses et les contraintes du MIS selon vos expériences ?
7. Avez-vous un budget alloué aux activités de suivi-évaluation ? Si oui, décrivez les affectations de ce budget dans les activités ?
8. Quelles activités du suivi-évaluation ne sont pas couvertes par un financement ?

C. Efficacité du système de contrôle de Données et qualité des données

1. Décrivez le système de contrôle de données existant auprès de votre organisation ?
2. Quels sont les avantages de ce contrôle de données ?

3. Quelles sont les faiblesses de la qualité des données les plus fréquentes ?
4. Quelles sont vos recommandations pour améliorer le fonctionnement du système de SE, si nécessaire ?

D. Efficacité de l'approche « Recherche Action » de PSI

1. Pouvez-vous donner des exemples qui illustrent la recherche-action dans le marketing social grâce aux différentes enquêtes menées ?
2. Partenaire : avez-vous accès aux résultats des enquêtes de recherche qualitative et Les partenaires de terrain qui utilisent ces résultats envoient-ils des feedbacks ? Si oui, lesquels ?
3. Quelles sont vos recommandations pour améliorer la « recherche-action » si besoin ?

Interview Guide for GOM

Date of interview:

Location of interview:

First Name, Last Name of interviewer:

First Name, Last Name of interviewee:

Tel/Mobile of interviewee:

Email of interviewee:

Male.....Female.....

Title/Position:

Department:

Purpose of the interview: to collect specific information on PSI/M (Social Marketing Project).

1. Describe your specific position within this Government department:

2. What do you do in relation to PSI/M?

3. For how long have you been partnering with PSI/M?

4. From your perspective, what is working well with this project?

5. What is not working well?

6. What are their main constraints?

7. How well do they address these constraints, in your opinion?

SOUND EVIDENCE OF EFFECTIVENESS

8. Do you think PSI/M communication campaign is effective?

9. Do you think PSI/M distribution/sales activities are effective?

10. a. Do you have strong evidence that PSI/M communication/marketing interventions target rural and underserved areas as well as high risk population?

PARTNERSHIP/COLLABORATION

11. Does PSI/M have strong partners?

If yes, give some concrete examples

LONG-TERM SUSTAINABILITY/TRANFERRING SKILLS/CAPACITY BUILDING:

12. PSI/M's technical assistance increase the capacity of local organizations to carry-on many of the key health sector interventions?

13. Do you think that PSI/M has contributed to the achievement of PSI/M project goal : Improve the health status of the Malagasy people especially women and children?

14. Do you have specific recommendations for improvements/a follow-on program?

15. Do you have specific data/information to share? Yes.....1 No.....2
 If yes, specify data/information/title of document?

Interview Guide for Partners

Date of interview:

Location of interview:

First Name, Last Name of interviewer:

First Name, Last Name of interviewee:

Male.....Female.....

Organization:

Department:

Title/Position:

Purpose of the interview: To collect specific information on your organization's partnership with PSI/Madagascar- Social Marketing Program.

1. Describe your specific role within your department:
2. What do you do in relation to PSI/M (Social Marketing Project)?
3. Describe your organizations' role in the partnership?
4. From your perspective, what is working well with this partnership?
5. What is not working well?
6. What are the main constraints in the partnership?
7. Did PSI/M address these constraints?
8. How effective has your partnership with PSI/M?
9. What was PSI/M's performance in terms of organizational capacity building?
10. Was the PSI/M Project successful in leveraging partnership with local and other international NGOs to distribute the health products?
11. What role did the PSI's project's contributions (BCC, products, research, distribution, training etc.) play in the attainment of other partners' achievements?
12. Do you have suggestions on how the partnership can be strengthened in follow-on activities?

LONG-TERM SUSTAINABILITY/TRANFERRING SKILLS/CAPACITY BUILDING

13. Do you think that PSI/ M is transferring skills to your organization?
14. Did PSI's technical assistance increase the capacity of local organizations to carry-out many of the key health sector interventions?
15. Do you have specific data/information to share?

Interview Guide for key informants outside the social marketing program

Date of interview:

Location of interview:

First Name, Last Name of interviewer:

First Name, Last Name of interviewee:

Tel/Mobile of interviewee:

Email of interviewee: Male.....Female.....

Organization:

Department:

Title/Position:

Purpose of the interview: To collect specific information on your organization and your views, if any about USAID funded social marketing project being implemented by PSI.

1. Describe your specific role within your organization:
2. Describe the main activities of your organization.
3. Does your organization do capacity building? If yes, please describe in what way?
4. Would your organization be interested in a potential partnership with PSI/M (Social Marketing Project)?
 - a. If yes or no, why?
5. If your organization were to have a relationship with PSI/M's social marketing project, what would its content be?
6. If your organization was to partner with PSI/M's social marketing project, could you describe the specific role to be played by your organization in this partnership?
7. If your organization were to partner with PSI/M's social marketing project, could you describe the specific role to be played by PSI in this partnership?
8. If your organization were to partner with PSI/M's social marketing project, could you describe the specific role to be played by other actors (if any) in this partnership?
9. From your perspective, how might such partnership help you meet the organizational objectives of your organization?
10. Any comments or suggestions for sustainability?
11. Do you have specific data/information to share?

Interview Guide for PSI Administrative and Financial Staff

Date of interview:

Location of interview:

First Name, Last Name of interviewer:

First Name, Last Name of interviewee:

Tel/Mobile:

Email:

Male.....Female.....

Title/Position:

Department:

Purpose of the interview: to collect specific information on USAID funded PSI/Madagascar Social Marketing Project (PSI/M)

1. Describe your specific position within this department:
2. What do you do in relation to PSI/ M?
3. For how long have you been at PSI/M?
4. From your perspective, what is working well with this project?
5. What is not working well?
6. What are your main constraints?
7. How well does PSI/M address these constraints, in your opinion?

A. SOUND EVIDENCE OF EFFECTIVENESS

8. Do you think PSI/M communication campaign is effective?
9. Do you think PSI/M's marketing/distribution/sales activities are effective?
10. Do you have strong evidence that PSI/M's communication/marketing interventions target rural and underserved areas as well as high risk population?

B. PARTNERSHIP/COLLABORATION

11. Does PSI/M have strong partners? If yes, give some concrete examples

C. LONG-TERM SUSTAINABILITY/TRANFERRING SKILLS/CAPACITY BUILDING:

12. Do you think that PSI/M is transferring skills to local organizations?
13. Does PSI/M's technical assistance increase the capacity of local organizations to carry-on many of the key health sector interventions?
14. Do you think that PSI/M has contributed to the achievement of project goal “Improve the health status of the Malagasy people especially women and children?”
15. Do you have specific recommendations for improvements/a follow-on program?
16. Do you have specific data/information to share?

PSI Social Marketing Program

Madagascar

Interview Guide for PSI Technical staff

Date of interview:

Location of interview:

First Name, Last Name of interviewer:

First Name, Last Name of interviewee:

Tel/Mobile:

Email:

Male.....Female.....

Title/Position:

Department:

Purpose of the interview: to collect specific information on USAID funded PSI/Madagascar Social Marketing Project (PSI/M)

1. Describe your specific position within this department:
2. What do you do in relation to PSI/ M?
3. For how long have you been at PSI/M?
4. From your perspective, what is working well with this project?
5. What is not working well?
6. What are your main constraints?
7. How well does PSI address these constraints, in your opinion?

D. SOUND EVIDENCE OF EFFECTIVENESS

- b. Do you think PSI communication campaign is effective?
8. Do you think PSI's marketing/distribution/sales activities are effective?
9. Do you have strong evidence that PSI's communication/marketing interventions target rural and underserved areas as well as high risk population?

E. PARTNERSHIP/COLLABORATION

10. Does PSI/M have strong partners?, If yes, give some concrete examples

F. LONG-TERM SUSTAINABILITY/TRANFERRING SKILLS/CAPACITY BUILDING

11. Do you think that PSI/M is transferring skills to local organizations?

G. CAPACITY BUILDING/TRAINING

12. Does PSI/M's technical assistance increase the capacity of local organizations to carry-on many of the key health sector interventions?

13. Do you think that PSI/M has contributed to the achievement of project goal "Improve the health status of the Malagasy people especially women and children?"

14. Do you have specific recommendations for improvements/a follow-on program?

15. Do you have specific data/information to share? Yes.....1 No.....2
Specify data/information/title of document

PSI/Social Marketing Program
Madagascar
Interview Guide for End users of PSI products

Date of interview:

Location of interview:

First Name, Last Name of Interviewer:

First Name, Last Name of Interviewee:

Tel: Mobile of Interviewee:

Female.... Male.....

Organization/Commerce:

Title/ Position:

Purpose of the interview: to collect specific information on PSI/M products that you use and the services you get from Community Health Workers (CHWs)

1. Describe the activities of your organization (or commerce).
2. Describe your specific role within your organization (or commerce).
3. Do you use the services of a CHW? If so, provide the name of that CHW.
4. Are you happy with the services you get from the CHW?
5. Do you use PSI products? If yes, which products do you use?
6. If you do, at what price do you buy PSI's products?
7. Do you find PSI's products affordable?
8. Do you find PSI's products everywhere, and at all time?
9. Do you ever visit your CHW, and you are told that the products are not available?
10. Do you have anything to say about PSI Products or CHW's service?

PSI/Social Marketing Program
MADAGASCAR
Guide d'Entretien pour les prestataires de « TOP RESEAU »

Date de l'interview:

Lieu de l'interview:

Prénom, Nom de l'Enquêteur:

Prénom, Nom de l'interviewé:

Homme.....Femme.....

Organisation:

Département:

Titre/Fonction:

Objectif de l'interview: Collecter des informations spécifiques sur les prestations de services de votre organisation et votre partenariat avec le Programme de Marketing Social de PSI/Madagascar.

1. Combien d'employés travaillent dans votre organisation ?
2. Quelles sont leurs fonctions respectives ?
3. Pourriez-vous nous communiquer l'organigramme de votre organisation ?
4. Quels sont les types de soins offerts par ce *Top Réseau* ?

Planning Familial

- pour les mères /___/
- pour les adolescents /___/

Suivi de grossesse /___/

IST/VIH/SIDA

- Dépistage des IST /___/
- Test et conseil sur le VIH/SIDA /___/
- Distribution de Protector Plus /___/

Gestion intégrée des traitements de maladies infantiles /___/

Distribution de Sur'Eau /___/ Via'Sur /___/ HydraZinc /___/

Paludisme

- Distribution de supermoustiquaire /___/
- Distribution de ACTIPAL /___/
- Test Rapide de Diagnostique /___/

AUTRES

5. Quels sont les produits contraceptifs vendus par votre organisation ?

Produits	Prix unitaire en Ariary	Prix de la consultation ou insertion	En rupture Oui/non
Préservatifs feeling (pour femmes)			
Contraceptives orales			
Confiance- injectables			
Implants <ul style="list-style-type: none"> • implanon • zarin 			
DIU			

6. Si une patiente avait des hémorragies suites à une fausse couche ou un avortement, quels sont les types de soins offerts par ce *Top Réseau*?

A.VOLET COMMUNICATION : CONSEILLER EN PLANNING FAMILIAL

7. Quelles sont vos activités de communication et de conseil pour les groupes cibles ?

8. Ces activités de communications sont-elles efficaces ? Expliquer pourquoi.

9. Avez-vous des fiches de suivi des clients ? Sont-elles remplies régulièrement?

10. A votre avis, quels sont les volets les plus performants de votre *Top Réseau*?

11. Quels sont les défis que vous avez rencontrés?

12. Quels sont les types de collaboration entre les conseillers en PF et votre *Top Réseau*?

13. Quel pourcentage de votre clientèle est amené au *Top Réseau* par les conseillers en PF?

14. Avez-vous d'autres commentaires?

PSI/Social Marketing Program Madagascar
Interview Guide of USAID Officers

Date of interview:

Location of interview:

First Name, Last Name of interviewee:

Tel/Mobile:

Email:

Male.....Female.....

Title/Position: Department:

Purpose of the interview: to collect specific information on PSI/Madagascar, Social Marketing Project Management and technical activities

1. Describe your specific position within USAID
2. What do you do in relation to PSI/M project?
3. For how long have you been following PSI/M activities?
4. From your perspective, what is working well with this project?
5. What is not working well?
6. What are PSI's major strengths?
7. What are PSI's major weaknesses?
8. What are PSI's major constraints?
9. How well do they address these constraints?
10. How responsive are they to communication from your office?
11. How do they manage their contract, grants and sub grants?
12. What are the implications of multi-donor funding for USAID's management and financing?
13. Do you think that PSI/M has contributed to the achievement of USAID's Country Strategy?
14. Any suggestions for post-project sustainability?
15. Any questions you may have on PSI/M?
16. Do you have any specific data/information you could share?

PSI/Social Marketing Program Madagascar

Interview Guide for Community Distributors or Community Health workers

Date of interview:

Location of interview:

First Name, Last Name of Interviewer:

First Name, Last Name of Interviewee:

Tel/ Mobile of Interviewee:

Female.... Male.....

Organization/Commerce:

Occupation:

Purpose of the interview: to collect specific information on your role and function in relation to PSI products and their provision to the public (community), which you service.

1. Describe your present occupation.
2. Do you sell PSI products? If yes, which ones?
3. If you sell PSI products, at what retail price?
4. Do you follow the pricing structure that is recommended by PSI? If yes, what is your profit margin on each product?
5. If you do not follow the pricing structure of PSI, tell us why not?
6. In your opinion, do your clients/customers find the products affordable and acceptable?
7. In your opinion, do people in your community find PSI products everywhere? at all times?
8. Do you experience stock outs? If so how often?
9. How quickly does PSI address these problems of stock-outs?
10. Do you have products that expire or are damaged whilst in your possession? If so what do you do with them?
11. How do you dispose of the waste that is generated from the use of the products? Were you taught how to dispose of the waste? *
12. Did you get training in stock management from PSI? What other training was given to you?*
13. Is the storage condition of the products satisfactory?
14. Do you keep records of your stock and do you share these with PSI/ NGOs?

15. Do you get any promotional materials from PSI or other NGOs?
16. Do you get regular visits from PSI / NGO sales staff? If yes, do you find it helpful?
17. Do you have any suggestions as to how the partnership can be improved?
18. Questions for community Health Workers

PSI/Social Marketing Program Madagascar
Interview Guide for Commercial Retailers

Date of interview:

Location of interview:

First Name, Last Name of Interviewer:

First Name, Last Name of Interviewee:

Female.... Male..... :

Occupation:

Purpose of the interview: to collect specific information on your role and function, in relation to the PSI/M products, and their provision to the public which you service.

1. Are you selling PSI products? If yes, can you list these products?
2. If you carry PSI products, at what price do you sell them?
3. If you do not carry PSI/M products, would you like to have some? If yes, which ones?
4. Could you tell us, at what price do you purchase PSI/M products from commercial wholesalers?
5. Could you tell us, how much profit margin do you make on each PSI/M product that you sell?
6. Do you experience stock outs from not finding the products at the wholesaler? If so, how often?
7. Do you have products that expired or get damaged whilst still in your stock? If so what do you do with them?
8. How are PSI/M products selling?
9. Do you ever get visited by PSI/M sales staff?
10. Do you get promotional materials from PSI?
11. Do you have any comments you might want to make on PSI/M products and services?

PSI/Social Marketing Program Madagascar
Interview Guide for Pharmaceutical Retailers

Date of interview:

Location of interview:

First Name, Last Name of interviewer

First Name, Last Name of interviewee

Tel/ Mobile of Interviewee:

Email of interviewee:

Female.... Male.....

Name of Pharmacy:

Title/Position:

Purpose of the interview: to collect specific information on your role and function in relation to PSI/M products, and their provision to the public which you service.

1. Are PSI/M products available in your pharmacy? If yes can you list the products you have available?
2. At what retail price to you sell each PSI/M product?
3. Do you experience stock outs from not finding the products at the wholesaler? If so, how often?
4. Do you have products that expire or get damaged whilst still in your stock? If so what do you do with them?
5. How are PSI/M products selling?
6. Do you ever get visited by PSI/M sales and advisory staff?
7. Do you get promotional materials from PSI?
8. Do you get training on the use and/conservation of PSI/M products?
9. Do you have any comments you might want to make on PSI/M products and services?

10.

CANEVAS DE RAPPORT D'INTERVIEWS ET DE FOCUS GROUP EVALUATION DU PROJET DE MARKETING SOCIAL DE PSI	
FGD /___/ INTERVIEW /___/	
REGION	_____
DISTRICT	_____
COMMUNE	_____
LOCALITE/VILLAGE	_____
VILLE/RURAL (VILLE=1, RURAL=2)	_____
NOM DE L'INTERVIEWEE	_____
FONCTION/TITRE	_____
NOM DE L'ORGANISATION	_____
DATE DE L'INTERVIEW	_____
NOM DE L'ENQUETEUR	_____
SECTION 1: ACTIVITES DE COMMUNICATION A REpondre PAR TOUT INTERVIEWEE	
Entourer les codes qui s'appliquent aux réponses données	
N	
°	
QUESTIONS	CODES
1	Quelles sont les ACTIVITES de communication réalisées par PSI/M les PLUS CONNUES dans la zone ?
	1. SPOT RADIOS 2. SPOT TV 3. POSTERS/DEPLIANTS 4. CINEMOBILE PSI/M (MVU) 5. EVENEMENT 6. SENSIBILISATION PAR AC/PE/CPF 7. SENSIBILISATION PAR TOP RESEAU 99. AUTRE préciser

2	Quels sont les MESSAGES de communication réalisés par PSI/M les PLUS CONNUS dans la zone ?	<ol style="list-style-type: none">1. TOKY SY ANTOKA2. HARENA NY TARANAKA3. IST/VIH4. SUR'EAU5. PLANNING FAMILIAL <p>99. AUTRE préciser</p> <p>.....</p>
---	--	---

ANNEX I: PSI/M TRAINING SCHEDULE FY 2008 – FY 2012

Training Participant	ANNEX G: PSI/M TRAININGS	Duration of Training (# days)	Refresher or continuation of trainings	% of total participant type targeted (i.e., 100% of all <i>Top Réseau</i> doctors)	Month/Year Training	Total number of training participants
<i>Top Réseau</i> providers	Sexually transmitted infections (STI), Family Planning (FP) and Social Franchising	2	Initial training	90%	10/2008	9
Top Réseau providers	Private Clinic Management	2	Initial training	80%	05/2009	8
Top Réseau providers	Quality assurance, quality of service on FP and STI	2	Refresher training	90%	05/2009	26
Top Réseau providers	Quality assurance on Reproductive Health (RH) and STI	2	Refresher training	83%	06/2009	10
Top Réseau providers	Quality of services	2	Refresher training	100%	06/2009	9
Top Réseau providers	FP – STI	2	Refresher training	100%	06/2009	5
Top Réseau providers	FP – STI	2	Refresher training	100%	06/2009	57
Top Réseau providers	Quality assurance, quality of service on FP and STI	2	Refresher training	93%	06/2009	13
Top Réseau providers	RH and STI	2	Refresher training	100%	06/2009	6
Community Health Workers (CHWs)	STI, Malaria, FP, Diarrhea, Standard Day Methods	5	Initial training	100%	09/2008	21
CHWs	STI, Malaria, Diarrhea	3	Initial training	100%	09/2008	64
CHWs	STI, Malaria, Diarrhea	3	Initial training	100%	10/2008	30
CHWs	STI, Malaria, Diarrhea	3	Refresher training	95%	10/2008	61
CHWs	Standard Day Methods	2	Initial training	100%	11/2008	67
CHWs	STI, Malaria, FP, Diarrhea, Standard Day Methods	5	Initial training	100%	11/2008	22
CHWs	STI, Malaria, Diarrhea	3	Initial training	100%	11/2008	23
CHWs	Standard Day Methods	3	Initial training	100%	11/2008	96
CHWs	Standard Day Methods	3	Initial training	100%	11/2008	30
CHWs	STI, Malaria, FP, Diarrhea, Standard Day Methods	5	Initial training	100%	01/2009	63
CHWs	Diarrhea case management (Viasûr)	2	Initial training	100%	05/2009	23
CHWs	Malaria case management (ACT)	2	Initial training	100%	05/2009	27

Training Participant	ANNEX G: PSI/M TRAININGS	Duration of Training (# days)	Refresher or continuation of trainings	% of total participant type targeted (i.e., 100% of all Top Réseau doctors)	Month/Year Training	Total number of training participants
CHWs	Diarrhea case management (Viasûr)	2	Initial training	100%	06/2009	27
CHWs	Malaria case management (ACT)	2	Initial training	100%	06/2009	54
CHWs	Malaria case management (ACT)	2	Initial training	100%	07/2009	54
CHWs	Diarrhea case management (Viasûr)	2	Initial training	100%	07/2009	53
CHWs	FP	3	Initial training	100%	07/2009	53
CHWs	STI, Malaria, Diarrhea	3	Initial training	100%	11/2009	27
CHWs	FP	3	Initial training	100%	02/2010	20
CHWs	Diarrhea case management (Viasûr)	2	Initial training	100%	02/2010	25
CHWs	FP	3	Initial training	100%	02/2010	25
CHWs	Diarrhea Treatment	2	Initial training	100%	02/2010	130
CHWs	FP	3	Initial training	100%	03/2010	20
CHWs	Diarrhea, Malaria	3	Initial training	100%	03/2010	20
CHWs	STI, Malaria, Diarrhea	3	Initial training	100%	03/2010	25
CHWs	FP	3	Initial training	100%	03/2010	20
CHWs	FP	3	Initial training	100%	04/2010	69
CHWs	FP	3	Initial training	100%	05/2010	103
CHWs	FP	3	Initial training	100%	06/2010	74
CHWs	FP	3	Initial training	100%	07/2010	50
CHWs	FP	3	Initial training	100%	08/2010	176
CHWs	FP	3	Initial training	100%	09/2010	161
Health private care providers	STI, Malaria, FP, Diarrhea	1	Initial training	100%	10/2008	4
Sales persons pharmaceutical outlets	STI, Malaria, FP, Diarrhea	1	Initial training	100%	11/2008	9
Sales persons pharmaceutical outlets	STI, Malaria, FP, Diarrhea	1	Initial training	100%	12/2008	7
Sales persons pharmaceutical outlets	STI, Malaria, FP, Diarrhea	1	Initial training	100%	04/2009	26
Sales persons pharmaceutical outlets	STI, Malaria, FP, Diarrhea	1	Initial training	100%	05/2009	50
Sales persons pharmaceutical outlets	STI, Malaria, FP, Diarrhea	1	Initial training	100%	06/2009	26
Sales persons pharmaceutical outlets	STI, Malaria, FP, Diarrhea	1	Initial training	100%	07/2009	56
Sales persons pharmaceutical outlets	STI, Malaria, FP, Diarrhea	1	Initial training	100%	08/2009	13
Sales persons pharmaceutical outlets	STI, Malaria, FP, Diarrhea	1	Initial training	100%	11/2009	5

Training Participant	ANNEX G: PSI/M TRAININGS	Duration of Training (# days)	Refresher or continuation of trainings	% of total participant type targeted (i.e., 100% of all Top Réseau doctors)	Month/Year Training	Total number of training participants
Sales persons pharmaceutical outlets	STI, Malaria, FP, Diarrhea	1	Initial training	100%	12/2009	70
Sales persons pharmaceutical outlets	STI, Malaria, FP, Diarrhea	1	Initial training	100%	01/2010	21
Sales persons pharmaceutical outlets	STI, Malaria, FP, Diarrhea	1	Initial training	100%	02/2010	29
Sales persons pharmaceutical outlets	STI, Malaria, FP, Diarrhea	1	Initial training	100%	03/2010	27
Health private care providers	STI, Malaria, FP, Diarrhea	1	Initial training	100%	03/2010	23
Health private care providers	STI, Malaria, FP, Diarrhea	1	Refresher training	100%	03/2010	104
Sales persons pharmaceutical outlets	STI, Malaria, FP, Diarrhea	1	Initial training	100%	04/2010	23
Health private care providers	STI, Malaria, FP, Diarrhea	1	Refresher training	100%	04/2010	57
Sales persons pharmaceutical outlets	STI, Malaria, FP, Diarrhea	1	Initial training	100%	05/2010	14
Health private care providers	STI, Malaria, FP, Diarrhea	1	Refresher training	100%	05/2010	92
Health private care providers	STI, Malaria, FP, Diarrhea	1	Refresher training	100%	06/2010	93
Health private care providers	STI, Malaria, FP, Diarrhea	1	Initial training	100%	07/2010	26
Health private care providers	STI, Malaria, FP, Diarrhea	1	Refresher training	100%	07/2010	46
Sales persons pharmaceutical outlets	STI, Malaria, FP, Diarrhea	1	Initial training	100%	08/2010	3
Sales persons pharmaceutical outlets	STI, Malaria, FP, Diarrhea	1	Initial training	100%	09/2010	17
Health private care providers	STI, Malaria, FP, Diarrhea	1	Refresher training	100%	09/2010	55
Top Réseau providers	STI, FP, and youth RH	2	Refresher training	100%	10/2009	6
Top Réseau providers	Voluntary, Counseling and Testing (VCT)	2	Refresher training	100%	FY10	16
Top Réseau providers	VCT	2	Refresher training	100%	FY10	7
Youth peer educators	STI, FP, RH training and IPC	3	Initial training	100%	FY10	6
Youth peer educators	STI, FP, RH training and IPC	3	Initial training	100%	FY10	24
Youth peer educators	STI, FP, RH training and IPC	3	Initial training	100%	FY10	10
Youth peer educators	STI, FP, RH training and IPC	3	Initial training	100%	FY10	6
Youth peer educators	STI, FP, RH training and IPC	3	Initial training	100%	FY10	14
Youth peer educators	STI, FP, RH training and IPC	3	Initial training	100%	FY10	18
Youth peer educators	STI, FP, RH training and IPC	3	Initial training	100%	FY10	6
Youth peer educators	STI, FP, RH training and IPC	3	Initial training	100%	FY10	12
Health private care providers	FP	2	Refresher training	100%	FY10	77
Peer Educators	STI/HIV prevention	2	Initial training	100%	FY10	32
Health private care providers	FP	2	Refresher training	100%	FY10	51

Training Participant	ANNEX G: PSI/M TRAININGS	Duration of Training (# days)	Refresher or continuation of trainings	% of total participant type targeted (i.e., 100% of all <i>Top Réseau</i> doctors)	Month/Year Training	Total number of training participants
Peer Educators	STI/HIV prevention	2	Initial training	100%	FY10	6
Health private care providers and paramedics	FP	2	Refresher training	100%	FY10	443
Health private care providers	Malaria case management	2	Refresher training	100%	FY10	88
Health private care providers	FP	2	Refresher training	100%	FY10	131
CHWs	Pneumonia protection	3	Initial training	100%	08/2011	51
Sales persons pharmaceutical outlets	Pneumonia and PTK	1	Initial training	100%	02/2011	23
Sales persons pharmaceutical outlets	Pneumonia and PTK	1	Initial training	100%	03/2011	5
Sales persons pharmaceutical outlets	Pneumonia and PTK	1	Initial training	100%	07/2011	9
Sales persons pharmaceutical outlets	STI, Malaria, Diarrhea and Pneumonia	1	Initial training	100%	09/2011	131
Health private care providers	Malaria, Diarrhea and Pneumonia	1	Refresher training	100%	03/2011	43
Health private care providers (Sage femme)	Malaria, Diarrhea and Pneumonia	1	Refresher training	100%	12/2010	248
Health private care providers and paramedics	Malaria, Diarrhea and Pneumonia	1	Refresher training	100%	06/2011	336
<i>Top Réseau</i> providers	Integrated Management of Childhood Illnesses (IMCI)	3	Refresher training	100%	08/2011	60
<i>Top Réseau</i> providers	IMCI	3	Refresher training	100%	09/2011	108
CHWs	Diarrhea, Malaria	2	Initial training	100%	10/2010	93
CHWs	Diarrhea, Malaria	2	Initial training	100%	11/2010	67
CHWs	Diarrhea, Malaria	2	Initial training	100%	12/2010	63
CHWs	Diarrhea, Malaria	2	Initial training	100%	02/2011	22
CHWs	Diarrhea, Malaria	2	Initial training	100%	03/2011	16
CHWs	Diarrhea, Malaria	2	Initial training	100%	08/2011	112
Sales persons pharmaceutical outlets	STI, Malaria, Diarrhea	1	Initial training	100%	11/2010	6
Sales persons pharmaceutical outlets	STI, Malaria, Diarrhea	1	Initial training	100%	02/2011	23
Sales persons pharmaceutical outlets	STI, Malaria, Diarrhea	1	Initial training	100%	03/2011	11
Sales persons pharmaceutical outlets	STI, Malaria, Diarrhea	1	Initial training	100%	07/2011	70
Sales persons pharmaceutical outlets	STI, Malaria, Diarrhea and Pneumonia	1	Initial training	100%	08/2011	50
Sales persons pharmaceutical outlets	Diarrhea	1	Initial training	100%	05/2011	11
Sales persons pharmaceutical outlets	Diarrhea and FP	1	Refresher training	100%	06/2011	35
Health private care providers	Diarrhea	1	Refresher training	100%	11/2010	170
Health private care providers	Diarrhea	1	Refresher training	100%	02/2011	23

Training Participant	ANNEX G: PSI/M TRAININGS	Duration of Training (# days)	Refresher or continuation of trainings	% of total participant type targeted (i.e., 100% of all Top Réseau doctors)	Month/Year Training	Total number of training participants
Health private care providers and paramedics	Malaria, Diarrhea and FP	1	Refresher training	100%	06/2011	50
Health private care providers and paramedics	Malaria, Diarrhea and FP	1	Refresher training	100%	07/2011	75
Health private care providers and paramedics	Malaria, Diarrhea and FP	1	Refresher training	100%	08/2011	63
Health private care providers and paramedics	Malaria, Diarrhea and FP	1	Refresher training	100%	09/2011	835
CHWs	Diarrhea, Malaria	2	Initial training	100%	12/2010	53
CHWs	Diarrhea, Malaria	2	Initial training	100%	03/2011	17
CHWs	Diarrhea, Malaria	2	Initial training	100%	04/2011	15
Sales persons pharmaceutical outlets	Malaria	1	Refresher training	100%	06/2011	117
CHWs	FP	3	Initial training	100%	10/2010	68
CHWs	FP	3	Initial training	100%	11/2010	77
CHWs	FP	3	Initial training	100%	12/2010	42
CHWs	FP	3	Initial training	100%	02/2011	22
CHWs	FP	3	Initial training	100%	03/2011	8
CHWs	FP	3	Initial training	100%	04/2011	50
CHWs	FP	3	Initial training	100%	05/2011	15
CHWs	FP	3	Initial training	100%	07/2011	114
CHWs	FP	3	Initial training	100%	09/2011	50
CHWs	Depo-Provera injection	4	Initial training	100%	11/2010	12
CHWs	Depo-Provera injection	4	Initial training	100%	04/2011	20
CHWs	Depo-Provera injection	4	Initial training	100%	06/2011	16
CHWs	Depo-Provera injection	4	Initial training	100%	07/2011	12
CHWs	Depo-Provera injection	4	Initial training	100%	08/2011	55
Sales persons pharmaceutical outlets	FP	1	Initial training	100%	02/2011	23
Sales persons pharmaceutical outlets	FP	1	Initial training	100%	03/2011	11
Sales persons pharmaceutical outlets	FP	1	Initial training	100%	05/2011	11
Sales persons pharmaceutical outlets	FP	1	Refresher training	100%	06/2011	152
Sales persons pharmaceutical outlets	FP	1	Initial training	100%	07/2011	70
Sales persons pharmaceutical outlets	FP	1	Initial training	100%	08/2011	50
Sales persons pharmaceutical outlets	FP	1	Initial training	100%	09/2011	131
FP Health Counselors	FP	1	Initial training	100%	11/2010	1

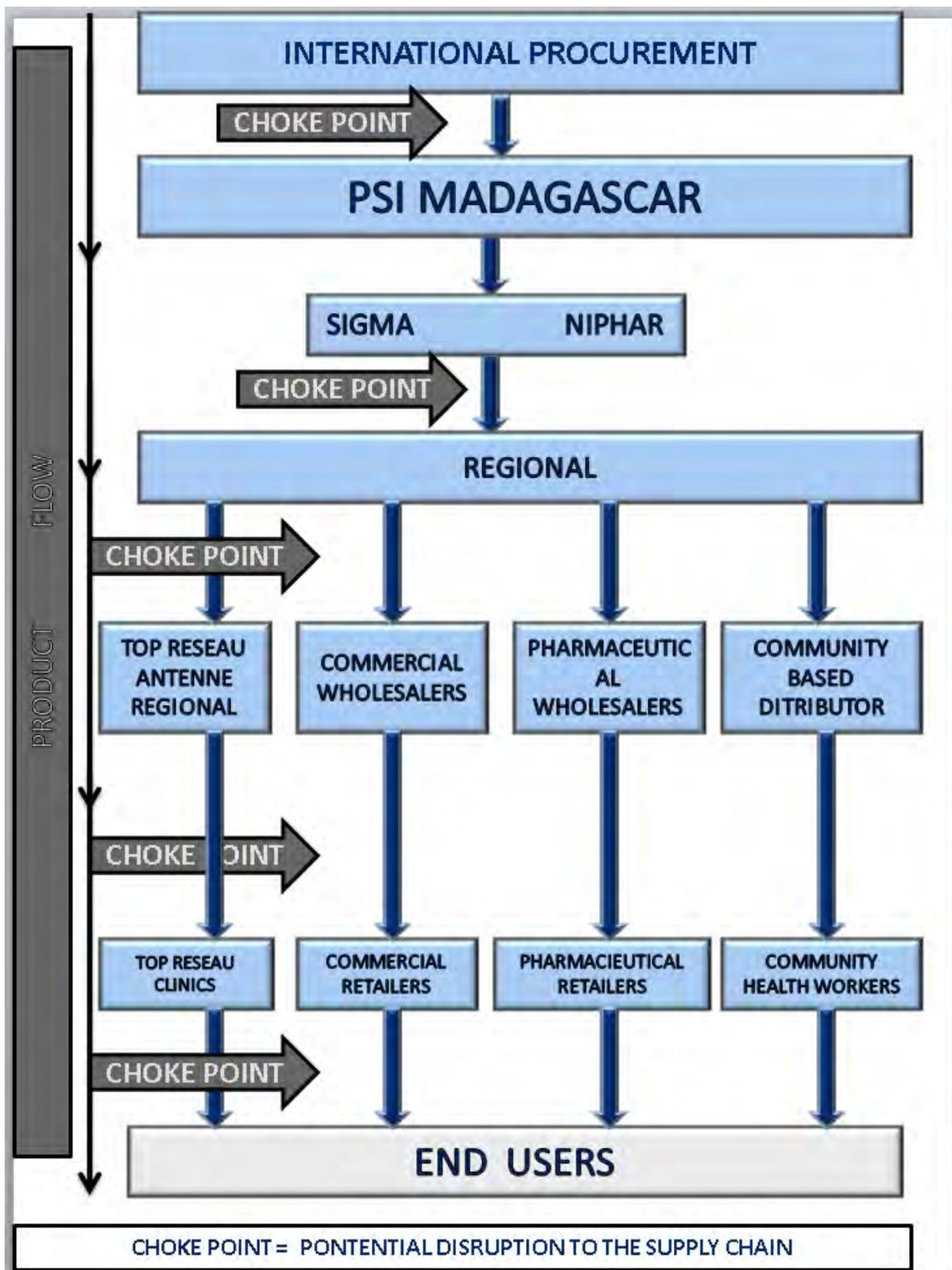
Training Participant	ANNEX G: PSI/M TRAININGS	Duration of Training (# days)	Refresher or continuation of trainings	% of total participant type targeted (i.e., 100% of all Top Réseau doctors)	Month/Year Training	Total number of training participants
FP Health Counselors	FP	1	Initial training	100%	02/2011	2
FP Health Counselors	FP	1	Initial training	100%	03/2011	4
FP Health Counselors	FP	1	Initial training	100%	04/2011	10
FP Health Counselors	FP	1	Initial training	100%	06/2011	10
FP Health Counselors	FP	1	Initial training	100%	07/2011	25
FP Health Counselors	FP	1	Refresher training	100%	08/2011	51
FP Health Counselors	FP	1	Refresher training	100%	09/2011	64
Health private care providers and paramedics	FP	1	Refresher training	100%	10/2010	148
Health private care providers and paramedics	FP	1	Refresher training	100%	11/2010	76
Health private care providers and paramedics	FP	1	Refresher training	100%	12/2010	19
Health private care providers	FP	3	Initial training	100%	01/2011	13
Health private care providers and paramedics	FP	1	Refresher training	100%	03/2011	50
Health private care providers and paramedics	FP	1	Refresher training	100%	05/2011	110
Health private care providers and paramedics	FP	1	Refresher training	100%	06/2011	224
Health private care providers and paramedics	FP	1	Refresher training	100%	07/2011	84
Health private care providers and paramedics	FP	1	Refresher training	100%	08/2011	63
Health private care providers and paramedics	FP	1	Refresher training	100%	09/2011	38
Top Réseau providers	Standard day methods (Cyclebeads product)	1	Initial training	100%	09/2011	46
Top Réseau providers	FP Long term methods	1	Initial training	100%	10/2010	1
Top Réseau providers	FP Long term methods	1	Initial training	100%	11/2010	3
Top Réseau providers	FP Long term methods	1	Initial training	100%	04/2011	26
Top Réseau providers	FP Long term methods	1	Initial training	100%	05/2011	5
Top Réseau providers	FP Long term methods	1	Initial training	100%	08/2011	5
Top Réseau providers	RH services and FP products	2	Refresher training	100%	10/2010	34
Top Réseau providers	RH services and FP products	2	Refresher training	100%	11/2010	14
Top Réseau providers	RH services and FP products	2	Refresher training	100%	12/2010	45
Top Réseau providers	RH services and FP products	2	Refresher training	100%	01/2011	9
Top Réseau providers	RH services and FP products	2	Refresher training	100%	05/2011	5
Youth peer educators	STI, FP, RH training and IPC	3	Initial training	100%	11/2010	10

Training Participant	ANNEX G: PSI/M TRAININGS	Duration of Training (# days)	Refresher or continuation of trainings	% of total participant type targeted (i.e., 100% of all Top Réseau doctors)	Month/Year Training	Total number of training participants
Youth peer educators	STI, FP, RH training and IPC	3	Initial training	100%	03/2011	36
Youth peer educators	STI, FP, RH training and IPC	3	Initial training	100%	05/2011	3
Youth peer educators	STI, FP, RH training and IPC	3	Initial training	100%	07/2011	8
Youth peer educators	STI, FP, RH training and IPC	3	Initial training	100%	08/2011	41
Youth peer educators	STI, FP, RH training and IPC	3	Initial training	100%	09/2011	118
Top Réseau providers	Cervical Cancer Detection	3	Initial training	67%	09/2011	39
Top Réseau providers	PAC/PPH Counseling	1	Initial training	89%	09/2011	24
Top Réseau providers	PAC/PPH Counseling	1	Initial training	79%	09/2011	22
Top Réseau providers	PAC/PPH Counseling	1	Initial training	69%	09/2011	9
CHWs	Pneumonia, Diarrhea	2	Initial training	100%	11/2011	52
CHWs	Pneumonia, Diarrhea	2	Initial training	100%	12/2011	1170
CHWs	Pneumonia, Diarrhea	2	Initial training	100%	01/2012	382
CHWs	Pneumonia, Diarrhea	2	Initial training	100%	02/2012	1495
CHWs	Pneumonia and PPT	2	Initial training	100%	03/2012	16
CHWs	Pneumonia and PPT	2	Initial training	100%	06/2012	16
Health private care providers	Pneumonia, Diarrhea	4	Refresher training	100%	10/2011	57
Health private care providers	Pneumonia, Diarrhea	4	Refresher training	100%	02/2012	27
Health private care providers	Pneumonia, Diarrhea	4	Refresher training	100%	03/2012	20
Top Réseau providers	IMCI	4	Refresher training	100%	04/2012	21
Top Réseau providers	IMCI	4	Refresher training	100%	05/2012	5
Health private care providers	Pneumonia, Diarrhea	1	Refresher training	100%	06/2012	63
Health private care providers	Pneumonia, Diarrhea	1	Refresher training	100%	09/2012	1
Sales persons pharmaceutical outlets	Diarrhea	1	Refresher training	100%	02/2012	36
Sales persons pharmaceutical outlets	Diarrhea	1	Refresher training	100%	06/2012	15
Sales persons pharmaceutical outlets	Diarrhea	1	Refresher training	100%	07/2012	287
Sales persons pharmaceutical outlets	Diarrhea	1	Refresher training	100%	09/2012	73
CHWs	FP	3	Initial training	100%	10/2011	21
CHWs	FP	3	Initial training	100%	12/2011	50
CHWs	FP	3	Initial training	100%	02/2012	125
CHWs	FP	3	Initial training	100%	03/2012	187

Training Participant	ANNEX G: PSI/M TRAININGS	Duration of Training (# days)	Refresher or continuation of trainings	% of total participant type targeted (i.e., 100% of all Top Réseau doctors)	Month/Year Training	Total number of training participants
CHWs	Depo-Provera injection	4	Initial training	100%	11/2011	7
CHWs	Depo-Provera injection	4	Initial training	100%	01/2012	12
CHWs	Depo-Provera injection	4	Initial training	100%	02/2012	60
CHWs	Depo-Provera injection	4	Initial training	100%	03/2012	54
CHWs	Depo-Provera injection	4	Initial training	100%	04/2012	38
CHWs	Depo-Provera injection	4	Initial training	100%	05/2012	26
CHWs	Standard day methods (Cyclebeads product)	3	Initial training	100%	02/2012	90
Youth peer educators	STI, FP, RH training and IPC	3	Initial training	100%	08/2012	28
FP Health Counselors	FP	5	Initial training	100%	11/2011	9
FP Health Counselors	FP	5	Initial training	100%	12/2011	9
FP Health Counselors	FP	5	Initial training	100%	01/2012	8
FP Health Counselors	FP	5	Initial training	100%	02/2012	51
FP Health Counselors	FP	5	Initial training	100%	03/2012	22
FP Health Counselors	FP	5	Initial training	100%	05/2012	106
FP Health Counselors	FP	5	Initial training	100%	06/2012	8
FP Health Counselors	FP	5	Initial training	100%	07/2012	13
FP Health Counselors	FP	5	Initial training	100%	08/2012	6
Sales persons pharmaceutical outlets	FP	1	Initial training	100%	12/2011	1
Sales persons pharmaceutical outlets	FP	1	Initial training	100%	02/2012	18
Sales persons pharmaceutical outlets	FP	1	Initial training	100%	03/2012	106
Sales persons pharmaceutical outlets	FP	1	Initial training	100%	05/2012	28
Sales persons pharmaceutical outlets	FP	1	Initial training	100%	06/2012	13
Sales persons pharmaceutical outlets	FP	1	Initial training	100%	07/2012	289
Sales persons pharmaceutical outlets	FP	1	Initial training	100%	09/2012	47
Health private care providers	FP	1	Refresher training	100%	12/2011	13
Health private care providers	FP	1	Refresher training	100%	03/2012	125
Health private care providers	FP	1	Refresher training	100%	06/2012	25
Health private care providers	FP	1	Refresher training	100%	08/2012	57
Top Réseau providers	RH services and FP products	1	Initial training	100%	02/2012	8

Training Participant	ANNEX G: PSI/M TRAININGS	Duration of Training (# days)	Refresher or continuation of trainings	% of total participant type targeted (i.e., 100% of all Top Réseau doctors)	Month/Year Training	Total number of training participants
Top Réseau providers	RH services and FP products	1	Initial training	100%	03/2012	37
Top Réseau providers	RH services and FP products	1	Initial training	100%	04/2012	7
Top Réseau providers	RH services and FP products	1	Initial training	100%	05/2012	3
Top Réseau providers	Standard day methods (Cyclebeads product)	1	Initial training	100%	12/2011	11
Top Réseau providers	Standard day methods (Cyclebeads product)	1	Initial training	100%	02/2012	20
Top Réseau providers	Standard day methods (Cyclebeads product)	1	Initial training	100%	03/2012	48
Top Réseau providers	Cervical Cancer Detection	3	Initial training	100%	03/2012	33
Top Réseau providers	PAC/PPH Counseling	3	Initial training	100%	04/2012	9
Top Réseau providers	PAC/PPH Counseling	3	Initial training	100%	05/2012	16
Top Réseau providers	PAC/PPH Counseling	3	Initial training	100%	06/2012	11
Top Réseau providers	FP Long term methods	1	Refresher training	100%	12/2011	52
Top Réseau providers	FP Long term methods	1	Refresher training	100%	03/2012	32
Top Réseau providers	FP Long term methods	1	Refresher training	100%	04/2012	20
Top Réseau providers	FP Long term methods	1	Refresher training	100%	05/2012	16
Top Réseau providers	FP Long term methods	1	Refresher training	100%	06/2012	11

ANNEX J: SUPPLY CHAIN GRAPHIC



ANNEX K: AGGREGATED RESULTS OF SELECTED LSAT VARIABLES

Presented here is a bar graph that displays the aggregated scores of selected variables from the Logistic System Assessment Tool guided site observations that the Evaluation Team conducted at the PSI/M central warehouse in Antananarivo and at eight regional PSI/M warehouses including: Fianarantsoa, Haute Matsiatra Region; Tôlanaro, Anosy Region; Morondava, Menabe Region; Antsiranana, Diana Region; Toamasina, Atsinanana Region; Toliara, Atsimo-Andrefana Region; and Mahajanga, Boeny Region. Please note that there is no score for “Organizational Support for Logistics System” in Mahajanga because data on this variable was not available at this site. Please note that LMIS stands for Logistics Management Information System.

