

**Organisation communautaire en CSSS-CLSC au Québec
et associations de santé communautaires au Mali:
Une étude comparative en développement des communautés**

Par René Lachapelle

Note sur l'auteur

René Lachapelle est organisateur communautaire depuis 1985 au CLSC Gaston-Bélanger du CSSS Pierre-De Saurel. Il a aussi assumé des responsabilités syndicales (CSN) dont la présidence du Conseil central de la Montérégie. Il est secrétaire exécutif du Groupe d'économie solidaire du Québec (GESQ). Actif au Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en CLSC et CS (RQIAAC), il en a occupé la présidence de 2002 à 2006. Depuis 2008, René Lachapelle est aussi agent de recherche à la Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire (CRCOC) de l'Université du Québec en Outaouais.

Ce cahier est publié conjointement par l'ARUC-ISDC, le RQIAC et CECI-Uniterra

Série : Recherches, numéro 19

ISBN : 978-2-89251-350-9

Septembre 2008

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	1
Introduction	2
1. Le parcours international d'une communauté de pratiques	4
2. Les services de santé communautaire au Mali	5
3. La contribution des ASACO au développement des communautés locales	10
4. Soutenir les ASACO pour renforcer l'État social au Mali	12
Bibliographie	19

RÉSUMÉ

Organisation communautaire en CSSS-CLSC au Québec et associations de santé communautaires au Mali: Une étude comparative en développement des communautés¹

Le Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en CLSC et centres de santé (RQIIAC) et la Fédération nationale des associations de santé communautaire du Mali (FENASCOM) sont engagés dans une démarche de formation des responsables des associations de santé communautaire (ASACO). Cette coopération de proximité est basée sur le principe d'un profit mutuel pour les partenaires. Mettre l'expérience québécoise d'organisation communautaire au service des ASACO, c'est, pour les membres du RQIIAC, ajuster leur expertise à un contexte culturel différent, mais c'est aussi apprendre comment se mobilise la société civile du Mali dont l'expérience démocratique se démarque en Afrique.

¹ Le rapport complet de : *Organisation communautaire en csss-clsc au Québec et associations de santé communautaires (ASACO) au Mali : Une étude comparative en développement des communautés* est disponible sur le site de l'ARUC-ISDC.

INTRODUCTION

Le Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en CLSC (RQIIAC), une association qui se définit comme une communauté de pratiques en organisation communautaire, et la Fédération nationale des associations de santé communautaire du Mali (FENASCOM) sont engagés depuis 2005 dans une démarche de solidarité internationale. C'est dans ce cadre qu'a été entreprise une étude comparative en développement des communautés dans un contexte où l'écart entre un pays du Nord comme le Québec et l'un des pays du Sud les plus pauvres du continent africain semble condamner tout projet de partenariat à demeurer unidirectionnel (Lachapelle, 2008).

L'expertise québécoise en organisation communautaire développée dans les centres locaux de services communautaires (CLSC) a contribué au développement de l'action communautaire dans tous les coins du Québec, faisant en sorte qu'une intervention planifiée de l'État soutienne de façon significative le développement des communautés. Au Mali, nous avons constaté la réussite incontestable en termes de développement communautaire que constituent les huit cent cinquante (850) associations de santé communautaire (ASACO) mises sur pied depuis 1989². Les premiers contacts nous ont amenés à considérer que le

virage communautaire de l'État social présente des similitudes au Québec et au Mali dans la mesure où les CLSC québécois et les ASACO maliennes sont des institutions programmées par l'État à partir d'initiatives citoyennes sur le terrain des services de première ligne en santé.

Le soutien à l'action communautaire autonome par les organisateurs et organisatrices communautaires (OC) des CLSC a contribué au développement d'un mouvement dont les revendications ont conduit l'État québécois à adopter une politique reconnaissant la contribution des groupes communautaires au développement social du Québec (Québec, 2001). Les organismes communautaires sont devenus une filière d'innovation sociale à laquelle l'État consacre des ressources qui, tout insuffisantes qu'elles soient, permettent à des citoyens organisés d'établir des rapports de coconstruction de politiques publiques (Vaillancourt et Leclerc, 2008). Au Mali, l'absence de ressources suffisantes au niveau même de l'État et à plus forte raison au niveau des associations de la société civile impose une contrainte sévère aux ASACO, mais celles-ci n'en arrivent pas moins à se constituer en alternative à la privatisation des services et à donner à la population l'occasion de prendre en

²Comme la création des ASACO est un processus continu et relativement rapide, leur nombre varie selon la date du document qui en fait mention. Le chiffre de 850 est celui fourni par la FENASCOM pour la fin de l'année 2007.

charge sa santé. Les associations maliennes, avec leurs limites, constituent une réussite sur le plan de la mobilisation sociale. Elles peuvent jouer un rôle déterminant dans la revendication d'un soutien public à la hauteur des responsabilités que les communautés ont à assumer dans l'accès aux services de santé de première ligne.

L'espace démocratique au Mali fournit des conditions pour que les mouvements sociaux et les organisations de la société civile contribuent au développement d'un État social. S'il n'y a pas, en Afrique de l'Ouest, de tradition de soutien professionnel aux initiatives des populations (Favreau et Fall, 2007 : 353), l'effervescence de la société civile, l'action de mobilisation des organisations de femmes et le renouvellement du syndicalisme constituent des forces sociales de changement capables de stimuler et soutenir les associations communautaires. La FENASCOM est un signe important de la capacité de la société civile malienne à s'organiser pour obtenir une reconnaissance politique comme acteur de développement.

Le Québec fait la preuve que, même au cœur du libéralisme nord-américain, il est possible de maintenir un modèle alternatif de développement reposant largement sur la mobilisation des communautés. N'est-il pas permis de croire qu'un pays du Sud, en dépit

des contraintes de la mondialisation néolibérale, puisse miser sur ses traditions de solidarité villageoise pour résister et construire une démocratie participative et délibérative susceptible d'appeler la mise en place d'un État socialement responsable ?

Au Québec comme dans les autres pays du Nord, le modèle de l'État social est en révision et la solidarité sociale est un enjeu collectif. La vigilance s'impose pour que la mise à jour des politiques publiques ne se fasse pas aux dépens des droits sociaux et des acquis collectifs, particulièrement dans le domaine de la santé et des services sociaux. Si l'action communautaire a progressé, la démocratisation de la santé a connu au cours des dernières années des reculs significatifs (Lachapelle, 2006b). Dans les pays du Sud, il faut littéralement créer l'État social pour que les organisations communautaires ne servent pas de palliatif aux effets des politiques d'ajustements structurels qui ont provoqué une carence de ressources dans les services d'intérêt public (Lachapelle, 2006a). Le mouvement communautaire dans le secteur de la santé et des services sociaux au Mali a besoin de soutien pour assumer une visée aussi ambitieuse. Au Québec comme au Mali, la solidarité est donc un enjeu citoyen majeur, un enjeu qui est aussi à la base du partenariat entre des associations du Nord et du Sud, un cadre dans lequel il prend une nouvelle dimension.

1. Le parcours international d'une communauté de pratiques

Le RQIIAC et la FENASCOM, dans le cadre de la 3^e Rencontre internationale sur la globalisation de la solidarité (Dakar, Sénégal, novembre 2005) ont tenu un atelier conjoint sur leur expérience respective comme alternative aux privatisations dans le secteur de la santé (Lachapelle, 2005b). Au terme de ce premier contact, il fut résolu de pousser plus loin les échanges. Au printemps 2006, deux maliennes déléguées par le Cadre d'orientation Uniterra³ santé et nutrition du Mali sont venues au Québec (Lépine et al., 2006). En janvier 2007, deux OC du Québec ont effectué une mission au Mali (Lépine et Lachapelle, 2007) qui a débouché sur la signature d'un protocole de partenariat RQIIAC-FENASCOM assorti d'un plan d'action en deux phases. Une première série d'interventions porte sur le renforcement de la vie associative dans les ASACO et une seconde, sur le développement d'un projet d'intervention de milieu avec quelques ASACO. Un comité du RQIIAC s'est constitué pour assurer le suivi de ce partenariat en soutenant les échanges et en diffusant les résultats dans le réseau des CSSS québécois. Deux missions au Mali, en octobre 2007 et en février-mars 2008, ont amorcé la mise en œuvre conjointe de ce plan d'action.

Le développement des communautés constitue le cadre de référence de ce partenariat du RQIIAC avec la FENASCOM. Ce concept répond à la définition du développement *comme un processus de mobilisation économique, sociale et culturelle de toutes les potentialités d'un pays (ou d'une région, ou d'une communauté locale) autour d'un certain nombre d'objectifs d'amélioration des conditions de vie des populations* (Favreau, 2006 : 16). Le développement des communautés renvoie à un territoire (ville, village, quartier, arrondissement) caractérisé non seulement comme espace géographique, mais aussi comme espace habité sur lequel les réseaux de relations entre les personnes et les groupes constituent un ensemble social organisé autour d'une appartenance commune. Le territoire rend possible un rapport de proximité essentiel à la participation et c'est cette participation qui permet de passer d'une intervention planifiée et programmée (socio-institutionnelle) à une action communautaire (Bourque et Lachapelle, 2007). Le *Cadre de référence en santé publique pour le développement des communautés* (2002 : 21-31), identifie cinq caractéristiques incontournables du développement des communautés : la participation, l'*empowerment*

³ Uniterra, mis en œuvre conjointement par le CECI et l'EUMC dans 13 pays, est le plus grand programme canadien de volontariat international. Pour en savoir davantage voir www.uniterra.ca.

individuel et communautaire, la concertation et le partenariat, la réduction des inégalités et la promotion de politiques publiques favorables.

L'existence même des ASACO est une manifestation de participation citoyenne. Le contexte démocratique et la vigueur des organisations communautaires au Mali laissent espérer des processus efficaces pour répondre aux besoins des communautés. Une organisation comme la FENASCOM avec sa compréhension et sa capacité d'influencer les politiques nationales est en mesure d'inscrire ce renforcement des capacités dans des perspectives plus larges et d'accroître le soutien de l'État à l'approche communautaire de la santé.

La question majeure à ce stade de notre démarche partenariale, c'est d'explorer comment et à quelles conditions les savoir-faire des uns et des autres peuvent se renforcer mutuellement alors que leurs contextes de mise en œuvre sont profondément différents. Notre hypothèse c'est que l'État étant engagé dans une approche communautaire de la santé dans les deux pays, autant le RQIAC que la FENASCOM ont intérêt à mutualiser leurs expertises.

Une seconde question soulevée par la coopération RQIAC-FENASCOM concerne les perspectives de développement local de type

communautaire dans un contexte où les politiques sociales des deux États sont soumises à des contraintes importantes. Au Québec les politiques publiques traversent une période de centralisation du réseau de la santé et des services sociaux comme le manifeste l'inclusion des CLSC dans les centres de santé et de services sociaux fortement conditionnés par l'approche médico-hospitalière. La mise en place de réseaux locaux de services oriente fortement le partenariat sur les services plutôt que sur le développement des communautés. Au Mali l'État tente de rendre accessibles les services de base en santé sur l'ensemble du territoire, mais il intervient en contexte de pénurie telle qu'on ne trouve pas le soutien nécessaire pour développer des partenariats efficaces.

2. Les services de santé communautaire au Mali

Le Mali est un pays enclavé de l'Afrique de l'Ouest qui se situe au 175^e rang sur 177 selon l'indice du développement humain (IDH) de l'ONU en 2006. C'est un pays qui se démarque sur le plan politique par sa vie démocratique. L'avènement de la 3^e République en 1991 a instauré un régime d'alternance qui perdure et favorise le développement de la société civile.

La vie associative est vigoureuse : *les citoyens par nécessité de survie, se sont engagés dans la*

création et l'animation d'organisations de diverse nature en vue de prendre en main leur destin et assurer le contrôle de leur vie (Keita, 2005). Le professeur Tiémoko Malé, trésorier de la FENASCOM, estime que si les conditions de vie sont celles d'un pays pauvre très endetté (PPTE), les Maliens disposent d'*un élément fondamental, c'est la solidarité sociale qui [leur] permet de vivre*. L'avenir des organisations communautaires du Mali est lié à leur capacité d'allier cet héritage de solidarité aux valeurs modernes et de traiter avec une *hiérarchie administrative qui demeure encore lourde* (Sanogo, 2004 : 10). Elles doivent y parvenir tout en dépendant d'un financement essentiellement lié aux programmes des organisations non gouvernementales de solidarité internationale (ONGI) : sans financement à la mission de base, les ONG maliennes doivent donc composer avec des financements ponctuels qui leur sont octroyés pour la réalisation de projets définis de l'extérieur (Keita, 2005).

Les dépenses en santé du Mali représentent 5,1 % du PIB. La situation économique du pays ne permet pas de générer des recettes fiscales suffisantes pour que les investissements dans les secteurs sociaux de la santé, de l'éducation, de l'assainissement et de l'hygiène permettent de répondre aux besoins. Au Mali, la conséquence de ce niveau de financement public c'est que 60 % des dépenses de santé

émargent au budget des familles et servent à assumer les frais de pharmacie. Dans un contexte où 63,8 % de la population vit dans la pauvreté et 21 % dans l'extrême pauvreté (Konaté, Kanté et Djènèpo, 2003 : 21), le financement public insuffisant compromet l'atteinte des objectifs de l'IB et la tarification des services entraîne une réduction de l'accessibilité.

En 1990, dans la perspective de mettre en œuvre l'Initiative de Bamako (IB) le gouvernement du Mali s'est doté d'une *Politique sectorielle de santé et de population*. L'IB est une stratégie adoptée par les ministres africains de la Santé réunis par l'Organisation mondiale de la santé en 1987. Son but est d'améliorer la santé de la population en misant sur sa participation dans l'organisation des services de première ligne au moment où les politiques d'ajustement structurel obligent les États à sabrer dans le financement des services de santé.

De 1989 à 2007, plus de 803 centres de santé communautaire (CSCOM) ont été mis sur pied dans toutes les régions du Mali. La FENASCOM en donne la définition suivante :

Le centre de santé communautaire (CSCOM) est une formation sanitaire de premier niveau créée sur la base de l'engagement d'une population définie et organisée en association de

santé communautaire (ASACO), pour répondre de façon efficace et efficiente à ses problèmes de santé et d'assainissement.

Il fonctionne selon les principes d'une gestion autonome à partir des ressources disponibles et mobilisables suivant les directives et sous le contrôle des organes de gestion de l'ASACO mis en place par cette population. (FENASCOM, 2007 : 5)

Chacun des CSCOM offre, en vertu de la *Convention d'assistance mutuelle* entre la commune où il est situé et une ASACO, des services de base qui constituent le « paquet minimum d'activité ». En contrepartie, la commune s'engage à financer 90 % du coût des infrastructures, à fournir le stock initial de médicaments et à verser une subvention annuelle pour les gros équipements, de même qu'une partie des salaires et du budget d'activité du CSCOM.

Techniquement les équipes des CSCOM relèvent d'un chef qui n'est pas nécessairement un médecin, mais tous les CSCOM sont sous la responsabilité du médecin chef de district. En fait 40 % des centres sont dirigés par un infirmier de 1^{er} cycle et 11 % par un aide-soignant ou une matrone (Audibert et de Roodenbeke, 2005 : 22). Lorsque les situations exigent des interventions qui dépassent les capacités techniques du CSCOM, celui-ci doit référer les personnes au centre de santé de

référence (CSRéf). Les CSRéf sont des structures hospitalières où la plupart des spécialités existent. (Konaté, Kanté et Djènèpo, 2003 : 24). Le problème c'est que la plupart des CSCOM ne disposent pas d'une ambulance pour effectuer ces références et dépendent soit des ressources du CSRéf soit d'une prise en charge par la famille pour effectuer le transport.

Les CSCOM sont gérés par des associations de santé communautaire (ASACO) formées d'usagers et usagers adhérant sur une base volontaire et provenant d'une même aire de santé (quartier ou regroupement de quartiers en milieu urbain ou village en milieu rural). Le territoire du Mali compte 1 094 aires de santé, une unité territoriale sur la base de laquelle toute la population pourra avoir accès à des services de première ligne dans un rayon n'excédant pas quinze kilomètres. Le conseil d'administration d'une ASACO est composé de dix (10) à vingt (20) membres qui élisent un comité de gestion de quatre (4) à huit (8) membres, lequel se réunit en principe selon une fréquence mensuelle ou trimestrielle.

L'association de Santé communautaire (ASACO) est comme toute association, un groupement volontaire de personnes, de villages, de fractions ou de quartiers mettant en commun leurs efforts, leurs moyens financiers et matériels pour parvenir à un but : L'amélioration de l'offre de soins et l'assainissement de leur

environnement dans leur zone géographique dénommée aire de santé. (FENASCOM, 2007 : 5)

Les ASACO ont un statut juridique qui reconnaît leur caractère d'initiatives communautaires. Elles sont aussi des associations agréées par l'État qui cautionne leurs règles de fonctionnement : *le respect des règles démocratiques (...), la validité de leurs décisions, le respect de la non lucrativité de leurs activités et la transparence de leurs comptes* (Balique, Outtara et Iknane, 2001 : 38-39). La mise en place d'une ASACO et d'un CSCOM passe par le soutien initial du Service de développement social installé dans chaque centre de santé de référence.

Les ASACO sont regroupées dans la Fédération nationale des associations de santé communautaires du Mali (FENASCOM), une

organisation faîtière constituée en juillet 1994 par 44 ASACO et deux mutuelles de santé.

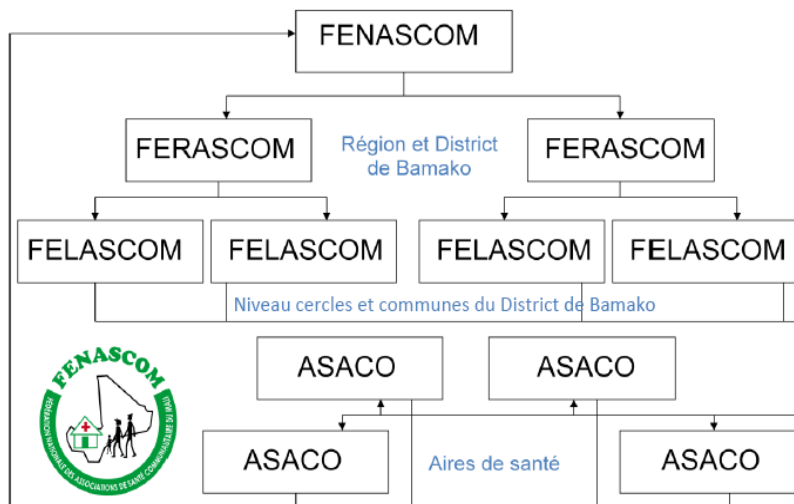
Cette fédération regroupe aujourd'hui huit cents (800) ASACO. Elle a été enregistrée le 16 septembre 1994 et reconnue d'utilité publique par décret ministériel en avril 2002. Ses objectifs sont :

Respecter et défendre les intérêts des Associations de Santé Communautaires et Mutuelles de santé,

Constituer un cadre d'orientation, de concertation, d'intégration et de coordination des activités des Associations de santé Communautaire tout en respectant l'autonomie de celles-ci,

Contribuer au développement et à l'expansion du mouvement de santé communautaire. (FENASCOM, 2007 :1)

Figure 1 – Structures de la FENASCOM



La FENASCOM s'est donnée une structure en démembrements qui regroupent à divers niveaux les ASACO membres. Au niveau d'une collectivité de cercle ou d'une commune dans le district de Bamako, les ASACO forment une fédération locale (FEL-ASCOM). La FENASCOM en compte aujourd'hui cinquante-cinq (55). Au niveau de chacune des huit (8) régions et du District de Bamako, elles sont organisées en neuf (9) FERASCOM. Ces niveaux de regroupement visent *un suivi rapproché des ASACO* et un soutien à leurs activités de partenariat, de mobilisation de la population et d'organisation des *structures de santé de base*.

Une double dynamique d'action citoyenne et de programmes publics

Les premières ASACO ont été mises en place à l'initiative des communautés locales. L'ASACOBAMA a établi le modèle dans le quartier pauvre de Bankoni en 1989, rapidement suivie par les ASACO de Sikasso et des Kayes. La première génération des ASACO et CSCOM s'est donc développée dans une dynamique de quartier ou de village, sous le mode associatif. Par la suite, ces *associations de santé communautaire (...)* ont été privilégiées pour une *meilleure responsabilisation des populations dans la mise en place et la gestion décentralisée des structures de santé* (FENASCOM, 2007 : 7). À compter de 1997, la

planification étatique a misé sur l'extension du modèle. Dans le prolongement de l'IB, le *Plan décennal de développement sanitaire et social* (PDDSS 1998-2007) et le *Programme de développement sanitaire et social* (PRODESS 1998-2002) ont donné l'impulsion à une démarche pour que l'ensemble du territoire malien soit desservi par des CSCOM. La majorité des CSCOM créés depuis 1998 sont donc des centres planifiés qui *répondent rarement à un engagement spontané de la communauté* (Audibert et de Roodenbeke, 2005 : 21). Cela constitue une contrainte importante puisqu'il est reconnu que *des ASACO performantes sont le premier gage de l'efficacité des CSCOM* (Diallo, 2006 : 27). Ces choix ont fait progresser la *couverture sanitaire* du territoire, mais *la qualité des services a souffert d'un manque d'attention* (Diallo, 2006 : 8). En fait toutes les études sur l'expérience malienne sont unanimes à constater des carences au niveau de la formation et de la rémunération du personnel et de la disponibilité des équipements de base, carences qui freinent la mission des CSCOM quant à l'accès aux services de santé. Le bilan du PRODESS constate que *Malgré le nombre élevé de centres de santé communautaire (660), les objectifs de programmation ne sont pas atteints*, et identifie comme facteurs déterminants la *pénurie de personnel, la pénurie en médicaments et matériel, l'insuffisance en qualité et en continuité* et la *faible participation des*

populations (Ministère de la santé, 2004 : 30-31).

Le second *Programme de développement socio-sanitaire 2005-2009* (PRODESS II) prolonge la stratégie de développement dans un contexte où le processus de démocratisation du Mali franchit une nouvelle phase. Après le découpage du territoire en communes, cercles et régions, l'État a transféré en 2002 de nouvelles compétences à ces collectivités, notamment en développement social et en santé.

Les CSCOM et les ASACO du Mali constituent une démarche collective de résolution de problèmes identifiés par les acteurs (Balique, Outtara et Iknane, 2001). *Concrètement, affirme Ridde, la participation communautaire a été plus financière que politique bien que l'idée fut, en contrepartie de leur contribution, de permettre aux populations de gérer certains aspects locaux concernant les centres de santé* (2004 : 25). Il n'en demeure pas moins que *La grande distinction qui sépare les asaco des comités de santé [dans les autres pays de l'Afrique de l'Ouest] (...) réside dans la personnalité morale dont elles disposent et qui en fait des partenaires à part entière de l'État* (Balique, Outtara et Iknane, 2001 : 41). À ce titre elles constituent d'importants leviers potentiels de participation citoyenne. Il faut du même souffle reconnaître les contraintes à cette participation : être malade étant la dernière

chose que l'on souhaite reconnaître dans la culture malienne, le rapport traditionnel à la maladie incite à ne consulter qu'en dernier recours. La mobilisation dans les ASACO ne va pas de soi et il faut questionner les rythmes volontaristes souvent imposés par les bailleurs de fonds.

3. La contribution des ASACO au développement des communautés locales

La FENASCOM constitue l'une des plus importantes organisations de la société civile malienne et elle est un partenaire majeur de la République du Mali sur le terrain de la santé. Elle se propose de *Contribuer à la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé et de population avec la participation active et responsable des populations et au développement d'un système de santé et de service social accessible aux populations.* (FENASCOM, 2007 :1) Sur le plan stratégique, la FENASCOM souhaite renforcer la capacité des ASACO et de ses démembrements, réaliser le transfert de compétences et de ressources dans le secteur de la santé et renforcer *la participation des femmes dans le processus de prise de décision des ASACO et dans la gestion des CSCOM.* (FENASCOM, 2007 : 3).

Dans le contexte de la décentralisation entreprise par l'État, en particulier le transfert aux communes de responsabilités en matière

de santé (Décret du 4 juin 2002), la FENASCOM considère comme *un défi majeur* le développement d'*un partenariat avec tous les acteurs de la santé communautaire* (FENASCOM, 2007 : 7). Ces *nouvelles interrelations complexes, faciles ou difficiles suivant les intérêts en jeu* l'incitent à développer des outils opérationnels pour renforcer ses membres et démembrements. Les priorités identifiées sont *la formation en informatique, l'amélioration des soins et services (...), la formation en éthique et en réseautage, le développement de la recherche action pour la résolution des problèmes au cours de la mise en œuvre de la politique de santé communautaire.* (FENASCOM, 2007 : 8)

En milieu rural, plusieurs ASACO en sont encore à la phase initiale et celles de la dernière génération sont aux prises avec un sous-financement dramatique. Les ressources publiques ne sont pas à la hauteur des défis à relever. Les responsabilités dévolues aux communes par décret ne sont pas accompagnées du financement requis pour leur mise en œuvre et les ressources locales ne suffisent pas à répondre aux besoins. Cela crée un contexte de tension entre ASACO et communes. Se pose aussi un problème de continuité de l'effort et de relève dans un contexte où l'offre de services n'est guère stimulante pour la participation de la population. Les femmes n'ont pas encore pris leur place : si elles sont majoritaires à assumer

les rôles de relais auprès de la population, elles sont peu présentes aux comités de gestion. Selon une présidente locale de la Coordination des associations et ONG féminines (CAFO) *les femmes appliquent, elles ne décident pas.*

Les fédérations locales des ASACO (FELASCOM) constituent le premier niveau de mise en commun de leurs préoccupations et de liaison avec la FENASCOM. À l'articulation des appartenances locales et du leadership politique de la fédération nationale, ces regroupements agissent comme représentants des attentes de la population et relais des orientations nationales.

Les CSCOM sont placés dans des conditions difficiles pour dispenser des services de première ligne en santé avec des ressources rudimentaires. Ils répondent à un besoin criant au regard des conditions de vie de la population et ils sont ou peuvent devenir des lieux de prise en charge par la population des services de santé de base. Les ASACO qui les gèrent, interviennent aussi dans des conditions difficiles, en particulier parce qu'elles manquent de soutien quant au développement des capacités des membres et qu'elles se définissent le plus souvent sur une base sectorielle étroite d'accès aux services de santé. Elles n'en sont pas moins une école de démocratie participative, aussi bien pour celles et ceux qui s'y engagent que pour les bénévoles

qui forment un réseau de relais pour les activités d'information, éducation et communication (IEC) sanitaire et nutritionnelle. Malgré toutes ses limites, l'expérience malienne de santé communautaire met en mouvement la plus grande force du pays : sa population.

4. Soutenir les ASACO pour renforcer l'État social au Mali

La contribution effective des ASACO à l'édification de l'État social au Mali exige de renforcer leurs moyens d'intervention, sur le plan financier bien sûr –ce qui n'est pas simple pour un pays pauvre très endetté (PPTÉ)–, mais aussi sur le plan des ressources humaines. Les besoins des professionnels de la santé œuvrant dans les CSCOM sont les premiers identifiés, mais ceux des citoyennes et citoyens qui s'engagent dans les ASACO sont tout aussi déterminants. Les dirigeants de ces associations sont en effet confrontés à un ensemble de défis pour lesquels ils réclament spontanément formation et soutien. Ces défis sont de plusieurs ordres :

- au plan de la vie associative, le fonctionnement démocratique et la gestion de services requièrent des savoir-faire spécifiques ;
- au plan socioculturel, la participation s'appuie sur des solidarités

traditionnelles encore bien présentes –la famille, par exemple, demeure une référence incontournable–, mais elles sont aujourd'hui confrontées aux valeurs véhiculées par la mondialisation : gagner sa vie devient un impératif qui fait reculer le bénévolat ;

- au plan sociopolitique la gouvernance traditionnelle des agglomérations est maintenant confrontée aux exigences de la décentralisation et de partenariats qui ne vont pas de soi (Ag Iknane et al., 2006).

Les militantes et militants maliens que nous avons rencontrés ont une bonne connaissance de leur milieu. Ils ont reçu une formation initiale sur la nature et la mission d'une ASACO, mais ils espèrent une formation continue et un soutien qui prenne en compte que l'accès à l'électricité, aux documents écrits et aux nouvelles technologies de l'information est très restreint et que l'illettrisme est le lot de la majorité.

La première piste d'action retenue dans le cadre du protocole RQIIAC-FENASCOM concerne donc le renforcement de la vie associative des ASACO. Il faut leur donner les moyens d'accéder aux outils disponibles aussi bien au Mali qu'au Québec.

Ce qui fait défaut c'est moins le contenu des formations qu'un processus efficace pour rendre accessible les savoir-faire. Il y a régulièrement des activités de formation dispensées aussi bien au personnel qu'aux membres des ASACO, mais *dans la plupart des cas la restitution des activités de formation ne se fait pas tant pour le personnel que pour les responsables de l'ASACO* (Baldé, 2006 : 14). La priorité retenue est donc de développer une stratégie de multiplication qui permette de rejoindre les membres sur le terrain local. Ce mandat a été confié à une commission ad hoc réunissant la FENASCOM, la Direction nationale du développement social (DNDS), l'Institut national de formation des travailleurs sociaux (INFTS), Uniterra et le RQIIAC. Une première expérience de formation de formateurs et formatrices a été réalisée au début de 2008 afin d'installer une culture de formation et une démarche d'évaluation participative. Les collaborations établies entre les acteurs donnent espoir que cette démarche devienne un processus continu de formation populaire dont la FENASCOM assume la direction en partenariat avec les directions nationales concernées par le développement des communautés : la DNDS, la Direction nationale de la Santé (DNS) et la Direction nationale de la protection sociale et de l'économie solidaire (DNPSES).

Les ASACO comme relais d'un État social

Les études réalisées sur les ASACO démontrent qu'elles sont, à la dimension du Mali, un formidable laboratoire de développement communautaire. Les analyses socio-économiques, préoccupées de la réalisation effective des objectifs de l'Initiative de Bamako, soulignent les faiblesses à corriger. Mais une évaluation qui prend en compte toutes les dimensions du développement exige de tempérer ce diagnostic en soulignant le potentiel extraordinaire de mobilisation sociale que constituent huit cent cinquante (850) associations présentes dans la majorité des régions et fédérées à l'échelle des cercles et des communes du District de Bamako aussi bien qu'au palier national. C'est un motif légitime de fierté des dirigeants de la FENASCOM. Si les difficultés de prise en charge par les populations induisent un décalage important entre la mise en œuvre efficace de l'Initiative de Bamako et la réalisation des CSCOM, il faut bien voir aussi que l'action conjuguée des milliers de Maliennes et Maliens pour mettre en place des alternatives en termes de services de santé de première ligne dans le cadre d'associations jouissant d'une reconnaissance de l'État constitue en soi une base solide d'action communautaire. Il y a dans les ASACO une énergie collective qui mérite le respect et surtout un soutien approprié pour alimenter les démarches des collectivités locales.

Les ASACO doivent élargir leurs perspectives d'action en amont de l'accès aux services de santé pour être en mesure d'intervenir ou de solliciter l'action de partenaires communaux sur les déterminants de la santé relevant de l'hygiène publique et du développement local. Pour y arriver, elles doivent se donner des projets qui rejoignent leur milieu et contribuent à des choix politiques locaux qui prennent en compte les impératifs d'assainissement sans lesquels les services de santé demeurent toujours insuffisants – c'est notamment le cas du paludisme dont la dissémination est reliée au problème d'élimination des eaux stagnantes – et les exigences d'un développement de premier niveau qui repose sur le renforcement des réseaux locaux d'échange. Cela peut se réaliser dans le cadre d'une intervention de milieu axée sur le repérage des aspirations de la population en matière de santé et de développement communautaire, et sur l'élaboration de projets concrets pour y répondre. Mobiliser une population c'est avant tout rejoindre ses besoins non seulement dans leur définition experte, mais surtout dans la perception que celle-ci en a.

Enfin pour être efficaces, les ASACO doivent revendiquer des moyens à la mesure de la mission qui leur est dévolue, notamment l'accès à une part significative du financement public en santé : *moins de 1 % du budget du Programme de développement sanitaire et*

social (PRODESS) est consacré à ce volet. (Laporte, 2004 : 36) La mise en place d'un État social consistant, capable de soutenir efficacement les mesures de redistribution de la richesse et d'établir des politiques sociales susceptibles de favoriser un développement économique créateur de cohésion sociale passe nécessairement par sa capacité à mobiliser la richesse collective (Laporte, 2004). Les ASACO n'arriveront à obtenir un juste soutien public que par la mobilisation de leur communauté locale.

Les mouvements sociaux comme leviers de Mobilisation

L'expérience québécoise de développement des communautés et de création de groupes et d'entreprises d'économie sociale partenaires en santé communautaire a bénéficié d'appuis majeurs des mouvements sociaux. On peut notamment penser à la contribution du mouvement des femmes au développement du réseau des centres de la petite enfance, à la création de centres de femmes où sont nées plusieurs organisations de prise en charge de divers aspects de la santé des femmes (accès à la contraception, défense contre la violence, etc.) et à son rôle déterminant pour la reconnaissance de l'économie sociale dans la foulée de la Marche du Pain et des roses (1995). Un tel soutien est-il envisageable au Mali ?

La FENASCOM assume la coordination du Cadre d'orientation Unitertra santé-nutrition du Mali. Elle peut s'y concerter avec six (6) autres partenaires parmi lesquels d'importantes organisations du mouvement des femmes : l'Association malienne pour la formation des femmes, l'écologie et le développement (AMFFED) ayant une expertise terrain en milieu rural et dans les quartiers auprès des femmes en difficulté (lépreuses guéries, filles mères, veuves avec des enfants) ; le Groupe pivot droit et citoyenneté des femmes (GP/CDF) ; Woïyo Kondeye (Espace d'échanges et d'entraide des femmes) axée sur la nutrition et l'appui à des projets de production alimentaire des femmes en milieu rural et la Coordination des associations et ONG féminines (CAFO) qui coalise plus de deux mille ONG de femmes à la grandeur du pays.

La CAFO est organisée en cinq coalitions dont une pour la santé et le développement social (COSADES). La COSADES travaille à améliorer la participation des structures féminines aux actions de santé et de développement social au Mali. Elle est engagée notamment dans le soutien à la participation des femmes dans les ASACO et les CSCOM. Pour ce faire, elle développe leurs compétences à la grandeur du Mali dans les domaines relevant des programmes de santé. Nos contacts sur le terrain ont permis de constater que ce réseau d'ONG développe des leaders, des femmes

capables de prendre la parole et de mobiliser leur milieu. La CAFO, avec ses coordinations au niveau de chaque commune et ses cellules dans les quartiers, est une structure performante de mobilisation sociale. Sur des bases locales, les associations membres se rencontrent mensuellement. Un échange avec les dirigeantes de l'Association pour la promotion juridico économique de la femme et de l'enfant (PROMODEF), nous a appris que les ONG de femmes sont capables de faire circuler très rapidement de l'information à travers le pays en dépit de l'accès difficile aux technologies de l'information et de la faiblesse des ressources financières.

Les objectifs du Cadre d'orientation Unitertra santé et nutrition du Mali identifient *la participation des femmes à la gestion de la santé communautaire* (Lépine 2007b : 7). Il y a consensus quant aux déficits à cet égard : *Les femmes sont sous-représentées au sein de la gestion des ASACO, si elles sont présentes au niveau du Conseil [d'administration] elles le sont moins au niveau du Comité de gestion.* (Diakité et al., 2004 : 16) La FENASCOM porte cette préoccupation et des progrès ont été réalisés même s'ils sont lents (Lépine 2007b : 20). La participation des femmes aux structures décisionnelles bouscule des éléments forts de la culture traditionnelle et l'on peut penser que les changements vont exiger de la persévérance. Mais les femmes constituent une force sociale

majeure sur laquelle les ASACO et la FENASCOM ont tout intérêt à miser.

L'enjeu de la participation des jeunes est du même ordre. Dans les perspectives de la culture traditionnelle, ils doivent respect à la gouverne des aînés, mais comme ils représentent une très forte proportion de la population du pays, ils constituent aussi une force déterminante pour l'avenir des ASACO. On peut penser que la meilleure avenue pour qu'ils prennent leur place dans la société malienne ce sont les efforts pour rendre l'éducation accessible.

Au Québec, le soutien du mouvement syndical a contribué au développement et la consolidation des organismes d'action communautaire autonome et des entreprises d'économie sociale. Nous n'avons malheureusement pas eu le temps, dans le cadre de nos missions, de prendre contact avec la Confédération syndicale des travailleurs du Mali qui a entrepris une démarche de syndicalisation dans les CSCOM.

Solidarité et réciprocité

Le partenariat RQIIAC-FENASCOM est né dans la mouvance du Réseau intercontinental de promotion de l'économie sociale solidaire (RIPESS) à l'occasion de la Rencontre de Dakar (Sénégal, novembre 2005) et s'est inspiré des principes de la coopération de proximité

entre organisations de la société civile : partager des expertises au profit mutuel des partenaires dans une perspective de développement solidaire entre le Sud et le Nord. Au terme de deux années de rencontres et d'échanges (mai 2006 – mai 2008) avec le soutien du programme Uniterra du CECI, en quoi ce partenariat vérifie-t-il les prétentions à un apport mutuel de ce type de coopération internationale ?

La démarche du RQIIAC avec la FENASCOM d'élaboration d'une stratégie de formation à la vie associative pour les ASACO a été une bonne occasion de partage de savoir-faire.

Les occasions identifiées sur le terrain d'une mutualisation des savoir-faire

Les missions au Mali ont appliqué des principes d'organisation communautaire dans un contexte culturel radicalement différent. Par exemple, des savoir-faire québécois en éducation populaire ont été mis à contribution pour renforcer la dimension pédagogique des activités de formation à partir des outils et contenus à la fois québécois et maliens. La préoccupation de développer des outils accessibles à des personnes analphabètes et la prise en compte des solidarités traditionnelles dans l'évaluation des situations et des moyens d'action ont permis d'ajuster des propositions de formation qui seront vérifiées sur le terrain

au cours des prochains mois. De même la contribution québécoise a permis d'intégrer la préoccupation d'une évaluation participative à la stratégie de multiplication retenue par la FENASCOM.

Ce partage n'a pas été à sens unique. Toutes les évaluations des missions réalisées jusqu'à maintenant ont confirmé qu'*Au contact d'un contexte de travail culturellement différent, les individus et institutions disent être en mesure de mieux saisir leur propre originalité, de confronter leur réalité avec d'autres réalités et façons de faire dans un processus générateur d'innovations.* (Proulx et Favreau, 2008 : 11) Si les OC en mission au Mali ont le sentiment d'être catalyseurs et d'y jouer leur rôle d'agents de processus de changement, ils en reviennent avec une expérience concrète de solidarité internationale et une conviction ravivée qu'il faut se mettre au rythme des gens, être à leur école pour analyser un milieu que nous connaissons peu, s'approprier mutuellement et s'ouvrir à une autre culture.

L'approche socio-institutionnelle confrontée aux contraintes du Sud

Le développement programmé des ASACO et des CSCOM peut contribuer au développement des communautés s'il réussit à favoriser la participation citoyenne dans la mise en œuvre d'une première ligne en santé. L'approche

socio-institutionnelle participative vise le développement de la capacité d'agir des collectivités et des communautés dans des contextes institutionnels en privilégiant des modes d'intervention dans lesquels les personnes et les collectivités concernées deviennent davantage sujets qu'objets des programmes (Bourque et Lachapelle, 2007). Sur le terrain malien, l'approche socio-institutionnelle est confrontée à la rareté des ressources pour rendre accessibles les services de santé de première ligne, à la transition culturelle entre une tradition de solidarité et l'individualisme libéral, et à l'inclusion des femmes et des jeunes dans la gouvernance des organisations. Les ASACO sont une avenue prometteuse pour renforcer la participation citoyenne.

La FENASCOM constitue un partenaire privilégié de l'État malien mais aussi des autres acteurs du développement social à l'échelle des communes engagées dans le processus de décentralisation. Si les membres de la FENASCOM réussissent à intégrer effectivement à leur action la promotion de la santé comme le veut leur mission, les ASACO seront à même de jouer un rôle déterminant dans la démocratisation et le développement des collectivités locales. Le projet d'installer des centres communaux de développement communautaire (CCDC) dans le cadre de la mise en œuvre du décret de 2002 sur la

décentralisation devrait ouvrir un espace intéressant de coopération entre les ASACO et les communes. Encore au stade de projet, ces nouvelles institutions pourraient constituer un terrain privilégié d'action pour les femmes et les jeunes. La volonté de la FENASCOM de renforcer la contribution des femmes à la direction des ASACO y trouverait un prolongement intéressant.

Développer une coopération de proximité mutuellement profitable

La FENASCOM est une organisation importante de la société civile pour le développement social du Mali. La mise en œuvre du protocole de partenariat est de nature à valoriser le rôle et la position de la FENASCOM sur le terrain des politiques sociales au Mali. Le RQIIAC sort, pour sa part, enrichi de son engagement avec la FENASCOM grâce au soutien du programme CECI-Uniterra. Le nombre de personnes intéressées à suivre les activités du comité international est un indicateur que ce partenariat est une occasion de réappropriation de l'expertise spécifique de l'organisation communautaire en CSSS en même temps qu'il donne une prise non seulement pour réfléchir mais aussi pour agir le changement social en contexte de mondialisation. Le bilan du comité international fait à cet égard mention d'un ressourcement professionnel pour ses membres

et de l'apprentissage d'une coconstruction misant sur l'expérience québécoise d'organisation communautaire. Financièrement dépourvu, le RQIIAC offre son expertise en organisation communautaire, ce qui répond au constat que *Si on fournissait autant d'appui aux ASACO qu'on le fait au niveau sanitaire, cela faciliterait un tant soit peu l'appropriation du système par les communautés...* (Diakité et al., 2004 : 39). Modeste et dépendant aussi bien du renouvellement du programme Uniterra que de la coopération des CSSS, l'engagement du RQIIAC donne jusqu'à maintenant des signes que la coopération de proximité est accessible.

BIBLIOGRAPHIE

Ag Iknane, A., Kadjoke, M., Kante, N., Sangare Tenin Aoua Thiero, Traoré, S., Sissoko, S. et K. Traoré (2006). *Comprendre l'impact de la décentralisation sur les services de la santé de la reproduction au Mali*. Institut national de recherche en santé publique (Bamako – Mali) – Université Heidelberg (Allemagne) – Nuffield Institute for Health (United Kingdom), septembre, 28 p.

Assogba, Y. et L. Fréchette (2007). « Le développement des communautés en Afrique de l'Ouest » dans Bourque, D., Comeau, Y., Favreau, L. et L. Fréchette (s.d.), *L'organisation communautaire, fondements, approches et champs de pratique*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec, pp.393-401.

Assogba, Y. (1997). «Mouvement paysan et développement au tiers-monde : le cas de l'Afrique noire francophone » dans Klein Jean-Louis, Pierre-André Tremblay et Hugues Dionne (1997), *Au-delà du néolibéralisme, Quel rôle pour les mouvements sociaux ?*, Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec, pp.11-121.

Audibert, M., de Roodenbeke, E. et al. (2005). *Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali: Analyse de la situation et perspectives*. Région Afrique Banque mondiale, 115 p.

Bah, I. (2007). «La coopération internationale décentralisée et le développement des communautés en Afrique de l'Ouest (Guinée, Mali et Burkina Faso)» dans Favreau L. et A. S. Fall (s.d.), *L'Afrique qui se refait, Initiatives socioéconomiques des communautés et développement en Afrique noire*. Québec :PUQ, pp.292-303.

Baldé, F.(2006). *Rapport final – Mission d'appui en Santé communautaire à la FENASCOM, identification des principales lacunes de l'offre et la gestion dans les CSCOM à Bamako et Sikasso*. Coopération volontaire CECI-Uniterra, 37p.

Balique, H., Ouatarra, O., A. Ag Iknane (2001). «Dix ans d'expérience des centres de santé communautaire au Mali» dans *Santé publique*, vol.13 no.1, pp.35-48.

Bourque, D. et R. Lachapelle (2007). «L'approche socio-institutionnelle en organisation communautaire» dans Bourque, D., Comeau, Y., Favreau, L. et L. Fréchette (s.d.), *L'organisation communautaire, fondements, approches et champs de pratique*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec, pp.101-117.

Cadre de référence en santé publique pour le développement des communautés (2002). *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*. Institut national de santé publique du Québec, 50 p.

Comité sectoriel de main-d'œuvre économie sociale action communautaire (CSMO-ESAC, 2007). *Boîte à outils – La gouvernance démocratique*. version cédérom, CFP – Centre St-Pierre – Relais femmes - CSMO-ESAC.

Comité sectoriel de main-d'œuvre économie sociale action communautaire (CSMO-ESAC, 2005). *Boîte à outils – La gestion des ressources humaines*. version cédérom, CSMO-ESAC – Centre St-Pierre.

Diallo, M. (2006). *Étude sur les besoins de renforcement des capacités des CSCOM à améliorer la qualité des soins offerts, rapport provisoire*. Bamako, République du Mali : Fédération nationale des associations de santé communautaire (FENASCOM), 32 p.

Diakité K., Lafortune, G. et D. Miankenda (2004). *La mobilisation sociale des acteurs de la gestion de la santé au niveau communautaire de la région de Kayes, Mission de consultation, rapport final*. République du Mali : Direction Régionale du Développement Social et de l'Économie Solidaire – Direction Régionale de la Santé, 119 p.

- Fall, A. S., Favreau, L. et G. Larose (s.d.) (2004). *Le Sud... et le Nord dans la mondialisation. Quelles alternatives? Le renouvellement des modèles de développement*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec – Karthala, 385 p.
- Favreau, L. et A. S. Fall (2007). «La reconstruction d'États sociaux au Sud : essai d'analyse politique » dans Favreau, L. et A. S. Fall (s.d.), *L'Afrique qui se refait, Initiatives socioéconomiques des communautés et développement en Afrique noire*. Sainte-Foy :PUQ, pp.343-378.
- Favreau, L. (2006). *Coopération Nord/Sud : un monde sans pauvreté en 2015, est-ce possible*. Gatineau : CRDC-UQO, Conférences numéro 13, 29 p.
- FENASCOM (2007). *Document de présentation ronéotypé remis lors de la première séance de travail à Bamako*. 15 janvier, 9 p.
- GESQ (2001). «Résister et construire. Une autre mondialisation» dans *Inter-action communautaire*, no.57, Été, pp.27-30.
- Keita, N. (2005). *La société civile africaine*. [www.forumdespeuples.org]
- Konate, M. K., Danté, B. et F. Djènèpo (2003). *Politique de santé communautaire et viabilité économique et sociale des centre de santé communautaire au Mali, Étude de cas en milieu urbain et rural*. Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social (UNRISD), 36 p.
- Konaté, M., Simard, P., Giles, C. et L. Caron (1999). *Sur les petites routes de la démocratie, L'expérience d'un village malien*. Montréal : Écosociété, 161 p.
- Lachapelle, R. (2008). *Organisation communautaire en CSSS-CLSC au Québec et associations de santé communautaire (ASACO) au Mali, une étude comparative en développement des communautés*. RQIIAC/ARUC-ISDC, 89 p.
- Lachapelle, R. (2006a). «Directement de Dakar! L'État social : utopie mobilisatrice pour l'économie solidaire» dans *Inter-action communautaire*, no.71, pp.22-25.
- Lachapelle, R. (2006b). «L'organisation communautaire en CLSC et l'action communautaire» dans *Inter-action communautaire*, no.72, pp.2-8.
- Lachapelle, R. (2005a). «La marche de l'altermondialisation» et «Rapport synthèse des contributions du RIPESS à l'espace d'économie solidaire du Forum social mondial 2005» dans *Inter-action communautaire*, no.69, pp.35-37.
- Lachapelle, R. (2005b). «3^e Rencontre internationale sur la globalisation de la solidarité, Dakar 22-26 novembre 2005» dans *Inter-action communautaire*, no.70, pp.20-21.
- Lachapelle, R. (2003). «L'économie sociale en Afrique» dans *Inter-action communautaire*, no.63 été, pp.45-46.
- Lachapelle, R., G. Larose et L. Favreau (2002). «Organisation communautaire et mondialisation : résister et construire» dans *Valeurs, pratiques et changement social, Actes du 8^e Colloque biennal du RQIIAC*. Rouyn-Noranda, mai, pp.90-118.
- Laporte J.-D. (s.d.) (2004). *Le financement communautaire des services de santé. La situation au Mali et dans d'autres États francophones d'Afrique*. Genève : Institut universitaire d'études du développement, Itinéraires Notes et Travaux no.73, 76 p.
- Lépine, Y. et J. Rheault (2007). «Prochaine étape internationale du RQIIAC» dans *Inter-action communautaire*, pp.29-30.
- Lépine, Y. et R. Lachapelle (2007). «Une excursion RQIIAC au Mali» dans *Inter-action communautaire*, numéro 75, pp.17-29.
- Lépine, Y. (2007a). *Rapport synthèse de la mission du RQIIAC au Mali du 15 au 29 janvier*

2007. RQIIAC, 14 avril, 35 p.

Lépine, Y. (2007b). *Diagnostic organisationnel du cadre d'orientation Uniterra santé/nutritionnel*. décembre, 42 p.

Lépine, Y., Lavoie, C. et R. Lachapelle (2006). «Deux Maliennes sur les chemins de l'action communautaire au Québec» dans *Inter-action communautaire*, pp.21-22.

Marsan J.-S. (2006). *Santé : le Mali donne des leçons au Nord*. Syfia Mali, 17 mars, www.syfia.info/fr/print.asp?article_num=4355, 3 p.

Ministère de la Santé (2006). *Rapport d'étude – Étude sur les coûts induits par l'application de la convention collective des centres de santé communautaire (CSCOM)*. République du Mali, Bamako, janvier, 50 p.

Ministère de la Santé (2004). *Programme de développement socio-sanitaire 2005-2009 (PRODESS II) «Composante Santé»*. République du Mali, 120 p. + Annexes (105 p.).

Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Âgées (2007). *Rapport général de l'atelier national de réflexion sur la création des centres communaux de développement sociale et de l'économie solidaire*, Mopti, 30-31 janvier et 1^{er} février, non paginé, 15 p.

Ndiaye, S. (2007). «La coproduction de services collectifs urbains en Afrique de l'Ouest» dans Favreau, L. et A. S. Fall (s.d.), *L'Afrique qui se refait, Initiatives socioéconomiques des communautés et développement en Afrique noire*. Québec : Presses de l'Université du Québec, pp.46-68.

Proulx, N. et L. Favreau (2008). *Solidarité et coopération internationale de proximité : enjeux, initiatives, retombées*. Gatineau : ARUC-ISDC et ROSI, Série Recherches, 20 p.

Québec (2001). *L'action communautaire, une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec, Politique gouvernementale*. septembre, 59 p.

République du Mali (2006). *Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté, CSLP 2^e génération 2007-2011*. Document adopté par le Conseil des Ministre le 26 novembre, 93 p. + Annexes (138 p.).

Réseau Uniterra (2006). *Rapport général de la journée de réflexion Uniterra sur la dynamique ASACO / Collectivités*. Bamako, 26 janvier, 11 p.

Ridde, V. (2004). *L'initiative de Bamako 15 ans après, Un agenda inachevé*. Washington: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, 40 p.

Sanogo, Y. (2004). *Développement local et économie sociale au Mali*. Gatineau : Chaire de recherche du Canada en développement des collectivités (CRDC), Série comparaisons internationales no.12, Université du Québec en Outaouais, 21 p.

Vaillancourt, Y. et P. Leclerc (2008). *Note de recherche sur l'apport de l'économie sociale dans la coproduction et la coconstruction des politiques publiques*, Gatineau : Copublication CRISES/ (ARUC-ISDC), Collection Études théoriques no ET0801, 51 p.