

Evaluating Community Participation and Health Outcomes: Theory and Practice

March 25th 2013



Case studies - Etude de cas

Geneva

Contact:

Sandrine Motamed,
MD, MPH

Institute for Social and
Preventive Medicine

University of Geneva

Sandrine.Motamed@unige.ch

♦The symposium speakers will present **case studies**. Participants will be introduced to an evaluation tool - the spidergram and will then be asked in groups **to use the spidergram to assess participation in each of the cases**. They will present these assessments in plenary and key issues will be discussed among the presenters and participants. The final session will examine the contribution of the spidergram to evaluating the links between community participation and improved health outcomes.

♦Les orateurs du symposium vont présenter des **études de cas**. Un enseignement sur l'utilisation d'un outil d'évaluation - le **diagramme polygonal « en toile d'araignée »** (spidergram) sera donné aux participants afin qu'ils puissent **juger de la participation dans chacun des cas**. Ces évaluations seront présentées en plénière et les points clés discutés parmi les orateurs et les participants. Dans une dernière partie, nous discuterons l'efficacité du diagramme à évaluer les liens entre participation communautaire et bénéfices pour la santé.

Action Research on the Decentralisation of Health Services and the promotion of Traditional Medicine resources in the Health District of Kadiolo, in the Region of Sikasso, Mali.

Presented by Rokia Sanogo and Sergio Giani

Action research (AR) aiming to develop community health policies in Mali was undertaken between January 2005 and March 2010. The study, aided by the Development and Cooperation Agency of the Swiss Confederation, was in the communes of Dioumaténé, Kadiolo and Zégoua (Circle of Kadiolo, Region of Sikasso); its goal was to create equitable, easily accessible and efficient services that promote the status of traditional medicine. The Circle of Kadiolo, with a surface area of 5375 sq km, is at the extreme south of the Region of Sikasso and of Mali. In the south it borders on the Ivory Coast and in the east on Burkina Faso. The climate is Sudanese, with two seasons: a dry season from November to May and a wet season from June to October. Mean annual rainfall is over 1000 mm. The temperature varies between 21° and 32°. The population, whose main ethnic groups are the Sénoufos, the Samogos, Peuhls and Dioulas, amounted to 239,713 inhabitants in 2009 (RGPH 2009), with a density of 44.59 inhabitants/km². The principal economic activities are agriculture and the rearing of cattle. Cotton is the most widespread cash crop. Several traditional gold washing sites exist and there is an industrial gold mine at Siam.

The objective of our actions was to contribute to the thoughts and ongoing activities concerning the bringing into effect of statutory order 02-314/P-RM of 14 June 2002, which handed over to territorial communities, amongst others the communes, the competence and resources for health matters. Our ambition was to participate in the definition and trial of these new policies, testing the principles, the standards and the procedures for the effective transfer of health-oriented competences, as well as the consequent transfer of resources, to the communal authorities.

There were three main reasons for the choosing the AR methodology: its systematic approach, its flexibility and its way of working that enforces those concerned to participate actively. This means that in an AR environment the local knowledge-holders are the subject, not the object, of the research. The goal of the AR is to change the initial situation, effectively taking into account the so-called unquantifiable variables, i.e. the human and behavioral factors. These variables are identified by the researcher delving into the subject of study and by testing the variables actively.

One of the aims of the AR is the creation and usage of know-how by the social partners. This means the objective is not the acquisition or passing on of knowledge, rather the mastery of the process of knowledge-creation itself. In this sense, participation in an action research is good training for all the participants, the researchers as well.

In our instance, the AR was undertaken in several phases, always in a participative and inclusive manner, in a process of continual discussion with the members of the community; not only the elected representatives but also the traditional tribal chiefs, not only the personnel of the modern health service but also those people proposing traditional medicine, especially the traditional healers and midwives. We certainly involved the community health associations but, in addition, the women's groups, the young people, the cotton-producing cooperatives, the parents of schoolchildren, the health NGOs active within the commune's area, etc.

For us, it was not a case of creating new structures, but to teach those in the existing structures and the community leaders to work together for the well-being of everyone. The starting point of our work was creating and animating the reunions for exchanging views between local authority representatives and others, within which each analysis was ratified, each objective defined, each decision for action was taken and each terminated action was evaluated.

The AR process was thus carried forward by these meetings for dialogue, led by the

communal authorities. All information, including that concerning budgetary matters, was therefore shared by all those locally active in health. Our principal contribution was to facilitate exchange one with another. To do this, throughout the action we used the principles of active give and take and of inter-cultural discussion, paying particular attention to gender-related specificities. The objective was to build a pattern for a decentralized participative system of health, through a bottom-up process, taking into account the health problems really encountered by the people and all the resources locally available to deal with them, including those of traditional medicine. The financial backing needed to bring the planned actions to fruition was put at the disposition of the municipalities.

The actions undertaken concerned, amongst others, the autonomy of the Central CCom of Kadiolo, the bringing into operation of the Polycentric CCom of Zégoua, promoting low-risk maternity by informing and organizing traditional midwives as well as involving traditional healers in the fight against malaria, HIV-Aids, and tuberculosis in all fields of health. Emphasis was placed on testing the decentralized financing of health activities and on reinforcing the Local Health Information System.

The questions posed were: How to integrate in the commune's policies all resources and know-how in the field of health? How to establish bridges between modern and traditional medicines for the benefit of the population? How can the social partners fulfil the new areas of responsibility and take up all possible means of leveraging action? How to ensure decentralized financing of health activities? In the end, what is the commune's policy on health?

The activities at Kadiolo took place in several phases: an initial one from December 2004 to January 2006, an intermediate phase from October 2006 until January 2007, a second phase between July 2007 and December 2008, and a final phase from November 2009 until March 2010. Other activities were undertaken, using the same methodology, at

Zégoua, thanks to financial aid from the French Development Agency, from September 2007 to March 2009.

At the end of a long and sometimes arduous path, the experiments undertaken have shown that effective decentralization of health services is certainly possible, needed and useful. However, it cannot take place unless everyone is prepared to relinquish some of their power and habits. Decentralization has to begin in the heads and minds of everyone concerned (administrators, technical service managers, technical and financial developers and partners) at all the various levels and must be accompanied by good governance, management transparency and positive commitment as well as by the civic mobilization of the people.

Nonetheless, we are convinced that the public accountability procedures in force in Mali, on the one hand, and the mechanisms of decision-making and disbursement by the principal sponsors, on the other, are hardly compatible with decentralized payment for health activities. An in-depth reform is still needed.

Real decentralization of health programs, accompanied by decentralized payment for health activities, could be a very good opportunity to build more equitable, accessible and culturally adapted local health systems that are also more efficient and more effective. We share the opinion of those who believe that decentralization will become in future years a real political arena of confrontation, but also of participation and cohesion, by those on the scene and for their differing civic ambitions. That is how it will enable participative democracy to become entrenched in the daily life of grass-roots communities.

In this manner we hope we have done our bit towards building a new Mali, which we are certain will come out of the current crisis enhanced.

Recherche-Action sur la Décentralisation de la Santé et la valorisation des ressources de la Médecine Traditionnelle dans le District Sanitaire de Kadiolo, Région de Sikasso, Mali.

Présenté par Rokia Sanogo et Sergio Giani.

La recherche-action (RA) visant l'élaboration de politiques de santé communautaires équitables, accessibles et efficaces, valorisant les ressources de la médecine traditionnelle a été menée de janvier 2005 à mars 2010 dans les Communes de Dioumaténé, de Kadiolo et de Zégoua (Cercle de Kadiolo, Région de Sikasso) au Mali, avec le support de la Direction du Développement et de la Coopération de la Confédération Suisse.

Le Cercle de Kadiolo, d'une superficie de 5.375 Km², est situé à l'extrémité sud de la Région de Sikasso et du Mali. Il fait frontière avec la Côte d'Ivoire au Sud et avec le Burkina Faso à l'Est. Le climat est de type soudanien, avec deux saisons : une saison sèche de novembre à mai et une saison pluvieuse de juin à octobre. La moyenne de la pluviométrie est supérieure à 1000 mm par an. La température varie entre 21° et 32°. La population, dont les ethnies dominantes sont les Sénoufos, les Samogos, les Peuhls et les Dioulas, s'élevait à 239.713 habitants en 2009 (RGPH 2009), avec une densité de 44,59 hbts/km². Les activités économiques principales sont l'agriculture et l'élevage. Le coton est la culture de rente la plus répandue. A souligner la présence de plusieurs sites d'orpaillage traditionnel et d'une mine d'or industrielle à Siam.

Le bût de nos actions était d'assurer un apport aux réflexions et aux actions en cours dans le contexte de l'opérationnalisation du décret n° 02-314/P-RM du 14 juin 2002, qui transférait aux collectivités territoriales, entre autres aux communes, les compétences et les ressources en matière de santé. L'ambition était de participer à la définition et à l'expérimentation de ces nouvelles politiques, en testant les principes, les normes et les procédures pour le transfert effectif des compétences en matière de santé, ainsi que pour le transfert concomitant des ressources,

aux autorités communales.

Il y avait trois motivations principales pour lesquelles nous avons choisi la méthodologie de la RA: l'approche systémique, la souplesse dans la démarche et la participation des acteurs comme méthode de travail. C'est-à-dire que dans une démarche de RA les détenteurs des savoir locaux sont sujet et non objet de la recherche. L'objectif de la RA est le changement de la situation de départ, en prenant effectivement en compte les variables dites non quantifiables, c'est-à-dire les facteurs humains et comportementaux. Ces variables sont identifiées par immersion du chercheur dans l'objet de la recherche et par le test de ces variables dans l'action.

Un des objectifs de la RA est la création et l'appropriation du savoir par les acteurs sociaux. C'est à dire que le bût n'est pas l'acquisition ou la transmission des connaissances, mais la maîtrise du processus même de création du savoir. Dans ce sens, la participation à une recherche action est formatrice pour l'ensemble des participants, y compris les chercheurs. Dans notre démarche, la RA a été donc mené en plusieurs étapes, toujours avec une approche participative et inclusive, dans un processus d'échange permanent avec les acteurs communautaires : non seulement les élus communaux mais aussi les chefferies traditionnelles ; non seulement le personnel de la santé moderne, mais aussi les acteurs de la médecine traditionnelle, notamment les tradithérapeutes et les accoucheuses traditionnelles... Nous avons impliqué certainement les associations de santé communautaires, mais aussi les groupements des femmes, les jeunes, les coopératives des producteurs de coton, les parents d'élèves, les Ong de santé présentes dans l'espace communal, etc.

Il ne s'agissait pour nous de créer des nouvelles structures, mais d'apprendre aux structures existantes et aux leaders communautaires de travailler ensemble pour la santé de tous. Le point de départ de notre travail a été donc la création et l'animation de ces cadres de concertations communales représentatifs et inclusifs, à l'intérieur desquels toute analyse a été validée, tout objectif a été défini, toute

décision d'action a été prise et toute action réalisée a été évaluée.

Le processus de RA a été ainsi porté par ces cadres de concertation, sous le leadership des autorités communales. Toutes les informations, y comprises celles concernant les questions budgétaires, ont été ainsi partagées avec tous les acteurs locaux de la santé. Notre apport principal a été de faciliter les échanges entre les uns et les autres. Pour ce faire, tout au long de ce travail nous avons utilisé les principes de l'échange dynamique et de la communication interculturelle et nous avons porté une attention particulière aux spécificités des genres.

L'objectif était de construire une programmation sanitaire décentralisée et participative, dans un processus du bas vers le haut, prenant en compte les problèmes de santé concrets vécus par les populations et toutes les ressources localement disponibles pour y faire face, y compris les ressources de la médecine traditionnelle. Les ressources financières nécessaires à la réalisation des actions programmées ont été mises à la disposition des Mairies.

Les actions menées ont concerné, entre autres, l'autonomie du CSCom Central de Kadiolo, l'opérationnalisation du CSCom Polycentrique de Zégoua, la promotion de la maternité à faible risque avec l'information et l'organisation des accoucheuses traditionnelles, l'implication des tradithérapeutes dans la lutte contre le paludisme, le VIH-SIDA et la tuberculose dans toutes les aires de santé. Le focus a été mis sur l'expérimentation du financement décentralisé des activités de santé et sur le renforcement du Système Local d'Information Sanitaire.

Les questions posées étaient : Comment intégrer dans les politiques communales l'ensemble des ressources et des savoirs faire du domaine de la santé ? Comment établir des passerelles entre médecine moderne et traditionnelle au profit des populations ? Comment les acteurs locaux peuvent-ils occuper ces nouveaux espaces de responsabilité en s'appropriant l'ensemble des

leviers d'action possible ? Comment assurer le financement décentralisé des activités de santé ? Enfin, pour quelle politique communale de la santé ?

Les activités se sont déroulées à Kadiolo en plusieurs phases : une première phase, de décembre 2004 à janvier 2006 ; une phase intermédiaire, d'octobre 2006 à janvier 2007 ; une deuxième phase, de juillet 2007 à décembre 2008 ; une dernière phase, de novembre 2009 à mars 2010. D'autres activités ont été menées, avec la même méthodologie, à Zégoua, grâce à un financement de l'Agence Française de Développement, de septembre 2007 à mars 2009.

A la fin d'un parcours long et parfois difficile, les expériences menées ont démontré que la décentralisation effective de la santé est bien possible, nécessaire et utile... Cependant, elle ne peut pas se faire sans que chacun accepte de renoncer à une partie de son pouvoir et de ses habitudes. La décentralisation doit commencer dans les têtes et les esprits de tous les acteurs (administrateurs, responsables des services techniques, développeurs et partenaires techniques et financiers) aux différents niveaux et doit être accompagnée par la bonne gouvernance, par la transparence de gestion et par l'engagement positif et la mobilisation citoyenne des populations. Toutefois, nous restons convaincus que les procédures de la comptabilité publique en vigueur au Mali, d'une part, et les mécanismes de prise de décision et de décaissement des principaux bailleurs de fonds, d'autre part, sont difficilement compatibles avec le financement décentralisé des activités de santé. Une réforme en profondeur reste nécessaire.

La décentralisation effective de la programmation sanitaire, accompagnée par le financement décentralisé des activités de santé, pourrait être une très bonne opportunité pour la construction de systèmes locaux de santé plus équitables, accessibles et culturellement adaptés et, pour cela, plus efficaces et plus efficaces. Nous partageons l'opinion de ceux qui pensent que la décentralisation deviendra, dans les années à venir, une arène politique réelle de confrontation, mais aussi de participation et de

cohésion, des acteurs locaux et de leurs diverses ambitions citoyennes. C'est ainsi qu'elle permettra l'enracinement de la démocratie participative dans le vécu quotidien des communautés de base.

Nous espérons avoir donné ainsi notre contribution à la construction du nouveau Mali qui sortira grandi, nous en sommes certains, de la crise actuelle.

Health Committees and co-management of Health Centres in Burundi

Presented by Jean-Benoît Falisse
(Cordaid / Oxford University)

Situated at the heart of the Great Lakes region of Africa, Burundi, one of the poorest countries in the world, is gradually emerging from a long civil war (1993-2008) which has profoundly affected its health system. The country has a history of centralised autocratic rule which has long excluded large sections of the population from decision-making concerning social, political and economic life. Within this context, health services have long been, and still are, considered as being 'given' to the people, in a one-way vertical relationship with the Ministry of Health.

Initiatives involving the population in health care were almost non-existent until the early years of the 21st century; the war hindered the implementation of any of the Bamako Initiative principles. It was thanks to international aid and the partnership between the Ministry of Health and the World Health Organisation that the concept of community participation progressively began to be put in place. The approach to community participation which has developed consists of two aspects which are only now slowly beginning to be clearly distinguishable: on the one hand the community health agents which are the local service providers at the extreme edge of the health system, and on the other, a health committee (COSA – comité de santé) elected by the people living in the area for which a health centre is responsible to aid in its management. The COSAs were put in place throughout the country by government decree in 2002; their functioning was standardised by ministerial ruling in 2005 and their role has been somewhat stiffened by the

introduction in 2010 of a financial strategy based on health services provided. This approach brings into effect the concept of the autonomy of health centre management and insists on strategic planning. In spite of this recent development, the COSAs are still judged, by both the population and partners in the health sphere, as generally weak and relatively ineffectual.

Cordaid began to work in Burundi health centres towards the end of the 1990s and was one of the first organisations to suggest and push for the setting up of health committees. It is thus an inductive participation, even though Cordaid has only a supportive and consulting relationship with the COSAs. The aim was, and is, to reinforce the interface between population and service providers to (1) facilitate access to health services and ensure they meet the people's needs and (2) develop practices of good inclusive local governance. This reinforcement is mainly implemented by training COSA members to use tools to co-manage health centres. Health teams have been left free to function as they wish, thus respecting the rules laid down by the Burundi Health Ministry. Finance for the health centres, over half of which comes irregularly from the Ministry of Health, remains a major problem. This is aggravated by the gap between the discourse about health centre autonomy and the practical reality, as district and provincial health boards still frequently intrude in the day-to-day running of the health centres. In addition the link between the COSAs and the people they are supposed to represent seems to be problematic and there is no real mechanism to follow and evaluate the working of COSAs.

In this context of an existing community structure about which little is known and appears to function poorly, Cordaid, in partnership with the Ministry of Health and the European Union, has tried to understand the situation in the field in more detail. Focus groups and open meetings with the COSAs and health teams have been organised to understand how much participation there is and together see what action can be taken to reinforce the system of community participation.

An analysis based on the spidergram model has been developed. The main results of this analysis show that the COSAs, despite their wish to represent all the population, remain relatively 'elitist' structures – at office level made up of local notables, in the majority male. In addition, the COSAs seem

confused as to their role: almost half of those interviewed do not really know what they are expected to do and their decision-making rights at local level are very restricted. Their tasks appear to be more those of service providers than of effective co-managers. More than half of the COSAs had never been re-elected and the same proportion admitted to not having regular meetings with the population. The analysis compared these health committees with the local associations contracted by the health system to investigate the cost-effectiveness of health team services. As with the COSAs, these associations are supposed to pass on the 'voice' of the people concerning the health system. The associations are often better organised than the COSAs (meetings with agenda, minutes, etc.) and are led better. Nonetheless, their representative role and their connections with the population are extremely simplistic: they are content with making satisfaction surveys and checking the services provided by the health centres without taking any further interest in the health of the population. Community participation in Burundi, both via the COSA mechanism and that of the local associations contracted in a provision-based financial framework, is therefore limited. The COSAs have difficulty in representing the population and in having their say in health centre management and are thus restricted to a merely symbolic participation. The local associations studied were confined within a task of purely instrumental and orchestrated participation, or even of service.

On the basis of this evaluation, a project has been set up to reinforce and recast the health committees. It consists of four parts which stress (1) the roles of the COSAs, (2) the good faith between COSA members and health team personnel, (3) the interaction with the population and (4) the interaction with the local socio-administrative organisation. These paths have been defined in conjunction with the COSAs and the Ministry of Health and are now being studied using a randomised model.

Comités de Santé et cogestion des Centres de Santé au Burundi

Présenté par Jean-Benoît Falisse
(Cordaid / Oxford University)

Situé au cœur de la région des Grands Lacs africains, le Burundi, un des pays les plus pauvres de la planète, émerge progressivement d'une longue guerre civile (1993-2008) qui a profondément affecté son système sanitaire. Le pays est caractérisé par une histoire de gouvernance autocratique et centralisée qui a longtemps exclu de larges franges de la population des décisions de la vie sociale, politique et économique. Dans ce contexte, les services de santé ont longtemps été et restent souvent considérés comme 'donnés' à la population, dans une relation unilatérale et verticale avec le Ministère de la Santé.

Les initiatives impliquant la population dans ses soins de santé sont presque inexistantes jusqu'au début des années 2000 ; la guerre empêche la mise en œuvre des principes de l'initiative de Bamako. C'est avec l'aide internationale et le partenariat entre le Ministère de la Santé et l'Organisation Mondiale de la Santé que l'idée d'une participation communautaire dans la santé se met progressivement en place. L'approche de participation communautaire qui est développée comprend deux volets qui commencent seulement aujourd'hui à être clairement distingués: d'un côté des agents de santé communautaires qui sont des prestataires communautaires au niveau le plus périphérique du système de santé, et de l'autre côté un comité de santé (COSA) élu par la population de l'aire de responsabilité du centre de santé pour cogérer celui-ci. Les COSA sont mis en place dans tout le pays par décret du gouvernement en 2002, leur fonctionnement est harmonisé par règlement ministériel en 2005 et leur rôle est encore un peu plus affirmé avec le passage à l'échelle de la stratégie de financement basé sur la performance dans la santé en 2010. Cette approche consacre en effet l'idée d'autonomie de gestion des centres de santé et insiste sur leur planification stratégique. Malgré ces évolutions récentes, les COSA restent jugés, autant par la population que par les partenaires dans la santé, comme généralement faibles et relativement inefficaces.

Cordaid a commencé à travailler dans les centres de santé du Burundi dès la fin des années 1990 et a été une des premières organisations à suggérer et appuyer la mise en place des comités de santé. Il s'agit donc d'une participation induite, même si Cordaid n'a vis-à-vis des COSA qu'une relation d'appui et de conseil. L'objectif était, et reste, de

renforcer l'interface entre population et prestataires de services pour (1) faciliter l'accès aux services de santé et leur adéquation aux besoins de la population et (2) développer des pratiques de bonne gouvernance locale inclusive. Ce renforcement est principalement passé par la formation des membres des COSA aux outils de co-gestion des centres de santé. Les formations sanitaires ont été laissées libres de fonctionner comme elles le souhaitent, dans le respect des règlements du Ministère de la Santé du Burundi. Le financement des centres de santé, qui est basé pour plus de moitié sur des financements venant - irrégulièrement- du Ministère de la Santé, reste un problème important. Celui-ci est aggravé par l'écart entre le discours sur l'autonomie des centres de santé et la réalité de terrain, dans laquelle les districts et provinces sanitaires s'ingèrent encore beaucoup dans la gestion journalière des centres de santé. Le lien entre les COSA et la population qu'ils sont censé représenter semble lui aussi être problématique et il n'existe pas de véritable mécanisme de suivi-évaluation des COSA. Dans ce contexte d'une structure communautaire existante mais de laquelle peu est connu et qui semble mal fonctionner, Cordaid a, en partenariat avec le Ministère de la Santé et l'Union Européenne, cherché à mieux comprendre la situation sur le terrain. Des focus groups et réunions participatives avec les COSA et les formations sanitaires ont été organisés en vue de mieux comprendre le niveau de participation et de voir ensemble quelles actions étaient possibles pour renforcer le système de participation communautaire.

Une analyse basée sur le modèle du spidergram a été développée. Les principaux résultats de cette analyse montrent que les COSA, malgré leur volonté de représenter toute la population, restent des structures relativement 'élitistes', composée au niveau de leurs bureaux de notables locaux, des hommes en majorité. Par ailleurs, les COSA apparaissent confus quant à ce qu'est leur rôle : presque la moitié des COSA interviewés ne savent pas très bien ce qu'ils sont censés faire et leurs droits de décision au niveau des structures locales très réduits. Leurs tâches s'apparentent plus à de la prestation de service qu'à une véritable cogestion. Plus de la moitié des COSA n'avaient jamais été réélus et la même proportion admettait ne pas tenir de réunion régulière avec la population. L'analyse a comparé ces comités de

santé avec les associations locales contractualisées par le système de santé pour vérifier les prestations des formations sanitaires dans le cadre du financement basé sur la performance. Comme les COSA, ces associations sont supposées relayer la 'voix' de la population au sein du système sanitaire. Ces associations sont souvent mieux organisées que les COSA (réunion avec agenda, PV, etc.) et ont un meilleur leadership. Néanmoins, leur lien avec la population et leur rôle de représentation sont extrêmement réduits : ils se contentent de faire des enquêtes de satisfaction et de vérification des prestations des centres de santé sans se soucier plus en avant de la santé de la population. Au Burundi, la participation communautaire, par le canal COSA autant que par celui des associations locales contractualisées dans le cadre du financement basé sur la performance, est donc limitée. Les COSA peinent à représenter la population et à disposer d'un mot à dire aux centres de santé et sont donc contraints à une participation toute symbolique. Les associations locales étudiées sont enfermés dans une tâche de participation, voire de prestation, purement instrumentale et instrumentalisée.

Sur base de cette évaluation, un projet de renforcement et de refonte des comités de santé a été mis en place. Il comprend quatre volets qui insistent sur (1) les rôles des COSA, (2) la confiance entre les membres des COSA et le staff des formations sanitaires, (3) les interactions avec la population et (4) les interactions avec le tissu socio-administratif local. Ces axes ont été conjointement définis avec les COSA et le Ministère de la Santé et sont maintenant expérimentés suivant un modèle randomisé.

Lime tree project: assessing community participation

Présenté par Dr Sandrine Motamed, Prof hon André Rougemont

Institute of Social and Preventive Medicine, University of Geneva

Our Institute of Social and Preventive Medicine (ISPM) of the University of Geneva has a genuine tradition in global health and has developed numerous novel courses to train health professionals how to work with the community. In

the 1990s students from the IPSM undertook a case study aimed at evaluating the health needs of the inhabitants of a small rural county - named Meinier - in the state of Geneva in Switzerland. This brought to light that the problems were essentially of a socioeconomic and psychosocial nature. Old people felt isolated and wished to remain in the village, even when they lost their autonomy, rather than enter a nursing home elsewhere. Young families could not get established because of a lack of available housing, the financial burden and nonexistent day care facilities for children. Social links between people had diminished, especially between the generations. Further difficulties arose from poor mobility, both for work and leisure.

This initial study gave rise to expectations by the public in terms of health, so the ISPM was contacted by the elected representatives to try to provide a solution to a certain number of the problems raised.

Our mission at the start of this adventure (2001) was to put in place the conditions for dialogue concerning health with the residents. At the time we needed to hone our knowledge of the local needs and to create a movement of community participation. Indeed, this participation of the inhabitants is an essential tool for evaluating the community's needs and to find solutions. But the task was arduous; the problems of diminishing socialization within the village, particularly between generations, as well as the presence of differing groups, rural and urban, having little contact with each other though all living in Meinier, had been a challenge. To try to bring back the inhabitants together, numerous thematic evenings have been organized. Themes as varied as the importance of the connection between architecture and health or how to prepare for and draw up an advance directive have been tackled. A newsletter entitled "Lime Tree" ran for two years. There have been communal events aimed at getting the inhabitants to know one another (such as a photographic exhibition). Events and lectures by people from the villages, demonstrating their special skills, were highly successful.

In our project, the community consists of all residents of the county of Meinier. It was

imperative that there was "something for everyone" in this project and essential that none of the various subpopulations seized the reins guiding the project's principal orientation – for example, to transform the village into a place designed only for the oldest residents. The infrastructure had to be made accessible to all the socio-economic levels living there and not to create a ghetto.

Secondarily the role of the ISPM has been to produce a real concept for the promotion of health not only through the expressed needs but also by adding dimensions that appeared important to us as specialists in the field of health. For example, it seemed important to propose some coordination between Meinier and the rest of the socio-sanitary network of Geneva.

Short- and mid-term objectives have been defined over the years. Getting the community to participate, outlining a concept, discussing the concept with the residents, amending the concept, translating it into architectural terms, etc. Done in a more or less explicit manner without ever planning more than a year ahead. We had no idea at the time that this would go as far as building a new village center, an intergenerational living space, creating a new professional profile in the health field, and so on. This has occurred step by step, driven by the evolution of the community spirit. In practice, after several meetings with the authorities aimed at drawing up a common vision of health, health – well-being – quality of life in a context of social fairness, the initial terms and conditions were established between the town hall and the ISPM based on a proposal made by the latter. Besides, the rhythm of a community project is that of the interweaving currents of local affairs and of the political agenda. Some of the elected administration were changed, necessitating a certain time for the partnership to adapt.

Very quickly in the project a structure called the multidisciplinary group came into being. This brought together representatives of all skills, including that of being a resident citizen, the leadership of the group depending on the skill needed during each particular phase of the project. Thus the multidisciplinary group was asked to proceed in the direction negotiated during the twice-yearly general meetings (about 400 people, out of 1800 residents, took part). Then, when the multidisciplinary group thought it had reached the

end of a phase, presented it to the community, which could perfectly well oppose the proposed options.

The money financing a number of consultants working in partnership, including the architects and from time to time the ISPM, came from public funding, i.e. from tax revenue. The fiscal agent is the county's administration. There was never an overall budget provision; the commune's elected representatives voted on the finance necessary for each of the project's phases (the architectural competition, for instance).

When the specifications of the project were finally finished a budget for the building work was presented to the citizens by Meinier's authorities and was voted through.

Furthermore, an appeal mechanism called a referendum can be called for by the community within a given timeframe to prevent the process's continuing – the citizens did not oppose the final project. The governance is therefore the community.

From 2001 to 2010 the inhabitants drew together to develop a more just society, in a partnership between the authorities and our Institute that over the years has seen a novel concept of healthy living emerge. One prominent aspect is the new village center, with its sheltered housing for the elderly, affordable accommodation for young families, child day care, a games library, shops and a restaurant as well as an intergenerational park and living space. A 40 million dollar budget was voted by the community and work began in March 2010. The renewed village center was inaugurated in June 2013.

The university had a role of emulating the competences of the community. In addition it brings its learning and know-how which mesh with those of the community and, in our case, with those of the other partners (authorities, architects, etc.). Everything depends on each one's capacity and willingness to understand the others (jargon, for example), to exchange experiences and ideas and to meld all this into one integrated cooperating whole.

Reference: Projet Tilleul (Lime tree project). The

creation of a new village center and an intergenerational living space. Partnership representative : S. Motamed.

To be downloaded at :

<http://www.unige.ch/medecine/imsp/collaborateurs/motamed.html>

look for "projet systémique communautaire sur la commune de Meinier"

Projet Tilleul: évaluer la participation communautaire

Dr Sandrine Motamed, Prof hon. André Rougemont

Institut de Médecine sociale et Préventive, Université de Genève

Notre Institut de Médecine Sociale et Préventive de l'Université de Genève a une tradition de considérer la santé à travers l'ensemble de ses déterminants et a développé de nombreux cours afin d'enseigner aux professionnels comment travailler en milieu communautaire. Dans les années quatre-vingt-dix, des étudiants de l'IMSP ont entrepris une étude de cas visant à évaluer les besoins en santé des habitants d'une petite commune rurale nommée Meinier dans le canton de Genève en Suisse. Cette démarche a permis de mettre en évidence que les problèmes étaient essentiellement de natures socio-économique et psycho-sociale. Les personnes âgées se sentaient isolées and désiraient demeurer dans le village plutôt que d'aller ailleurs dans un établissement médico-social et ce, même en cas de perte d'autonomie. Les jeunes familles ne pouvaient pas s'établir à Meinier en raison du manque de logements disponibles, des coûts de l'immobilier et de l'absence de structures d'accueil de la petite enfance (crèche). Les liens sociaux s'étaient détendus, spécialement entre les générations. De plus, on notait des problèmes de mobilité, aussi bien pour aller travailler que pour la pratique des loisirs.

Cette première étude a créé des demandes dans le domaine de la santé de la part du public et l'IMSP a été contactée par les élus locaux afin de tenter d'élaborer des solutions pour un certain nombre des problèmes soulevés.

Notre mission au début de cette aventure (2001) était de mettre en place les conditions d'un dialogue autour de la santé avec les résidents. A l'époque, nous avions besoin d'affiner nos

connaissances sur les problèmes évoqués et pour ce faire favoriser une démarche participative des citoyens. En effet, la participation communautaire est un outil essentiel pour évaluer les besoins de manière pertinente et trouver des solutions applicables. Mais la tâche était ardue. L'affaiblissement du lien social dans le village, en particulier entre les générations, la présence de différents groupes sociaux (habitants d'origine rurale versus urbain), faisaient qu'ils y avait très peu de contacts entre les gens ce qui rendait notre démarche hasardeuse. Afin de tenter de recréer du lien entre les gens, de nombreuses soirées thématiques ont été organisées. Les thèmes étaient variés allant de l'importance de l'architecture pour la santé en passant par la rédaction de directives anticipées. Un journal tout ménage intitulé « Tilleul » a circulé durant 2 ans. Il y a eu de nombreux événements communaux visant la connaissance des uns et des autres (exposition photographique des habitants par ex.). Des conférences données par les habitants eux-mêmes ont permis de montrer la diversité des compétences présentes au sein de la commune. Le succès rencontré par ces événements ont été très importants.

Dans notre projet, la communauté est définie par l'ensemble des résidents de la commune de Meinier. Il était impératif qu'il soit fait quelque chose pour chacun. Le risque étant qu'un sous-groupe de la population influence à son seul profit le contenu du projet. Par exemple transformer le nouveau centre en un « ghetto » pour personnes âgées.

Dans un second temps le rôle de l'IMSP a été de produire un vrai concept de promotion de la santé qui intègre les besoins identifiés, mais aussi qui puisse inclure des éléments sur lesquels nous pouvions anticiper les besoins futurs par notre expertise, par exemple la coordination entre le village et le réseau socio-sanitaire genevois.

Des objectifs à courts et moyens termes ont été définis au fil des années. Amener la population à participer, développer un concept, discuter ce concept avec les résidents, adapter le concept, le transcrire en termes architecturaux, etc., autant d'étapes réalisées de manière plus ou moins explicites sans jamais planifier les choses au-delà d'une année. En effet, nous n'avons pas idée à l'époque que nous irions aussi loin que de

construire un nouveau centre pour le village, un espace de vie intergénérationnel, un nouveau profil professionnel dans le domaine de la santé, parmi d'autres réalisations. Tout ceci a été réalisé étape par étape, suivant la dynamique communautaire. En pratique, c'est après plusieurs rencontres avec les autorités locales visant à développer une vision commune de la santé, se basant sur les notions de bien-être et de qualité de vie, dans un contexte de justice sociale, que se sont établies les termes et conditions de notre collaboration. Il faut noter encore que le rythme de vie d'un projet de participation communautaire est lié à celle des affaires de la commune et de l'agenda politique. Certains élus locaux ont changé durant la réalisation du projet ce qui a nécessité un certain temps pour reprendre le partenariat.

Très vite dans le projet, une structure appelée groupe multidisciplinaire a été créée. Il regroupait des représentants de toutes sortes de compétences, incluant celle d'être un citoyen résident. La tête du groupe étant prise en fonction des habilités les plus essentielles en fonction des phases du projet (concours d'architecture par ex.) Le groupe multidisciplinaire avait mandat d'aller de l'avant sur une partie du projet négocié par la communauté lors de réunions en général biennuelles (environ 400 personnes, sur une population résidente de 1800 personnes y assistaient). Lorsque le groupe avait suffisamment avancé, il présentait à la communauté le travail accompli qui pouvait parfaitement s'opposer aux options choisies.

L'argent financement un certain nombre d'heures de consultants incluant les architectes et de temps en temps l'IMSP, provenait des finances publiques. L'agent fiscal étant l'administration communale. Il n'y a jamais eu provision d'un budget global ; les élus communaux attribuant des enveloppes budgétaires à chaque étape du projet (concours architectural par ex.)

Lorsque les spécificités du projet ont finalement abouti, un budget de construction a été présenté aux citoyens par les autorités de Meinier et voté par la population. Un mécanisme démocratique appelé referendum donne encore à la population la possibilité de s'opposer à la décision durant une période donnée. La population n'en a pas fait usage. Ainsi, la gouvernance du projet a bien été incarnée par la population.

De 2001 à 2010 les habitants ont collaboré à travers un partenariat avec les Autorités et notre Institut pour imaginer une société plus juste, qui, au fil des années devrait faire émerger un nouveau concept de vie en santé. Parmi les éléments du projet on peut relever en particulier un nouveau centre du village avec ses appartements protégés pour les plus âgés, et accessibles économiquement aux jeunes familles, une crèche, une ludothèque, des magasins, un restaurant, ainsi qu'un espace de vie intergénérationnel incluant un parc. Un budget de 40 millions de CHF a été voté par la communauté et les travaux ont débuté en mars 2010. Le nouveau centre a été inauguré en juin 2013.

L'université a un rôle d'émulation des compétences de la communauté. De plus, elle amène ses connaissances et son savoir-faire qui s'ajoute à ceux de la communauté et, dans

notre cas, ceux des autres partenaires (architectes, urbaniste, etc.) Tout dépend des capacités de chacun et son désir de comprendre l'autre (jargon par exemple), d'échange des expériences et des idées, afin d'intégrer le tout à travers une coopération globale.

Référence : Projet Tilleul (Lime tree project). The creation of a new village center and an intergenerational living space. Représentante du partenariat : S. Motamed.

Peut être téléchargé sur:

<http://www.unige.ch/medecine/imsp/collaborateurs/motamed.html>

Rechercher "projet systémique communautaire sur la commune de Meinier".

