

**MISE EN COMMUN DE L'ASSISTANCE TECHNIQUE
DANS LES PROGRAMMES SECTORIELS AU MALI**

Elisabeth THIOLERON
Et
Idrissa DANTE

Juillet 2001

Les opinions exprimées dans ce document sont celles des auteurs,
et ne sauraient être attribuées à l'ECDDPM ni au ministère des Affaires étrangères des Pays-Bas.

Table des matières

I. INTRODUCTION.....	4
II. CONTEXTE GENERAL.....	5
2.1 AIDE PUBLIQUE AU DEVELOPPEMENT, ASSISTANCE TECHNIQUE ET MECANISMES DE COORDINATION EXISTANTS.....	5
2.2 ASSISTANCE TECHNIQUE.....	6
2.3 PROCESSUS ET MECANISMES DE COORDINATION EXISTANTS	6
III. MISE EN COMMUN DE L'ASSISTANCE TECHNIQUE DANS LE CADRE DU PRODESS : ETAT DES LIEUX, CONTRAINTES ET PERSPECTIVES.....	9
3.1 ÉTAT DES LIEUX : STRUCTURES, PROCEDURES ET PRATIQUES EN MATIERE D'ASSISTANCE TECHNIQUE	
3.2 PROBLEMATIQUE DE "L'OWNERSHIP"	11
3.3 PROBLEMATIQUE LIEE A LA CAPACITE DE GESTION DE L'AT	13
3.4 CONTRAINTES ET LIMITES DE LA MISE EN COMMUN DE L'ASSISTANCE TECHNIQUE.....	14
3.5 FACTEURS EN FAVEUR DE LA MISE EN COMMUN DE L'ASSISTANCE TECHNIQUE	15
IV. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS.....	16
1. ANNEXE I : PROGRAMME DE TRAVAIL DU PODESS 2001	20
2. ANNEXE II : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	22

Sigles et abréviations

ANICT :	Agence Nationale d'Investissement pour les Collectivités Territoriales
APD :	Aide publique au développement
AT :	Assistance technique
CAD :	Comité d'Aide au Développement
CPS :	Cellule de planification et de la statistique
CT :	Coopération technique
DAF :	Direction administration et financière
DNSP :	Direction nationale de santé publique
ECDPM:	Centre Européen pour la Gestion des Politiques de Développement
IBW :	Institutions de Bretton Woods
IDA :	International Development Association
MDRH :	Mission d'appui au développement des ressources humaines
OCDE :	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
OMS :	Organisation mondiale de la santé
ONG :	Organisation non gouvernementale
PNUD :	Programme des Nations unies pour le développement
PPTE :	Pays pauvres très endettés
PRODESS:	Programme de développement sanitaire et social
PRSP :	Poverty Reduction Strategy Paper
SNV :	ONG Néerlandaise
UNICEF:	Fonds des Nations unies pour l'enfance
USAID :	Agence des Etats Unis pour le développement international

I. Introduction

1. Le Mali est l'un des six pays sélectionnés pour une étude financée par le ministère des Affaires étrangères des Pays Bas sur la mise en commun de l'assistance technique (AT) dans les programmes sectoriels et les nouveaux mécanismes d'acheminement de l'aide¹. Le Centre européen pour la gestion des politiques de développement (ECDPM), basé à Maastricht, s'est vu confier la supervision de ce travail sur la base d'enquêtes réalisées dans chacun des pays retenus.
2. Au titre d'un accord de mise en commun des ressources, les organisations de développement international partagent ou transfèrent une partie de leurs ressources pour soutenir les objectifs de politiques d'un pays en développement donné. Cette étude constitue, à son tour, une partie intégrante de la réflexion en cours au sein de la communauté du développement sur la manière d'harmoniser les procédures pour réduire la fragmentation des activités de développement financées par l'extérieur et pour soulager le fardeau administratif considérable imposé à l'administration des pays en développement. L'étude doit également être considérée dans le contexte du débat de longue date portant sur la manière d'améliorer l'impact de l'AT, définie ici comme le transfert, l'adaptation, la mobilisation et l'utilisation de services, de compétences, de connaissances et de technologies. L'AT comprend les ressources humaines, à court et à long terme, d'origine tant nationale qu'étrangère, auxquelles il convient d'ajouter la formation, l'équipement d'appui, les missions de conseil, les visites d'études, les séminaires et diverses formes de mise en contact.

L'étude plus large portant sur la mise en commun de l'AT, intitulée en anglais *The Pooling of Technical Assistance: An Overview Based on Field Experience in Six African Countries*,² a été commandée par le ministère des Affaires étrangères des Pays-Bas et menée par le Centre européen de gestion des politiques de développement (ECDPM). Les résultats de cette étude visent à contribuer aux débats d'un certain nombre de groupes chargés de la formulation des politiques, tels que le groupe d'étude du CAD sur les pratiques des bailleurs de fonds, le Govnet du CAD, et le Partenariat stratégique avec l'Afrique. L'étude ambitionne également de fournir un guide pratique pour les professionnels du développement actifs sur le terrain, sur l'opportunité de la mise en commun des ressources et sur la démarche à suivre pour augmenter ses chances de succès.

3. L'enquête au Mali s'est déroulée du 18 et le 24 avril 2001 auprès des représentations des agences d'aide et des autorités nationales (voir annexe 2) impliquées dans la conception, la planification et la mise en œuvre des programmes sectoriels. Il s'est vite avéré que seul le Ministère de la santé, des personnes âgées et de la solidarité (ci-après Ministère de la santé) présentait les caractéristiques requises pour effectuer une telle enquête, les autres programmes sectoriels, notamment l'éducation et l'environnement n'étant pas assez avancés ni dans leur programmation ni dans leur exécution. Quant à la décentralisation, il y a des

¹ Les cinq autres pays sont le Botswana, l'Ethiopie, le Mozambique, la Tanzanie et l'Ouganda.

² Le rapport de synthèse peut être consulté sur le site web de l'ECDPM (www.oneworld.org/ecdp). Un exemplaire imprimé peut être commandé auprès de Jacquie Croucher, ECDPM, Onze Lieve Vrouweplein 21, 6211 HE Maastricht, Pays-Bas, Fax: +31-(0)43-350 2902, email: jc@ecdpm.org. Grâce à l'autorisation du ministère néerlandais, l'étude de cas sur le Botswana est également disponible auprès des mêmes sources.

avancées en termes de conceptualisation du programme, mais les instruments de mise en œuvre, dont l'Agence nationale d'investissement pour les collectivités territoriales (ANICT), sont soit en cours d'élaboration ou de perfectionnement.

4. Ce rapport est divisé en trois parties :

- La première décrit le contexte général de l'assistance extérieure au Mali et les principaux exercices ou mécanismes de coordination en cours [Réforme de l'aide, Programme de développement sanitaire et social (Prodess) et stratégie de réduction de la pauvreté (Poverty Reduction Strategy Paper (PRSP)].
- La deuxième fait un état des lieux et décrit les contraintes et perspectives de mise en commun de l'AT dans le secteur de la santé.
- La troisième propose des recommandations à l'endroit des autorités maliennes et des partenaires au développement, en plus de quelques suggestions pour la coopération néerlandaise.

II. Contexte général

2.1 Aide publique au développement, assistance technique et mécanismes de coordination existants

5. Le Mali est un pays fortement dépendant de l'aide publique au développement (APD), celle-ci finançant entre 70 et 80% du budget d'investissement et entre 20 et 30% du budget de fonctionnement. En 1999 le pays a reçu environ \$442 millions d'APD, soit 16,4% du produit intérieur brut. Les partenaires bilatéraux fournissent 54% de cette aide et les agences multilatérales 42,3%. Le *Rapport du PNUD sur la Coopération pour le Développement*, édition 1999, décompose cette aide par type d'assistance, comme suit :

TENDANCES DE L'AIDE EXTERIEURE PAR TYPE D'ASSISTANCE (en millier de dollars US)				
	1996	1997	1998	1999
Coopération technique autonome	60 319	65 091	58 250	62 763
Coopération technique liée	24 198	33 897	28 864	26 222
Projets d'investissement	324 599	295 442	320 756	317 2380
Aide Budgétaire/ appui balance des paiements	46 027	45 309	15 890	28 443
Aide alimentaire	3 944	6 681	2 661	46
Assistance et secours d'urgence	10 383	1 893	2 613	3 976
Total	469 470	448 314	429 041	438 688

2.2 Assistance technique

6. En 1999, les dépenses de coopération technique totalisaient US\$88,9 millions, dont 70,3% sous forme d'assistance technique autonome et 29,6% sous forme de coopération technique liée à des projets d'investissements. Il est important de signaler que la tendance des dépenses d'AT est à la baisse au Mali depuis 1997. Celles-ci sont passées d'environ \$98,9 millions en 1997 à \$89,2 millions en 1999.
7. Selon la classification du PNUD, les principaux secteurs bénéficiaires de l'AT sont, par ordre d'importance :
 - La gestion de l'économie (26,9%) ;
 - La mise en valeur des ressources humaines (21,9%) ;
 - Le développement régional (16,1%) ;
 - L'agriculture, les forêts et les pêcheries (9,5%) ; et
 - La santé (8,6%).

Ces cinq domaines bénéficient de plus de 80% de l'assistance technique.

8. Les principaux fournisseurs sont respectivement : les Etats Unis (21,6%), le Fonds arabe de Développement (14%), la Banque mondiale (10,9%), la France (9,2%), l'Allemagne (7%) et le PNUD (5,4%). A eux seuls ils fournissent plus des deux tiers de l'AT.
9. L'AT fournie au travers de l'International Development Association (IDA) est autonome. Elle s'inscrit dans le cadre d'un projet d'appui à la gestion de l'économie pour un montant de \$9,8 millions en 1999. Les Etats Unis fournissent surtout de l'AT liée à des projets d'investissement. Les autres principaux fournisseurs apportent les deux types d'AT (autonome et liée aux projets d'investissement), dont une part importante d'AT autonome.

2.3 Processus et mécanismes de coordination existants

Revue/réforme de l'aide

10. La forte dépendance du Mali de l'aide extérieure a incité le Gouvernement à engager une revue/réforme de l'aide en 1997 avec l'appui du Comité d'Aide au Développement (CAD) de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) et du Programme des Nations unies pour le développement (PNUD) à Bamako. Une première phase comportant un diagnostic des faiblesses et des acquis du système d'aide avait engagé les sièges des agences de coopération, les représentants des agences au Mali, les autorités nationales et les autorités du CAD. Au cours d'une réunion de ces partenaires à Paris en avril 1998, ceux-ci avaient endossé l'idée d'une réforme du système d'aide au Mali. Les modalités de cette réforme ont été clarifiées par les partenaires concernés à partir de Bamako au cours de consultations qui se sont prolongées sur plusieurs mois.
11. La réforme de l'aide comportait deux principaux objectifs : « améliorer la coordination et les modalités de l'aide d'une part ; et d'autre part, parvenir à une aide pilotée et

coordonnée par les autorités nationales, maîtrisée par les structures locales et plus efficace au profit des populations maliennes³ ».

12. Deux ans après le lancement de la phase 'réforme du système d'aide', force est de constater que le processus semble avoir déçu les espoirs que la communauté internationale avait placés dans cet exercice unique. Initialement le programme de travail adopté en avril 1999 avait été conçu pour effectuer des changements à trois niveaux : (1) rationaliser et simplifier le dispositif institutionnel de gestion et de coordination de l'aide au niveau national ; (2) harmoniser et standardiser les procédures et pratiques des partenaires avec les procédures nationales de gestion des fonds publics et tester cette approche dans le cadre des programmes sectoriels (santé, éducation, environnement et décentralisation) ; (3) élaborer un cadre de référence unique des politiques et stratégies de développement ; et (4) mettre en place des mécanismes de mise en cohérence et d'arbitrage des programmes sectoriels.

13. Les résultats de ces efforts ont varié selon ces trois axes :

- Le processus de la réforme a été efficace pour avoir fait connaître les enjeux institutionnels de la maîtrise de la coordination de l'aide par les structures nationales. Par contre, il a été très peu efficace dans la traduction des recommandations de réforme institutionnelle en actes concrets.
- En ce qui concerne l'harmonisation des procédures et des pratiques de gestion de l'aide et l'expérimentation dans le cadre des programmes sectoriels, l'efficacité du processus est mitigée. On note par exemple que le processus a suscité l'élaboration d'un cadre de concertation permettant de jeter les bases d'une réforme des mécanismes de la coopération, de même qu'il a facilité le dialogue sur le manuel de procédures du PRODESS. Les partenaires se sont d'ailleurs mis d'accord sur le montant des frais de mission et des indemnités liées aux ateliers et séminaires. Cet accord a été avalisé et appliqué entre mai 2000 et mars 2001. Par contre, les réformes institutionnelles qui auraient dû réaffirmer la volonté de changer certaines pratiques n'ont pas vu le jour.
- Les sièges des agences de coopération n'ont pas été impliqués sur ces questions dont la résolution passe nécessairement par certains changements des règles et procédures à leur niveau. Il s'agit entre autres du dossier sur la passation des marchés et celui sur la comptabilisation des flux d'aide.
- Le processus a réussi à faire accepter par les autorités nationales et l'ensemble de la communauté internationale la nécessité d'élaborer un cadre de référence unique qui bénéficiera de la mise en place de l'initiative de réduction de la pauvreté liée à la réduction de la dette en faveur des pays pauvres très endettés (PPTÉ). Le Document stratégique de réduction de la pauvreté [Poverty Reduction Strategy Paper] deviendra effectivement l'instrument de planification à moyen terme et sera reconnu comme le processus devant conduire à fédérer toutes les initiatives en matière de politiques et stratégies de développement.

Stratégie de réduction de la pauvreté

³ Communication du Ministre de l'Economie, du Plan et de l'Intégration lors de la Table ronde générale du Mali, Genève, 16-17 septembre 1998.

14. Les recommandations proposées dans le cadre du processus de la réforme de l'aide, à savoir la nécessité d'adopter un cadre de référence unique des politiques et stratégies de développement et d'organiser la concertation avec l'ensemble des partenaires autour de ce cadre, ont convaincu les partenaires que le document stratégique de réduction de la pauvreté était l'instrument capable de remplir cette fonction.
15. Il y a une adhésion croissante des partenaires au développement au processus de réduction de la pauvreté en raison de l'implication des sièges des agences. Le processus va permettre de résoudre un certain nombre de problèmes résultant entre autres de la multiplicité et de la fragmentation des cadres et programmes d'origine thématique et sectorielle qui nuisent à la visibilité et à la cohérence des politiques et stratégies nationales. Le document de stratégie implique en effet que l'ensemble des dynamiques s'inscrive dans un cadre global à moyen terme élaboré selon un processus fédérateur. Il constitue le maillon essentiel entre deux horizons temporels : celui des politiques de court terme et de la vision à long terme 2025 du Mali. Il offre également l'avantage de pallier l'insuffisance des outils et moyens d'arbitrage économique en établissant le lien entre les politiques et stratégies existantes et la budgétisation des investissements.

Programme de développement sanitaire et social

16. Le Prodess a fait l'objet de consultations lors de la Table ronde sectorielle de juin 1998. Il est considéré comme une expérience pilote devant aboutir à l'abandon de l'approche projet au profit de l'approche sectorielle. Les consultations, aussi bien sur le contenu du programme que sur les contributions des partenaires au développement, ont permis de créer une nouvelle dynamique concernant la programmation des activités et la mise en place d'instruments communs de gestion de ce programme. En 2001, 14 donateurs multilatéraux et bilatéraux et environ 13 ONGs intervenaient dans le financement du Prodess pour environ 59 milliards de FCFA. (Voir annexe 1).
17. L'approche sectorielle est censée engager la responsabilité de structures pérennes de la santé telles que la Cellule de planification et de la statistique (CPS), la Direction nationale de santé publique (DNSP), la Direction administrative et financière (DAF) et les Directions régionales. La mise en œuvre du Prodess suggère également des réformes institutionnelles ; des capacités matérielles, humaines et organisationnelles conséquentes et l'harmonisation des procédures des partenaires autour de celles élaborées par le programme. Elle requiert une mise en commun des différents appuis afin de faciliter le renforcement des capacités et d'assurer la mise en œuvre diligente des activités.
18. La mise en commun des appuis extérieurs souhaitée par tous les intervenants devrait se faire à travers l'utilisation du manuel de gestion financière et du guide d'exécution du Prodess. Ces outils doivent en principe se substituer aux divers mécanismes couramment employés par les partenaires. En réalité seuls quelques-uns d'entre eux, à savoir, les Pays-Bas, la Banque mondiale et la Belgique, les utilisent. Afin d'inciter les autres partenaires à les imiter, le Ministère de la santé a autorisé une période de transition (dont la durée n'est pas définie) pour leur permettre de s'adapter progressivement.

19. Des contraintes persistent malgré l'existence de ces signes encourageants. Elles sont liées essentiellement :
- à la difficulté de mettre en place un fonds commun au niveau central ;
 - aux modalités d'intervention (gestion financière) des partenaires au développement au niveau régional ;
 - aux délais liés à la remontée des justificatifs des dépenses effectuées aux niveaux régional et local (les cercles) et à la réalimentation des comptes à ces niveaux par les partenaires au développement ;
 - au transfert des compétences et à la délégation de responsabilités aux collectivités décentralisées ; et
 - à la mise en commun des assistances (financières et humaines) afin de passer véritablement de l'aide projet à l'approche programme.
20. Malgré ces contraintes le Prodess est aujourd'hui au Mali l'un des rares programmes à favoriser le dialogue entre les différents intervenants selon différents mécanismes dont le Groupe des partenaires sur la santé. Avec l'appui du Ministère de la santé, ce groupe s'est engagé à trouver des solutions aux problèmes liés aux aspects institutionnels de la gestion et de la coordination du Prodess.
21. La volonté de coordonner les actions afin de faciliter la mise en œuvre des activités est manifeste aux niveaux : (1) du Ministère de la santé, qui a entrepris de créer une capacité institutionnelle en mesure de piloter le programme ; (2) de la programmation et de la planification des activités et des procédures de gestion du programme. De façon spécifique, le Ministère de la Santé a responsabilisé la CPS qui a élaboré les outils de planification et de programmation de tous les intervenants. Ainsi, tous les appuis s'inscrivent dans les plans d'opération élaborés et discutés aux niveaux national, régional et cercle. En ce qui concerne la mise en œuvre des actions programmées, la DAF du Ministère de la Santé a également élaboré un manuel de gestion financière et comptable et un guide d'exécution. Ces deux outils ont également été discutés par les partenaires au développement. Certains d'entre eux ont inscrit leurs appuis dans ce cadre tandis que d'autres utilisent encore leurs propres procédures d'exécution des projets.
22. Les outils de programmation élaborés par la CPS et ceux d'exécution préparés par la DAF avaient pour objectifs essentiels d'assurer la mise en commun des appuis et l'utilisation des procédures convenues d'un commun accord. Toutefois, la pratique actuelle des partenaires montre que certains d'entre eux tendent vers une intégration de leurs appuis au sein des mécanismes présentés par le Ministère de la Santé tandis que d'autres sont encore dans une attitude attentiste.

III. Mise en commun de l'assistance technique dans le cadre du Prodess : état des lieux, contraintes et perspectives

3.1 *État des lieux : Structures, procédures et pratiques en matière d'assistance technique*

23. Plusieurs structures du Ministère de la santé interviennent dans la définition de l'AT, sa programmation dans le temps, dans l'espace et sa gestion. Il s'agit entre autres de la Cellule de planification et de la statistique, de la Direction nationale de la santé

publique et de la Mission d'appui au développement des ressources humaines (MDRH).

24. La CPS est rattachée au Secrétaire Général du Ministère de la santé. Parmi ses attributions on compte la gestion et l'harmonisation des méthodes et démarches pour l'exécution et l'évaluation des programmes et projets. Elle est en outre chargée de "planifier la formation et l'assistance technique". La CPS assure également le secrétariat d'un Comité technique informel et multidisciplinaire qui regroupe plusieurs agences nationales et les partenaires les plus importants dans le secteur. Il semble que ce groupe pourrait aborder les questions de l'AT dans un cadre global.
25. Rattachée elle aussi au Secrétariat Général du Ministère de la santé, la DNSP est responsable de la politique générale de la santé au niveau national. Elle supervise l'ensemble des structures nationales de santé et organise la répartition des ressources humaines entre les différents services.
26. La MDRH a été créée en 1999 pour une durée de deux ans à la suite desquels elle devrait être remplacée par une Direction des ressources humaines au sein du Ministère de la santé. Sa mission est d'assister le Ministre de la santé dans la conception et l'élaboration d'une politique de développement des ressources humaines. La Mission est placée sous l'autorité du Secrétaire Général du Ministère de la santé et son action est directement supervisée par un Comité de coordination. Un Comité technique de pilotage mixte (autorités nationales/partenaires) se réunit ponctuellement pour se prononcer à l'endroit des travaux de la Mission.
27. La MDRH est financée sur le budget de l'État à hauteur de 20% environ, et à 80% par les partenaires (OMS, Banque mondiale, France et Union européenne) pour les aspects techniques (essentiellement des études). La coopération néerlandaise finance un bureau d'études sur le volet formation des assistants médicaux. Comme son nom l'indique, la MDRH est une structure ad hoc et par conséquent la pérennité des actions qu'elle est en charge n'est pas certaine de même que l'ownership des actions. (Voir section sur l'ownership).
28. Les objectifs de la Mission sont de : (i) procéder à l'évaluation quantitative et qualitative des ressources humaines et à la détermination des besoins du secteur ; et (ii) proposer des mesures et actions à mettre en œuvre pour renforcer et rendre plus efficace les moyens humains dans le secteur, notamment par une meilleure adéquation de la formation aux besoins et une amélioration de déroulements de carrière ; et une gestion plus efficiente des agents. Les travaux de la Mission doivent aboutir à l'élaboration :
 - D'un plan cadre de développement des ressources humaines portant sur les effectifs, le recrutement et les reconversions ;
 - D'un programme de formation continue des professionnels du secteur socio-sanitaire ; et
 - D'un projet de réforme globale de la gestion et du suivi des carrières pour l'ensemble des professionnels de la santé et de l'action sociale.
29. Un système informatisé d'information sur les ressources humaines intégré au système national d'information sanitaire est également prévu.
30. En réalité, aucune des structures évoquées ci-dessus n'assure véritablement la gestion et la coordination de l'AT et le Prodess ne prévoit pas de programmer ce

type d'assistance. L'absence de manuel de gestion de l'AT au niveau national est exacerbée par le peu d'information qui circule entre le Ministère de la santé et les partenaires extérieurs sur cette question. De plus, la plupart des représentants du Gouvernement ignorent les coûts relatifs à l'AT et dans certains cas, les procédures de contractualisation semblent échapper aux autorités qui sont mises devant le fait accompli.

31. En 1998, le projet du PNUD pour le développement des capacités - le Natcap – avait programmé les besoins en AT et de formation pour tous les secteurs, dont la santé. La question clef du capital humain nécessaire à la mise en œuvre du Prodess avait également trouvé sa place au niveau de la conceptualisation du programme, un volet étant consacré au développement des ressources humaines et un autre au renforcement institutionnel. Les résultats du Natcap n'ont pas été exploités et l'initiative a finalement été abandonnée. Ce n'est que récemment, avec l'appui de la SNV néerlandaise, que la question de la prise en compte de l'AT dans sa globalité a fait l'objet de discussions entre les partenaires au développement et le Ministère de la santé.
32. En effet, lors d'une des dernières réunions du Groupe des partenaires sur la santé, la DNSP a proposé un cadre pour identifier les besoins en assistance technique dans le secteur. La Banque mondiale a également dit son intention d'appuyer la constitution d'un groupe technique d'appui à la DNSP, aux Directions régionales de la santé et aux cercles dans le cadre d'un partenariat avec l'État, l'UNICEF et la coopération néerlandaise⁴. La rencontre a été l'occasion pour les participants d'annoncer leur intention d'appuyer le Ministère de la santé dans ses efforts d'harmonisation des approches et d'une exploitation plus efficiente de l'AT. Ils ont chargé l'OMS de proposer au Ministre qu'un groupe de techniciens ou un consultant puisse l'appuyer dans la mise en œuvre du travail en cours.

3.2 *Problématique de "l'ownership"*

33. Pour réaliser leurs objectifs de développement et les projets qui les accompagnent, les partenaires au développement font appel à la coopération technique et à des structures qui sont rarement durables parce qu'elles répondent plus aux besoins de l'utilisation de l'aide qu'aux contraintes du développement et à la capacité des Maliens à les entretenir financièrement sur le moyen terme.
34. La coopération technique (CT) comprend généralement toute activité ou apport visant à améliorer les capacités humaines et institutionnelles par transfert, adaptation ou utilisation de connaissances, de compétences ou de technologie. Au Mali, cet apport est né de la pénurie de compétences et capacités locales de gestion héritée de l'époque coloniale. C'est ainsi qu'entre 1960 et 1970 de nombreux cadres internationaux ont occupé des postes clés dans l'administration malienne pendant des périodes considérées comme longues. Cependant, le transfert de savoir-faire n'a pas servi de catalyseur aux opérations de l'aide en partie à cause du profil des experts étrangers qui était souvent inadapté aux besoins en médiation et formation des institutions nationales et aux problèmes internes aux institutions maliennes.

⁴ Voir Aide mémoire de la mission du 19 janvier au 2 février 2001.

35. A partir des années 80 un nombre grandissant de Maliens a été formé et le volume de coopération technique a augmenté sensiblement. Les experts de longue durée ont été progressivement remplacés dans les années 90 par des missions de consultation de plus courte durée. De plus en plus de Maliens font aujourd'hui partie d'équipes techniques et certaines agences recrutent du personnel d'encadrement malien. Malgré cette tendance, les besoins en personnels qualifiés au sein de l'administration malienne et des projets et programmes des donateurs se font toujours ressentir.
36. Dans le cadre de l'exercice de la Revue d'aide⁵, il n'a pas été possible d'obtenir des chiffres sur la coopération technique en termes d'effectifs pour la période 1985-1995. En termes de coûts, ceux-ci ont atteint 573 milliards de FCFA (dont 22,6% sous forme multilatérale) entre 1985 et 1995. A elle seule, l'ancienne URSS finançait jusqu'en 1990 plus de 50% de ce type d'aide. Alors que la valeur annuelle moyenne était de 43 milliards de FCFA entre 1985 et 1990, ce chiffre s'est accru de 32% depuis 1991. Les ressources destinées à la coopération technique sont essentiellement gérées par les agences d'aide et ne figurent pas dans les plans et budgets nationaux.
37. Dans l'ensemble la coopération technique au Mali n'a pas atteint ses objectifs de renforcement institutionnel. La réforme des pratiques actuelles, qui semble nécessaire, doit reposer sur une analyse des contraintes observables au niveau de l'environnement institutionnel national et sur une meilleure utilisation des talents nationaux disponibles. Pour être efficace, cependant, toute réforme dans ce domaine doit compter sur le soutien des plus hautes sphères de l'État.
38. Depuis quelques années une partie des fonds destinés à la coopération technique est dirigée vers l'emploi de personnel malien dans le cadre d'unités de gestion ou de services de tutelle distincts pour chaque projet. Ces derniers ont un impact globalement négatif sur le développement des capacités institutionnelles au regard de l'étranglement de leurs objectifs et de leurs intérêts et du fait qu'ils détournent les ressources humaines des structures existantes. Ce dispositif permet aux donateurs d'assurer une gestion plus contrôlée et un taux élevé de déboursements mais compromet l'impact durable des projets et programmes.
39. L'absence "d'ownership" des structures maliennes vis-à-vis de l'AT est liée aux difficultés qu'éprouvent les structures mentionnées ci-dessus à planifier et à gérer correctement les ressources humaines. Trop de services sont impliqués dans cette gestion et aucun d'entre eux « n'a de véritable maîtrise des effectifs, ni de leur répartition par niveau »⁶. Ce constat s'applique également à la fonction de coordination : il n'est pas possible à ce jour de savoir, sur la base des entretiens effectués, lequel parmi les services du Ministère de la santé est censé coordonner l'ensemble des interventions dans le secteur.
40. Le manque de coordination entre les différents services (CPS, Directions régionales, DNSP, etc.) et entre ces services et les deux missions d'appui (en plus de la MDRH il existe une Mission d'appui à la réforme hospitalière), révèle en réalité une désorganisation du travail qui plombe le bon fonctionnement à tous les niveaux (central, régional, municipal) et nuit à la mise en œuvre du Prodess.

⁵ *Revue du système international de l'aide au Mali : Rapport Provisoire*. Janvier 1998. P 14-15

⁶ *Mission de Développement des Ressources Humaines*. Document de Présentation. Octobre 1999

41. Des critiques ont également évoqué le flou qui entourait le mandat de la MDRH (plus centrée sur la conception que sur la mise en oeuvre) et la finalité de ses travaux. Selon le décret qui la constitue, la mission a pourtant des objectifs clairs et des activités bien déterminées mais l'absence d'échanges d'information entre les différentes structures entretient la confusion sur leur rôle respectif.
42. Par exemple, le décret qui constitue la CPS ne fait état que de sa fonction de planification de l'AT sans que la gestion de cette assistance soit mentionnée. Cependant la cellule est chargée «d'harmoniser les démarches et méthodes pour l'exécution des programmes et projets », ce qui pourrait s'interpréter comme incluant l'AT. Or il semble que les quelques initiatives en cours sur ce thème proviennent de la DNSP. Cette situation crée l'impression, largement partagée, que le Ministère de la santé n'assure pas de véritable leadership dans la mise en commun de l'AT, ce qui laisse le champ libre aux nombreux intervenants dans le secteur. Lors des entretiens les partenaires extérieurs ont effectivement regretté l'absence d'un interlocuteur crédible au sein du Prodess pour représenter le point de vue des autorités et coordonner l'ensemble des actions du programme.

3.3 *Problématique liée à la capacité de gestion de l'AT*

43. Le Prodess est devenu esclave des outils de la planification au détriment de la mise en œuvre. Des critiques ont par exemple été émises sur la lenteur avec laquelle les engagements financiers étaient décaissés au niveau de la DAF du Ministère des Finances et de l'Économie. La difficulté d'effectuer des arbitrages et le manque d'articulation entre les deux ministères impliqués sont sans doute à l'origine de ces lenteurs. Il en résulte que seule une proportion infime des financements est utilisée au niveau des régions malgré les besoins exprimés localement. Ces dysfonctionnements sont exacerbés par le fait que peu d'agents de l'État au niveau décentralisé connaissent et comprennent les procédures complexes de décaissement des différents donateurs.
44. Plusieurs partenaires font état de l'énorme problème d'instabilité et d'insuffisance de personnel au niveau opérationnel (dans les régions), autre facteur qui nuit à la bonne marche du programme. Le manque de motivation, les problèmes liés au cadre de vie dans les régions et l'absence d'un système performant de gestion des carrières basé sur le mérite sont cités comme cause principale de la désaffection des agents de l'État. Une enquête de USAID révèle que ces derniers souhaitent en réalité plus d'information et une meilleure coordination entre les services de la santé, au même titre que de meilleurs salaires.
45. Le manque d'organisation au sein des services du Ministère de la santé est favorisé par l'absence de directives claires concernant la mise en œuvre du programme. Le Guide des procédures d'exécution a bien été rédigé, mais ses 600 pages le rendent indigeste et n'incitent pas à l'emploi. Un autre guide, considérablement réduit (75 pages) a été développé par la DNSP et la SNV sur la base des enseignements acquis sur le terrain depuis la mise en œuvre du programme. Ce guide a fait l'objet de discussion entre les partenaires, y compris les Directions régionales, la DAF et les donateurs. Malheureusement, ces discussions n'ont pas été suivies de mesures concrètes en terme d'application et de diffusion auprès des différents intervenants.
46. Le manque de capacité de gestion et de coordination de l'appareil de l'État (sauf au niveau de quelques actions ciblées comme la transfusion sanguine) est certainement

exacerbé par le manque d'organisation et de leadership évoqués ci-dessus. Ces faiblesses s'accroissent au vu de la multiplicité des procédures des partenaires. On se retrouve donc dans un cercle vicieux qui fait que les actions des uns nourrissent les dysfonctionnements des autres, et vice versa.

3.4 Contraintes et limites de la mise en commun de l'assistance technique

47. Même si le Prodess favorise l'inscription de l'ensemble des interventions dans un cadre commun élaboré par les autorités locales, les donateurs ont des difficultés à adapter leurs procédures en accord avec cette approche. Tout en souscrivant au cadre englobant du programme, la plupart d'entre eux persiste dans la logique de l'aide projet et continue de gérer les interventions selon des pratiques pourtant dénoncées dans de nombreuses instances, y compris au Mali dans le cadre de la Réforme de l'aide.
48. Parmi ces interventions on note en particulier le recours à leurs propres procédures en dépit d'une procédure nationale, certes perfectible, mais élaborée d'un commun accord ; à une programmation trop figée qui ne tient pas compte du facteur temps ; et à l'obsession de l'obligation de décaisser au détriment de la fonction supervision et accompagnement. Ces dysfonctionnements sont démultipliés par le nombre des intervenants et des interventions. Il n'est pas étonnant dans ces conditions que les autorités nationales éprouvent des difficultés à coordonner et gérer efficacement le Prodess.
49. L'AT illustre bien les frustrations ressenties par les Maliens au niveau des procédures des donateurs en la matière. Pour commencer, les interlocuteurs critiquent la lenteur des procédures de recrutement des experts étrangers et le fait que l'AT soit 'verrouillée' par les agences d'aide. Il s'agit principalement d'une assistance de substitution, gérée à partir des sièges et dont les conditions de mobilisation et d'utilisation sont floues et donc sujettes à interprétation. Cette assistance n'est pas comptabilisée au niveau du pays et ne reflète pas nécessairement les besoins ressentis au niveau local.
50. Le recrutement des experts et la fourniture de bourses pour la formation à l'étranger restent effectivement liés à la source du financement pour un nombre important de donateurs. Malgré le coût exorbitant de ce type d'assistance, et les critiques à son encontre, notamment sur son peu d'efficacité à renforcer les capacités locales, le recours à l'AT de substitution se poursuit invariablement. La pratique prometteuse des fonds communs, qui pourrait en principe faciliter la mise en commun de l'AT, est encore loin de faire l'unanimité. La réticence des donateurs est justifiée par la rigidité de leurs propres procédures et par le manque de confiance qu'ils ressentent par rapport à la capacité des autorités maliennes à gérer de façon transparente ces financements. Les donateurs craignent également de perdre la visibilité dont ils ont besoin pour justifier leur aide auprès de leurs opinions publiques.
51. Enfin, il n'existe pas de manuel ni de directives particulières en matière de mobilisation et d'utilisation de l'AT. Un tel guide pourrait être confectionné sur le modèle du Guide des partenariats avec les ONG que la CPS a récemment recommandé.

3.5 Facteurs en faveur de la mise en commun de l'assistance technique

52. Les entretiens ont fait ressortir un certain nombre d'intentions et d'actions qui augurent en faveur de la rationalisation de l'AT au sein du Prodess :

- Les agents du ministère rencontrés ne récusent pas l'assistance technique en tant que telle. De l'avis d'un nombre de Maliens, certaines expertises justifient l'assistance technique externe, à condition que celle-ci se fonde à l'intérieur d'un système. Il faut éviter que l'AT ne fasse l'objet d'un service indépendant ou créé à cet effet.
- Il semble qu'il existe une aspiration nationale pour une assistance technique basée sur le principe de la globalité et planifiée en fonction des besoins réels, bien identifiés aux niveaux national, régional et local (les cercles). L'articulation entre ces besoins et la gestion des effectifs et des carrières au sein du ministère pourrait se concrétiser sur la base des travaux de la DNSP et de la MDRH.
- Des critères en matière d'AT sont déjà identifiés. Le document de présentation de la MDRH soutient en effet que la priorité doit aller à la maîtrise des coûts, notamment la réduction des postes confiés à des expatriés et le choix de cadres nationaux pour les postes d'assistants techniques que les partenaires sont disposés à fournir en appui aux activités du Département de la santé, avec réallocation de ces ressources au financement des formations de spécialistes nationaux⁷.
- Le cadre sur les besoins en AT préparé avec le concours de la SNV clarifie quant à lui : (i) les objectifs globaux, (ii) les objectifs spécifiques, (iii) les résultats attendus, et (iv) les activités. Il suffit de le compléter par des critères de performance, sur la base de négociations entre partenaires.
- Le renforcement des capacités, y compris la formation professionnelle et continue, est une constante préoccupation des personnes à responsabilité au sein du ministère. Ces agents ont également une vision claire des secteurs où les besoins en AT se font le plus ressentir. Les Directeurs du CPS et de la DNSP se prononcent par exemple pour la planification de l'AT selon une notion temporelle : l'AT de courte durée pour répondre à des besoins immédiats de conseil auprès des Directions régionales ; et l'AT sur le plus long terme pour permettre la formation des agents, la relève et la continuité. Il revient aux partenaires du Prodess d'analyser la situation sous ces deux angles.
- Certaines pratiques pallient l'absence d'un manuel de procédures en matière d'AT. Ce sont les lettres de mission que les instances nationales et régionales ont l'habitude d'élaborer et d'utiliser en fonction des besoins exprimés (au risque de susciter des tensions avec les agences de coopération). Il s'agit de mieux clarifier ces lettres de mission, y compris le mandat et les responsabilités des assistants techniques, et d'effectuer des évaluations plus systématiques de l'effet à long terme de leurs interventions (ce qui n'est pas le cas actuellement).

⁷ Ibid., p. 10

53. Au niveau des donateurs il existe également des facteurs qui plaident en faveur d'une mobilisation sur le renforcement des capacités et sur la rationalisation de l'assistance technique. Parmi ses derniers, on note en particulier :

- Le respect des orientations générales du Prodess et l'accent que de nombreuses agences mettent sur le renforcement des capacités dans le but d'améliorer l'efficacité de ce programme.
- Une prise de conscience généralisée qu'une meilleure coordination est nécessaire pour améliorer l'impact du Prodess. Les partenaires sont également convaincus que le programme « n'atteindra pas ses objectifs si le problème des ressources humaines ne trouve pas une solution adéquate. Ils souhaitent en conséquence que le MDRH soit mieux dynamisé en vue de l'initiation diligente d'actions concrètes dans ce domaine »⁸
- Une certaine bonne volonté existe d'engager la concertation sur l'AT sous l'impulsion du Ministère de la santé, même si la vision sur sa mobilisation et son utilisation n'est pas encore partagée.
- Les mentalités évoluent progressivement sur d'autres questions liées par exemple à la mise en commun des financements avec la contrepartie nationale « à condition de se mettre d'accord sur la stratégie et les indicateurs d'impact ». Certains donateurs avancent progressivement vers un appui budgétaire lié au secteur santé selon des conditions qui peuvent varier de l'un à l'autre (utilisation de comptes spéciaux, attributions spéciales ('earmarking'), etc.)
- Des avancées perceptibles sont reconnues par certains des interlocuteurs les plus impliqués dans le Prodess, en particulier sur les systèmes de planification et de suivi. En ce qui concerne les procédures, l'évolution va dans le sens d'une certaine latitude pour que chaque donateur puisse garder les siennes tout en maintenant des objectifs communs. Une minorité d'agences bilatérales, dont les Pays Bas, le Canada œuvre en faveur de l'adoption de procédures nationales. Les Pays Bas appuient quant à eux l'utilisation de procédures conjointes aux étapes principales de la mise en œuvre du programme. Une revue conjointe à mi-parcours du programme est en outre programmée.

IV. Conclusions et recommandations

54. La discussion précédente a indiqué quels étaient les indices en faveur d'une rationalisation de l'assistance technique au sein du Prodess même si une mise en commun est encore une hypothèse à n'envisager qu'à long terme. Il semble que les partenaires au développement ont pris conscience qu'une meilleure gestion et coordination dans ce domaine étaient indispensables et il reste désormais à s'accorder sur les modalités. La mise en commun de l'AT soulève à cet égard une série de questions pertinentes :

55. Tout d'abord, l'assistance technique est inexorablement liée à la politique de coopération des pays donateurs et à leurs procédures. Le fait qu'elle ait été au début une assistance de substitution et par la suite qu'elle n'ait pas permis une appropriation plus importante des autorités nationales et locales s'explique par les

⁸ Mémoire des partenaires suite à la réunion du Comité technique de la santé du Prodess. 23 au 27 avril 2001.

faiblesses liées à la gestion du personnel de la fonction publique malienne, y compris l'absence d'une politique adéquate des salaires, des plans de carrière et des systèmes d'incitations. Ces faiblesses trouvent en partie leur fondement dans les conditionnalités imposées par les institutions de Bretton Woods (IBW) qui fixent des limites au recrutement et à la masse salariale. Certains partenaires bilatéraux renforcent cette tendance lorsque leurs appuis sont liés au respect par les autorités maliennes des accords avec ces institutions.

56. C'est ainsi qu'on assiste à un paradoxe dans la gestion des programmes : d'un côté on reconnaît la faiblesse des capacités humaines au niveau national ; et de l'autre on impose des limitations qualitatives et quantitatives qui limitent cette capacité. La question des salaires et la pléthore des fonctionnaires ne font pas l'objet d'un dialogue franc et ouvert entre partenaires, cependant que l'AT de substitution se poursuit sans que sa contribution au renforcement des capacités nationales soit sérieusement contestée, ni même évaluée. Le renforcement des capacités, qui fait partie du mandat de certaines organisations comme le PNUD, est en réalité une activité poursuivie par de nombreuses agences de façon assez disparate.
57. Tant que ces questions fondamentales ne seront pas traitées dans le cadre d'une discussion globale sur l'AT, il est illusoire d'espérer de profonds changements de comportement des agents peu motivés qui sont dans une dynamique de survie plutôt que de rendement. La fuite des cerveaux, qui affecte déjà la République du Mali, se poursuivra et les experts étrangers seront toujours appelés à remplacer les agents de l'État en l'absence d'une stratégie crédible de gestion des ressources humaines.
58. Le renforcement des capacités et la réforme de la fonction publique (mise en place d'une stratégie pour motiver les agents, augmentation du niveau des salaires et élaboration de plans de carrière) devraient être inscrits dans les négociations avec les IBW. Pour l'heure, ces questions ne font pas l'objet d'un traitement global associé à celle, pertinente, de la réforme de la fonction publique et des conditionnalités des IBW.
59. De manière plus générale, la mise en place des programmes sectoriels dans des pays comme le Mali suggère des conditions telles « l'existence d'un cadre de politiques macro-économiques et sectorielles adéquates, l'existence d'un programme d'investissement sectoriel, une capacité suffisante de mise en œuvre du gouvernement, une capacité qui permet la réduction de l'assistance technique, un consensus suffisant chez les donateurs et leur volonté d'adopter des processus communs de mise en œuvre, la volonté du gouvernement de mener une large consultation et de prendre effectivement le leadership »⁹. Il importe donc de faire preuve de pragmatisme si l'on veut maintenir le cap de l'approche sectorielle ou de l'approche programme ; et d'adapter ces principes au cas par cas et de façon progressive.
60. Les agences de coopération n'ont pas toujours pris conscience de ce que ces principes impliquaient en termes de leurs propres ressources (financières et humaines au niveau du terrain) et de flexibilité au niveau de leurs procédures. Elles pourraient être appelées à le faire systématiquement. Une autre question, capitale elle aussi, concerne l'évaluation des interventions dont sont responsables tous les assistants techniques (nationaux et internationaux). Jusqu'à présent ces évaluations, quand elles existent, sont peu disponibles et l'impact de l'assistance

⁹ Voir la synthèse révélatrice faite par David Naudet dans *Vingt ans d'aide au Sahel : Trouver des Problèmes aux Solutions*. OECD/Club du Sahel 1999. P. 228.

technique sur le renforcement des capacités est toujours un terrain à défricher. Des critères de résultats pourraient être élaborés qui contribueraient à améliorer la transparence, la performance et les enseignements à tirer des expériences.

61. La discussion qui précède permet d'avancer quelques recommandations :

A l'endroit des autorités maliennes :

- Définir les besoins globaux en AT dans le cadre des programmes sectoriels, à la fois dans le temps et dans l'espace ; et organiser la concertation entre les différents utilisateurs des services et les fournisseurs de l'AT sur cette base.
- Elaborer des outils de gestion de l'AT simples et accessibles (guide ou manuel de gestion) et les diffuser largement.
- Mettre en place un système d'information sur l'évolution des besoins en AT et des besoins en formation au niveau national.
- Elaborer un plan et/ou une stratégie nationale de formation.
- Engager des négociations avec les partenaires au développement pour une réforme en profondeur de la fonction publique.

4.2 A l'endroit des partenaires extérieurs

- Inscrire les appuis dans le cadre global des besoins définis par la partie nationale et encourager la concertation entre partenaires en vue de la mise en commun de ces appuis.
- Harmoniser et standardiser les procédures et les modalités de gestion de l'AT et accompagner les efforts nationaux dans le domaine de la gestion de l'AT
- Recourir de moins en moins à l'assistance technique liée et encourager l'élaboration de programmes de renforcement des capacités nationales
- Encourager les IBW à prendre en compte les besoins de relèvement du niveau des salaires et inscrire cette problématique dans les négociations avec les autorités nationales.

A l'endroit des deux parties :

- Assurer la transparence dans la gestion de l'AT afin de faire coïncider les besoins (demande) avec l'offre.
- Engager des discussions sur les aspects techniques (profil des AT par exemple) et financiers afin de faciliter son orientation dans les domaines prioritaires.
- Mettre en place les conditions nécessaires au transfert des compétences afin d'assurer la pérennité des interventions (désignation d'homologue, plan de formation couplé à l'AT).
- Intégrer l'AT dans les structures pérennes de l'administration et éviter les structures parallèles qui génèrent des frustrations et nuisent à l'efficacité de l'appui.
- Organiser des évaluations conjointes afin d'assurer une meilleure orientation de l'AT et de retenir des critères de performance conformes aux attentes des deux parties.

Rôle de la coopération néerlandaise

62. La coopération néerlandaise est à l'avant garde des intentions dans le domaine de l'harmonisation des procédures, en tous cas dans le contexte de la République du Mali. Son positionnement sur cette question en fait un peu un 'leader' naturel, au moins parmi les agences bilatérales. Il est nécessaire qu'elle s'investisse intensément pour que les donateurs agissent de concert sur un nombre de questions clefs au sein des programmes sectoriels, dont la rationalisation de l'AT. Il s'agit de multiplier les occasions, formelles ou informelles, de dialoguer afin de dégager ce qu'il est possible de faire ou de ne pas faire en la matière.
63. Les Pays Bas pourraient également encourager les responsables au sein des ministères à se positionner sur ces questions et à préciser leur démarche, d'autant plus qu'une vision se dégage et qu'une stratégie de mise en œuvre est en cours. Il reste à identifier un interlocuteur crédible dans l'un des services de la santé pour assurer le leadership et une meilleure coordination. Il est en effet indispensable que les autorités maliennes présentent un front uni face à la communauté des donateurs. La coopération néerlandaise pourrait faire valoir ce point auprès des autorités.
64. La consultation sur l'AT devrait être à la fois franche et approfondie de façon à intégrer les véritables questions de fonds, de genre de celles qui sont évoquées ci-dessus (para. 45 à 50). On pourrait faire appel au Secrétariat de la Réforme de l'aide qui présente un cadre de concertation déjà rodé sur les questions des pratiques de l'aide, y compris l'harmonisation de certaines procédures. Il faudrait continuer à dynamiser ce Secrétariat dont le mandat et le statut sont généralement bien acceptés par tous les partenaires au Mali.
65. L'articulation entre les différents services du Ministère de la santé et la MDRH semble poser problème malgré la complémentarité des mandats. Les études mandatées par cette mission devraient être capitalisées pour alimenter le dialogue sur l'AT. De même un effort pédagogique important devrait être fait au niveau des directions régionales sur les outils au service des programmes sectoriels. Peu de compréhension et de connaissance existent sur l'utilisation de ces instruments. Ceci pourrait être envisagé en étroite collaboration avec le Ministère des collectivités territoriales.
66. Enfin, il semble prématuré de parler de 'mise en commun de l'AT' tant que la majorité des donateurs n'adhère pas encore à l'idée d'un 'pot commun' dans le cadre du Prodess. Par contre, le terme rationalisation semble faire l'unanimité des interlocuteurs interrogés.

ANNEXE I :

PROGRAMME DE TRAVAIL DU PRODESS 2001

Agences	Min. Santé	Min. Dév. Social	Montant
IDA	10,250,991	0	10,250,991
OMS	742,475	104,159	846,634
UNICEF	2,901,668	182,079	3,083,747
FNUAP	547,477	3,230	550,707
PNUD/ONUSIDA	87,833	3,200	91,033
PAM	16,750	0	16,750
Coop. Néerland.	2,256,265	68,619	2,324,884
USAID	3,551,632	195,609	3,747,241
CE	2,166,111	0	2,166,111
France	1,079,414	2,500	1,081,914
Canada	0	0	0
Suisse	321,546	8,250	329,796
Belgique	454,987	1,109	456,096
Allemagne (GTZ&SR)	262,156	33,425	295,581
Japon	0	0	0
ACAUPED	0	4,000	4,000
Alliances Missions	0	0	0
ASDP	0	0	0
AMI	3,200	0	3,200
Care	64,326	14,000	78,326
CICR	0	0	0
DBJI	0	0	0
FADECK	0	0	0
Fonds. Raoul Follereau	409,302	40,266	449,568
GAAS	0	0	0
HKI	40,119	20,715	60,834
LAG	0	0	0
MSF	38,074	0	38,074
PDY	180,038	0	180,038
PI	141,664	0	141,664
Sahel 21	0	0	0
Save the Children	0	0	0
Sight Savers	0	0	0

SR	15,700	0	15,700
Stop Sahel	502,647	4,972	507,619
World Vision	114,535	0	114,535
Autres ONG	1,615,385	278,517	1,893,902
Total PTF	27,764,295	964,650	28,728,945
Recouvrement	3,763,739	1,854	3,765,593
Communautés	1,377,870	11,987	1,389,857
État	22,058,023	1,429,397	23,487,420
S/total	27,199,632	1,443,238	28,642,870
TOTAL GENERAL	54,963,927	2,407,888	57,371,815

Annexe II

Liste des personnes rencontrées

1. Patrick Maillard	Union européenne
2. Dr Coulibaly	UNICEF
3. Dr. Ignace Ronse	OMS
4. Mamadou N. Traoré	Ambassade des Pays-Bas
5. Mamadou Ballo	CPS/ Santé
6. Dr. Mamadou Touré	SNV
7. Zamilatou Cissé	SCC
8. François Gil	AFD
9. Aïda Lô	US AID
10. Féliberto Blanco	Ambassade de Cuba
11. Burmeister Helmut	GTZ
12. Mariame Sissoko	FNUAP
13. Salif Samake	DNSP