

**Evaluation des méthodes et des stratégies  
D'Accompagnement familial et de Contrôle de la Tuberculose  
Dans les bidonvilles du Maharashtra (Inde)**

**Termes de références**

**Avril 2004**

## Sommaire

### **I. PRESENTATION DES METHODES ET STRATEGIES D'AF ET DE CONTROLE DE LA TB.**

<b>1. Des méthodes et stratégies inscrites dans le contexte indien et dans la stratégie globale d'IA au Maharashtra</b>	page 1
1.1 Le contexte de l'Inde	
1.1.1. Le contexte général	page 1
1.1.2. Le contexte de l'AF et de contrôle de la TB	page 1
1.2 La stratégie globale d'IA au Maharashtra	
1.2.1 Historique de la stratégie globale d'IA au Maharashtra	page 4
1.1.2. Objectifs globaux et spécifiques d'IA au Maharashtra	page 4
<b>2. Descriptif des méthodes et stratégies d'AF et de lutte contre la TB.</b>	page 5
2.1 Méthodes et résultats	page 5
2.1.1. Méthode en Accompagnement Familial	page 7
2.1.2 Méthode de lutte contre la Tuberculose	page 8
2.2 Coût total et financement	page 9
2.3 Organisation institutionnelle interne	page 9
2.4 Acteurs locaux impliqués	page 9
2.4.1 Les partenaires	page 9
2.4.2 Les bénéficiaires	page 11
<b><u>II. EVALUATION</u></b>	page 12
3.1 Justification de l'évaluation	page 12
3.1.1 Choix du moment	page 12
3.1.2 Objectifs pour les projets en cours	page 12
3.1.3 Objectifs pour Inter Aide	page 12
3.2 Objet de l'évaluation	page 12
3.3 Méthodologie	page 14
3.4 Moyens	page 15
3.4.1 Moyens humains	page 15
3.4.2. Calendrier de l'évaluation	page 15
Annexes 1	Carte des quartiers d'intervention – Bombay, New Bombay
Annexes 2	Carte des partenaires – Bombay, New Bombay
Annexes 3	Carte Pune
Annexes 4	Cadre logique
Annexe 5	Evolution méthode de contrôle de la TB

## ***Abréviations***

AF	Accompagnement familial
CTD	Central TB Division
DOTS	Directly Observed Therapy, Short Course
DTO	District TB Officer
IA	Inter Aide
ICDS	Integrated Child Development Services
MDTCS	Mumbai District TB Control Society
MSLM	Maharashtra Lokahita Seva Mandal
NTP	National Tuberculosis Program
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PMP	Private Medical Practitioners
RNTCP	Revised National Tuberculosis Control Program
STO	State TB Officer
TB	Tuberculose

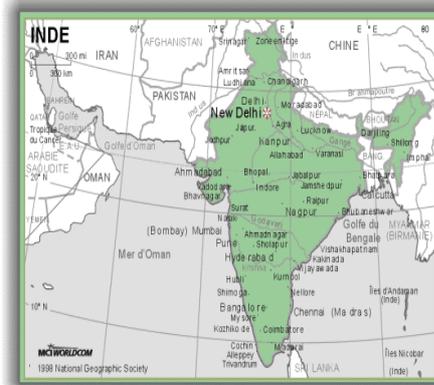
## I - Présentation des méthodes et stratégies d'AF et de contrôle de la TB

### 1. Des méthodes et stratégies inscrites dans le contexte indien et dans la stratégie globale d'IA au Maharashtra

#### 1.1 Le contexte de l'Inde

##### 1.1.1 Le contexte général

D'après le dernier recensement<sup>1</sup> réalisé en 2001, **285 millions** de personnes vivent dans les grandes zones urbaines, soit près du tiers de la population totale de l'Inde. Les bidonvilles en abritent près de 41 millions. C'est bien évidemment là que **les besoins sont les plus pressants**. L'agglomération de **Bombay (Mumbai)**, capitale du **Maharashtra**, compte plus de 16 millions d'habitants, dont **6.5 millions** environ dans les bidonvilles. Avec 2,5 millions d'habitants, **Pune** est la 8<sup>ème</sup> ville la plus peuplée d'Inde. Les bidonvilles y sont aussi présents : **530 000**



**personnes** y vivent. Ces deux villes et les centres industriels proches de Thane (1 300 000 habitants) et New Bombay (700 000 habitants) constituent l'un des « poumons économiques » du pays et donc, un puissant pôle d'attraction offrant de nombreuses **opportunités de travail**.

La croissance impressionnante et l'urbanisation galopante mais peu maîtrisée de cette région se traduit par un développement rapide de quartiers pauvres très densément peuplés. Ces derniers constituent des passages plus ou moins obligés pour les populations migrantes : elles y transitent avant de s'intégrer à un tissu urbain en progression constante. Ces quartiers, qui offrent de mauvaises conditions sanitaires, se caractérisent en outre par un retard chronique en terme de développement urbain (insuffisance des infrastructures sanitaires et éducatives et des services publics en général). De plus, les familles déracinées se heurtent aux problèmes de chômage, d'alcoolisme ou de délinquance.... Dans ce contexte, les enfants et les mères sont particulièrement touchés.

Inter-Aide intervient dans le Maharashtra depuis 1983. Elle a longtemps soutenu directement les actions de trois partenaires, en particulier dans les domaines de la santé primaire et de l'éducation. Depuis 1996, **l'évolution rapide du contexte indien**, notamment en milieu urbain, a permis d'orienter les activités, non plus sur les services, mais sur l'appui aux dynamiques locales.

#### 1.1.2 Le contexte de l'AF et du contrôle de la TB.

##### 1.1.2.1 Généralités

En Inde plus de 16 millions de personnes résident dans les bidonvilles des villes de plus d'un million d'habitants, dont près de 40% dans les trois villes où nous intervenons (Mumbai, Thane et Pune).

<sup>1</sup>[www.censusindia.net](http://www.censusindia.net)

A Bombay, la population a quadruplé en cinquante ans. Pour la seule décennie 1991 - 2001, elle a fait un bond de 20% ! Ce qui représente près de 200 000 habitants en plus par an dont beaucoup sont venus grossir les bidonvilles. Le nombre d'habitants déclarés des bidonvilles est passé de 2,3 millions en 1991 à 5,9 millions en 2001. En gros, près de la moitié de la population totale se concentre sur seulement 10% de la surface de la ville ! A Mumbai, la densité de population dans les bidonvilles dépasse souvent 150 000 habitants au km<sup>2</sup> (contre 28 000 en moyenne sur Mumbai). On estime que la moitié environ de cette population vit en dessous du seuil de pauvreté<sup>2</sup>.

Cette explosion démographique est en grande partie la conséquence de migrations successives. Si les migrants sont d'abord venus du Maharashtra et de l'état voisin du Gujarat, ils arrivent aujourd'hui d'états plus éloignés comme l'Uttar Pradesh, le Bihar ou même du Karnataka. Ce qui n'est pas sans poser des problèmes linguistiques et d'intégration sociale : moins de 42% de la population de Mumbai parle Marathi, pourtant la langue usuelle pour 72% du reste de la population du Maharashtra. Autre exemple : le tamoul (langue du sud de l'Inde) est parlé par 2,6% des habitants de Mumbai mais par 15% de ceux des bidonvilles. Cette sur-représentation d'un groupe linguistique étranger au Maharashtra dans les zones d'habitat précaire illustre bien le devenir et le statut des migrants au sein de cette mégapole.

Plusieurs études ont souligné la fragilité des populations issues des bidonvilles<sup>3,4</sup> qui doivent faire face à un état sanitaire critique, des conditions de scolarisation difficiles et de manière plus générale, des chances de développement réduites.

- 45% de la population a moins de 18 ans
- entre 30 et 60% vivent en dessous du seuil de pauvreté
- plus de 60% des chefs de famille n'exercent aucun travail, ou qu'un travail temporaire non qualifié (ouvrier journalier, manœuvre, collecteur de déchets...)
- de 30% à 60% des habitants sont illettrés
- entre 10 à 20% des enfants de 6 à 12 ans travaillent
- la taille moyenne des familles est entre 5 et 6
- entre 10 et 30% sont dans un habitat extrêmement précaire

#### 1.1.2.2. Le contexte sanitaire relatif à la tuberculose : « du programme national de lutte contre la tuberculose au RNTCP, fidèle aux recommandations de l'OMS »

Selon l'OMS, le tiers de la population mondiale est actuellement porteuse du bacille tuberculeux. Chaque année, huit millions de personnes développent la maladie et quelque deux millions en meurent. La tuberculose reste la deuxième cause de mortalité dans le monde.

Les pays en développement paient le plus lourd tribut à l'infection : alors que l'Inde représente 17% de la population mondiale, 30% des malades y vivent, 17% en Chine et 18% dans les pays d'Afrique. Les personnes âgées de 20 à 54 ans sont les plus touchées. D'où un impact socio-économique majeur pour les populations concernées. En Inde par exemple, on estime que 20 % à 30 % des revenus annuels de la famille sont perdus lorsque l'un des adultes est atteint de tuberculose. Les dépenses directes et indirectes liées à la pandémie s'élèvent à plus de quatre milliards de dollars par an pour l'ensemble de l'Asie du sud-est (près de 3 milliards pour la seule Inde). Les communautés les plus défavorisées étant les plus touchées, la tuberculose est un véritable frein à leur développement économique.

Le gouvernement indien a mis en place un programme national de lutte contre la tuberculose (NTP, pour *National Tuberculosis Program*) dès 1962. Mais, inefficace, il ne fera que renforcer l'image négative des services de santé publique. En 1992, une enquête menée avec l'aide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de l'Agence suédoise pour le développement montre qu'en dépit de la gratuité des soins, moins de la moitié des malades est diagnostiquée. Qui plus est, la majorité de ceux qui le sont ne terminent pas leur traitement. Sous la pression internationale, l'Inde décide alors de se conformer aux recommandations de l'OMS : en 1993, elle lance le programme RNTCP (*Revised National Tuberculosis Control Program*) qui s'appuie largement sur la stratégie DOTS (Directly Observed Therapy, Short Course) élaborée par

<sup>2</sup> Défini par le Gouvernement indien sur la base d'une ration alimentaire de survie de 2100 calories par jour et par personne, il est actuellement de 450 Rps (9 €) par mois et par tête (Income per Capita ou IPC) dans les zones urbaines.

<sup>3</sup> Children at risk in urban areas in India SCARO, 1997

<sup>4</sup> Enquêtes effectuées par les partenaires d'Inter Aide, résultats non publiés

l'OMS. Cette stratégie est basée sur un diagnostic précoce de la maladie et un traitement standardisé de 6 à 8 mois pris sous supervision directe. En janvier 2003, 57% du territoire indien était couvert par le DOTS.

Dans les zones urbaines, trois types de structures publiques de santé coexistent, les unes sont gouvernementales, les autres municipales et les troisièmes sont strictement liées au RNTCP et sont directement rattachées à la MDTCS. En ce qui concerne le contrôle de la tuberculose, toutes trois interagissent.

#### **Le RNTCP (Revised National TB Control Program)**

Le RNTCP dépend en premier lieu du gouvernement central, par l'intermédiaire de la Central TB Division (CTD) qui elle, est directement rattachée au Ministère de la Santé. La CTD délègue à chaque état les responsabilités opérationnelles locales. A l'échelle de l'Etat, son principal relais est le State TB Officer (STO), à celle du district, le District TB Officer (DTO). L'ensemble du financement du RNTCP passe par l'intermédiaire de ces personnels.

Au niveau des municipalités comme Mumbai, Delhi, Kolkata, ou même Pune et Thane, la mise en place du RNTCP s'est faite au travers d'une structure propre à la municipalité au contraire des zones rurales où elle relève des gouvernements d'états. A Mumbai par exemple, seule la Mumbai District TB Control Society (MDTCS), structure issue de la municipalité, est habilitée à recevoir des fonds du STO et à gérer un personnel propre au programme de contrôle de la tuberculose travaillant dans des locaux municipaux.

#### *1.1.2.3 Le Contexte de l'Accompagnement Familial :*

Les familles des bidonvilles cumulent souvent des problèmes dans tous les domaines : santé, éducation, revenus, administratifs.... Elles ne font pas le lien entre les problèmes scolaires, de santé, d'emploi, d'habitat, les solutions possibles et les documents nécessaires. Par exemple, le certificat de naissance est obligatoire pour l'inscription à l'école ; la ration card permet l'achat de denrées alimentaires de base à prix réduits. Par ailleurs, les femmes ont souvent peur ou n'ont pas le droit de sortir de chez elles ou du bidonville. Elles ne connaissent pas leurs droits, elles ont peur des aspects légaux, d'être mal accueillies par leur mari ou belle-mère, ou elles ont honte de demander de l'aide en dehors de leur groupe familial, religieux ou de leur caste.

Dans ce contexte, la plupart des ONGs indiennes sont familières des programmes de développement communautaires : Self-help groups, women empowerment... sont des thèmes fréquemment rencontrés et sont la base de la formation des travailleurs sociaux indiens. La méthodologie proposée par Inter Aide est en contre-point de ces notions, elles-mêmes principalement issues des interventions dans le monde rural où le rôle des structures communautaires est primordial dans le fonctionnement de la société. En milieu urbain, nous sommes en présence de familles éclatées, hors du champ communautaire traditionnel. **Une approche individuelle** semble alors plus adaptée, et constitue, à la fois pour nos partenaires mais également pour les familles bénéficiaires, une démarche totalement originale.

#### *1.1.2.4. Le contexte des quartiers d'intervention*

On distinguera :

- Les bidonvilles consolidés, où la population souvent implantée depuis plus de dix ans, a vu progressivement son niveau socio-économique s'élever et où la nature de l'habitat a évolué de manière sensible. Malgré tout, on y observe la plus grande densité de population, une forte prévalence de la tuberculose, et une pression politique élevée.
- Les bidonvilles très précaires et plus récents, qualifiés de *jhopadpatti*, animés de forts mouvements migratoires, dans lesquels la population est particulièrement fragilisée.

Les bidonvilles comptent essentiellement des hindous et des néo-bouddhistes, ainsi que des musulmans. Les hindous sont eux-mêmes très divisés du fait du système de castes qui persiste fortement. La plupart des populations hindoues représentées dans les quartiers concernés appartiennent à des castes dites « intouchables » ou « backward classes ». De plus, de nombreuses familles en provenance d'autres états indiens, parlent d'autres langues que le hindi ou le marathi (langue du Maharashtra).

Cette diversité sociale, religieuse et linguistique dans les grandes villes pose encore de nombreux problèmes d'organisations aux autorités publiques responsables de l'éducation et de la santé.

Enfin, il faut compter avec des répartitions communautaires transversales, selon des critères géographiques : par exemple les jeunes, les femmes, les enfants de tel ou tel secteur du bidonville. Chacune de ces communautés peut être représentée par une petite association plus ou moins politisée : un « *mandal* ». Un grand bidonville peut en compter des centaines.

Toutefois, les bidonvilles présentent des constantes : outre un niveau de promiscuité et d'insalubrité élevé, ces quartiers ont en commun le très haut degré de pauvreté de 20 à 60% des familles, le fractionnement extrême en petites communautés d'obédiences différentes, le très bas niveau d'éducation qui limite l'accès à l'emploi, un taux de chômage important notamment chez les jeunes et les femmes, le travail peu qualifié, le faible niveau d'autonomie des femmes, peu d'accès à la santé (au traitement contre la tuberculose, notamment).

## **1.2 La stratégie globale d'IA au Maharashtra**

### **1.2.1 Historique de la stratégie d'IA au Maharashtra**

A Bombay Inter Aide a commencé à travailler en 1983. Le projet était initialement centré sur les services fournis à la population des bidonvilles, il était réalisé avec un partenaire unique, le Maharashtra Lokahita Seva Mandal (MLSM), qui offrait des services en matière d'éducation, d'accès à l'emploi et de traitement de la TB.

A Pune, deux ONG ont été dès la fin des années quatre-vingt les partenaires d'Inter Aide, tant dans le domaine de la santé primaire que celui de l'éducation.

A partir des années 1996-1998, l'évolution du contexte indien et les expériences acquises dans d'autres pays ont fait évoluer le projet **vers un appui aux dynamiques locales**. Il s'agissait d'établir **des passerelles entre les acteurs publics et privés et les populations de bidonvilles** afin que les familles les plus démunies améliorent à la fois leurs conditions de vie et leur capacité à trouver par elles-mêmes des solutions durables aux problèmes concrets qu'elles rencontrent.

Les priorités du projet sont devenues :

- le contact direct et fréquent avec les bénéficiaires, leur responsabilisation et leur implication dans un processus de changement, ainsi qu'une analyse intégrée des problématiques sociales et familiales ;
- la recherche de réponses concrètes et durables à ces problématiques ;
- une bonne synergie entre les actions et les services publics, le secteur privé et la société civile ;
- l'émergence et le renforcement d'initiatives locales et de relations contractualisées aussi bien avec les bénéficiaires directs qu'avec les différents partenaires publics et privés ;
- la structuration et la formation continue des équipes et partenaires locaux.

Cette approche s'est renforcée jusqu'à ce jour et les actions se sont de plus en plus orientées vers des interventions en appui aux dynamiques locales quelles soient familiales, communautaires ou municipales. Multipliant et diversifiant également les partenaires au cours du temps.

### **1.2.2 Objectifs globaux et spécifiques d'IA au Maharashtra**

L'objectif global est de **lutter contre la pauvreté** dans une quinzaine de bidonvilles de 3 villes indiennes.

Les objectifs spécifiques sont :

#### ➤ **L'accompagnement familial à Bombay, New Bombay et Pune**

L'accompagnement familial consiste à proposer un accompagnement, volontairement limité dans le temps, aux familles en difficulté qui ont la motivation et les capacités d'évoluer. La mise en place de tels programmes évite systématiquement les actions caritatives ou d'assistantat. **L'objectif est de mobiliser les familles sur des objectifs précis de santé, d'éducation, d'accès à l'emploi et de leur démontrer qu'en faisant appel aux services publics ou privés existants, elles améliorent leur situation rapidement, et développent leurs capacités sur le long terme.**

#### ➤ **La lutte contre la tuberculose à Bombay et New Bombay**

Comme pour toute action d'appui à un programme de contrôle épidémiologique, **notre objectif est d'intervenir sur l'ensemble des composantes qui influent sur l'accès aux soins et l'observance du traitement par les patients**. Sur cette base, nous intervenons dans les bidonvilles de Mumbai et New Bombay à la fois au travers :



- Dans un premier temps, des ONG locales, qui par leur intégration au sein des communautés locales appuient les municipalités dans les actions de motivation des patients, de recherche des patients ayant interrompu leur traitement et de mise en place de centres de délivrance de traitement au plus proche du domicile des patients
- Dans un deuxième temps, d'une action d'information et de formation auprès des médecins privés, les amenant progressivement à adhérer au protocole DOTS et à référer leurs patients auprès des postes de santé publics améliorant ainsi la qualité diagnostique et permettant aux plus pauvres d'accéder aux médicaments fournis gratuitement par la municipalité.

*Pour information, deux autres volets, non inclus dans l'évaluation, sont également mis en œuvre dans les zones d'intervention :*

#### **- L'éducation à Bombay, New Bombay et Pune**

*Les classes préscolaires (balwadi), de soutien scolaire en classe primaire (study classes, coaching classes, remedial classes) et de rattrapage (non formal education) font partie d'une politique générale de **prévention de l'échec scolaire**. Elles s'adressent à des enfants de 3 à 6 ans pour le préscolaire et de 7 à 10 ans pour le primaire. L'objectif est de préparer les enfants des bidonvilles dès leur plus jeune âge à l'intégration dans l'école, d'aider les élèves du cycle primaire à continuer leur scolarité en cas de difficulté et de faire réintégrer les enfants déscolarisés dans le cursus normal de l'école publique*

#### **- L'accès à l'emploi : prêts productifs et formation professionnelle**

L'amélioration des revenus des familles les plus pauvres favorise l'autonomie des bénéficiaires pour répondre à leurs besoins vitaux. Ce volet a deux objectifs spécifiques :

1/ le développement et la création de micro-entreprises grâce à un accès permanent au prêt et à l'épargne,

2/ l'amélioration des compétences des bénéficiaires par des formations à la gestion, des formations techniques et un suivi personnalisé des emprunteurs,

Depuis 2002 ce volet s'est enrichi avec le lancement d'un projet pilote de mutuelles assurances (Santé – Vie- Dommage).

*Ces deux derniers volets, parties intégrantes de nos programmes à Bombay et à Pune, ne font donc pas partie de l'évaluation actuelle. En effet, l'évaluation de l'ensemble des actions nous semblant trop imposante, nous souhaitons concentrer l'étude sur le contrôle de la Tuberculose en relation avec les ONG partenaires et l'Accompagnement Familial. Le questionnaire évaluatif pourra néanmoins amener les évaluateurs à considérer les interactions éventuelles entre les différentes activités des quatre volets.*

## **2. Descriptif des méthodes et stratégies d'AF et de lutte contre la TB**

### **2.1 Méthodes et résultats**

#### **2.1.1. Méthodes en Accompagnement Familial (AF) : une approche individuelle**

##### **Méthodes**

L'AF est une méthode pragmatique, qui utilise en priorité **une approche individuelle et familiale**. Elle propose une alternative aux pratiques de travail social auxquelles nos partenaires étaient habitués. En effet, elle vient compléter le « Community Development », prôné et pratiqué par de très nombreuses ONG indiennes. En Inde, les actions de Community Development tente le plus souvent de « recoller les morceaux » ou de retisser les liens sociaux en essayant de recomposer des groupes et de restaurer des modes de fonctionnement traditionnels souvent issus de la société rurale. De son côté, l'AF prend en compte la réalité immédiate des personnes dans leur cadre familial avec pour priorité de rétablir l'équilibre. Ici, le « moteur » du changement est la restauration de la confiance de la mère dans ses propres capacités et celles de sa famille.

Comme son nom l'indique, l'AF consiste à accompagner des familles particulièrement démunies. Ce sont des animatrices spécialement formées qui sont chargées de ce travail.

Comme évoqué précédemment, le but est de responsabiliser les familles (notamment les mères) et de les mobiliser sur des objectifs précis de santé, d'éducation et d'accès à l'emploi, de renforcer leur confiance en leurs propres capacités, et de les encourager à faire appel aux services publics ou privés existants.

On distingue deux catégories de besoins en fonction des familles et par conséquent de services assurés au sein des programmes AF : d'une part, les familles en état de "survie" qui requièrent un suivi rapproché avec des visites à domicile régulières et d'autre part, les familles ayant la capacité de s'adresser aux services disponibles, elles bénéficient alors de conseil hors domicile.

### *Une relation privilégiée et de proximité*

L'essentiel de la méthode repose sur de fréquentes **visites domiciliaires** pendant lesquelles l'animatrice établit une relation avec la famille. Cette relation d'écoute et de confiance se construit à plusieurs niveaux : son caractère personnalisé, directement ciblé sur les difficultés les plus durement ressenties par la famille, lui donne tout son sens. L'écoute sans jugement et l'attention soutenue d'une animatrice provoquent un regain d'intérêt, le plus souvent de la mère, pour sa propre situation. Elle donne les moyens à la famille de mieux comprendre les causes de ses problèmes et les solutions possibles.

**Une permanence sociale** ouverte dans le quartier, et accessible à tous les habitants, complète les visites à domicile. Elle offre aux familles un cadre plus neutre et la possibilité de venir d'elles mêmes rencontrer les animatrices ou demander des informations. La permanence sert aussi de bureau à l'AF et de point de rencontre pour **des actions spécifiques** (groupe de mamans, séances de PMI, ateliers réalisés avec les pères, club des jeunes pour les 7-13 ans) qui mobilisent les bénéficiaires dans un cadre plus élargi.

### *Une population cible précise, des résultats mesurables*

L'AF s'adresse à un nombre précis de familles sélectionnées en fonction de critères classiques de pauvreté et de problèmes qu'elles ont et qu'elles vont pouvoir résoudre (par exemple: présence d'enfants non vaccinés, d'enfants non scolarisés, nombre d'enfants par rapport à l'âge de la mère, problèmes d'hygiène, présence d'un enfant malnutri, conflits conjugaux, absence de documents administratifs).

Avec l'aide l'accompagnatrice, chaque famille se donne des objectifs précis à atteindre, avec des priorités et des échéances. Il est ensuite facile de mesurer les résultats obtenus et de montrer à la famille qu'elle évolue. On sait également à quel moment l'accompagnement peut prendre fin.

### *Importance du recrutement et de la formation des accompagnatrices*

L'AF est une activité particulièrement exigeante humainement et psychologiquement. Il faut donc recruter des accompagnatrices solides moralement, bien préparées et suivies régulièrement :

- qui soient de préférence originaires du même type de quartier, qui soient familiarisées avec les situations qu'elles rencontreront et qui soient capables d'instaurer une relation amicale et sans jugement avec la famille (des critères ethniques ou religieux peuvent parfois constituer des obstacles),
- qui sachent écouter et analyser les détails de la situation d'une famille, sans se laisser aller à considérer que tout est de la faute des intéressés et de leurs incapacités, et qui cherchent au contraire quelles sont les capacités des bénéficiaires, et comment ils pourraient agir,
- mais qui sachent aussi ne pas chercher à résoudre les problèmes d'une famille à sa place et sentir jusqu'où on peut l'aider dans sa démarche, sans jamais la remplacer ou l'assister.

A ce savoir-faire spécifique, s'ajoute un minimum indispensable de connaissances plus académiques sur les principaux thèmes répondant aux différents besoins des familles. Un cursus de formation continue et des systèmes de suivi et d'évaluation régulière des accompagnatrices sont en place et complètent l'indispensable expérience de terrain. De nombreux intervenants extérieurs sont invités à intervenir sur des sujets très divers comme par exemple :

- malnutrition / tuberculose / maladies infantiles / maladies sexuellement transmissibles,
- santé de la mère et l'enfant, espacement des naissances,
- préscolarisation, scolarisation, psychologie et développement de l'enfant
- formation professionnelle, prêts à l'emploi, épargne,
- aspects juridiques et documents administratifs, droit des femmes,
- connaissance de la sociologie des familles marginales

### *Importance d'un recueil de données rigoureux*

Le caractère assez lourd, sur le plan humain, du travail d'Accompagnement des Familles rend d'autant plus utile une bonne "visibilité" des résultats : elle contribuera à maintenir le haut niveau de mobilisation indispensable de toute l'équipe.

En même temps, la spécificité de ce travail, crée des conditions idéales pour un recueil de données précis et rigoureux qui assure une bonne visibilité des résultats, et sur lequel on peut agir à trois niveaux :

- en préparant bien les accompagnatrices au travail de visite initiale et de description de la situation de départ.
- en mettant en place des fiches de suivi par famille et des bilans trimestriels, qui montrent les objectifs atteints, et qui permettent de mesurer les résultats.
- en veillant au renouvellement des "cohortes" de familles suivies. Sortie définitive des familles ayant résolu les points prévus, ou sortie provisoire de celles qui ont fait des progrès sur certains points, mais bloquent sur d'autres. Entrée de nouvelles familles correctement sélectionnées.

## **Résultats**

En 2003, on compte **4320 familles** ayant bénéficié d'un suivi approfondi, c'est à dire de visites à domicile, auxquelles il faut ajouter environ **3000 bénéficiaires** venus dans les permanences sociales pour obtenir une information ou des conseils ou ayant participé aux réunions d'animation de sensibilisation réalisées en groupe par Navnirman, Snehdeep, et Path. Pour ce volet, l'évaluation des résultats concrets des actions reste difficile. On note toutefois que sur les 2631 familles étant sortie du système de suivi de l'AF pour cette période, **63%** d'entre elles ont quitté le dispositif avec succès (la majorité des problèmes est résolue). Le taux de rechute tous partenaires confondus est en général inférieur à 5%. 6 à 18 mois après être sorties de l'AF, entre 60 à 80% des familles accompagnées maintiennent ou améliorent leur niveau d'autonomie.

### **2.1.2. Méthodes de lutte contre la Tuberculose : l'appui au programme DOTS et implication des médecins privés (PMP)**

#### **Méthodes**

Inter Aide intervient dans ce domaine depuis 1986. Jusqu'en 1996 son action s'effectuait en marge du NTP puis du RNTCP. Elle consistait essentiellement en la gestion de huit dispensaires privés (en partenariat avec une ONG locale), où les patients étaient pris en charge depuis le diagnostic jusqu'à leur guérison. Depuis 1997, l'intervention s'est recentrée sur **un appui à la mise en place du DOTS** dans les quartiers les plus défavorisés de Mumbai et Navi Mumbai. Parallèlement, et depuis juin 2001, Inter-Aide a développé une méthodologie visant à impliquer le secteur médical privé.

A échéance 2003, les 4 équipes de nos partenaires ont réalisé le suivi de **4056 patients** sur 5 zones (représentant environ 15% des cas de tuberculose enregistrés par le RNTCP sur Mumbai, Thane et Navi Mumbai). Dans ces quartiers, nos partenaires mettent à la disposition du RNTCP une équipe chargée du dépistage et du suivi des irréguliers par des visites domiciliaires. Le responsable de chaque équipe vérifie également le respect des protocoles thérapeutiques, les données recueillies dans les dispensaires, les laboratoires et les hôpitaux des deux municipalités.

**Cette stratégie implique la mise en place d'un suivi rapproché des patients avec prise médicamenteuse supervisée par des agents de santé, soit au poste de santé, soit à un point de distribution proche du domicile du patient, ONG, responsable local ou médecin privé.** Elle implique également que nos partenaires qui sont les réalisateurs du programme sur le terrain, construisent de bonnes relations avec les équipes locales du RNTCP sur les 27 postes de santé avec lequel le programme collabore.

Nos partenaires sont également associée et moteurs, depuis 2001, dans un programme spécifique **visant à impliquer les médecins privés dans le RNTCP**. Par le biais de visites individuelles d'information effectuées par les travailleurs sociaux de nos ONG partenaires, et depuis peu par les personnels des postes de santé, on tente de motiver ces médecins à envoyer progressivement leurs patients suspects d'abord vers les centres de diagnostic publics puis vers les postes de santé pour leur enregistrement. Cette intervention, initialement limitée à 2 postes de santé, couvre désormais plus de 4 millions d'habitants. Seul le volet ONG de ce programme d'implication des médecins privés sera évalué, à l'exclusion de la partie institutionnelle, (dont la mise en place est plus récente.)

On distingue donc **trois types d'actions** que l'on peu classer en fonction du degré d'intensité de l'intervention de l'ONG partenaire auprès des services municipaux :

- **l'implication des médecins privés** dans un processus de référencement de leurs patients TB vers les postes de santé
- **le suivi des patients dans les Healths posts** (postes de santé) avec l'aides des ONG partenaires
- **le suivi des patients par des centres de délivrance de traitement (DOTS providers)** avec l'aide des mêmes ONG.

Les Health Posts sont les postes de santé où les patients se déplacent pour se faire soigner et prendre leur traitement. Les Dots Providers sont un réseau de centre de délivrances **de proximité** qui supervisent les malades dans leur prise de médicaments. Certains de ces Dots Providers sont gérés par les partenaires, tandis que d'autres sont uniquement appuyés par ceux-ci.

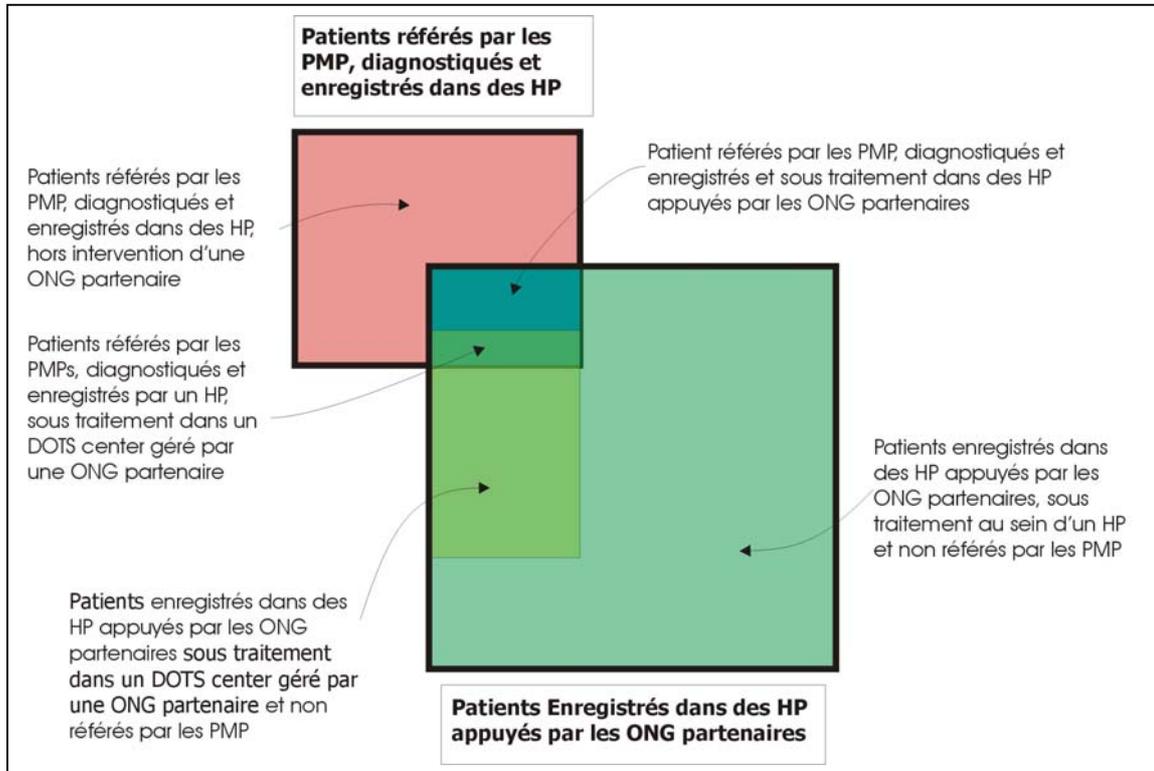
La couverture du programme d'implication des médecins privés, progressivement étendue à l'ensemble de l'agglomération urbaine de Mumbai, permet d'identifier les zones de plus grande pauvreté où l'intervention des services municipaux n'est pas suffisante pour couvrir la totalité des besoins. Dans ce type d'environnement, une ONG partenaire peut alors intervenir pour appuyer les structures municipales tant dans le suivi et la motivation des patients que dans la gestion de centres de délivrance de traitement.

L'imbrication des trois modules ci-dessus décrits peut s'illustrer par le schéma suivant distinguant :

- 1- les patients enregistrés dans les HP soutenus par les ONG partenaires d'IA

2- les patients référés par les PMP enregistrés dans les HP

La zone de recouvrement concerne les patients référés par les PMP dans le cadre d'un programme géré par une ONG partenaire, sous traitement au sein d'un HP ou au sein d'un centre de délivrance de traitement géré par un de nos partenaires.



PMP = Private Medical Practitioners

**Résultats**

Résultats 2003 (toutes actions et partenaires confondus) comparaison 2000, 2001, 2002				
	2000	2001	2002	2003
Total nouveau patients	2273	(1) 1679 + (2) 56 (PMP)	(1) 2820 + (2) 732 (PMP)	(1) 4056 + (2) 1437 (PMP)
Nbre de médecins privés référant		47	625	1349
Taux de patients contagieux	33%	40%	41%	42%
Taux moyen d'abandon	23%	11%	7%	9%
Nbre de patients guéris	2608	1865	2022	2550
Taux de guérison	70%	81%	85,4%	84%

La méthode DOTS implique une durée de traitement de 6 mois

Remarque : la baisse du nombre de patients entre 2000 et 2001 est la conséquence de la reprise par la municipalité de New Bombay d'activités réalisées par Alert India en 2000

**Evolution du volet PMP**

UCITC + PMP	Patients référés	Médecins référant	Patients traités	Population des quartiers couvert
2003	3174	1349	1437	4 840 000 h
2002	1317	625	732	2 600 000 h
2001 (projet pilote)	115	47	56	150 000 h

Grâce à la mise en place de plus de 100 centres de délivrance de traitements et de suivi de patients (Dots providers), ce volet a beaucoup progressé.

**2.2 Coût total et financement**

Coûts actuels des actions AF et lutte contre la TB : 97 000 Eur/ an pour le contrôle de la Tuberculose, et 74 500 Eur/an pour l'Accompagnement Familial)

Coûts global de l'intervention d'IA en Inde :

Actuellement, le coût du projet est d'environ 300 000 EUR par an sur l'ensemble des actions. Il a été cofinancé par le MAE de 1998 à 2001 sur les actions de « soutien scolaire, de santé primaire\* et de lutte contre la tuberculose » à hauteur de 90 000 EUR. En 2003 le plan de financement a été le suivant :

- Union Européenne : 180 283 EUR (cofinancement ligne B7-6000 prévu jusqu'à fin 2005)
- ONG : 68 621 EUR  
OCDE : 49 892 EUR  
Divers : 34 622 EUR

Par ailleurs, une convention-programme centrée sur l'articulation des activités économiques (micro crédit et épargne) avec les volets sociaux (AF mutuelle de santé) est en cours.

*\* devenu l'AF depuis*

## **2.3 Organisation institutionnelle interne -**

### **L'organisation générale d'Inter Aide**

Inter Aide a été fondée en 1980. L'association se consacre à la conception et à la réalisation de projets concrets de développement. Son objectif est d'augmenter les capacités individuelles et collectives des populations déshéritées à agir de manière adaptée sur les contraintes physiques, sociales, économiques ou psychologiques qui les empêchent de répondre à leurs besoins essentiels. Les pays d'intervention sont actuellement : l'Inde et les Philippines en Asie, Madagascar, l'Ethiopie et le Malawi en Afrique, Haïti et la République dominicaine dans les Caraïbes. Les interventions obéissent le plus souvent à une logique d'intégration progressive et séquentielle, elles comprennent : l'hydraulique rurale, l'agriculture, la santé et la lutte contre les grandes endémies, la scolarisation en milieu rural ; la lutte contre l'échec scolaire, l'accès au crédit et à la formation professionnelle, la réinsertion sociale en milieu urbain. Sur un plan général, les programmes sont conduits par approximativement 50 responsables, appuyés et encadrés par 7 chefs de secteurs et une plate-forme technique et administrative de 12 personnes au siège. Inter Aide ne fait pas appel à la générosité du grand public, les financements proviennent d'organismes publics et privés et les frais de structure sont limités à 12%.

En Inde, l'organigramme des actions sociales/ en matière d'AF et de lutte contre la TB dans le Maharastra comprend 6 ONG indiennes partenaires concernées par l'évaluation et 3 Responsables de Programme chacun étant chargé des relations avec plusieurs partenaires. Les responsables de programme assurent l'appui technique, la supervision des activités, et le contrôle local de la gestion comptable et administratives.

Au siège, la direction régionale est assurée par Gaspard Schlumberger et Jean Copreaux pour les volets sociaux et Stéphane Buthaud pour le volet économique, ils sont assistés d'une responsable finances, Delphine Tricard.

## **2.4 Acteurs locaux impliqués**

### **2.4.1 Les partenaires**

Ce projet est basé sur une **forte implication des acteurs locaux comme des bénéficiaires** eux-mêmes. Les accompagnatrices familiales, les monitrices de préscolaire, les agents de santé, certains des enseignants ainsi qu'une partie des cadres des ONG partenaires sont issus des quartiers et/ou y habitent.

Le projet concerne de nombreuses poches de pauvreté et met donc en jeu un nombre assez important de partenaires privés et publics. Ceux-ci n'étant pas organisés en réseau, il s'agit d'un **projet de «multi-partenariat» impliquant 3 types d'acteurs** :

**Les partenaires communautaires** : associations de quartiers, groupes de femmes ou de jeunes dont la multiplicité tient au fait que les quartiers comprennent une mosaïque de petites communautés (selon leur religion, la langue, l'appartenance politique, la caste, ou le métier).

**Les partenaires institutionnels** : les départements Education et Santé des Municipalités, les écoles publiques, les hôpitaux et les dispensaires proches des quartiers. A Bombay et New Bombay, il faut ajouter les organismes publics responsables de la mise en place du Revised National TB Control Programme (RNTCP).

**Les partenaires opérationnels** : Il s'agit des ONG locales dont les équipes s'emploient à faire collaborer les familles, les communautés et les institutions dans chacun des domaines d'intervention. L'AF et le contrôle de la tuberculose concernent 4 partenaires opérationnels à Bombay et 2 partenaires opérationnels à Pune :

<u>Partenaires</u>	<u>Quartiers touchés</u>	<u>Domaines d'action avec IA</u>	<u>Commentaires</u>
<b>ALERT INDIA</b>	Municipalités de New Bombay et de Thane 500 000 h (zone AF 20 000 h.)	*Contrôle de la Tuberculose *Classes préscolaires et d'éducation informelle *Accompagnement familial	ONG de taille moyenne , connue depuis longtemps pour son action contre la lèpre. Alert est très appréciée par les autorités pour la qualité de son action de contrôle de la Tuberculose depuis fin 1998. Collaboration avec IA depuis 1995.
<b>PATH</b>	Cheeta Camp et Ekta Nagar (à Chembur ) 150 000 habitants (zone AF 25 000 h.)	*Contrôle de la Tuberculose *Accompagnement Familial *Soutien scolaire	Petite ONG de base, très bien implantée à Cheeta Camp, a demandé un appui pour évoluer vers la méthode DOTS et essayer la méthode d'AF. Collaboration avec IA depuis fin 1999.
<b>MJK</b>	HEast, Kurla, Fnorth et GNorth 1 900 000 habitants	*Contrôle de la TB *Classes de préscolaires et de soutien scolaire *Accompagnement Familial	Petite ONG de base ,équipe expérimentée dans les deux premiers domaines. A été la première à collaborer avec le Gvt sur le Contrôle de la Tuberculose dans la zone pilote de Golibar. Collaboration avec IA depuis 1996.
<b>Navnirman</b>	Malwani (Malad West) et Appapada (sur Malad East) et Charkop (sur Kandivli) 400 000 habitants	*Contrôle de la Tuberculose *Classes de préscolaires, de soutien scolaire et d'éducation informelle *Accompagnement Familial	Petite ONG de base, bonne équipe de réalisation, fortement implantée dans les quartiers d'intervention. Collaboration avec IA depuis 1996.

## 2 partenaires opérationnels à Pune

<u>Partenaires</u>	<u>Quartiers touchés</u>	<u>Domaines d'action avec IA</u>	<u>Commentaires</u>
<b>Snehdeep</b>	Kashiwadi, Janawadi, Lohianagar, Fish Market, P.Estate, K. Putla, Bhavani Peth, Ganz Peth, Mahale Nagar, Junna Bazar (10 bidonvilles, au total 100 000 h)	Accompagnement Familial Classes préscolaires, de soutien scolaire et d'éducation informelle	ONG de taille moyenne, connue et très appréciée par les autorités depuis longtemps pour son action dans la santé primaire et l'éducation. Très bonne équipe de réalisation, bien implantée et très professionnelle dans le suivi des familles et l'éducation. Collaboration avec IA depuis 1987.
<b>Annapurna</b>	Market Yard, Padmavati, Gosavi Vasti, Kazara Depot (4 bidonvilles, 25 000 h)	Accompagnement Familial, Micro-crédit	ONG de taille moyenne, identité marquée, connue et très appréciée depuis longtemps pour son action avec des groupes de femmes et dans le micro-crédit. Collaboration avec IA depuis 2000.

*Nous avons également développé nos activités avec d'autres ONG indiennes à Bombay et à Pune. Toutefois, notre collaboration est trop récente pour les intégrer à l'évaluation présente.*

### Structuration et mode de fonctionnement

Chaque partenaire possède une structure autonome, indépendante d'Inter Aide, avec un statut juridique propre, une direction et une équipe opérationnelle. La gestion au quotidien des programmes, la gestion du personnel, la planification des activités lui incombent directement.

Chaque année, une proposition d'activités, associée à un budget, est présentée par le partenaire à IA. Celle-ci est amendée puis éventuellement validée. Le représentant IA a pour tâche de vérifier l'adéquation entre le programme d'activités et la réalisation sur le terrain, et de faire toute proposition utile aux différents coordinateurs pour le bon déroulement du programme. Il est également en charge de la validation des comptabilités envoyées au siège.

A titre d'exemple, la collaboration entre IA et un partenaire l'accompagnement familial se concrétise par la mise en place d'une petite équipe spécialisée composée de 3 ou 4 animatrices professionnelles. Cette équipe est chargée du recensement et de la prise de contact avec tous les services sociaux existants. Elle définira pour chaque quartier la cible et le nombre de familles que chaque animatrice pourra accompagner, les critères de sélection des familles en fonction des quartiers ; elle organise les visites domiciliaires, l'ouverture de permanences sociales les animations et les actions spécifiques, le recueil des données et la mesure des progrès des familles...

Il n'y a pas au sens strict une collaboration entre les différents partenaires. Ils peuvent se retrouver dans le cadre de cession de formations, ou de séminaires sur un thème commun, ou même faire des visites croisées d'activité, mais ils n'interagissent pas sur le plan opérationnel. L'ensemble constitue donc une palette de programmes proposés par IA, adaptée par les partenaires en fonction de leur contexte local, et dont la supervision globale est assurée par un représentant IA.

	<b>AF</b>	<b>TB</b>
<i>MJK</i>	L.Adelin	A.Dubois
<i>AI</i>	A.C.Hay	A.Dubois
<i>PATH</i>	L.Adelin	A.Dubois
<i>NSVK</i>	L.Adelin	A.Dubois
<i>SD</i>	A.C.Hay	-
<i>Annapurna</i>	A.C.Hay	-

#### Implication des acteurs dans chaque phase de l'action :

Chacun des **partenaires opérationnels** est impliqué dans la conception des méthodes et à la mise en place de la stratégie d'appui aux dynamiques locales. Dans le domaine de l'AF, les bénéficiaires directs sont en permanence impliqués dans la conception des actions. Les **ONG locales** agissent essentiellement en mettant leur savoir faire et leurs moyens matériels, humains et financiers au service des familles et des partenaires communautaires. Leur rôle est aussi d'évaluer en permanence les résultats concrets, de vérifier les coûts et l'efficacité de chaque type d'action, de les modifier ou de les faire évoluer en conséquence.

Quant aux **partenaires communautaires**, c'est surtout dans le fonctionnement quotidien des activités et dans la mise en place de systèmes de pérennisation des actions qu'ils sont impliqués.

**Les partenaires institutionnels** sont fortement impliqués sur le contrôle de la tuberculose. Le protocole d'action est entièrement défini et mis en œuvre par le RNTCP avec l'aide de l'OMS. Les structures municipales en charge du RNTCP sont responsables du diagnostic, de la délivrance du traitement ainsi que du suivi des patients. L'intervention de nos partenaires consiste exclusivement à appuyer les services publics dans certains quartiers difficiles.

**Dans ce contexte, Inter Aide agit principalement en tant que bailleur, coordinateur du projet et conseiller technique des ONG indiennes sur le terrain et dans les relations avec les partenaires institutionnels.**

### **2.4.2 Les bénéficiaires**

#### Description et analyse de l'intérêt des bénéficiaires et des participants aux volets AF et lutte contre la TB du projet :

Parmi les habitants des quartiers concernés, différentes catégories de bénéficiaires sont directement touchés :

- **Les mères des familles les plus démunies** en raison de l'intensité de leurs besoins, mais aussi et surtout de leur motivation à y répondre. Les familles sélectionnées par l'AF ont pour la plupart un revenu inférieur au seuil de pauvreté défini par le gouvernement indien, elles trouvent en général un double intérêt à s'inscrire dans un processus dynamique de changement : celui de résoudre un certain nombre de problèmes concrets cités plus haut et celui de gagner en autonomie et en capacité de trouver des solutions par elles-mêmes. En 2003 nos partenaires ont accompagné au total plus de 4000 familles.
- **Les patients tuberculeux** (3 000/an) référés, motivés et accompagnés pour aller jusqu'au bout de leur traitement. Stigmatisés par la maladie, affectés économiquement par l'utilisation de services médicaux privés parfois à la marge de la

légalité, démotivés par les contraintes propres au système DOTS (traitement sous supervision tous les 2 jours), les patients voient leur situation s'améliorer par un système de référencement du système privé aux postes de santé le plus proche, par un suivi individuel pour ceux le plus en difficulté et par la mise en place de centres de délivrance de traitement au plus proche de leur domicile.

Si l'on compte 2 bénéficiaires directs par famille accompagnée, globalement, on peut estimer que le nombre de **bénéficiaires directs de l'ensemble des volets AF et Contrôle de la TB est de 11 000 personnes par an**, auxquels on peut rajouter environ 10 000 bénéficiaires indirects.

## II. EVALUATION

### 3.1 Justification de l'évaluation

#### **3.1.1 Choix du moment**

Inter Aide intervient depuis une vingtaine d'années en Inde. Au fil du temps, les programmes ont évolué en s'adaptant au contexte, aux possibilités d'amélioration des activités, aux modalités de collaboration avec les partenaires et la société civile au sens large. Aujourd'hui, la société indienne continue sa mutation, et le contexte dans lequel évolue le programme nécessite de prendre le temps de réfléchir aux modalités de notre intervention. **L'approche spécifique de l'accompagnement familial et l'aspect modulaire de l'appui apporté au programme national de contrôle de la tuberculose suscitent de nombreuses questions en terme de choix méthodologiques. Ces deux volets arrivant aujourd'hui à un niveau important de réalisation, il semble important d'examiner de plus près la validité des choix effectués.**

#### **3.1.2 Objectifs pour les projets en cours**

Les objectifs de cette évaluation pour les projets sont de faire le point sur :

- les méthodes appliquées par les ONG partenaires et leurs évolutions actuelles.
- les choix de repositionnement stratégiques engagés et/ou envisagés par IA et les ONG partenaires au regard du contexte indien

Pour le volet Accompagnement Familial, il s'agit de la méthode d'accompagnement individuel, pour le volet lutte contre la tuberculose, du passage de la gestion de dispensaires privés à l'appui au programme DOTS et à l'implication des médecins privés (PMP).

#### **3.1.3 Objectifs pour Inter Aide**

Cette évaluation devrait permettre à Inter Aide et ses partenaires d'engager une réflexion commune sur les méthodes développées jusqu'à ce jour, et d'envisager ensemble d'éventuelles réorientations, améliorations, désengagements et/ou redéploiements géographiques des actions à moyen ou long terme. **Il ne s'agit pas d'évaluer ou de contrôler les partenaires d'Inter Aide mais bien d'une démarche commune d'analyse concernant les méthodologies proposées par Inter Aide.** C'est pourquoi la dimension participative de cette évaluation n'est pas fondamentale .

Nous souhaitons que ces stratégies soient améliorées puis validées, et bénéficient aux autres projets sociaux en milieu urbain de l'ONG dans d'autres pays via notre réseau d'échange « Pratiques » ([www.interaide.org/pratiques/](http://www.interaide.org/pratiques/)).

### 3.2 Objet de l'évaluation

Pour des questions de faisabilité de l'évaluation, celle-ci portera sur les années 2000 à 2004, tout en gardant en mémoire que la réorientation des activités sur l'appui aux dynamiques locales date de 1996.

### Postulats fondateurs

Favoriser l'accès au développement des familles les plus démunies en leur communiquant le désir et la capacité de se prendre en charge elles-mêmes, et tout faire pour responsabiliser les bénéficiaires, en s'assurant de leur participation et en les formant à la reprise des réalisations, constitue le premier postulat fondateur de notre démarche. Ainsi, afin d'assurer la pérennité des actions entreprises, le programme a été réalisé **avec les familles elles-mêmes, les communautés bénéficiaires et avec des partenaires locaux** que nous soutenons, ceci en coordination avec les pouvoirs publics locaux.

Un deuxième postulat fondateur est de favoriser une **approche individuelle** et un appui direct aux familles à une démarche communautaire. En effet, nous considérons que le fait de s'adresser de manière personnelle et individuelle aux bénéficiaires

permet de créer un climat de confiance qui impulse une nouvelle dynamique au sein des familles, qui leur permet de prendre conscience qu'ils peuvent améliorer leur situation.

Enfin, les politiques nationales évoluent et modifient le contexte dans lequel se développent les différentes actions. Ainsi, cela entraîne une modification de nos méthodes d'intervention dans le souci de rester en cohérence avec les objectifs des programmes, et d'améliorer l'efficacité et la pertinence des solutions proposées. Dans ce sens, quelle est l'articulation de la stratégie d'Inter Aide avec ses partenaires ONG et les politiques publiques ? Quel est la perception de l'Etat de ces méthodes et ces programmes ?

✓ **Questions à traiter**

Afin de répondre au mieux aux objectifs de l'évaluation, **le questionnement évaluatif se concentrera sur les questions portant sur la pertinence et la cohérence des méthodes et de la stratégie mises en œuvre pour chacun des deux volets**. Il ne s'agit pas d'une évaluation d'impact. Ainsi l'analyse des résultats, de l'efficacité et de l'efficience des activités ne servira pas à évaluer le programme mais les choix méthodologiques d'IA.

**Accompagnement Familial (AF) :**

- a) Concernant la **pertinence** de l'approche individuelle : l'évolution d'une approche communautaire vers une approche individuelle dans les bidonvilles est-elle pertinente au regard du contexte culturel indien ?
- b) Concernant la **cohérence** de notre approche (individuelle) : Initialement centrée sur la résolution de problèmes (appui direct aux familles avec assistance dans certaines démarches administratives, visites à domicile systématiques, information et quasiment formation en matière de santé...), notre approche favorise progressivement une logique de renforcement des capacités des familles (conseil, référencement...). Cette évolution correspond-elle aux besoins ? Est-elle appropriée ?
- c) Concernant la **pertinence** de la différenciation entre 2 types de besoins (et services) : au fil de l'expérience de nos programmes, il nous a semblé nécessaire de différencier deux catégories de besoins en fonction des familles et par conséquent de services assurés au sein des programmes AF :
  - les familles en état de "survie" qui requièrent un suivi rapproché => visites à domicile régulières
  - les familles ayant la capacité (sans avoir très souvent l'information) de s'adresser aux services disponibles => conseil hors domicile (en *guidance centre* par exemple), et référencement interne et externe.
- d.1 Cette approche entraînant une différenciation des familles est-elle **pertinente** ?
- d) Concernant l'**efficacité** de la méthode : l'analyse des résultats du volet AF au regard des objectifs attendus de celui-ci, permet-elle d'affirmer que la méthode retenue est efficace ?
- f) Concernant l'**efficience** de la méthode : les moyens mis en œuvre sont-ils en adéquation avec les résultats escomptés ? Pour aborder ce sujet, deux cas pourront être spécifiquement étudiés : un projet ancien et un projet plus récent.

**Contrôle TB :**

Considérant l'historique de ce programme (action verticale dans un premier temps avec les dispensaires de l'ONG MLSM, puis cessation du partenariat avec cette même ONG) en Inde et l'évolution du contexte indien (apparition et développement des projets du gouvernement indien avec création de structures publiques prenant en charge le diagnostic et le traitement les malades...), nous proposons les questions suivantes :

- a) Concernant la **pertinence** du choix des évolutions en cours : est-il pertinent d'opter pour une intervention modulaire, associant une intervention en amont sur la détection et le recrutement des patients, et une action sur l'observance du traitement tant par un suivi individualisé du patient que par la mise en place de centres de délivrance de traitement à proximité du domicile du patient ?
- b) Concernant la **cohérence** des évolutions en cours : l'articulation des différents modules d'interventions est-elle pertinente ? Cette évolution n'est-elle pas prématurée ?
- c) Concernant l'**efficacité** de la méthode : l'analyse des résultats du volet TB au regard des objectifs attendus de celui-ci, permet-elle d'affirmer que la méthode retenue est efficace ?
- d) Concernant l'**efficience** de la méthode : les moyens mis en œuvre sont-ils en adéquation avec les résultats escomptés ?

## Questionnement Transversal

Les méthodes et techniques sont-elles en adéquation avec les populations ciblées et le statut socio-économiques des familles concernées ?

Quelle articulation peut-il exister entre les volets de l'Accompagnement Familial et de la Lutte contre la Tuberculose? Le référencement se fait-il efficacement ? Y a-t-il une différence d'efficacité entre le référencement interne (services proposés par l'ONG) et le référencement externe (services publics ou privés existants) ?

Qu'elle est la pertinence des méthodes actuelles au regard de l'idéal d'une plus grande autonomie des partenaires et de la pérennisation des activités ? Ces méthodes favorisent-elles l'appropriation des actions par les acteurs locaux, sont-elles adaptées au contexte ? Quelles recommandations générales peuvent-elles être formulées sur les méthodes et stratégies en terme de pérennité ?

### 3.3 Méthodologie

#### 3.3.1 Pour la mission d'évaluation :

La mission d'évaluation aura lieu sur les différents sites d'intervention du programme, à Bombay, New Bombay et Pune, sur 20 jours. Les évaluateurs rencontreront l'ensemble des ONG, partenaires opérationnels mentionnés au point 2.5.1, à savoir 4 partenaires à Bombay et New Bombay, et 2 partenaires à Pune. **Il ne s'agit pas, encore une fois, d'évaluer les partenaires mais bien d'interroger les méthodes proposées par Inter Aide et mises en œuvre par les ONG partenaires.** Une analyse plus poussée pourra être menée sur une sélection de partenaires et/ou de quartiers. Cette sélection se fera conjointement entre les évaluateurs et Inter Aide en début de collaboration. Les évaluateurs détermineront librement les visites terrain qu'ils souhaitent réaliser, en fonction de critères réalistes.

L'évaluation s'appuiera également sur des entretiens, collectifs et individuels, des différents acteurs des projets : les ONG partenaires, les bénéficiaires, les équipes locales, les responsables de programme, et autres acteurs institutionnels. Plus précisément, ils pourront s'appuyer sur les différents documents disponibles aux sièges des partenaires à Bombay et à Pune (rapports annuels d'activités, demande de financements, rapport de voyages, données d'enquêtes, recueil de données...).

Une réunion préalable à l'évaluation, réunissant les évaluateurs et l'ensemble des partenaires sera organisée afin de réfléchir à l'apport attendu de l'évaluation. Les évaluateurs recueilleront auprès des acteurs eux-mêmes leurs appréciations et analyses.

L'évaluation devra bien entendu répondre aux questions posées et à celles qui pourraient surgir en cours d'évaluation, soit sur l'initiative des acteurs locaux soit sur celle des évaluateurs. Ils devront dans ce cadre s'attacher à prendre en considération les différences de nature des acteurs et leur histoire de collaboration avec Inter Aide, afin d'éviter les incompréhensions, les oppositions ou les mises en concurrence.

#### 3.3.2 Pour la restitution

Une première restitution aura lieu sur place, réunissant dans un premier temps les ONG partenaires opérationnels du programme, et dans un deuxième temps, l'ensemble des partenaires (opérationnels, communautaires et institutionnels).

Une réunion préparatoire aura lieu au siège d'Inter Aide, en présence du F3E, pour définir le cadre d'une restitution finale ouverte organisée avec le F3E en présence des représentants des bailleurs du projet (et autres organismes intéressés si nécessaire).

Tout ou partie du rapport final devra être traduit en anglais par les évaluateurs. La synthèse du rapport sera disponible en anglais et en français.

### 3.4. Moyens

#### 3.4.1 Moyens humains

L'évaluation sera menée par deux évaluateurs, dont l'un d'eux sera Indien. Ils devront avoir des profils complémentaires, de manière à couvrir l'ensemble des aptitudes nécessaires pour cette mission. Les compétences requises sont les suivantes :

- ✓ Un expertise technique en matière d'évaluation, en organisation
- ✓ Une expérience en actions sociales et dans les systèmes de santé en milieu urbain (des compétences en épidémiologie et/ ou contrôle de la TB seraient souhaitables)
- ✓ Une expertise en structuration des acteurs urbains, et en pérennité et reproductibilité des projets de développement,
- ✓ Une compréhension dynamique du contexte et de ses enjeux essentiels,
- ✓ Une capacité de reconstitution synthétique de l'historique du projet et de ses évolutions majeures,
- ✓ Une expérience dans les domaines des institutions indiennes, des populations locales et de l'évaluation de projets,
- ✓ Une capacité de traduction orale et écrite dans les deux langues (français et anglais).

L'évaluateur indien aura une expérience dans les domaines des institutions indiennes, des populations locales et de l'évaluation de projets. Il devra avoir une capacité de traduction en français si possible. Il sera spécifiquement chargé de coordonner, et piloter les rencontres avec les autorités et les organes institutionnels de tutelle, dont il aura l'initiative, en concertation avec l'évaluateur référent.

Ils travailleront conjointement pendant toute la durée de la mission.

### 3.4.2 Calendrier de l'évaluation

L'intégralité de la mission durera **32,5 jours**, dont 2 jours de voyage.

Nous prévoyons

- ✓ 3 jours de préparation en France (Versailles) pour la consultation des documents disponibles et la rencontre des coordinateurs du projet ;
- ✓ La **mission** sur place devra avoir lieu entre Janvier et Mars 2005, pour une durée de **20 jours** à Bombay et Pune, répartie en :
  - 1 jour de préparation à Bombay
  - 17 jours sur les sites d'intervention
  - 2 jours d'analyse et de restitution ;
- ✓ 5 jours de rédaction, pour la production d'un rapport provisoire;
- ✓ 1 jour de préparation de la restitution provisoire à Versailles ;
- ✓ 0.5 jour de restitution provisoire;
- ✓ 0.5 jour pour la production du rapport définitif
- ✓ 0.5 jour de restitution définitive

La remise du rapport devra avoir lieu au plus tard fin Avril 2005.

## **Annexe 2 : Principales personnes rencontrées**

Jean Copreaux Inter Aide (Versailles)  
Celine Hountomey Administratrice Inter Aide  
Armelle Dubois, Inter Aide (Mumbai)  
Lydia Adelin Inter Aide (Mumbai)  
Patricia Yung, Inter Aide (Mumbai, Thane, Navi Mumbai)  
Anne-Claire Hay Inter Aide (Pune)  
Anais Le doré EPPM  
Francois Xavier Hay Inter Aide (Health mutual Funds)  
Paul Lessaffre Directeur Inter Aide

Dr. Ambe BMC TB Officer  
Dr Muzumdar TB Officer zone 3  
Dr Prakash J Sonarika Thane Corporation TB Officer  
A.V.Kalamkar. Head of the Urban Community Development Programme PMC

Y Dholakia, Director UICTC, Président de Inter Aide India  
Neha Ganekar coordonateur AF (Pune)

Dr. Bhandari, Director Snehdeep  
Neelima Kharkanis – coordinator AF Snehdeep  
Ghazia Khan – AF Supervisor Snehdeep  
Ketki Ranade, Clinical Psychologist Bapu Trust

Hema Samant, Director Annapurna

Shridhar Director of NSVK  
Rajan Shinde TB coordinator NSVK  
Kawberi K. Maladkar LT Malvani Health Post 1  
Naresh Jadav LA Malvani Health Post 1  
Prakash Khopkar treatment centre.  
Dr. Sofi Fernandez – lecturer from KEM .  
Prabhakar social worker from NSVK  
Shilpa social worker from NSVK  
Madhav.S.Joshi, STS of P/North TU a  
Kiran Kamble TB social worker NSVK  
Rubina Khan FDP Coordinator SNVK

Antony Samy Director of Alter India  
Joy Assistant Director Alter India  
Geeta.Balasubramanian Ayier TB/FDP coordinator Alert India  
Mehul Thawer MO Kausa Health Post,  
Manju TB Supervisor. Mahesh Pujari PMA Alerte india  
Almas Falah Diagnostic Lab

Charcko Director of PATH  
Dr Ekta Nagar DOT center PATH  
Dr Mariana Gomes MO of PATH  
Sange Svordaya Social worker TB PATH

Rajeswari Gupta Dot provider  
Sunita Dashnari Dot provider (lab link)  
Dr Dodgo Shapoor Kotowalla TB coordinator  
Manisha Shelte STLS Shatabdi Hospital  
Antara SaindaneLab PATH,  
Dr Jane Chitacamp PATH  
K Vasanthi FDP coordinator PATH

Lesli Delima Director MJK  
Derick D'souze, TB Supervisor MJK  
Akbar TB coordinator MJK  
Bharat Nagar health Post Lab supported by MJK  
Manog Power Social worker MJK  
Anita Bhosali Lab technician MJK

Laurent Ledanois Délégation CE Delhi  
Dr Theodore Tewodros MSF Medical coordinator  
Dr. Manoj Toshniwal, WHO PPM Consultant  
Anuradha Karkara Kripa D Consultant Addiction center  
Sheela Rangan chief research Scientist MAAS and CHRD  
Daisy Gangurde Resource person LEAP project  
Dr Mukerjee TATA Institute of Social Science  
Dr Alam Allapat Medical Association

### **Annexe 3 : Selected recommendations:**

#### **SUPPORT TO RNTCP**

1. Inter Aide and their partner NGO's in consultation with the MDTCS have targeted two broad areas for intervention, namely increasing case detection and increasing cure rates. Since the national program targets set for these two objectives (cure 85% and detect at least 70% of the new sputum positives estimated to be incident annually) are already being achieved by the MDTCS, it is strategically relevant for Inter Aide to look critically beyond these targets and focus on specific areas where their support would create added value. Possible areas where these targets need additional support could be:
  - a. Defined geographic areas within the corporation – specific slums, 'dark areas', with provision of services and social support where required.
  - b. Marginalized populations who have difficulty in accessing public services – migrant workers who cannot provide evidence of address, but need to be treated.
  - c. Prioritize work activity according to patient type (new sputum positive, all forms, HIV TB co-infected patients, etc.)
2. Critically assess the loss of patients (sputum positive and other forms) who access the public services for diagnosis but are not registered for treatment for various reasons.
3. Public private mix is an entry point to change practices and improve the quality of the private sector. It is necessary not only to increase notification but also to improve knowledge, link between the private sector and the public services thereby acting as a pressure group on the public services and increasing public confidence in them.
4. Advocate for strengthening the public services in terms of diagnostic and treatment provision before involving the private sector. This will increase the credibility and the sustainability of the intervention.
5. Although suspects / patients referred by the PPs to the health service seemed to be tracked and followed up till diagnosis and start of treatment, the process was not completely clear or uniform. This must be reviewed and a clear system developed and documented.
6. Develop 'supportive supervision' activities and provide technical support to peripheral workers as well as critically evaluate their work in the field on an ongoing basis.
7. Necessity for Inter Aide / Partners to review their system of review and supervision so that these problems are picked up during routine supervision and discussion generated that will allow for technically correct local solutions.
8. Clarify the modalities for the integration of NGOs in public services, in order to increase their credibility and strengthen "client interface" services.
9. Explore innovative solutions to offer incentives to PPs

10. Target PPs on the ground of the value added by their involvement (e.g. DOT providers). Promote participation in labeled networks enhancing group practice. Explore ways of progressively involving medical associations

## **FAMILY DEVELOPMENT**

11. Revitalize “networking activities” through surveys on services provided in the slum area. Develop contacts between partners and social / health services; involve some of their staff in training activities. Develop a system for updating of this information on routine basis. Focus investigation efforts on services available for people coming from “dark areas”.
12. Limit preliminary surveys to situations where clear hypotheses can be formulated and sound methodology be applied. Give priority to collecting existing data from public services. Gather baseline covered population data in a simple unified framework. Improve the use of maps for strategic planning.
13. Develop complementarities between home visits and Guidance centres in order to ensure a smooth transition between the two tools. Test the value of a gradual reduction of the number of visits, shifting support to Guidance centres.
14. Strengthen Guidance centres (Lists of available services, public telephone, meeting place for the community). Open a Guidance centre in each area where home visits are carried out
15. Ensure team based decision at deletion meetings, focusing on analysing concrete cases. Develop random (case based) in depth supervision to assure quality of the social work processes, beyond achievement of objectives.
16. Standardise definitions for analysing the outcome of FDP cohorts.
17. Develop community targeted initiatives (links with specific projects). Develop a flexible and diversified support system that may include provision of services.

## **DATA MANAGEMENT**

18. All project personnel should be trained training in using the national TB recording and reporting systems
19. Avoid duplication of data. Routine data collection is already being carried out within the national program by the MDTCS and this should serve as the reference. Data collected by the project should be based on the intervention and should be able to easily quantify and measure the intervention (principle of Objectively verifiable indicators related to outputs and activities)
20. Consider updating the principles of the current cohort analysis
21. Consider the risks linked with validating Microsoft Excel data and using a more reliable system such as the one already used by RNTCP (Epicentre).

22. It is strategically important and relevant for the partners to analyze the MDTCS performance reports on a quarterly basis, share feedback, and review their targeted interventions.
23. Critically assess the current data system and the time and resources devoted to it. Develop a different approach for the collection and analysis of qualitative and quantitative data. Moreover, operational research and monitoring of activities require different frameworks.
24. Develop a simple system of data collection on activities for self evaluation. Do not collect data without sharing them and giving a rapid feed back to those who produce them

## **TRAINING AND TECHNICAL ASSISTANCE**

25. The project should systematically train staff in applying RNTCP guidelines, making use of training material already available. Staff performance must be periodically assessed and corrective action taken.
26. There is need for technical assistance from an expert / technical agency not directly involved with the implementation of the programme. Such support could focus on specific issues such as (i) review strategic choices, (ii) assist with advocacy, mobilization of resources and increasing political commitment, (iii) help NGOs with specialized training and support operations research.
27. Consider introducing specialization for some Social workers

## **PARTNERSHIP**

28. Clarify the roles and the objectives of each NGO and network services. Propose a simple and clear division of tasks between programmes
29. Foster geographical concentration (avoid dilution) and look for possible synergies (PP with DOT provision, NGO, FDP). Organize meetings between FDP et TB workers (to collect common information )
30. Consider increasing partner NGO participation in the financing process and mid - and long term planning allowing more time for propositions.
31. Help NGO in their strategic choices. (selection of priorities, definition of specific objectives)
32. Support coordination of NGOs and their common relations with government.
33. Mobilize international expertise to support NGO and develop their contacts with other experiences

## **FUTURE PROJECTS**

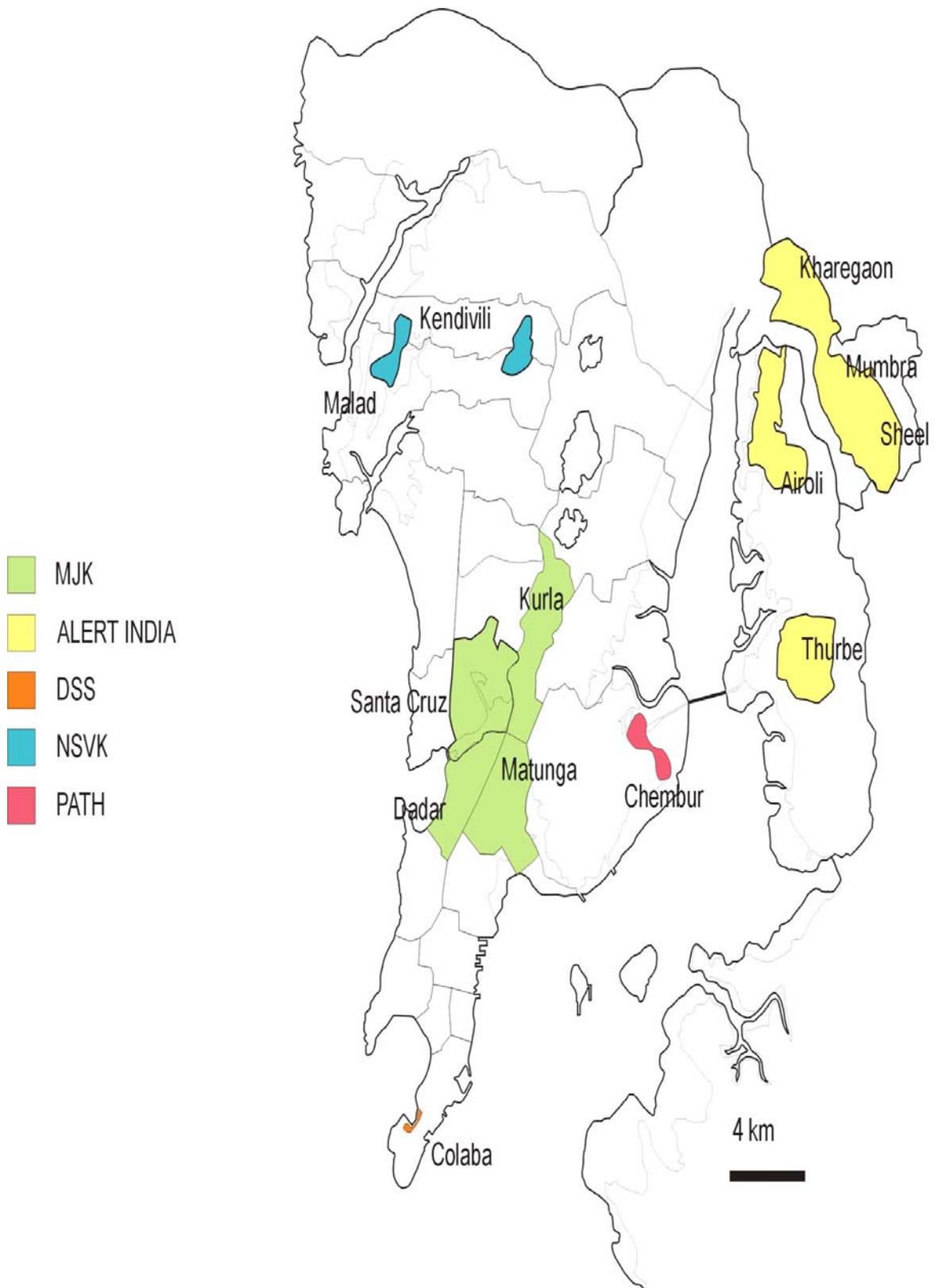
34. Take the opportunity of Inter Aide position as the nodal agency for the implementation of the GFATM funded 'Urban DOTS Program' to stimulate a real internal debate on the concept of Urban DOT

35. Introduce population denominator in allocating GFund resources, and propose several flexible models for targeted populations.

36. Advocate the role of Public non for profit organisations in PPM strategies.

## Annexe 4 : Carte des partenaires

### Partenaires à Mumbai et à Thane



## Partenaires à Pune

Patel Estate:  
éducation & AF  
avec **Snehdeep**

Kamgarputla et Juna  
bazar: éducation &AF  
avec **Snehdeep**

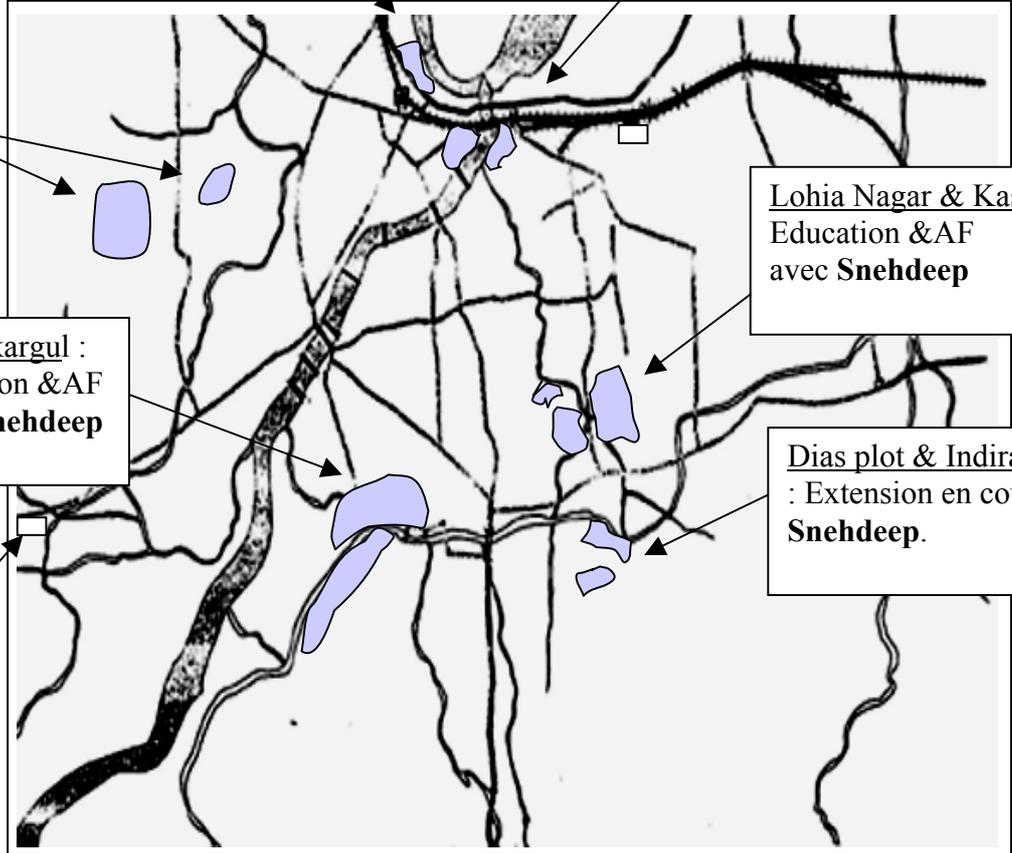
Janawadi & Fish Market  
: Education &AF  
avec **Snehdeep**

Lohia Nagar & Kashewadi  
Education &AF  
avec **Snehdeep**

Dandekargul :  
éducation &AF  
avec **Snehdeep**

Dias plot & Indira nagar  
: Extension en cours avec  
**Snehdeep.**

Padmavati:  
Appui Familial lié  
aux prêts productifs  
avec **Annapurna**



## Annexe 7 : Orientations bibliographiques

1. Inter Aide Projet d'Appui aux dynamiques locales dans les bidonvilles de trois villes en Inde Demande de cofinancement 2000
2. Inter Aide Appui aux dynamiques locales dans les bidonvilles de trois villes d'Inde Rapport pour la Commission Européenne 2001
3. Inter Aide Appui aux dynamiques locales dans les bidonvilles de trois villes d'Inde Rapport pour la Commission Européenne 2002
4. Inter Aide Appui aux dynamiques locales dans les bidonvilles de trois villes d'Inde Rapport pour la Commission Européenne 2003
5. Inter Aide Improvement of access to health services in favour of slum dwellers Proposal to EC 2004
6. Inter Aide Termes de référence de l'évaluation 2004
7. Inter Aide –UCITC Contrôle de la tuberculose Implication du secteur médical privé : L'expérience de Mumbai Juin 2003
8. Inter Aide Public Private Mix TB Control programmes in Mumbai Réseau d'échange 2004
9. Inter Aide Note on PPM/EPPM projects in Mumbai March 2005
10. Inter Aide Work Plan of Inter Aide as Nodal NGO for the Urban DOTS project 2005
11. Inter Aide Community based Insurance mutual funds to improve the urban poor Uplift Health March 2005
12. MDTCS Quarterly performance report of 4<sup>th</sup> quarter 2004 reference number MDTCS/1226/TB dated 10.01.2005.
13. MDTCS, quarterly report on new and retreatment cases of tuberculosis, 4<sup>th</sup> quarter 2004
14. MDTCS, quarterly report of sputum conversion of new cases, relapses and failures, 4<sup>th</sup> q 2004
15. MDTCS, centre-wise microscopy activity 4<sup>th</sup> quarter 2004
16. MDTCS Involving private medical practitioners in RNTCP. Module for implementation
17. MDTCS Involving private medical practitioners in RNTCP. Training module. Mumbai
18. PATH TB Control Program. Form and other internal documents
19. Annapurna Family Development Programme Methodology and other internal documents
20. MJK, Tuberculosis Control Program. H.East, L, F / North, and G / North wards. Activity report November 2000 to December 2004. Leslie D'Lima, Director MJK.
21. NSVK TB Programme general – Procedure
22. Swabhimaan Deletion Internal Evaluation report september 2004
23. WHO Cost and cost-effectiveness of Public-Private Mix DOTS : Evidence from two pilot projects in India 2004
24. WHO Adherence to Long term therapie Evidence for action 2003
25. GFTAM Urban DOTS project in four cities Call for proposal 2004
26. CCFD F3E Evaluation du programme de Deep Griha society Pune Mai 2003
27. M Uplekar Tuberculosis patients and practioners in private clinics in India IJTLD 324-329 IUATLD 1998
28. M Uplekar Attention to gender issues in tuberculosis control IJTLD 220-224 IUTATLD 2001

29. M Uplekar Private practitioners and public health: weak links in tuberculosis control.. Lancet 2001;358:912-916
30. J Ogden Shifting the paradigm in tuberculosis control : Illustrations from India IJTLD 855-861 IUATLD 1999G
31. R Khatri Rapid DOTS expansion in India BWHO 80(6) 2002
32. V K Arora Feasibility and effectiveness of a public-private mix project for improved TB control in Delhi, India IJTLD UIATLD 2003
33. G Ambe Every provider counts: Effect of a comprehensive public-private mix approach for TB control in a large metropolitan area in India. Lonroth K, Dholakia Y
34. TR Dilip Unmet need for public health care services in Mumbai, India. Ravi Duggal. Asia Pacific Population Journal, June 2004
35. TR Dilip A study on need for public health care services in Greater Mumbai. Ravi Duggal, Centre for Enquiry into Health and Allied Themes (CEHAT)
36. P Bissell From Compliance to concordance : Barriers to accomplishing a re-framed model of health care interactions Social Science Medecine 2004
37. A Atreja Strategies to Enhance Patient adherence : Making it simple Medscape 2005
38. S Weintgarten Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness : Which ones work ? Bmj 2002
39. DP Singh Slum dwellers of Mumbai: A socio-demographic profile. Department of
40. plan 2002 17(1), 106-11

# Family development and TB programm

Inter Aide and partners Debriefing  
Mumbai, march 26, 2005

Nevin Wilson  
Philippe Vinard

# Table of content

- 1 Some questions raised by FDP
- 2 Some tracks to analyse TB projects
- 3 Common Issues (Service provision, individual/community approach, Data collection, Training)

Coffee break

- 4 Partnership
- 5 New projects

1 Questions raised by FDP

	<b>Model I</b>	<b>Model II</b>
<i>Target</i>	Selected cases according to potential capacity	According to needs Poorest people, social cases
<i>Field of intervention</i>	Administrative paper Access to services	Family tensions Parenthood, adolescent
<i>Support</i>	Practical information, reference and self help	Moral support, confidence good advices
<i>Social worker</i>	Qualified in administrative rules Contacts with public services	Psychologist Good knowledge of the community
<i>Condition</i>	Efficient public services Information on services	Material support might be necessary
<i>Indicators</i>	Quantitative and limited indicators	Qualitative and numerous Indicators. Case oriented
<i>Location</i>	Guidance centres. Home visit as an outreach service	Mostly home visits
<i>Risks</i>	Very temporary support	Long lasting problems
<i>Complementary</i>	Need for activists group to Push public services	Need community involvement to support advices
<i>objectives</i>	Temporary support at a key point for decision making	Building capacities of communities
	A citizenship process	A step before community approach

# Comparison of FDP programmes

## Common points :

- o Strong methodology, important data collection concern on performance
- o Team work, motivation, good human relations
- o Reveal unmet demand, role of beneficiaries
- o **Rigid model ?** In fact each programme is a different mix of both models (see table)
- o Internal logic. Difficult to adapt model II target with Model I Indicators
- o Complementary according to context ?  
Evolution in time ? A first step

Many indicators : Which ones are more relevant ?

**Context** → **Need** → **Strategy** → **Inputs** → **Activities** → **Output** → **Outcome** → **Impact**

Survey

*FDP*   *Staff*   *Homevisits*   *Deleted*   *Phase out*

- Use existing surveys (to compare)
- Measure your activity before performance
- Along this line, indicators are more and more difficult to evaluate. The same system of evaluation might not work at each level
- Do not stop too early. What is the concrete present benefit for family ?

2 Some tracks  
to analyse TB projects

Zone	Total population (MDTCS report Q4,2004)	Slum population (Ward wise population data, Greater Mumbai 2001)	Microscopy centres (from UCITC report)	Treatment centres (from UCITC report)	Remarks – MC per RNTCP norms and TC @ say one / 20,000 population
Zone 1	1,438,189	164,786 (11%)	24	73	MCs – enough TCs – enough
Zone 2	2,088,558	883,832 (42%)	19	99	MCs – require 2 TCs – require 5
Zone 3	2,560,843	1,100,573 (43%)	21	130	MCs – require 5 TCs – enough
Zone 4	2,841,041	1,110,657 (39%)	23	95	MCs – require 6 TCs – require 47
Zone 5	1,967,162	1,462,247 (74%)	13	58	MCs – require 7 TCs – require 40
Zone 6	1,734,541	1,117,233 (64%)	13	95	MCs – require 5 TCs - enough
Total	12,630,334	5,823,758 (46%)	113	550	MCs – require 25 TCs – require 92

# Gaps in Public Health Service delivery -

- o Skewed distribution of public health services. These GAPS affect access and hence case detection and case holding
- o Strategic choice: Can NGOs fill these gaps ?
- o Relevance: response to a felt need, could be part of the Urban DOTS Project.

		HP (A)	HP (B) (RNTCP LT)	Private lab	NGO supported lab
a.	Number of referrals from HPs	268	680	95	113
b.	Out of (a) number positive	63 (23%)	104 (15%)	17 (17.8%)	11 (9.7%)
c.	Out of (b) number on DOT	48 (76%)	71 (68%)	15 (88%)	10 (90%)
d.	Number of referral from PPs (PP + NGO)	7 (Dec excluded)	15 + 19	61	33
e.	Out of (d) number positive	3 (42%)	4 (26%) + 4 (21%)	11 (18%)	6 (18%)
f.	Out of (e) number on DOT	N/A	4 + 4	11	6
g.	Loss after diagnosis vs. gain from PP	15 vs. 3	33 vs. 4 + 4	2 vs. 11	1 vs. 6

## Lower case detection rates in some wards –

- o Link this with numbers of sputum positive cases not put on DOTS after diagnosis at public health services (unregistered patients or initial defaulters) – poor address, no proof of address, ‘migrant’, alcoholic, marginalised, patients from ‘dark areas’
- o Compare with the returns from PPM. Are these patients being forced to go to the private sector?
- o Strategic choices: special support services vs. only social TB, social TB follow-up only for some groups, etc., and evaluate priority for PPM with social support vs. services with PPM

# Lower cure rates in some wards –

- o Lower cure rates in some wards –

- death rates are higher than 4% of the total outcomes in several wards – highest in zones 1 & 2 and P/S ward of zone 4
- default rates are higher than 4% of the total outcomes in several wards – highest in zones 5, 1 & 3 and R/N ward of zone 4, T ward of zone 6
- Analyse default log (by type of case) of the Social Workers – any change in the profile of default log over time since NGO assisting in this?

- o Relevance: impact of intervention/s – social TB and PPM referral on death and default

# Quality of PP referral –

- o Referring only those patients who cannot afford private treatment. Implication?
- o Proportion of sputum positives among those diagnosed from PP referral varies between 30 – 50% - vs. 16% in public facilities. Implication?
- o Social workers not adequately trained to interact with PPs. Require special skills. Implication?

## Strategic Choices:

Encourage all referral / notification if privately treated, training of PPs, selection of PPs, training for social worker, maybe use peer

# 3 Common issues

Provision of services

Individual/community Approach

Data collection

Training/expertise

# Importance of provision of services

**Demand**  
Individual

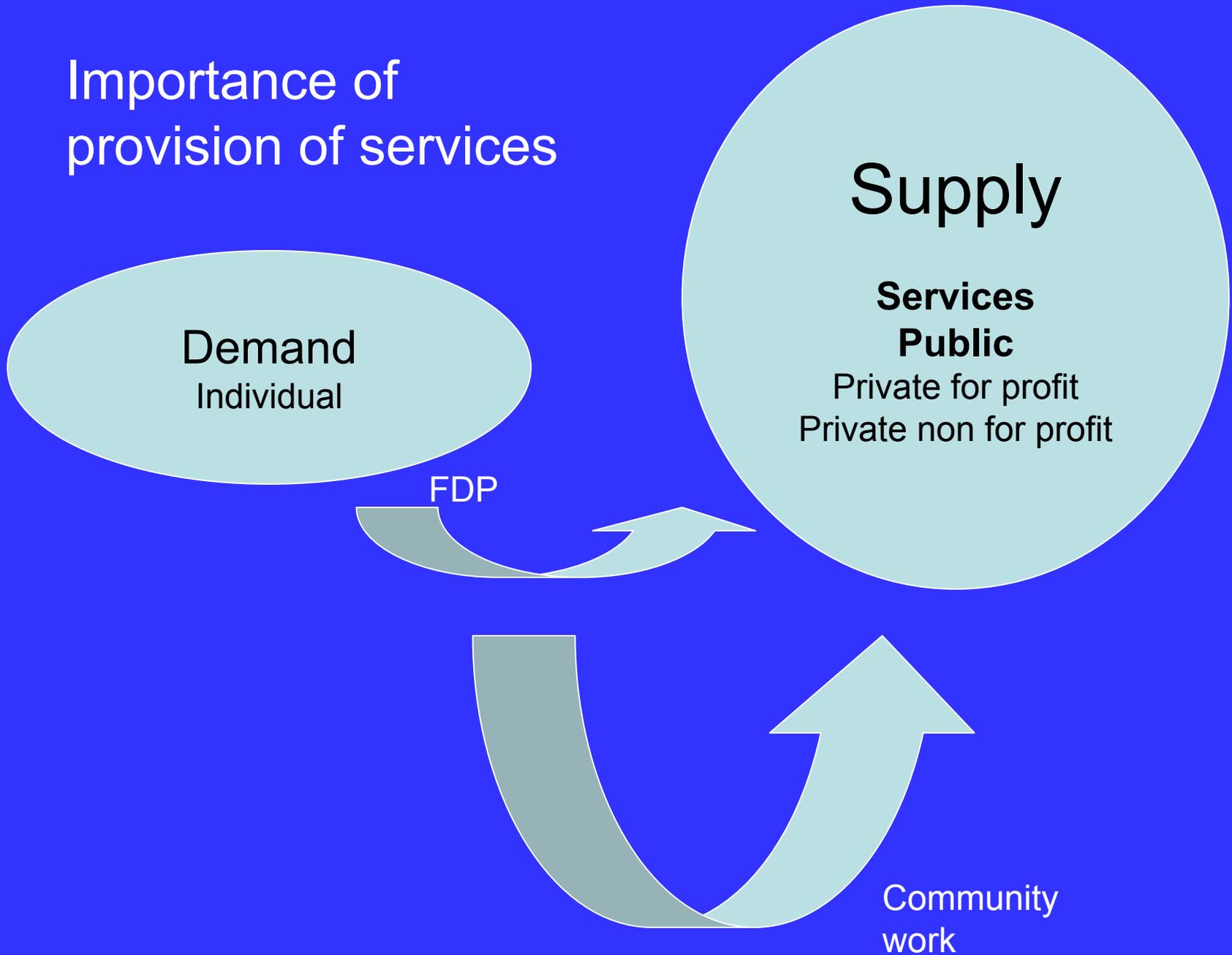
FDP

**Supply**

**Services**  
**Public**

Private for profit  
Private non for profit

Community  
work



# Demand and supply

- Individual approach must work on both
  - 1 Problems of individual (behaviour, compliance, education)
  - 2 Problems of the services ( coverage, quality, access )
- Priority has been given to aspect **1**. To act on the poors, on the patients, on the PPs
- Some actions have been developed for aspect **2** but most public services are not able to cope
- Survey the supply before creating a demand
- Do not reveal a demand when no appropriate supply might respond to it (pb of credibility)

# Individual / Community

- Appropriate Individual strategy
  - Gives to individual selfconfidence
  - Offers personalized services (privacy)
  - Gives them the accurate information
  - Helps them to make choices
- But community is important because :
  - The demand can push the service only with strong political support
  - Sometimes, need to provide others services (temporary or sustainable)
  - Need to work on environment (real social TB)

## Top Down approach

Public service  
(health, education)

Social programmes



Field  
worker



Population

Patient

PPs

*Go to HP*

*Get your card*

*Refer*

*Change your  
behaviour*

*Simples messages*

## Individual approach

Public service  
(health, education)

Social programmes



Field  
worker



Population

Patients

PPs

*Self-confidence*

*Personalized service*

*Acurate information*

*Choices*

*Direct impact*

# IA as an Entry Point

- FDP entry to community work
  - » Strengthen individual in critical situation
  - » Prepare and build links
  - » Express the needs for projects or services
  - » Action to improve access to these services
- Social TB entry for NGO in public sector
  - » Acknowledgement and clear definition of their role
  - » Welcoming role (timing, Human relations)
  - » Improvement (voice of patients, pressure group)
- PPM entry for integration of private sector
  - » Selection of the appropriate partners
  - » Share training
  - » Control of quality
  - » Development of network

# Data management –

- Avoid duplication (time, work, manpower, error)
  - Programme data should be the reference - sustainability
  - OR is another issue
- Avoid unnecessary 'surveys'
  - Data on demography already available
  - Frame hypothesis first ( describe and analyse conclusions)
- Qualitative Vs. Quantitative
  - Support supervision – test, use to build capacity
  - Use real numbers – percentages are deceptive
- Ownership – S/W / NGO
  - Help them to understand, evaluate their work, demonstrate success

# Data management (2)–

- Maps useful – should be prepared at every level
  - Assists in planning, provides perspective
- TB recording and reporting already standardised
  - Analyse data by type of case – NSP important group
  - Outcome analysis relevant ONLY if applied to registration cohort
  - Sputum conversion an early indicator
  - Default analysis can help assess impact of social TB
- Excel requires some expertise – complicated formulas, link pages etc.,
  - Consider integration with common platform – like EPICENTRE in the RNTCP
- Always provide feedback – analyse, discuss, plan

# Training -

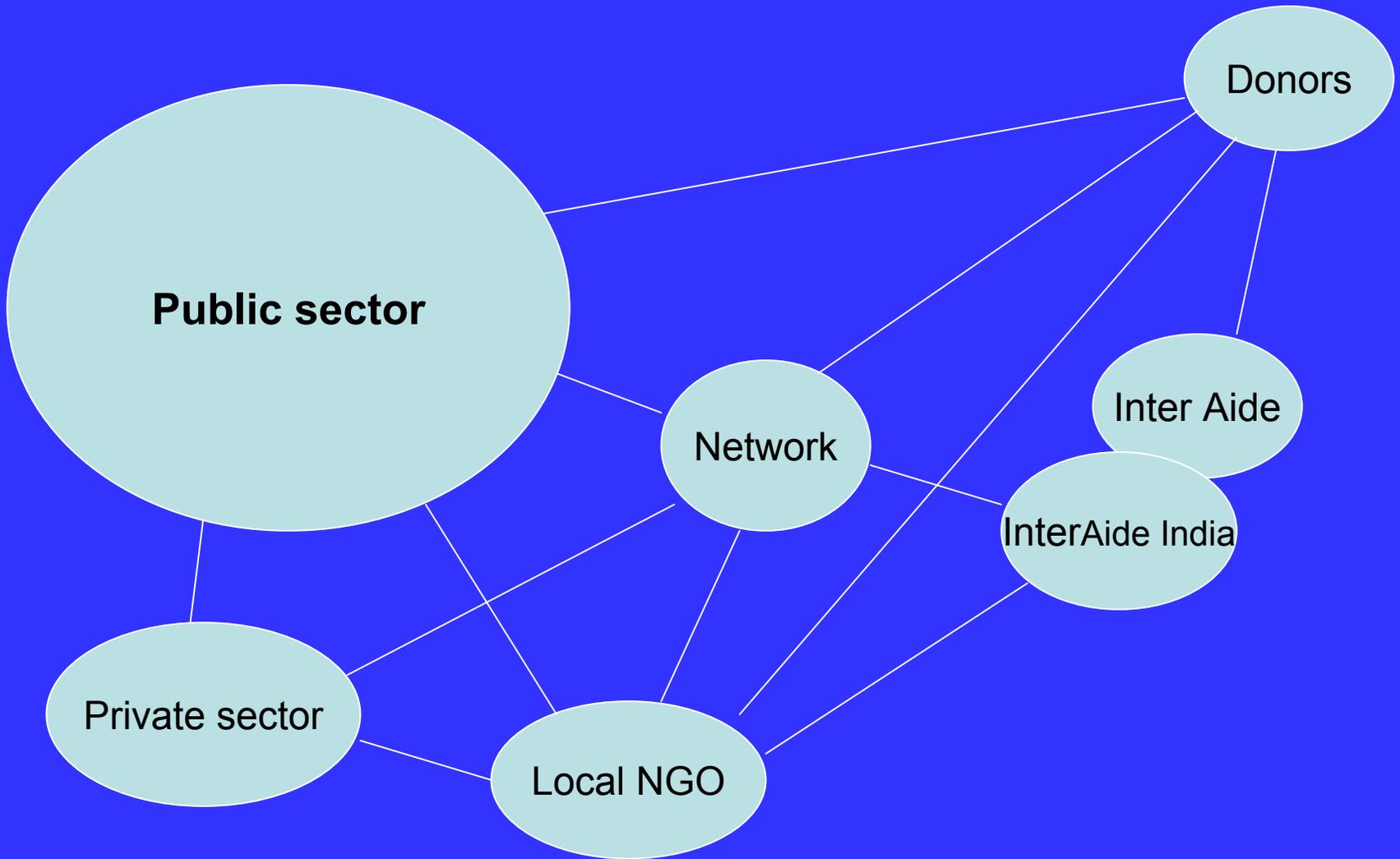
- Inadequate knowledge / skills
  - Poor use of resources
  - Affects status with public facility / patient / community / PP
- Synergy with training resource already available
  - Extensive material already available with the RNTCP
  - Link with public providers – TB programme, supplies dept., registration dept., development dept., other for clarity and assistance on procedure
- Support supervision
  - Link supervision with technical support on the ground
- Assess performance periodically
  - Link training to identified issues

# Technical support -

- o Provided by an expert / agency not directly involved with implementation - external
  - o Could be on specific issues
  - o Could be done regularly on a continual basis
- o Fresh and independent view of success and problems
  - o Another angle, may assist with strategic choices
  - o Could be useful for mobilising resources / political commitment
- o Could include working together in some areas
  - o Specialised training
  - o Operations research

# 4 Partnership issues

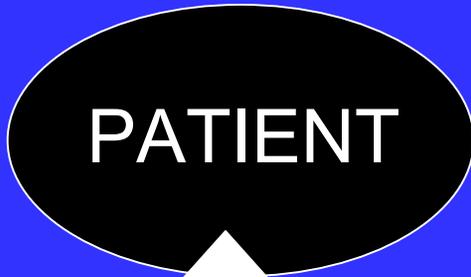
# Real Public Private Private NP mixt



# Partnership

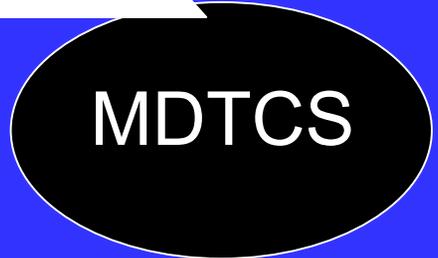
- Variety of NGO (and network) is an great asset
- Complexity of distribution of roles
- Necessity to clarify the role of each (for themselves as well as for the others)
  
- Link NGO-Public sector. Acknowledgment ?
- Link NGO-Private sector Intermediate ?
- Link NGO-Donors Donors driven ?
- Link NGO-Networks Sustainability ?

COMMUNITY



INTER  
AID

? UCITC



# PPM / PPPM

- PPM often requires a private 'interface' between the private and the public sector – means more than simply requesting referral
- Look at other models – different settings / activities
  - Hyderabad experience
  - Kannur model
  - Delhi Medical Association design – 3 models

# Value added of an international NGO

- Dissemination of local initiatives
- Capacity building (structures, training )
- International network (expertise, campaign)
- External view (innovation, evaluation)
- Help NGO to make strategic choices
  - To ensure quality and not quantity
  - To concentrate or/and to specialize
  - To build synergy between programmes
- Support toward Govt
- Intermediate with Donors

# Urban Model ?

- To address the specificity of Urban context
- ( brutal change, visible and great inequalities, heterogeneous, frequent movement, difficult control, a desire to choose, many private initiatives, public services unable to cope...)
- For very different slums and a flexible model is necessary  
Concepts must not be boxed into a unique Model
- Integration in a unique and simple data collection system  
but provision of different kinds of services
- Need for a real debate to collect initiatives and to ensure a clear division of task.
- Targeting areas to ensure synergy and quality (Private, NGO services, TB, FDP..).

# Ideas for a flexible approach

	Slum 1	Slum 2	Slum 3	Slum 4
DOT provision	With basic services	Lab services Evening DOT	Private DOT provides	Integration with public services
Private Practitioners		Link Private Private	Public-Private for selected PP	Not only TB Associations
Home visit	Moral/Material Support	To provide right information	For targeted cases	
Guidance centre	“Walking guidance”	Linked with home visits	Self Help	Multipurpose community center
IEC		Global	Targeted	
Welcome services	Individual support	Regular contacts	Permanence	Integrated services
Communities	Focus group	Group work	Association to provide service	Networking of communities

