



LA RESPONSABILITE SOCIALE DES ASSOCIATIONS DE SANTE COMMUNAUTAIRES (ASACO) AU MALI : UNE ETUDE DE CAS DU DISTRICT SANITAIRE DE KOLOKANI

THE SOCIAL RESPONSIBILITY OF COMMUNITY HEALTH ASSOCIATIONS (ASACO) IN MALI: A CASE STUDY OF THE KOLOKANI HEALTH DISTRICT

¹ TRAORE Amadou

¹Docteur en sociologie, Université de Ségou (Mali),
tamadou8@yahoo.fr

TRAORE Amadou, La responsabilité sociale des associations de santé communautaires (ASACO) au Mali : une étude de cas du district sanitaire de Kolokani, *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 3 (6), 227-240. [En ligne] 2020, mis en ligne le 31 Décembre 2020, consulté le 2021-01-11 09:10:37, URL: <https://retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=121>

Résumé

Au Mali, les questions liées à la gestion de la santé communautaire impliquant la population locale sont récurrentes. Face à des questionnements liés à l'éthique communautaire et la qualité des soins, nous avons décidé de mettre l'accent sur la responsabilité sociale des Associations de Santé Communautaires (ASACO), en nous focalisant sur l'exemple du district sanitaire de Kolokani. L'objectif de cette recherche est d'étudier à la lumière des principes de la Responsabilité Sociale des Entreprises (RSE), les enjeux liés à la responsabilité sociale et environnementale des ASACO pour la réussite de la santé de proximité. Pour ce faire, la méthode qualitative à travers la recherche documentaire, l'observation directe, les entretiens semi directifs et le focus group, a été

utilisée. Il résulte de ces investigations que les ASACO font face à des enjeux de responsabilités majeurs tant dans leur fonctionnement que dans leurs impacts sur la société et l'environnement. La gestion du personnel, la surveillance des comptes (pharmacie), l'hygiène et l'assainissement, la gestion des déchets biomédicaux, le paiement des salaires du personnel, l'adhésion des populations aux pratiques de santé, la gouvernance, etc., sont autant de responsabilités qui impliquent de nombreuses parties prenantes sous la houlette des ASACO qui font face à d'énormes difficultés dont l'analphabétisme et les questions liées à l'organisation. Ainsi, plus l'ASACO est dynamique, plus la santé communautaire l'est.

Mots clés : Responsabilité sociale, santé communautaire, ASACO, district sanitaire, Kolokani.

Abstract

In Mali, issues related to community health management involving the local population are recurrent. Faced with questions related to community ethics and quality of care, we decided to focus on the social responsibility of Community Health Associations (ASACO),

focusing on the example of the health district of Kolokani. The objective of this research is to study in the light of the principles of Corporate Social Responsibility (CSR), the issues related to the social and environmental responsibility of ASACOs for the success of local health. To do this, the qualitative method through documentary research, direct observation, semi-structured interviews and focus group, was used. The results of these investigations show that the ASACOs face major responsibility issues both in their operation and in their impact on society and the environment. Staff management, account monitoring (pharmacy), hygiene and sanitation, management of biomedical waste, payment of staff salaries, popular support for health practices, governance, etc., are all responsibilities that involve many stakeholders under the leadership of ASACOs who face enormous difficulties including illiteracy and organizational issues. Thus, the more dynamic ASACO, the healthier the community.

Keywords: Social responsibility, community health, ASACO, health district, Kolokani

INTRODUCTION

La Responsabilité Sociale (RS) est un enjeu important dans le développement des sociétés d'aujourd'hui. En évoluant, elle continue d'ouvrir un champ de plus en plus large. Si elle s'intéressait dans un premier temps aux seules entreprises, l'on s'est rendu compte que d'autres types d'organisations pouvaient aussi avoir de fortes répercussions sur la société et sur l'environnement (A. Traoré, 2019, p.230). Il s'agit par exemple des associations, des universités, des départements... On parle alors du terme générique de responsabilité sociale et sociétale des organisations (RSO) dont les entreprises font partie intégrante.

En effet, la notion de responsabilité sociale peut revêtir des significations et compréhensions différentes. Ce qui fait qu'elle se manifeste différemment au sein des sociétés. À travers les

sociétés, la solidarité et la cohésion sociale constituent des éléments influents des valeurs. Elles se manifestent dans tous les domaines de la vie sociale. Les entreprises, qui y évoluent sont encouragées dans cet élan de solidarité. Par contre, la Responsabilité Sociale des Entreprises (RSE) prend une posture positiviste. En effet, si la RSE constitue la responsabilité d'une organisation vis-à-vis des impacts de ses décisions et activités sur la société et sur l'environnement, elle se trouve, de nos jours, règlementée par des normes, dont la norme ISO 26 000 en vigueur depuis novembre 2010. Il s'agit désormais de la vertu des acteurs règlementée et normalisée pour un développement durable qui se mesure à l'aune de la conjugaison du social, de l'économie et de l'environnement.

Au Mali, les pratiques de RSE restent élémentaires dans la mesure où elles ne s'inscrivent pas forcément, dans la plupart des cas, dans un cadre formel d'audit et de développement durable (A. Traoré, 2017, p.599). En effet, en plus des grandes entreprises et des TPME/TPMI, d'autres organisations peuvent avoir des impacts énormes dans le cadre du développement communautaire. La RSE constitue pour elles un moyen de pouvoir innover continuellement à travers le développement durable. Il s'agit de convertir une obligation morale en opportunité d'affaires. Pour ce faire, sept principes fondamentaux sont recommandés pour la gouvernance d'une organisation : i) la redevabilité, ii) la transparence, iii) le comportement éthique, iv) la reconnaissance des intérêts des parties prenantes, v) le respect du principe de légalité, vi) la prise en compte des normes internationales de comportement, vii) le respect des droits de l'homme. À l'aune de ces principes, nous nous intéressons à la responsabilité sociale des Associations de Santé Communautaire (ASACO), qui sont les unités de gestion des Centres de Santé Communautaire (CSCOM) au Mali. Il s'agit des organisations sanitaires agréées à caractère associatif. Ce sont des acteurs qui interagissent avec l'ensemble des

parties prenantes du système de santé communautaire, dont la population locale, les relais communautaires, les élus locaux, les partenaires techniques et financiers, etc.

La responsabilité sociale devient aujourd'hui un champ de recherche très animé. De l'entreprise, elle s'est ramifiée pour atteindre les organisations de tout genre, dans la mesure où toute organisation, de par ses actions et décisions, peut avoir un impact plus ou moins négatif sur la société et l'environnement. En la matière, les entreprises sont relativement plus explorées. Pourtant, selon Alain E. Zoukhoua (2005, p.2), l'étude de la gouvernance dans les associations permet d'explorer un champ jusqu'à oublié par la plupart des études sur la gouvernance. Cela nous conforte dans l'étude de la gouvernance des associations au Mali. En effet, au Mali, les centres de santé communautaires (CSCOM) ont été initiés dans le cadre de la décentralisation, l'objectif étant de rapprocher les services de soins à la population en la responsabilisant pour son propre développement. Ils sont gérés par les ASACO qui font face à de multiples défis. Elles sont nées dans un souci d'épanouissement de la population locale. Ainsi, en mars 1989, s'ouvrait à Bamako le premier Centre de Santé Communautaire (CSCOM), créé à l'initiative d'un groupe de notable du quartier périurbain de Banconi regroupés au sein d'une Association de Santé Communautaire « ASACO » (H. Balique, O. Ouattara et A. A. Iknane, 2001, p.36). Aujourd'hui, il en existe dans presque toutes les 703 communes du pays. L'objectif étant le rapprochement des services sociaux à la population.

Le décret n° 05-299 / P-RM du 28 juin 2005, fixant les conditions de création et les principes fondamentaux de fonctionnement des Centres de santé communautaires (CSCOM), est édicté pour comprendre théoriquement le système de santé communautaire au Mali. En son article 10 l'accent est mis sur les organes d'administration et de gestion des CSCOM qui sont : i) le Conseil d'administration ; ii) le Comité de gestion ; iii) la Direction technique.

Le CA est chargé de l'examen et l'adoption des budgets, programmes annuels d'activités du Centre ; la définition des mécanismes locaux de contribution des populations à la réalisation de ces programmes ; le suivi et le contrôle de l'exécution des programmes ; le recrutement sur la base de contrats, du personnel nécessaire au fonctionnement du Centre de santé communautaire ; le compte rendu à l'assemblée générale de l'association de l'état de fonctionnement du Centre. Elu pour une durée de trois ans, le CA se réunit en session ordinaire une fois par trimestre et en session extraordinaire chaque fois que de besoin. Sont membres de droit du CA avec voix consultative : i) le Préfet du cercle ou son représentant ; ii) le Maire de la commune ou son représentant ; iii) le Chef de quartier ou du village abritant le centre ; iv) le directeur technique du centre de santé (DTC) ; v) le Médecin-chef du cercle ou de la commune. Quant au comité de gestion, il est élu par les membres du CA (article 17). Il veille à la bonne exécution des décisions de celui-ci. Il est chargé : i) du suivi de la gestion du Centre ; ii) d'approuver le budget de fonctionnement mensuel du centre proposé par le chef du Centre ; iii) d'effectuer les dépenses obligatoires pour la bonne marche du centre ; iv) de justifier auprès du Conseil d'administration les dépenses effectuées ; v) de statuer sur les sanctions disciplinaires du premier degré pour le personnel. Il se réunit une fois par mois en session ordinaire et en session extraordinaire tant que de besoins (article 16). Pour des raisons techniques, la direction technique du centre est assurée par un professionnel de la santé (DTC) ayant au moins le niveau de technicien de santé (article 18). Le DTC veille au bon fonctionnement du centre et a sous sa responsabilité le personnel du centre.

Ces dispositifs bureaucratiques ont pour but, une gestion efficiente du système de santé communautaire. A cet effet, la responsabilité sociale des ASACO réside dans la conformité par rapport aux rôles et missions ainsi déclinés. La mission fondamentale des ASACO est d'assurer le bien-être de la population. Ceci va de pair avec

En tant qu'acteurs clés et décideuses locales de la santé communautaire ces associations ont en charge une très grande responsabilité. Bien qu'évoluant en dehors de tout cadre formel axé sur la RSE, ces organisations évoluent au rythme d'une série de législations et de réglementations nationales et internationales qui requièrent une stricte conformité. Il s'agit des textes de la décentralisation administrative et sanitaire, des normes de l'OMS, etc., qui constituent autant de référentiels pour les activités des ASACO (A. Traoré, 2019, p.231). Bien que regroupées en fédérations locales (FELASCOM), régionales (FERASCOM), national (FENASCOM), les ASACO du Mali ont une certaine autonomie de gestion et de décision. Cela les isole parfois les unes des autres en termes d'harmonisation des pratiques. En commun, elles sont l'interface devant les questions de santé communautaire. Face à cette situation, nous estimons que la RSE peut être un outil d'optimisation au sein de ces structures. Ainsi, nous nous posons la question de recherche suivante :

Le district sanitaire de Kolokani correspond au cercle dudit, une circonscription administrative de 14380 km². Il compte 233919 habitants (RGPH, 2009) et est reparti en 23 aires de santé, dont l'un (Doubala) est créé en 2020. Il s'agit des aires de Didieni, Kolokani central, Koumi, Doubabougou, Guihoyo, Manta, Massantola, Mercoya, Niokona, Nonkon, Nonsombougou, Oulodo, Sabougou, Sagabala, Samantra, Sebecoro1, Sègue, Seriwala, Sirakoroba, Sonkenye, Tioribougou, Toussana, et Doubala. Les ASACO de ces aires sont regroupées en fédération locale appelée FELASCOM de Kolokani.

1.2. Modèle théorique

Pour recadrer notre travail à l'aune de la problématique, nous avons adopté le modèle théorique d'analyse qui se décline ainsi :

Si les prérogatives d'organiser les activités socioéconomiques, sanitaires et environnementales du CSCOM sont accompagnées par le communautarisme et le bénévolat couplés aux pratiques de l'audit social, et que les actions soient menées par des acteurs alphabétisés, imprégnés des principes et l'importance de la RSE, dotés des moyens techniques et financiers, alors, le développement durable devient une pratique rentable pour les ASACO et vice-versa.

1.3. Techniques de collecte de données

Pour cette étude dans le district sanitaire de Kolokani, nous avons utilisé la méthode qualitative. L'accent est mis sur des techniques de recherche en sciences sociale, à savoir la recherche documentaire, l'entretien semi directif, l'observation directe et l'analyse de contenu. Ces activités méthodologiques se sont déroulées à travers le cercle de Kolokani et auprès de certains acteurs nationaux (02) et régionaux (02), dont le Directeur Général Adjoint de la santé et de l'hygiène publique (DGSHP), un membre de la Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire (FENASCOM), la Directrice Régionale de santé de Koulikoro, le Chef de division de l'hygiène publique de la direction régionale de santé de Koulikoro.

- La recherche documentaire a été marquée par la lecture des ouvrages et articles scientifiques dans les centres de documentation et à travers l'Internet. Elle a été aussi marquée par l'exploitation des supports (documents officiels, rapports de missions, documents de projets, registres médicaux...) au sein des CSCOM. Ces

lectures nous ont permis d'avoir des précisions sur le fonctionnement des ASACO et du système sanitaire communautaire. La recherche documentaire a été déterminante pour la réalisation de cet article.

- L'observation directe a consisté à la visite de 16 CSCOM et du CSRef en décembre 2019 et janvier 2020. Ces 16 CSCOM ont été choisis par hasard, en tenant compte du découpage administratif afin que toutes les communes constitutives du district sanitaire (10) puissent être représentées dans l'échantillon. Cela nous a permis de réaliser un constat qui a été matérialisé par les prises de note et les photographies.
- Les entretiens semi directifs ont consisté à des entretiens personnalisés avec les personnes ressources, dont les quatre acteurs nationaux et régionaux ci-dessus mentionnés, et 22 acteurs locaux. Il s'agit de 05 membres des ASACO ; le médecin chef du CSRef de Kolokani, 05 Directeurs Techniques des Centres (DTC), 06 agents de santé, 05 Relais Communautaires (RC). Le nombre des entretiens a été déterminé par la disponibilité des enquêtés et la saturation concernant les réponses. Ces entretiens ont été facilités par l'utilisation des guides d'entrevue constitués d'items renfermant les questions concernant les objectifs de la recherche.
- Dans un souci de complétude, une séance de focus group a été organisée à Kolokani, le chef-lieu du district sanitaire. Ce focus group a concerné les représentants de 05 aires de santé lors d'une rencontre au CSRef, les représentants des 11 autres de l'échantillon étant absents. Cette technique a été utilisée en dernière position.

1.4. Méthodes de traitement des données

Le traitement des données écrites a consisté à l'exploitation du carnet de bord. La première activité concernant les notes a consisté à la codification et comparaison des données. Ce travail de transcription et de classement a été fait manuellement et saisi à travers le Microsoft Office Word. La deuxième activité a été marquée par l'exploitation des enregistrements vocaux. Ces données ont été transcrites à travers le logiciel NVivo. A ce niveau il faut souligner que les propos n'ont pas été systématiquement retenus *verbatim*. Les données ont été généralement exploitées dans un style non directif.

2. Résultats et discussions

2.1. L'histoire et la mission des ASACO

A travers la recherche documentaire et les entretiens, nous avons effectué un aperçu de l'histoire et des missions des Associations de Santé Communautaire (ASACO). En effet, le cercle de Kolokani est l'un des premiers sites d'expérimentation de la santé communautaire au Mali. Il abrite notamment le centre de formation des étudiants en médecine de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP), depuis plusieurs décennies. Ainsi, pour la plupart d'entre eux, les enquêtes ont situé les origines de la santé communautaire aux années 1970, et les questions de CSCOM aux années 1990.

Par rapport à ces données, nous nous sommes intéressés à certaines études. De ces études et entretiens, nous trouvons que la santé communautaire, dans sa compréhension positiviste est assez récente. Katinka de Wet (2010, p.85), dans « Les âges de la santé communautaire en Afrique du Sud », des suites de Lehmann et Sanders (2010, p.86), dira que la santé communautaire est une approche qui date de la fin des années 1940 pour dispenser des soins dans les communautés où la prise en charge est défectueuse, voire absente. Au Mali, ses origines remonteraient des années 1960. Pour Mamadou K. Konaté et *al.*, en 1964, le Mali avait

opté pour l'extension des soins de santé de base. Entre 1966 et 1968, diront-ils, le premier plan Décennal des Services de Santé était en application et se donnait comme objectif la mise sur pied d'une pyramide sanitaire allant de l'équipe de santé de village jusqu'aux cadres supérieurs avec comme objectifs prioritaires les soins préventifs, l'éducation sanitaire, l'hygiène et les curatifs essentiels. En 1978, avec la conférence d'Alma Ata, la politique de soins de santé primaires fut adoptée. Dans ce contexte, plusieurs expériences ont été menées : l'opération Mali Sud (CMDT), le projet Santé Rurale de Koro, Yelimané, Mopti, etc. Pour eux, toutes ces expériences se fondaient sur la mise en place d'agents de santé villageois qui constituaient une équipe dans le contexte d'un système de santé connu comme une pyramide (M. K. Konaté, B. Kanté et F. Djenepo, 2003, p.8). Avec les contraintes de différents ordres, le Mali adoptera une politique de concentration des services basés sur la stratégie des soins de santé primaire (SSP). Elle était fondée sur la justice sociale, l'équité en matière d'accès aux soins de santé (M. K. Konaté, B. Kanté et F. Djenepo, 2003, p.8). La politique sectorielle de santé du Mali se présente sous forme pyramidale dont i) le Centre de Santé Communautaire (CSCOM), au premier niveau ; ii) le Centre de Santé de Référence (CSRef) au deuxième niveau ; iii) les Hôpitaux Régionaux au troisième niveau, et iv) les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) Nationaux, au quatrième niveau. Ainsi, à la base de la pyramide se trouvent les CSCOM dont la gestion est assurée par la communauté à travers les Associations de Santé Communautaire (ASACO). Les ASACO sont des associations agréées. Ce statut les place sous la tutelle administrative de l'Etat (H. Balique, O. Ouattara et A. A. Iknane, 2001, p.36). Conformément au décret n°05-299/P-RM du 28 juin 2005 fixant les conditions de création et les principes fondamentaux de fonctionnement des CSCOM, notamment à son article 2, 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 au sein d'une Association de santé communautaire. Il a vocation d'assurer le service public de santé au niveau de l'aire de santé pour répondre de façon efficace et efficiente aux problèmes de santé de cette population et la fourniture du paquet minimum d'activités (PMA). A cet effet, il est chargé de i) fournir des prestations curatives telles que les soins courants aux malades, le dépistage et le traitement des endémies locales, les explorations paracliniques courantes ; ii) assurer la disponibilité des médicaments essentiels en DCI ; iii) développer des activités de soins préventifs (santé maternelle infantile, planning familial vaccination, éducation pour la santé) ; iv) initier et développer des activités promotionnelles (hygiène, assainissement, développement communautaire, information, éducation et communication).

Ainsi relaté, à travers son mandat à la fois curatif, préventif et promotionnel, un CSCOM a pour mission de promouvoir la participation communautaire dans la gestion et la prise en charge des problèmes de santé de l'individu et de la collectivité. Pour ce faire, les organes d'administration et de gestion des centres de santé communautaires sont : i) le Conseil d'administration ; ii) le Comité de gestion ; iii) la Direction technique. Les missions de ces organes sont définies plus haut.¹ Il s'agit notamment de la gestion des ressources humaines, des finances et des déchets biomédicaux. De cette structuration et des missions assignées, une question de responsabilité sociale et environnementale se dégage a priori.

2.2. Les ASACO au Mali, une théorie de responsabilité sociale

Au Mali, le système de santé communautaire est constitué d'acteurs locaux, dont principalement la population locale. Il s'agit de tout individu ou groupe d'individus ayant un rôle à jouer dans le processus du développement de la communauté

sanitaire. Depuis un certain temps, le système managérial stipule que pour toute intervention de développements dans une localité, il est judicieux de privilégier la participation de la population. La position des acteurs détermine l'orientation et la réussite des initiatives du développement. Il s'agit du développement local, dont la santé constitue un volet principal.

À travers les analyses, nous avons observé une certaine cohérence dans l'organisation théorique des ASACO. En effet, le Centre de Santé Communautaire (CSCOM) est un centre de santé de premier échelon ou premier contact des populations. Il appartient aux communautés organisées en Association de Santé Communautaire appelée (ASACO). Ainsi, le CSCOM est créé par l'Etat et géré par l'ASACO qui rend compte aux populations de sa gestion. La gestion administrative du CSCOM est assurée par un comité de gestion, désigné au sein du conseil d'administration qui est élu en assemblée générale par les populations, notamment les adhérents à l'ASACO (Décret n° 05-299 / P-RM). La direction technique est assurée par le Directeur Technique du Centre (DTC). Ainsi relaté, les ASACO sont d'un apport précieux dans la mise en place et la pérennisation des pratiques de développement durable au plan communautaire.

Face au développement théorique et à l'aune des données collectées sur le terrain, nous dirons que les principales forces des ASACO sont leur origine (elles sont l'émanation des populations) et leur autonomie vis-à-vis des pouvoirs publics centralisés et décentralisés. Elles sont les représentants légitimes des populations dans la mise en œuvre de la politique de santé du gouvernement (A. Traoré, 2015, p.317). Elles font objet de responsabilités énormes si nous comprenons que la responsabilité sociale comprend fondamentalement deux niveaux : la dynamique interne et les rapports avec l'extérieur. Par rapport à la dynamique interne, nous avons mis l'accent sur le fonctionnement de l'ASACO et ses rapports avec les parties

¹ Décret n°05-299/P-RM du 28 juin 2005, articles 12 et 13

prenantes dont le personnel de santé, les patients, les partenaires techniques et financiers, et les collectivités. Concernant les rapports avec l'extérieur, l'accent a été mis sur les implications des ASACO sur le plan sociétal, environnemental et économique. Ces domaines sont les trois axes stratégiques du développement durable. Il résulte de ces investigations que théoriquement, les ASACO sont un moteur du développement local. Toutefois, pour plusieurs raisons liées à des facteurs multiples (environnement, organisation...), les pratiques évoluent d'une ASACO à une autre. Quid de la RSE ?

2.3. Les ASACO et la RSE

Comme signalé plus haut, les ASACO font face à de nombreuses responsabilités énormes. Leurs activités sont-elles conformes aux principes du développement durable et de la RSE ? À travers la littérature, nous retenons la responsabilité sociale comme un concept recouvrant l'intégration des préoccupations sociales et environnementales dans les décisions des organisations ainsi que leurs relations avec les parties prenantes (F. Lépineux, J-J. Rosé, C. Bonanni, S. Hudson, 2016, p.145). Parlant des enjeux du développement durable, Olivier Dubigeon (2002, p.22) évoque : i) l'environnement, ii) les droits humains, iii) les relations avec les clients, iv) le développement local, v) les relations et conditions de travail, vi) la gouvernance opérationnelle. À la différence des entreprises, les ASACO n'ont pas un but lucratif. Sur le plan économique et environnemental leurs impacts peuvent être relativement moindres. Toutefois, face à leur statut particulier, Hubert Balique, Oumar Ouattara et Akory Ag Iknane (2001, p.36) diront que la convention qui lie les ASACO à l'Etat, assure au centre de santé le statut particulier de « CSCOM ». Elle le distingue, diront-ils, des cabinets médicaux privés et lui permet de participer à la réalisation du service public de santé, en bénéficiant de certains avantages,

comme l'exemption de tout paiement d'impôts et taxes, la participation à des activités de formation et l'obtention des subventions. En retour, cette convention leur impose le respect d'un cahier de charges, qui consiste essentiellement à réaliser un ensemble d'activités médicales et paramédicales en permettant l'accessibilité financière de la très grande majorité de la population. Ces responsabilités des ASACO trouvent leur fondement dans les principes et l'évolution de la santé communautaire au Mali (Cf.0).

Ainsi, au sein des ASACO, un accent particulier est mis sur la gestion qui conditionne l'atteinte des objectifs (S. Bagadema, 2010, p. 21). Il s'agit de l'adhésion de la population, de la gestion des parties prenantes et de leurs intérêts, de la gestion des déchets biomédicaux qui constitue d'ailleurs un véritable casse-tête dans les CSCOM. A titre d'exemple, malgré la réalisation des incinérateurs modernes dans les CSCOM du district sanitaire de Kolokani, certaines difficultés socioculturelles persistent. Il s'agit par exemple de la gestion du placenta dont une partie de la population reste réfractaire à l'incinération. Aussi, des CSCOM, dont celui de Nossombougou présentent les séquelles historiques de la mauvaise gestion des déchets biomédicaux.

A l'image de tout ce que nous venons de signaler, nous dirons que les ASACO sont des acteurs majeurs du développement communautaire. A cet effet elles peuvent avoir un impact sur la société et sur l'environnement. C'est ainsi que nous parlons de la responsabilité sociétale des ASACO. Le Livre Vert de l'UE (2011, p.8) définit la RSE en ces termes :

« L'intégration volontaire des préoccupations sociales et écologiques des entreprises à leurs activités commerciales et à leurs relations avec toutes les parties prenantes internes et externes (actionnaires, personnel, clients, fournisseurs et partenaires, collectivités humaines...) et, afin de satisfaire pleinement aux obligations juridiques

applicables et d'investir dans le capital humain et l'environnement » (M. Jonquières et M. Joras, 2015, p.38).

Partant de cette définition, nous mettons l'accent sur les initiatives volontaristes de conformité et de valorisation des ressources sociales et naturelles. Comme signalé plus haut, à la différence des entreprises, les ASACO sont des associations à but non lucratif. En l'état, leurs actions ne peuvent pas être confondues avec la RSE. Toutefois, pour plus de performance et de conformité, des efforts sont nécessaires pour évaluer les pratiques en vigueur à l'aune de la norme ISO 26 000. À ce niveau, nous avons noté des insuffisances notoires concernant la qualité des ressources humaines et du fonctionnement des centres.

2.4. L'insuffisance des ASACO face aux missions de développement

En ce qui concerne notre cas pratique, dans le fonctionnement réel, les irrégularités pas des moindres sont facilement identifiables au sein des activités des ASACO. En effet, tous les présidents d'ASACO du district sanitaire de Kolokani sont des hommes. Cela peut être dû aux exigences du poste qui demande plus de présence et de déplacements, auxquels les femmes sont peu disposées. Toutefois, dans les ASACO que nous avons visitées, moins de 30% des membres du comité de gestion sont des femmes. Si cela est admis en harmonie avec les valeurs locales patriarcales, elle va à l'encontre de la loi 2015-052 qui accordent un minimum de 30% de postes à chaque sexe. En dépit de tout ça, la santé communautaire concerne beaucoup plus les femmes si l'on comprend que ce sont elles qui sont sujettes de la gestation, de l'accouchement, de l'allaitement, de la protection des nourrissons, etc. Elles sont aussi sujettes des maladies telles que l'anémie, le paludisme, les infections, dont le suivi et le traitement, à un certain seul, relèvent

du domaine de compétence des CSCOM. Il faut aussi comprendre que les femmes sont socialement, économiquement et juridiquement dépendantes des hommes. Pour toutes ces réalités impliquant directement les femmes, leur absence à la présidence des ASACO et leur faible représentativité dans les comités de gestion, C.A. et A.G. serait un manque à gagner concernant la performance du système sanitaire et la responsabilité sociale. À ce niveau, il faut reconnaître que le genre est un élément important du développement durable et de la responsabilité sociale. Il s'inscrit dans le cadre de l'équité genre, un point sensible du développement durable. L'ODD 5 met un accent sur l'égalité des sexes : « Réaliser l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles ».

L'audit social, un élément important de la RSE, repose sur les rencontres des acteurs (A. Traoré, 2016, p.50). Dans les ASACO que nous avons enquêtées, la régularité de l'organisation des assemblées et des conseils d'administration fait défaut. Il s'agit là d'un grand défaut si nous comprenons que le contrôle des actions passe par ces rencontres, dont les réunions mensuelles des comités de gestion, les Conseils d'Administration semestriels et les AG. Si ces réunions sont tenues, il faut reconnaître que la question de quorum se pose fréquemment. F.T., 61 ans, président d'ASACO, dira : « pour faute de quorum, il nous arrive très fréquemment de surseoir à des réunions ordinaires ». Cette situation nous renvoie à Jean Marie Peretti² qui dira que la RSE nécessite une approche d'audit permanente pour vérifier les conséquences concrètes des programmes.

Ces ASACO sont parfois confrontées à des conflits d'intérêt et de compétence. Ces conflits sont généralement entretenus par le statut et l'influence sociales de certains membres. À ce niveau, des difficultés existent. En effet, les présidents d'ASACO, précédemment élus pour trois (03) ans renouvelables, sont dorénavant élus

² Marchand G. (2012), Les enjeux de la RSE décryptés par Jean-Marie Peretti, in <http://www.focusrh.com/strategie->

[rh/responsabilite-sociale-des-entreprises/les-enjeux-de-larse-decryptes-par-jean-marie-peretti-23381.html](http://www.focusrh.com/strategie-rh/responsabilite-sociale-des-entreprises/les-enjeux-de-larse-decryptes-par-jean-marie-peretti-23381.html), consulté le 20 octobre 2017

pour cinq (05) ans renouvelables autant que possible depuis le congrès de mai 2019. Dans la plupart des cas, il n'y a pas de renouvellement de mandat, les membres deviennent de fait permanents. C'est pour cela que tous les présidents que nous avons rencontrés ont plus de 50 ans. Cette situation a des avantages et des inconvénients. D'abord, en plus de la motivation, il s'agit d'une activité qui demande de l'expérience. Les présidents, en cumulant des mandats, peuvent bénéficier de l'expérience pour le bon fonctionnement du système. Toutefois, cela peut entretenir la routine avec ses corollaires dont le clientélisme et la corruption qui tuent les organisations dans la mesure où, ils peuvent empêcher les innovations. Cette longévité des mandats peut jouer sur la compétitivité et la performance des ASACO, et peut par extension, influencer négativement le fonctionnement des CSCOM. A ce niveau, nous convenons avec Hubert Landier (2016, p.1), que le changement des représentations influence positivement la performance des organisations.

Il faut aussi noter que le fonctionnement des ASACO est parfois entaché par des configurations d'ordre clanique fondées sur le clientélisme et la promotion des intérêts égoïstes. Pour S. T., membre de la FENASCOM « ce clanisme qui s'est installé dans les ASACO est aussi à la base de la chute de plusieurs CSCOM ». Face à de tels climats sociaux, la RSE se fixe comme principe de base, la transparence et la conformité. Pour ce faire, l'accent doit être mis sur la bureaucratie en désincarnant le plus possible la gestion des relations et sentiments parfois nuisibles.

Ceci dit, le communautarisme constitue un problème dans les ASACO dans la mesure où la chose publique perd de plus en plus sa valeur au profit de la propriété privée et des intérêts égoïstes. Dans la théorie, le travail de l'ASACO est soutenu par le bénévolat. Toutefois, la conviction inavouée de certains membres constitue les retombées en termes de *perdiems* perçus lors des activités de formation et des déplacements. Ainsi, si le bénévolat est

considéré comme une force, il devient une faiblesse lorsque l'atteinte du quorum lors des réunions dépend des émoluments. S. T., membre de la FELASCOM affirme : « il faut revoir l'aspect bénévolat. Il est à la base de la dilapidation des ressources. Je pense qu'il faut voir et même officialiser la motivation (primes) pour certains membres du CA tels que les membres du comité de gestion ».

Si l'argent est à la base du bon fonctionnement des services, il faut souligner que dans leur fonctionnement, les ASACO manquent de fonds propre. Les CSCOM du district sanitaire de Kolokani évoluent au rythme des Partenaires Techniques et Financiers (PTF). Didiéni et Kolokani central sont parmi les rares CSCOM du district sanitaire qui parviennent à réaliser des profits. Cela, avec évidemment l'appui des partenaires. Par contre, certains ont du mal à assurer, ne serait-ce que l'approvisionnement de la pharmacie. Plusieurs raisons sont citées à ce niveau, notamment le pilotage à vue, la mauvaise gestion des ressources, l'inefficacité du contrôle, etc.

En ce qui concerne la société et l'environnement, le fonctionnement constitue une problématique majeure des ASACO d'autant plus qu'elles sont largement dépendantes des partenaires (PTF). Les questions de recette auxquelles sont confrontées les ASACO sont dues à plusieurs facteurs, dont le manque d'organisation des activités, la pauvreté de la population, la faible fréquentation des centres. Les appuis venant des collectivités (mairies) sont irréguliers et insuffisants. Seuls quelques ASACO, dont celles de Kolokani centrale et de Didiéni, qui se trouvent dans des zones urbaines et semi urbaines, parviennent à des résultats assez encourageants sur le plan financier. Le salaire du personnel, l'entretien du matériel et des surfaces, les déplacements..., occasionnent des dépenses difficilement supportables par le budget des ASACO, dont le fonds propre est assuré par la vente de médicaments qui, selon des usagers, fait à son tour objet de spéculations majeures dans la plupart des CSCOM du district sanitaire de

Kolokani. L'enjeu fondamental de ces ASACO constitue alors la survie. La responsabilité sociale et environnementale prônée dans les textes fondateurs est alors timidement accomplie.

2.5. Les efforts enregistrés

Comme signalé plus haut, les ASACO sont confrontées à des difficultés majeures pouvant entamer leurs responsabilités vis-à-vis des missions. Face aux réalités soulignées, il sera difficile de parler de l'accomplissement d'une responsabilité sociétale et environnementale. Toutefois, il faut reconnaître que la responsabilité relève en principe, des intentions, peu importe parfois la valeur pécuniaire des œuvres. Ainsi, malgré les déficits et difficultés d'organisation, certaines ASACO ont fait des réalisations dignes de responsabilité.³ A travers l'observation des CSCOM, nous avons identifié de nombreuses initiatives douées de responsabilité sociale et environnementale. Il s'agit par exemple des initiatives dont la clôture du CSCOM de Mercoya sur fonds propre de l'ASACO ; la clôture du CSCOM de Toussona par un partenaire sollicité par l'ASACO ; la construction sur fonds propre d'une douche intérieure pour les femmes accouchées à Sébécoro 1 ; la construction d'un hangar sur l'aire de lavage du CS de Didiéni sur fonds propre de l'ASACO. Ces réalisations s'inscrivent dans la volonté des ASACO à mettre les patients et le personnel à l'abri des regards indécents et des effets nuisibles. D'autres réalisations, dont la repeinte sur fonds propres des CSCOM de Kolokani Central, Doubabougou, Sonkegne, Mercoya, Didieni ; la rénovation des plafonds de la maternité de Tioribougou ; l'organisation des femmes du village pour le nettoyage hebdomadaire des CS de (Guihoyo et Sériwala) ; le revêtement du sol de l'ASACO de Sonkegne avec du papier peint

sur fonds propre de l'ASACO, etc., s'inscrivent dans le cadre du bien-être des usagers et de la protection de l'environnement.

Il faut signaler que la plupart de ces initiatives s'inscrivent dans le cadre du concours « CSCOM propre » initié par l'ONG World Vision en 2019-2020. Ainsi, pour plus d'efficacité et de durabilité, des actions endogènes sont nécessaires. Un geste des plus significatifs à ce niveau, constitue l'implication de l'ASACO face à des difficultés outre sanitaires. A titre d'exemple, face à la crise d'enseignant, l'ASACO du village de Nérékoro, à travers les ressources du centre de santé (non encore fonctionnel comme CSCOM), a l'habitude d'appuyer l'école du village depuis trois ans. Cela, malgré le déficit financier, l'insuffisance des infrastructures et les problèmes d'organisation. D'autres actions dont la diffusion des messages sur les bonnes conduites en matière d'hygiène à travers les radios locales, et la vidéo du centre au cours des consultations prénatales (CPN) et Vaccination (CSCOM Central de Kolokani par exemple), sont significatives. Ces réalisations, bien que dispendieuses, contribuent à la performance des ASACO et des CSCOM pour un développement durable.

Par contre, un autre domaine des plus importants semble être déficitaire. En effet, à travers les entretiens avec les usagers, il résulte que l'accueil joue un rôle important dans le soulagement et la satisfaction des patients. Toutefois, il fait défaut dans la plupart des centres que nous avons observés. Les ASACO en sont généralement interpellées car, il y va de leur responsabilité. En plus des conflits d'intérêt observés çà et là, les modalités d'accueil des patients constituent un point de discorde entre les membres d'ASACO et les agents techniques. Dans sa thèse de doctorat en sociologie intitulé « L'audit social dans les collectivités locales du Mali : le cas des communes rurales de Kolokani et de Massantola, dans le cercle de Kolokani,

³ World Vision, « Rapport d'étude de capitalisation et documentation des résultats produits par le Projet Eau, Hygiène et

Assainissement (EHA) en milieu de soins dans le district sanitaire de Kolokani », janvier 2020.

région de Koulikoro », Amadou Traoré (2015, p.270), met l'accent, sur l'audit social comme outil efficace face à ces difficultés de gestion, d'organisation et de réalisation.

Face à ces résultats, nous revenons aux travaux d'Hubert Balique, Oumar Ouattara et Akory Ag Iknane (2001, p.35-48), qui diront que les CSCOM ont pour atout le mode de gestion privée sans but lucratif. Pour eux : i) en tant qu'établissements privés, ils appliquent les règles de gestion propres aux entreprises, et la possibilité d'un intéressement du personnel aux résultats financiers crée une des conditions nécessaires pour une réelle efficacité ; ii) en tant qu'établissement sans but lucratif, ils ont pour seul but d'apporter aux usagers les services qu'ils attendent, en appliquant les décisions de leurs assemblées générales ; iii) en tant qu'établissements conventionnels, ils doivent répondre aux exigences du service public défini par le cahier de charge que leur impose la convention signée par l'ASACO avec l'Etat, mais doivent en retour bénéficier de l'octroi par l'Etat des ressources correspondantes. Pour l'atteinte des objectifs du développement durable, nous pouvons ainsi parler de la responsabilité sociale des ASACO à l'aune des entreprises.

Conclusion

En somme, les défis liés à la responsabilité sociale des ASACO sont énormes. Il résulte de cette étude portant sur les ASACO du district sanitaire de Kolokani, l'existence d'un cadre théorique approprié de système collaboratif et organisationnel autour de la santé communautaire. A travers les prérogatives d'organiser les activités socioéconomiques, sanitaires et environnementales du CSCOM, les ASACO font face à un défi de responsabilité vis-à-vis de la communauté. Pour l'atteinte de ces objectifs, des engourdissements existent quant à la gestion de la chose publique. En effet, si de principe les acteurs s'engagent bénévolement, il faut reconnaître qu'ils sont beaucoup plus

motivés par les émoluments lors des activités de rencontres et de déplacement. À défaut, certaines ASACO peinent à atteindre le quorum lors des réunions. Il ressort de la littérature que l'audit social peut contribuer à pallier cette situation (A. Traoré, 2019, p.230). Nous concluons à ce niveau que le communautarisme et le bénévolat dans les ASACO ne sont efficaces face à la responsabilité sociale que lors qu'ils sont accompagnés des pratiques efficaces de suivi et de contrôle, dont les audits sociaux. À ces résultats, nous dirons que le communautarisme et le bénévolat couplés à l'analphabétisme, le manque de moyens techniques et financiers, influence négativement l'efficacité et la responsabilité sociale des ASACO.

Aussi, si nous comprenons que tous les présidents d'ASACO du district sanitaire sont des hommes et ayant un âge supérieur à 50 ans, les jeunes et les femmes, sous représentés, se sentiront peu concernés. Par conséquent, la gestion de la santé communautaire devient peu inclusive et finit par tomber dans la léthargie. Aussi, le vieillissement des responsables est source de dysfonctionnement dans plusieurs CSCOM observés. Il faut aussi reconnaître que parmi les présidents, certains ne savent pas lire, ni écrire. Dans ce contexte, le système de pilotage des ASACO semble être rigide et les considérations sociales priment parfois sur les compétences. Les conséquences en sont marquées par le déficit permanent des CSCOM. Face à cette situation, S. T., membre du FENASCOM dira qu'il est nécessaire de redéfinir le sens et le rôle des ASACO, et de travailler sur la mission et la qualité des hommes qui doivent les diriger.

Aussi est-il qu'en plus du faible niveau intellectuel, nous avons observé des insuffisances notoires concernant la motivation des membres. Cela affecte profondément le système de management qui influence du coup les performances des CSCOM. Il en est de même pour le manque de moyens techniques et financiers, influençant négativement l'efficacité des ASACO. En plus de ces difficultés, les

centres sont aussi minés par les conflits d'intérêt qui opposent les ASACO aux agents techniques des CSCOM.

Il résulte des investigations que le leadership et le niveau d'instruction du président d'ASACO, ainsi qu'une franche collaboration avec le Directeur technique du centre (DTC) est déterminant pour la réussite d'un CSCOM. À cet effet, nous dirons que la performance des ASACO conditionne la compétitivité des CSCOM et la réussite de la santé communautaire. Face à ces résultats, nous dirons aussi que les ASACO manquent de moyens techniques, financiers et organisationnels pour atteindre les objectifs de la responsabilité qui leur sont assignés.

Somme toute, la méthodologie utilisée pour la collecte et le traitement des données est essentiellement qualitative. Cela constitue une limite dans la mesure où une étude mixte permettra une manipulation des variables en profondeur. Des aspects tels que la participation communautaire, la satisfaction des usagers, et les dispositifs organisationnels endogènes..., sont à explorer. Par conséquent, le thème reste largement ouvert à des études encore posées.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ADJAHO Richard, 2004, Décentralisation : La question de la tutelle de l'Etat sur les collectivités locales, Cotonou, les Editions du flamboyant.

BAGADEMA Sanama, 2010, Etude de la gestion des ASACO : le cas des CSCOM 1 et 2 de Boulkassoumbougou au sein du district de Bamako, Bamako, FMPOS.

BALIQUE Hubert, OUATTARA Oumar et IKNANE Ag Akory, 2001, « Dix ans d'expérience des centres de santé communautaire au Mali », Santé publique, volume 13, n°1, p.35-48.

BESNARD Philippe, 2003, Etudes durkheimiennes, Paris, Librairie Droz.

BOIDIN Bruno, 2015, Analyse conceptuelle de la RSE [en ligne], URL : https://www.canal-u.tv/video/canal_uved/1_analyse_conceptuelle_de_la_rse.19801

DUBIGEON Olivier, 2002, Mettre en pratique le développement durable. Quels processus pour l'entreprise responsable ? Paris, Village Mondial, p.22.

JONQUIERES Michel et JORAS Michel, 2015, Glossaire de l'audit du social, Paris, EMS.

KONATE Mamadou Kani, KANTE Bakary et DJENEPO Fatoumata, 2003, « Politique de santé communautaire et viabilité économique et sociale des centres de santé communautaires au Mali : étude de cas en milieu urbain et rural », UNRISD.

LANDIER Hubert, 2016, « Changer nos représentations pour changer les organisations » actes des 5èmes RICC, Chaire ESSEC du Changement, p.1.

LÉPINEUX François, ROSÉ Jean-Jacques, BONANNI Carole, HUDSON Sarah, 2016, La responsabilité sociale des entreprises. Théories et pratiques, 2ème édition, Paris, Dunod. 254 p.

TRAORE Amadou, 2015, L'audit social dans les collectivités locales du Mali : le cas des communes rurales de Kolokani et de Massantola dans le cercle de Kolokani, région de Koulikoro, Bamako, ISFRA, p. 317.

TRAORÉ Amadou, 2016, « L'audit social, une opportunité pour la gestion des ressources humaines dans les collectivités locales du Mali », Slavonic Pedagogical Studies Journal. Vol 5. Issue 1. p. 50-68.

TRAORÉ Amadou, 2017, « L'éducation familiale des acteurs peut-elle avoir une influence sur l'émergence de la responsabilité environnementale et sociétale des entreprises ? Le cas du Mali », Actes de la 19ème Université

La responsabilité sociale des associations de santé communautaires (ASACO) au Mali : une étude de cas du district sanitaire de Kolokani de printemps de l'audit social et 3ème rencontres internationales des sciences du management : responsabilité environnementale et sociétale de l'entreprise : l'apport de la fonction RH et de l'audit social, p.599-609.

TRAORÉ Amadou, 2019, « Audit social : est-ce un outil pertinent pour la gouvernance des collectivités au Mali ? », Actes de la 37ème Université d'Été de l'audit social : Audit social et transformation des organisations, Yaoundé, Cameroun 12, 13 & 14 décembre 2019, p.230-236.

WET Katinka de, 2010, « Les âges de la santé communautaire en Afrique du Sud », Sciences sociales et santé, 2010/3 (vol.28), p.85-107.

ZOUKOUA Eric Alain, 2005, « La gouvernance des associations : quels acteurs, quels mécanismes ? », in Comptabilité et connaissances, pp.CD-Rom. Halshs-00581302.