

# Synthèse du rapport d'audit des programmes Gavi en République du Mali

Le rapport d'audit ci-joint présente les conclusions de l'audit des programmes de Gavi portant sur les soutiens de Gavi aux programmes d'immunisation du gouvernement du Mali et leur mise en œuvre par le Ministère de la Santé et du Développement Social (MSDS).

L'audit a été conduit par l'équipe d'Audit des Programmes de Gavi entre février 2020 et mai 2021, interrompu par la pandémie de COVID-19, et portait sur la période du 1er janvier 2016 au 31 décembre 2019. Le champ de l'audit comprenait la gestion par le MSDS des soutiens de Gavi, du Programmes Elargi de Vaccination et des procédures de gestion des vaccins.

Les points saillants de la synthèse du rapport d'audit (pages 3 à 5), décrits de manière détaillée dans le corps du rapport, sont les suivants :

1. De manière générale, la gestion des soutiens Gavi **nécessite des améliorations significatives**, ce qui signifie que « les contrôles internes et les procédures de gestion des risques présentent des faiblesses dans leur nature ou dans leur opérationnalisation qui pourraient affecter négativement la réalisation des objectifs de l'entité ».
2. Vingt déficiences ont été relevées en lien avec certaines défaillances en matière de gouvernance, de suivi et d'exécution des opérations, ainsi que le non-respect de certaines dispositions de l'Accord-cadre de Partenariat en vigueur.
3. Les principaux constats ont comporté notamment les éléments suivants :
  - a. Des faiblesses observées dans le fonctionnement du Comité de Coordination Inter-agences et du Comité de suivi du Renforcement du Système de Santé ont impacté sur la mise en œuvre du processus de planification du Plan de Travail Annuel ;
  - b. La Section d'Immunisation affiche certaines limites dans ses leviers d'intervention pour cause de son positionnement informel au sein de la Direction Générale de la Santé et des moyens inadéquats dont elle dispose ;
  - c. Le cadre du contrôle interne présente des faiblesses ne lui permettant pas de remplir pleinement ses attributions et ainsi offrir un niveau d'assurance suffisant sur la gestion des programmes soutenus par Gavi ;
  - d. Le manuel de procédures en vigueur ne suffit pas à encadrer adéquatement les activités de gestion comptable et financière ;
  - e. L'absence de tenue régulière de comptabilité, ou encore les défaillances dans le suivi des avances, impactent sur le reporting financier de l'utilisation des subventions de Gavi et leur identification ;
  - f. Le suivi et le rapportage de la bonne exécution budgétaire s'effectue manuellement en dehors du logiciel comptable, augmentant le temps de préparation et le risque d'erreur humaine ;
  - g. La documentation et l'archivage des dossiers de passations de marché ne suffisent pas pour assurer du respect permanent des procédures en vigueur, ou encore de confirmer les principes d'équité et de transparence recherchés pour les commandes publiques ;
  - h. Des dépenses programmatiques insuffisamment justifiées, irrégulières ou non justifiées d'un total de 176 385 887 FCFA (301 655 USD), ont fait l'objet d'une demande de remboursement;
  - i. L'analyse des processus et des outils de suivi des données de stocks, ainsi que les visites de sites d'entreposage, ont mis en évidence des défaillances en termes de gestion administrative et physique des stocks de vaccins et consommables ;
  - j. La maintenance des équipements de la chaîne du froid doit être renforcée à la fois sur le plan préventif et curatif ;

- k. Les supervisions, prévus dans le Plan Pluri Annuel Complet de la Section Immunisation, n'ont pas toute été réalisées et les recommandations faites manquent de suivi ;
- l. Les données de la vaccination saisies dans le DVD-MT (*'District Vaccine Data Management Tool'*) sont incomplets, et n'ont pas fait l'objet d'analyse par les Directions Régionales de la Santé avant leur remontée vers la Direction Générale de la Santé.

Les constats de l'audit des programmes ont été partagés avec le MSDS. Dans une lettre datée du 16 août 2021, le MSDS s'engage à suivre la mise en œuvre du Plan d'action correctif aux constats d'audit.

Le Secrétariat de Gavi continue à travailler avec le MSDS pour s'assurer que les engagements pris sont mis en œuvre, et pour établir un calendrier de remboursement des dépenses mises en question susmentionnées.

Genève, octobre 2022

# RAPPORT D'AUDIT DES PROGRAMMES

REPUBLIQUE DU MALI

NOVEMBRE 2021



**Sommaire**

<b>1. Résumé exécutif</b>	<b>3</b>
1.1. Constatations d'audit par section	3
1.2. Opinion d'audit globale	3
1.3. Résumé détaillé	4
1.4. Impact quantitatif des constatations d'audit	5
<b>2. Champ et objectifs de l'audit</b>	<b>6</b>
2.1. Champ de l'audit	6
2.2. Objectifs de l'audit	7
2.3. Déroulement de la mission d'audit	7
2.4. Taux de change appliqués	8
<b>3. Contexte</b>	<b>8</b>
3.1. Introduction	8
3.2. Structures impliquées dans la mise en œuvre des subventions Gavi	9
<b>4. Résultats détaillés</b>	<b>11</b>
4.1. Gouvernance et performance organisationnelle des entités	11
4.2. Gestion comptable et financière	17
4.3. Gestion budgétaire	25
4.4. Achats et passations de marchés	26
4.5. Engagement des dépenses	27
4.6. Gestion des vaccins	28
4.7. Suivi et évaluation	35

**Annexes****37**

Annexe 1 – Acronymes	37
Annexe 2 – Méthodologie	38
Annexe 3 – Définitions : opinion, notes d'audit et priorités	39
Annexe 4 – Classification des dépenses	40
Annexe 5 – Synthèse des dépenses mises en question par l'audit	41
Annexe 6 – Détail des dépenses en FCFA mises en question par l'audit	43
Annexe 7 - Rapprochement des niveaux des stocks entre fichiers SMT renseignés chaque année par l'entrepôt national	55
Annexe 8 - Erreurs de saisie relevées par l'équipe d'audit dans les fichiers SMT	56
Annexe 9 - Illustration des carnets d'entretien de deux véhicules présents à l'entrepôt national lors de la visite d'audit	63
Annexe 10 – Comptes rendus des visites de sites	65
Annexe 11 - Photo prise des pièces reçues de 2018 2019 non encore comptabilisées dans le bureau de la DFM	71
Annexe 12 - Plan d'action correctif aux constats d'audit	72

## 1. Résumé exécutif

### 1.1. Constatations d'audit par section

Section*	Constat	Risque*	Page
<b>4.1.</b>	<b>Gouvernance et performance organisationnelle des entités</b>		<b>11</b>
4.1.1.	Dysfonctionnement du CCIA et du comité de suivi RSS	■	11
4.1.2.	Faiblesses dans le processus de planification des activités programmatiques	■	13
4.1.3.	Positionnement inadéquat de la SI au sein du MSDS et insuffisance d'organisation et de moyens	■	15
4.1.4.	Cadre du contrôle interne insatisfaisant	■	16
<b>4.2.</b>	<b>Gestion comptable et financière</b>		<b>17</b>
4.2.1.	Lacunes relevées dans le manuel de procédures PRODESS en vigueur au sein du MSDS	■	17
4.2.2.	Insuffisances en matière d'identification des fonds Gavi	■	19
4.2.3.	Insuffisances dans la comptabilité des fonds Gavi	■	20
4.2.4.	Défaillances dans le suivi des avances	■	22
4.2.5.	Faiblesses constatées dans le classement et l'archivage des pièces comptables	■	23
4.2.6.	Comptabilisation et suivi des immobilisations défaillants	■	24
<b>4.3.</b>	<b>Gestion budgétaire</b>		<b>25</b>
4.3.1.	Faiblesses relevées dans le suivi budgétaire	■	25
<b>4.4.</b>	<b>Achats et passations de marchés</b>		<b>26</b>
4.4.1.	Archivage des dossiers de passation des marchés à parfaire	■	26
<b>4.5.</b>	<b>Engagement des dépenses</b>		<b>27</b>
4.5.1.	Dépenses mises en question	■	27
<b>4.6.</b>	<b>Gestion des vaccins</b>		<b>28</b>
4.6.1.	Absence de procédures opérationnelles normalisées	■	28
4.6.2.	Outil de gestion des stocks non fiable	■	29
4.6.3.	Tenue irrégulière et non protocolée des inventaires physiques de stocks	■	31
4.6.4.	Maintenance préventive et curative irrégulière des équipements de la chaîne du froid	■	33
4.6.5.	Insuffisances dans la gestion de la chaîne du froid	■	34

Section*	Constat	Risque*	Page
<b>4.7.</b>	<b>Suivi et évaluation</b>		<b>35</b>
4.7.1.	Supervisions irrégulières	■	35
4.7.2.	Manque d'analyse des données DVD-MT et d'actions correctives	■	36

### 1.2. Opinion d'audit globale

L'équipe d'audit a évalué que la gestion des soutiens Gavi par le Ministère de la Santé et du Développement Social (MSDS) pendant la période audité nécessite des **améliorations significatives** étant donné que les contrôles internes et les procédures de gestion des risques présentent des faiblesses dans leur nature ou dans leur opérationnalisation qui pourraient affecter négativement la réalisation des objectifs de l'entité.

Afin de réduire les risques associés aux constats énumérés ci-dessus, l'équipe d'audit a proposé 20 recommandations nécessitant la mise en œuvre du plan d'action correctif (**Annexe 12**).

\* La note d'audit attribuée à chaque section, le niveau de risque évalué pour chaque constat d'audit et le niveau de priorité des recommandations sont définis en **Annexe 3** du présent rapport.

### 1.3. Résumé détaillé

Les principaux constats sur les différents aspects de la gestion des fonds reçus et des vaccins distribués sont résumés ci-dessous.

#### ***Gouvernance et organisation***

Les mécanismes de gouvernance entourant la gestion des subventions Gavi couvrent à la fois les aspects financiers et programmatiques et reposent sur une structure organisationnelle visant à opérationnaliser les programmes de vaccination à travers tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Les faiblesses observées dans le fonctionnement de deux organes clés, que sont le Comité de Coordination Inter Agence (CCIA : organe de décision dans la gestion du renforcement de la vaccination au Mali) et le comité de suivi du Renforcement du Système de Santé (RSS), chargé d'assurer un suivi régulier de l'exécution du programme RSS de Gavi, peuvent limiter la portée des programmes de Gavi. Ces insuffisances illustrées, entre autres, par un manque de régularité dans la tenue des réunions ou dans le suivi des recommandations, ont également un impact sur la mise en œuvre du processus de planification du Plan de Travail Annuel (PTA) impliquant ces mêmes organes.

Par ailleurs, la Section d'Immunisation (SI), qui est également une structure pivot de mise en œuvre des programmes de vaccination, affiche certaines limites dans ses leviers d'intervention. Celles-ci sont liées à la fois à un positionnement informel au sein de la Direction Générale de la Santé (DGS-HP) et une inadéquation des moyens dont elle dispose. Sa restructuration organisationnelle en cours devra donc être accélérée afin qu'elle puisse mener sa mission de manière efficace.

Enfin, le cadre du contrôle interne, destiné à prévenir et surveiller les éventuelles défaillances dans la gestion des programmes Gavi au sein du MSDS, afin d'en limiter les effets négatifs, nécessite un renforcement. En effet, il présente des faiblesses ne lui permettant pas de remplir pleinement ses attributions et ainsi offrir un niveau d'assurance suffisant.

#### ***Gestion comptable et financière***

Le manuel de procédures en vigueur (le manuel de PRODESS) au MSDS affiche un contenu qui ne suffit pas à encadrer adéquatement les activités de gestion comptable et financière. Il présente un manque de procédures en la matière qui se traduit par plusieurs insuffisances au-delà de celles relevées dans le traitement des pièces justificatives.

De plus, bien que des progrès aient été réalisés avec la mise en place du logiciel comptable TOM2PRO et malgré certaines améliorations en cours au moment de l'audit (reprise de la comptabilité des années 2016 à 2019), certaines pratiques comptables restent insuffisantes. Les faiblesses constatées visent notamment le reporting financier de l'utilisation des subventions de Gavi et leur identification. L'absence de tenue régulière de comptabilité dans le logiciel TOM2PRO au niveau central et décentralisé ou encore les défaillances dans le suivi des avances en sont une des illustrations.

La comptabilisation et le suivi des immobilisations souffre également du manque de procédures ne permettant pas de se conformer aux dispositions contractuelles prévues en en la matière.

#### ***Gestion budgétaire***

L'établissement et la communication des rapports périodiques visent, entre autres, à assurer le suivi de la bonne exécution budgétaire. Or, il a été constaté au niveau central comme aux niveaux décentralisés que le budget annuel n'est pas saisi dans le logiciel TOM2PRO. Ceci ne permet pas aux comptables régionaux d'éditer à partir du logiciel l'état d'exécution budgétaire des subventions reçues de Gavi. De plus, l'absence d'un code budgétaire pour les activités de Gavi ne favorise pas les analyses nécessaires à un suivi adéquat.

#### ***Achats et passations de marché***

L'alignement des procédures avec le code de passation des marchés publics et le respect des différents seuils prévus ont été observés dans les dossiers revus par l'équipe d'audit. Toutefois, des problèmes de documentation et d'archivage des dossiers ont été constatés. Ceux-ci ne permettent pas de s'assurer du respect permanent des procédures et de confirmer les principes d'équité et de transparence recherchés pour les commandes publiques.

#### ***Engagement des dépenses***

L'équipe d'audit a revu de manière détaillée un échantillon de dépenses effectuées au cours de la période auditée et représentant un montant total de 1,6 milliards de Francs de la Communauté Financière Africaine (FCFA) d'Afrique Centrale, soit 2 784 323 Dollars des États-Unis d'Amérique (USD). Cette revue a permis de relever l'existence de dépenses insuffisamment justifiées, irrégulières ou non justifiées, d'un total de 176 385 887 FCFA (301 655 USD) qui sont subséquentement mises en question. Les résultats détaillés de cette revue sont présentés à la section 4.5 du présent rapport.

**Gestion des vaccins**

L'équipe d'audit a noté l'absence de procédures opératoires normalisées (PON) propres au contexte du Mali. La SI revendiquait comme référence le Manuel d'utilisation des procédures opératoires normalisées du modèle de Gestion Efficace des Vaccins, publié par l'OMS en sa 2ème version consolidée en mai 2012. Toutefois, l'analyse des processus et des outils de suivi des données de stocks, ainsi que les visites de sites d'entreposage tant à l'entrepôt national qu'aux entrepôts décentralisés, ont mis en évidence des défaillances en termes de gestion administrative et physique des stocks de vaccins et consommables.

Elles portent principalement sur l'absence de fiabilité des données et le manque de contrôles associés, ainsi que sur les pratiques d'inventaires (ex : irrégularité des inventaires physiques, absence de documentation des écarts notés à la suite de ces inventaires physiques). Une séparation adéquate des tâches s'avère également nécessaire pour sécuriser le processus en matière de gestion des vaccins et minimiser les risques d'erreurs lors de la matérialisation des entrées et sorties de stocks.

Par ailleurs, la maintenance des équipements de la chaîne du froid doit être renforcée à la fois sur le plan préventif et curatif. Un manque de régularité et de respect des plans de maintenance a été observé tant au niveau national que décentralisé.

**Suivi Evaluation**

Le Plan Pluri Annuel Complet de la Section Immunisation prévoit des supervisions du niveau supérieur vers le niveau inférieur tout au long de la pyramide sanitaire. Ces supervisions devraient permettre la remontée des faiblesses et problématiques constatées en vue d'opérer une amélioration continue des pratiques.

Cependant, l'équipe d'audit a constaté que les supervisions sont réalisées de manière irrégulière, et les recommandations manquent de suivi.

Par ailleurs, il a été relevé un manque d'analyse des données de vaccinations à travers l'outil DVD-MT par les régions avant leur remontée vers le niveau central.

Des faiblesses en termes de complétude des données ont aussi été observées. L'absence de revue conjointe des données participe également à la nécessité de renforcer ce processus de traitement des données de vaccination.

**1.4. Impact quantitatif des constatations d'audit**

(Exprimés en FCFA et l'équivalent *en USD* (Section 2.4 Taux de change appliqués))

Programme	Année	Bénéficiaire	Total des dépenses engagées	Dépenses auditées	Dépenses auditées mises en question	Part des dépenses auditées mises en question (b/a)
				(a)	(b)	
RSS	2016	DFM	100 744 600	33 268 140	581 506	2%
			169 747	56 054	980	
		DGS-HP	428 012 736	117 300 640	7 538 020	6%
			721 170	197 643	12 701	
		DRS MOPTI	127 676 955	30 454 088	1 765 405	6%
			215 126	51 313	2 975	
		DRS KOULIKORO	47 831 111	11 985 000	-	0%
			80 592	20 194	-	
	2017	DFM	72 706 380	12 385 413	-	0%
			124 372	21 187	-	
		DGS-HP	519 506 165	276 161 594	1 820 170	1%
			888 674	472 406	3 114	
		DRS KOULIKORO	131 261 547	31 020 000	-	0%
			224 538	53 063	-	
		DRS GAO	238 283 428	62 149 908	28 648 200	77%
			407 611	106 314	49 014	
	2018	DFM	162 364 275	113 727 498	6 612 674	6%
			290 993	203 825	11 851	
		DGS-HP	197 795 244	80 275 200	-	0%
			354 494	143 871	-	
DRS MOPTI		142 979 945	119 379 945	-	0%	
		256 252	213 956	-		
DRS KOULIKORO		160 703 154	41 375 495	-	0%	
		288 016	74 154	-		
2019	DGS-HP	76 492 800	58 366 370	13 534 651	23%	
		130 600	99 652	23 108		
	DRS GAO	152 604 663	43 245 020	24 161 325	56%	
		260 550	73 835	41 252		

Programme	Année	Bénéficiaire	Total des dépenses engagées	Dépenses auditées	Dépenses auditées mises en question	Part des dépenses auditées mises en question (b/a)
				(a)	(b)	
		DRS MOPTI	206 933 571	38 013 875	-	0%
			353 309	64 903	-	
		DRS KOULIKORO	180 475 288	65 112 522	8 903 706	14%
			308 135	111 170	15 202	
		FENASCOM	58 338 983	58 338 983	-	0%
			99 605	99 605	-	
Campagne de vaccination Rougeole	2019	INSTITUT NATIONALE DE LA STATISTIQUE	233 530 130	233 530 130	65 833 500	28%
			398 719	398 719	112 401	
MenAfrivac 2017	2017	DRS KOULIKORO	151 036 690	151 036 690	16 986 730	11%
			258 365	258 365	29 058	
		DRS BAMAKO	37 468 050	37 468 050	-	0%
			64 093	64 093	-	
<b>Totaux</b>			<b>3 426 745 715</b>	<b>1 614 594 561</b>	<b>176 385 887</b>	<b>11%</b>
			<b>5 894 963</b>	<b>2 784 323</b>	<b>301 655</b>	

## 2. Champ et objectifs de l'audit

### 2.1. Champ de l'audit

Depuis 2000, Gavi est entré en partenariat avec le Gouvernement de la République du Mali et a approuvé à ce jour 237 236 903 USD en vue de l'achat de vaccins sous-utilisés ainsi qu'en actions de renforcement du système de santé (« RSS »). À cet effet, un Accord-Cadre de Partenariat a été signé le 14 juin 2013 entre le MSDS et Gavi. Entre le 1er janvier 2016 et le 31 décembre 2019 (« période auditée »), un montant total de 99 086 736 USD en ressources a été accordé à la République du Mali, sous forme de financement en vue de l'acquisition de vaccins (81 421 288 USD) et de versements en espèces (17 665 448 USD). Les versements en espèces ont été transférés par l'UNICEF au Gouvernement de la République du Mali, à l'exception de campagne de rattrapage en 2016-17 contre la Méningite-A qui a été transféré par l'OMS.

Le Gouvernement de la République du Mali, représenté par le MSDS, a bénéficié des soutiens en espèces de Gavi pour les programmes suivants :

- Renforcement du Système de Santé (RSS2) ;
- Coûts d'une campagne de rattrapage en 2016-17 contre la Méningite-A ;
- VIG - HPV 2016; Men-A 2019 ;
- HPV Demo - support en espèces ;
- Financements des coûts opérationnels de la Campagne de suivi Rougeole-Rubéole.

L'audit réalisé a couvert un échantillon des ressources en espèces et en vaccins mises à disposition par Gavi au cours de ladite période auditée, tant au niveau central que décentralisé. Les programmes et entités auditées sont :

#### Soutiens en espèces - RSS2 et campagne de rattrapage contre la Men-A :

Au niveau central :

- Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique ;
- Direction Financière et Matérielle ;
- Institut National de la Statistique ;
- Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire.

Aux niveaux décentralisés, les Directions Régionales de la Santé (DRS) de :

- Koulikoro ;
- Gao ;
- Mopti.

#### Vaccins de routine – Pentavalent, Pneumocoque et Rotavirus :

- Entrepôt national à Bamako ;
- Districts Sanitaires (DS) Commune II et Commune V ;
- DRS Koulikoro ainsi que les DS de Kati et de Koulikoro.

Le détail est présenté dans le tableau 2 ci-dessous.

Sont exclus du champ de l'audit les financements exécutés directement par l'UNICEF et l'OMS, tels que pour l'achat d'équipements de chaîne du froid.



**Tableau 2 – Soutiens de Gavi**

	2016	2017	2018	2019	Total
Soutien en espèces (montants en USD)					
RSS2	8 640 000		3 840 000		12 480 000
Méningite A - rattrapage couts	2 175 637		-77 076		2 098 561
VIG - HPV '16; MenA '19	322 703		-83 908	682 082	920 877
HPV Demo - support en espèces			-110 167		-110 167
Rougeoles- suivi coûts opérationnels				2 276 177	2 276 177
<b>Total Espèces</b>	<b>11 138 340</b>	<b>0</b>	<b>3 568 849</b>	<b>2 958 259</b>	<b>17 665 448</b>
	2016	2017	2018	2019	Total
Soutien en vaccins (montants en USD)					
<b>Total Vaccins</b>	<b>23 571 191</b>	<b>18 731 850</b>	<b>15 127 661</b>	<b>23 990 586</b>	<b>68 630 516</b>
<b>TOTAL</b>	<b>34 709 531</b>	<b>18 731 850</b>	<b>18 696 510</b>	<b>26 948 845</b>	<b>99 086 736</b>

## 2.2. Objectifs de l'audit

Conformément aux accords de programme et à la Politique de Gavi sur la Transparence et la Responsabilité Financière, tout pays bénéficiaire de subventions Gavi est périodiquement soumis à un audit des programmes, dont l'objectif principal est de fournir l'assurance raisonnable que les ressources programmatiques ont été utilisées conformément aux conditions convenues avec Gavi et ont été affectées aux objectifs prévus. Par conséquent, l'audit des programmes évalue la robustesse et la pertinence des processus de contrôle relatifs à la fiabilité et l'intégrité des données financières, les informations de gestion et les informations opérationnelles, l'efficacité des opérations, la sécurité du patrimoine immobilisé, et la conformité avec les règlements et procédures nationaux. Pour ce faire, l'audit des programmes procède à une vérification d'un échantillon des dépenses effectuées pendant la période auditée et revoit les mécanismes de gestion des ressources programmatiques (vaccins et espèces). L'équipe d'audit a procédé à :

- une revue des différents processus de gestion au sein des entités auditées afin d'évaluer l'existence et l'efficacité des mécanismes de contrôle interne ;
- des tests substantifs sur un échantillon de dépenses relatives aux programmes retenus dans le périmètre de l'audit ;
- une appréciation de la qualité de la gestion administrative et physique des vaccins reçus par le pays.

Le présent rapport, rédigé sur la base des informations et documents mis à la disposition de Gavi lors de l'audit, ne saurait donc être considéré comme conclusif sur l'intégralité des dépenses engagées pendant la période auditée.

## 2.3. Déroulement de la mission d'audit

La mission au Mali s'est déroulée en trois (3) phases sur la période de février 2020 à mai 2021 :

- Du 17 au 21 février 2020 : une mission de planification a été entreprise au Mali par l'équipe d'Audit des Programmes de Gavi.
- De mars à novembre 2020 : la pandémie de Covid-19 a conduit au report de l'exécution des travaux d'audit initialement prévus à la suite de cette première mission.

Le cabinet BAGE Sarl basé au Togo a été mandaté pour exécuter l'audit des programmes Gavi au Mali en étroite collaboration avec, et sous la responsabilité de l'équipe d'Audit des Programmes de Gavi. La mission du cabinet BAGE a été réalisée sur les périodes ci-après :

- Du 7 au 11 décembre 2020 : mission de suivi entreprise au Mali pour prendre acte des évolutions en 2020, faire le point avec les différentes entités impliquées dans la collecte de documents nécessaires à l'audit, et affiner le périmètre et les procédures d'audit en vue de l'exécution des travaux d'audit proprement dits.
- Du 3 au 14 mai 2021 : exécution des travaux d'audit au Mali.

## 2.4. Taux de change appliqués

Les soutiens en espèces de Gavi ont été déboursés et comptabilisés en FCFA, monnaie opérationnelle de l'Etat. Pour les besoins de ce rapport d'audit, les taux de change moyen annuels suivants, calculés sur la base des taux de change onusiens, ont été appliqués :

Année	FCFA pour 1 USD
2016	593,50
2017	584,59
2018	557,97
2019	585,70

## 3. Contexte

### 3.1. Introduction



#### Contexte général

La République du Mali est un pays d'Afrique de l'Ouest entouré de l'Algérie et de la Mauritanie au nord, du Niger à l'Est, du Burkina Faso et de la Côte d'Ivoire au Sud, de la Guinée Conakry au Sud-ouest et du Sénégal à l'Ouest. Le Mali a une superficie de 1.241.238 km<sup>2</sup>. Sa monnaie est le FCFA.

Le pays compte 19 077 690 habitants (2018) et a un Produit Intérieur Brut (PIB) de 17,28 milliards de USD (2019).

Le taux d'extrême pauvreté, qui était à 47,2 % entre 2011 et 2015 du fait de la crise sécuritaire, a baissé à 42,3 % en 2019 grâce à l'exceptionnelle production agricole depuis 2014. Mais les crises

sanitaire, sécuritaire, sociale, et politique de 2020 ont entraîné une annulation de cet effet, voire une augmentation de la pauvreté en 2020. Les zones rurales du sud à forte densité démographique concentrent 90% de la pauvreté du pays.<sup>1</sup>

Le Mali traverse une période d'instabilité et de conflit depuis le coup d'État militaire de 2012 et l'occupation du nord par des groupes armés. La Mission multidimensionnelle Intégrée des Nations Unies pour la Stabilisation au Mali (MINUSMA) y intervient depuis juillet 2014.

#### Contexte sanitaire

Le système de soins de santé au Mali est de type pyramidal épousant le scénario de développement sanitaire à trois phases prônées par l'OMS. Il comprend trois (3) niveaux :

- le niveau opérationnel ou district sanitaire regroupant un premier échelon représenté par le Centre de Santé Communautaire (CSCOM) qui offre un Paquet Minimum d'Activités qui prend en compte les soins curatifs préventifs et promotionnels ;
- le niveau intermédiaire est représenté par les Etablissements Publics Hospitaliers qui assurent le deuxième niveau de référence pour les soins ;
- le niveau central est représenté par les Etablissements Publics Hospitaliers et les Centres Hospitaliers Universitaires, et constitue la troisième référence pour les soins et la formation des cadres des professionnels de la santé.

#### Evolution de l'Accord-Cadre de Partenariat pendant la période auditée

L'Accord-Cadre de Partenariat (ACP) signé le 14 juin 2013 entre le MSDS et Gavi est toujours en vigueur. L'ACP comprend plusieurs annexes. Jusqu'au 9 octobre 2017, l'Annexe 6 consistait en une Aide-mémoire régissant la gestion financière des fonds Gavi pour le RSS et le Soutien aux Services de Vaccination (SSV) en République du Mali. L'Aide-mémoire était entré en vigueur le 12 octobre 2011, avant d'être incorporé à l'ACP.

Le 10 octobre 2017, Gavi a notifié le MSDS de ses Exigences en matière de gestion des subventions (GMR), succédant à l'Aide-mémoire et à l'Annexe 6 à l'ACP.

Le présent audit tient compte de cette évolution de l'ACP, intervenu dans le courant de la période auditée.

<sup>1</sup> Source Banque Mondiale  
République du Mali – Mai 2021

### 3.2. Structures impliquées dans la mise en œuvre des subventions Gavi

#### Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique (DGS-HP)

Le rôle de la DGS-HP est d'élaborer les éléments de la politique nationale en matière de santé publique, d'hygiène publique et de salubrité, d'en assurer la coordination et le contrôle des services régionaux, subrégionaux et des services rattachés.

A cet effet, elle est chargée de :

- de concevoir et d'élaborer les stratégies en matière de lutte contre la maladie, de la santé de la reproduction, de nutrition et d'hygiène publique et de salubrité ;
- d'élaborer la réglementation, de contribuer à l'élaboration des normes et de veiller à leur application ;
- de procéder à toutes les recherches et études nécessaires ;
- de préparer les projets, programmes et plans d'actions et de veiller à l'exécution desdits programmes ;
- de coordonner, de superviser et de contrôler les activités des services d'exécution et d'évaluer leurs résultats.

#### Section de l'Immunisation (SI)

Rattachée informellement à la DGS-HP, la SI a la charge de coordination du Programme Élargi de Vaccination (PEV), de sa mise en œuvre ainsi que de la collecte des données vaccinales que les niveaux décentralisés remontent.

Le responsable de la SI est responsable de la programmation des activités liées à la vaccination, qui sont ensuite mises en œuvre par les niveaux décentralisés (Régions Médicales et Districts Sanitaires).

#### La Cellule de Planification et de Statistique (CPS)

La CPS assure, en rapport avec les services techniques concernés, la mission de planification et d'information statistique dans les domaines couverts par le secteur.

A ce titre, elle est chargée de :

- coordonner la préparation des plans, programmes et projets ainsi que l'analyse des politiques stratégiques ;
- suivre et évaluer les plans, programmes et projets de développement sectoriels et veiller à leur cohérence intra-sectorielle et spatiale ;
- élaborer les prévisions et suivre l'environnement et la conjoncture ;
- suivre les dossiers relatifs au financement et à la coopération technique ;
- coordonner, en rapport avec les services chargés des ressources humaines, le programme de formation en matière de planification et de statistique ;
- coordonner la production d'informations statistiques et la réalisation d'études de base ainsi que la diffusion de leurs résultats ;
- mettre en place et gérer la base de données du secteur.

#### La Direction des Finances et du Matériel (DFM)

La DFM est dirigée par un Directeur nommé par décret pris en Conseil des Ministres, sur proposition du Ministre compétent. Le Directeur des Finances et du Matériel est chargé sous l'autorité du Ministre, de diriger, programmer, coordonner et contrôler les activités du service. La DFM est chargée de :

- préparer et exécuter le budget du MSDS ;
- établir les projets de marchés, baux et conventions et participer au contrôle de leur exécution et faire respecter les règles et procédures d'appel à la concurrence relatives à la passation des marchés administratifs et aux contrats de fournitures, travaux ou services concernant les budgets ou fonds placés sous le contrôle du Ministre,
- mettre à jour tous les documents comptables et fichiers nécessaires à la bonne gestion du matériel et de l'équipement selon les règles de la comptabilité matières ;
- préparer les documents comptables périodiques et proposer la mise à la réforme du matériel appartenant à l'Etat.

**Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire (FENASCOM) et Groupe Pivot Santé et Population (GPSP)**

Dans le cadre de la contribution des organisations de la société civile à l'amélioration des performances du PEV, deux instances non-gouvernementales, la FENASCOM et le GPSP, ont bénéficié de financements du programme RSS durant la période auditée afin de :

- favoriser l'accès au paquet essentiel d'interventions de santé préventive, curative et promotionnelle à haut impact, y compris dans les situations d'urgence pour les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes et les mères allaitantes, particulièrement ceux vivants dans les communautés les plus défavorisées ;
- appuyer les activités de vaccination de routine du MSDS dans les régions de Tombouctou et Taoudéni. Les stratégies avancées et mobiles ont permis aux acteurs de vacciner 40% des enfants de moins d'un an avec l'ensemble des antigènes prévues dans le programme de vaccination de routine des nourrissons.

## 4. Résultats détaillés

### 4.1. Gouvernance et performance organisationnelle des entités

#### 4.1.1. Dysfonctionnement du Comité de Coordination Inter Agences (CCIA) et du comité de suivi RSS

##### Contexte

Le CCIA existe depuis la décision ministérielle n° **0824 du 29 novembre 2002** qui précise dans son article 1 que : « le CCIA est **un organe de décision** chargé du renforcement des services de vaccination ainsi que de la pérennisation de celle-ci au Mali. Il doit être présidé par le ministre de la santé du Mali ». Ce cadre organique initial a connu une réforme ayant abouti à la signature du **décret n° 2019-5133 portant création du CCIA sous sa nouvelle forme en décembre 2019**. Cette nouvelle forme clarifie davantage les objectifs du CCIA, y intègre d'autres participants en vue d'une meilleure cohésion et réduit le nombre de réunions de quatre (4) par année à deux (2) par année.

Par ailleurs, pour pallier les insuffisances liées au fonctionnement du CCIA, le comité de suivi de la mise en œuvre du programme RSS soutenu par Gavi (comité de suivi RSS) a été mis en place par décision ministérielle n°2016-0035 du 27 janvier 2016. L'article 3 du texte de création précise que le comité devra « assurer un suivi régulier de l'état d'exécution du programme de renforcement du système de santé ...contribuer à la demande des requêtes de financement... ». L'article 4 précise que le comité se réunit deux (2) fois par mois sur convocation de son président et chaque fois que nécessaire.

##### Description

Une bonne gouvernance des programmes soutenus par Gavi implique un fonctionnement efficace des structures telles que le CCIA ou le comité de suivi RSS, lequel constitue un organe clé au sein du MSDS. La revue de ces deux organes de gouvernance par l'équipe d'audit a mis en évidence plusieurs insuffisances :

- les réunions du CCIA ne sont pas tenues selon la fréquence prévue dans les termes de référence du CCIA (8 réunions au lieu de 16 ont été tenues sur la période auditée) ; ce qui limite les sujets de discussion et les actions du CCIA en rapport avec le PEV et les programmes de Gavi ;
- les participants clés du CCIA (dont le ministre) se sont souvent fait représenter aux réunions qui ont été tenues réduisant ainsi la visibilité et la portée des décisions prises ;
- les décisions clés se limitent pour la plupart à des validations de nouveaux vaccins et au renouvellement du soutien de Gavi, ce qui est insuffisant pour l'atteinte des objectifs de renforcement de vaccination et de pérennisation de celle-ci au Mali tel que spécifié dans leur texte de création.

Sur la période de l'audit, seulement deux recommandations ou suggestions d'amélioration ont été notées (Demander à la MINUSMA d'aider au transport des vaccins dans le nord - réunion tenue le 23 février 2018, Proposition de diverses notes techniques - réunion tenue le 10 mai 2016) ; et leur mise en œuvre n'a pas fait l'objet d'un suivi.

Le même type d'insuffisances a également été relevé au niveau du comité de suivi RSS. La revue des procès-verbaux de réunions indique :

- un manque de régularité des réunions. Selon les textes de création il est prévu 2 réunions par mois soit un total de 94 réunions depuis sa date de création en janvier 2016 à décembre 2019 (période couverte par l'audit). L'équipe d'audit a dénombré treize (13) réunions au total dont huit (8) en 2016, trois (3) en 2017, une (01) en 2018 et une (01) en 2019) ;
- que les recommandations formulées ne précisent ni les personnes responsables ni les dates ou les délais de mise en œuvre.

##### Recommandation

- Appliquer les dispositions des termes de référence du CCIA en tenant les réunions régulièrement, en prenant des recommandations nécessaires au succès des programmes Gavi et en faisant le suivi approprié.
- S'assurer que le ministre et les représentants résidents des partenaires ainsi que les premiers responsables des autres participants soient le plus possible présents aux réunions du CCIA.
- S'assurer de la tenue régulière des réunions du comité de suivi RSS (bimensuelles – selon les TDR), définir formellement les rôles et responsabilités en matière de mise en œuvre des recommandations au sein de ce comité et en assurer le suivi.

<ul style="list-style-type: none"><li>• que le suivi des recommandations n'est pas réalisé de façon systématique. C'est le cas du suivi du processus budgétaire, qui est aussi repris dans la section 4.3 du présent rapport.</li></ul>	
<p><b>Risque / Implication</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Défaillances de la gouvernance, pouvant limiter l'efficacité des programmes de Gavi.</li></ul>	<p><b>Réponses / Engagements du management</b> Voir Annexe 12</p>

#### 4.1.2. Faiblesses dans le processus de planification des activités programmatiques

##### Contexte

Le PTA rattaché au budget des RSS est un outil clé de la programmation et du suivi des activités de Gavi. L'Aide-mémoire de 2011 qui est inclus dans l'ACP définit dans sa section (Planification, Budgétisation et Coordination) les étapes qui doivent être suivies lors du processus d'élaboration du PTA. Ce processus devrait être inclusif, aligné aux objectifs stratégiques qui tiennent compte des besoins programmatiques. Son succès devrait permettre une meilleure atteinte des objectifs programmatiques et budgétaires. Le tableau ci-dessous reflète les montants pluriannuels du programme RSS2 validé par Gavi et qui devrait être confirmé ou ajusté chaque année sur la base du PTA.

	2015-2016	2017	2018	2019	TOTAL
Budget du programme (USD)	8 640 000	3 840 000	3 840 000	3 840 000	20 160 000

A partir du 10 octobre 2017, les GMR succèdent à l'Aide-mémoire de 2011. Le point **(f)** des GMR précise que : « *l'inscription annuelle du soutien Gavi (espèces et vaccins) au budget national se fera lors de l'adoption de la loi de Finances ou, à défaut, dans la loi de Finances rectificative* ».

##### Description

La préparation du PTA, initiée par la CPS en collaboration avec la DGS-HP, la société civile (FENASCOM, GPSP), l'OMS et l'UNICEF, débute en général en novembre. Le PTA doit faire l'objet de discussions avec Gavi avant approbation par le CCIA et signature de la convention.

Sur la période audité, le processus d'élaboration du PTA a été bien suivi pour les années 2016 et 2017.

Initialement la mise en œuvre du RSS2 devait commencer en septembre 2015. La lettre de décision datée du 21 septembre 2015 porte sur un montant de 8 640 000 USD correspondant à la tranche pour les années 2015-2016. Compte tenu du retard de mise en œuvre, ce montant a été transféré sur la période de 2016-2017 selon l'accord tripartite du 29 décembre 2015, exécuté par le MSDS, l'UNICEF et Gavi. Le 9 novembre 2017, l'Amendement n°1 à l'accord tripartite a prolongé jusqu'à fin juin 2018 la période de mise en œuvre de la tranche 2015-2016 des financements du programme RSS2. La mise en œuvre s'est ensuite poursuivie durant juillet et août 2018, sans l'aval formel pour ce prolongement, ni de PTA modifié.

Le 04 septembre 2018 un nouvel accord tripartite est entré en vigueur visant l'exécution de la tranche de 3 840 000 USD qui était initialement prévue pour couvrir les activités programmées en 2017. Un PTA approuvé par le CCIA n'existe pas, empêchant de tenir compte des retards cumulés, des accomplissements antérieurs, des changements de circonstances ou encore des besoins programmatiques. Aussi, la nouvelle période de mise en œuvre des différentes activités du PTA n'est plus d'actualité.

L'absence de procès-verbaux des réunions du comité technique, du comité de pilotage et du CCIA durant le processus d'élaboration du PTA ne permettant pas d'établir si ces réunions se sont tenues. L'absence de communication de ces procès-verbaux au Secrétariat de Gavi Alliance ne respecte pas les dispositions de l'ACP.

Par ailleurs, les suivis budgétaires au niveau du comité de suivi RSS ne sont pas documentés. La documentation existante se limite généralement au suivi programmatique détaillé lors des évaluations conjointes.

La responsabilité d'établissement des comptes rendus sur l'exécution financière et les recommandations ne sont pas clairement définies.

##### Recommandation

- S'assurer de l'approbation de tous les PTAs à tous les niveaux du processus tel que défini par les ACP (comité technique, comité de pilotage et CCIA).
- S'assurer que tous les PTAs sont ensuite soumis à l'approbation de Gavi à temps afin d'obtenir la lettre de décision de Gavi pour toutes les périodes concernées par le programme.
- S'assurer d'une définition claire des rôles et responsabilités pour les suivis d'exécution budgétaires au comité de suivi RSS.
- S'assurer que le point **(f)** des GMR est mis en œuvre (inscription du budget dans la loi des Finances).

<p>Les outils qui devaient permettre un suivi au niveau comptable et financier de façon granulaire ne sont pas mis en place (non- utilisation du volet budgétaire du logiciel TOM2PRO, etc..) ; détails repris dans les constats 4.2.2 et 4.3 du présent rapport.</p> <p>Enfin, notons le point <b>(f)</b> des GMR qui Indique que <i>l'inscription annuelle du soutien Gavi (espèces et vaccins) au budget national se fera lors de l'adoption de la loi de Finances ou, à défaut, dans la loi de Finances rectificative</i> ne sont pas mises en œuvre.</p>	
<p><b>Risques / Implications</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Suivi programmatique et budgétaire défaillant pouvant conduire à des inefficacités des programmes.</li><li>• Manque d'anticipation et d'ajustement à mi – parcours pouvant se traduire par un nombre élevé d'activités non mises en œuvre et ou de reliquats alors qu'il existe de réels besoin de financements des activités du programme non couvertes.</li><li>• Possibilité de dépenses inéligibles pouvant limiter l'efficacité des programmes de Gavi.</li><li>• Contributions de Gavi dans le financement des projets de santé au Mali non visibles et non prises en compte dans les agrégats macro-économiques de l'Etat.</li></ul>	<p><b>Réponses / Engagements du management</b> Voir Annexe 12</p>



### 4.1.3. Positionnement inadéquat de la SI au sein du MSDS et insuffisance d'organisation et de moyens

#### Contexte

La SI qui fait partie du MSDS est l'un des premiers responsables du programme PEV et donc de la mise en œuvre des programmes soutenus par Gavi. Mais dans la structure organisationnelle, celle-ci n'est qu'une section et dépend de la DGS-HP. Une transformation a été entreprise par le MSDS pour faire de la SI une direction, mais celle-ci n'a pas encore abouti.

#### Description

La SI, dirigée par un chef de section fait partie de la DGS-HP sans toutefois apparaître dans son organigramme. Ce positionnement informel, associé à un manque de ressources et d'autonomie au vu des responsabilités et de la taille de la SI aboutissent à une insuffisante implication dans la gestion des programmes.

De plus, la SI ne dispose pas d'un organigramme propre reflétant les postes actuels, servant de base pour une définition claire des rôles et responsabilités en son sein ; les fiches de postes sont également inexistantes.

Ces insuffisances ont conduit à la mise en place d'une assistance technique, financée par Gavi et visant à accompagner la SI vers une restructuration organique qui lui permettrait d'acquies le statut de Direction. Cette transformation n'était pas parachevée au moment de l'audit et la SI restait dépourvue des moyens nécessaires au plein accomplissement de sa mission.

Par ailleurs, la revue des procédures au sein de la DRH de la DGS-HP a révélé :

- l'absence d'élaboration de plan de main d'œuvre en lien avec les PTAs et autres objectifs stratégiques ;
- l'absence d'un plan de développement du personnel et de renforcement de capacités pour améliorer les compétences.

#### Risques / Implications

- Difficulté de mise en œuvre des programmes de Gavi pouvant impacter négativement les objectifs stratégiques et à long terme du PEV.
- Possibilité de perte d'expertise dans la gestion du PEV à cause des ressources insuffisantes et du manque de planification de la main d'œuvre.

#### Recommandation

- Accélérer la transformation de la SI pour lui donner les ressources et moyens d'une organisation leader au niveau du PEV.
- Veiller à formaliser et à mettre en œuvre au sein de la SI un plan de main d'œuvre et un plan de développement du personnel.

#### Réponses / Engagements du management

Voir Annexe 12

#### 4.1.4. Cadre du contrôle interne insatisfaisant

##### Contexte

La section audit interne de l'Aide-mémoire de 2011 à l'accord cadre de partenariat prévoit une refondation de l'audit interne qui « prendra en compte un positionnement au sein du ministère de la Santé pour lui donner une certaine indépendance et le niveau d'autorité nécessaire... la fixation d'objectifs de productivité ». A cet égard, le MSDS dispose en son sein d'une Inspection de Service (IS) dont le rôle est de faire des contrôles, d'émettre des rapports de recommandations et de faire des suivis de ces recommandations pour permettre d'améliorer le contrôle interne.

Par ailleurs, point (v) des GMR précise que : « Le MSHP préparera un plan de suivi des recommandations émises par les auditeurs externes, l'IGF et les auditeurs Gavi, qui sera mis à jour de manière régulière. Le DGS-HP sera responsable du suivi de toutes les recommandations des audits y compris ceux menés par les équipes de Gavi ».

Enfin, l'UNICEF prévoit dans son cadre des procédures d'assurance, « la réalisation obligatoire d'un audit pour tout partenaire ayant reçu des fonds au-delà de 500 000 USD ». Selon les procédures HACT de l'UNICEF, « un spot check ou vérification ponctuelle est aussi organisé dès que le partenaire reçoit 50 000 USD et plus. »

##### Description

Les contrôles effectués par l'IS, les rapports spot-checks de l'UNICEF, les audits selon les procédures HACT, les actions de l'audit interne du MSDS concourent à la structuration du cadre de contrôle interne. La revue de ces éléments par l'audit Gavi a révélé quelques défaillances :

- sur la période auditée, l'IS a indiqué avoir procédé à des contrôles. Mais l'équipe d'audit n'a pas eu accès aux termes de références de ce service ni à ses rapports d'audits antérieurs au sein du MSDS qui auraient permis de juger de son efficacité dans son rôle de surveillance ;
- le plan de suivi des recommandations tenu par la DGS-HP prend seulement en compte les recommandations du Bureau du Vérificateur Général (BVG) du Mali. Les recommandations émises par les autres auditeurs externes (les auditeurs de l'UNICEF dans le cadre des missions HACT, l'auditeur externe du PRODESS) ne sont pas prises en compte dans le plan de suivi tel que prévu au point (v) des GMR ;
- les recommandations formulées par les audits selon l'accord HACT n'ont pas été toutes mises en œuvre (sur 6 recommandations, 2 recommandations, concernant la mise en place d'une politique contre la fraude et le gaspillage, et la signature des rapports d'activité par les chefs de mission, n'ont pas été mises en œuvre).
- l'équipe d'audit a observé des mentions « spot checks » sur les pièces justificatives des dépenses, mais n'a pas obtenu les rapports correspondants ;
- la SI n'étant pas une direction avec une autonomie de décision ne dispose pas de ressources dédiées au contrôle interne (point focal responsable du contrôle interne, matrice de risques etc..).

##### Recommandation

- S'assurer que le plan de contrôle, les rapports d'audit et les recommandations de l'IS sont partagés avec Gavi conformément aux points 1 (f) et 24 de l'annexe 2 de l'ACP.
- Doter la SI d'un point focal audit interne pour une meilleure mise en place des contrôles et des suivis, et pour la mise en place d'une charte d'audit.
- A travers la DGS-HP, prendre toutes les dispositions afin de tenir un plan de suivi des recommandations prenant en compte celles émises par les auditeurs externes, l'IGF et les auditeurs Gavi (point (v) des GMR) et les audits selon l'accord HACT.

##### Risques / Implications

- Champs d'action limitée de l'Inspection de Service augmentant les probabilités de fraudes ou d'utilisation irrégulière des fonds.
- La SI ne disposant pas de ressources propres dédiées au contrôle interne, ceci peut entraîner des faiblesses au niveau du contrôle interne et les anomalies comptables peuvent rester non détectées, engendrant la production d'états financiers et rapports d'exécution des programmes inexacts, incomplets et ne donnant donc pas une image fidèle de la situation financière des programmes.
- Les recommandations et observations issues des audits externes autres que ceux de la BVG peuvent demeurer non mises en œuvre ou corrigées.

##### Réponses / Engagements du management

Voir Annexe 12

## 4.2. Gestion comptable et financière

### 4.2.1. Lacunes relevées dans le manuel de procédures PRODESS en vigueur au sein du MSDS

#### Contexte

L'article 16 de l'Acte Uniforme de l'OHADA relatif au droit comptable et à l'information financière dispose : « Pour maintenir la continuité dans le temps de l'accès à l'information, toute entité établit un manuel décrivant les procédures et l'organisation comptable. Ce manuel, mis à jour périodiquement est destiné à garantir le caractère définitif de l'enregistrement des mouvements. Il est conservé aussi longtemps qu'est exigée la présentation des états financiers successifs auxquels il se rapporte »

#### Description

Le manuel de procédures du Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS), publié en mai 2016, décrit les règles de fonctionnement de trois ministères : le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (devenu le MSDS), le Ministère de la Solidarité, de l'Action Humanitaire et de la Reconstruction du Nord, et le Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille. Le manuel décrit les procédures d'exécution des fonctions suivantes :

- planification, gestion budgétaire ;
- suivi-évaluation, mobilisation de ressources ;
- gestion des partenariats, passation des marchés ;
- gestion du patrimoine, gestion financière ;
- audit, gestion des ressources humaines ;
- communication, système d'information.

L'équipe d'audit a noté, l'absence de procédures comptables de justification et de comptabilisation des dépenses dans ce manuel. La fonction « gestion financière » du manuel de procédures PRODESS ne développe que les procédures de mobilisation des ressources financières des Partenaires Techniques et Financiers (PTF), de l'Etat et ses démembrés et des particuliers nationaux et étrangers, les procédures de décaissement des ressources financières, ainsi que la gestion des régies d'avance.

En effet, l'équipe d'audit a relevé plusieurs irrégularités au niveau des justifications des dépenses (voir section 4.5 du présent rapport) :

- absence de preuves de paiement ;
- absence de factures proformas de consultation de trois fournisseurs ;
- absence de bons de commandes, de bons de livraisons, d'attestations de services faits ;
- absences d'ordres de missions et de fiches de présence de certains vaccinateurs dans le cadre des activités de routine ;
- non-concordance des informations de plusieurs pièces justificatives pour la même transaction.

Par ailleurs d'autres insuffisances liées à la comptabilisation et au suivi des immobilisations relevées par l'équipe d'audit sont présentées au section 4.2.6 du présent rapport.

#### Recommandation

- Mettre en place un manuel de procédures décrivant les procédures comptables de justification et de comptabilisation des dépenses ou recommander la mise à jour du manuel PRODESS, afin d'inclure les procédures de gestion comptable.
- Harmoniser les traitements comptables et les procédures de justification des dépenses au sein de toutes les Directions Régionales de la Santé et des districts sanitaires.

Risques / Implications	Réponses / Engagements du management
<ul style="list-style-type: none"><li>• Faible qualité de traitement des pièces justificatives.</li><li>• Risque de diversité de traitement des justifications des avances des subventions Gavi par les entités de mises en œuvre du fait de l'absence de procédures comptables écrites.</li><li>• Inéligibilité et ou insuffisance de justification de plusieurs dépenses pouvant entraîner des demandes de remboursement par Gavi Alliance.</li></ul>	Voir Annexe 12

#### 4.2.2. Insuffisances en matière d'identification des fonds Gavi

##### Contexte

Le point (g) des GMR prévoit que dans la période transitoire précédant la gestion directe des fonds par l'UCP : « Tous les fonds Gavi seront transférés de L'UNICEF au MSHP dans un compte bancaire dédié aux Fonds Gavi, en XOF. Le MSHP ouvrira un seul compte bancaire spécifique dédié, avant la réception des subventions venant de l'UNICEF ».

Au niveau décentralisé, les GMRs prévoient l'ouverture de comptes bancaires approuvés par le gouvernement et dédiés aux fonds Gavi.

##### Description

Les fonds reçus par l'UNICEF sont transférés sur la base des requêtes de financement de fonds acheminées par les entités de mises en œuvre bénéficiaires du MSDS et de la société civile après validation de ces requêtes. L'équipe d'audit a noté qu'au niveau central, la DGS-HP et la DFM ne disposent pas de comptes bancaires dédiés à Gavi ni à l'UNICEF. Au niveau régional, les comptes bancaires existent au nom de l'UNICEF mais pas au nom de Gavi. De plus, les fonds reçus par les entités bénéficiaires n'indiquent pas la source de financement (tout est UNICEF), ce qui pose des problèmes de suivi spécifique (voir également les sections 4.2.3 et 4.3 du présent rapport).

##### Recommandation

- S'assurer de l'ouverture des comptes bancaires dédiés Gavi conformément au point (g) des GMR.
- Collaborer avec l'UNICEF dans le but d'obtenir les informations sur les sources de financement lors des transferts de fonds reçus de l'UNICEF.

##### Risques / Implications

- Difficulté de production des états financiers individuels (problèmes de qualité, d'intégrité, de fiabilité des informations financières, et réconciliations bancaires).
- Utilisation inadéquate des fonds Gavi alloués en soutien aux programmes.

##### Réponses / Engagements du management

Voir Annexe 12

### 4.2.3. Insuffisances dans la comptabilité des fonds Gavi

#### Contexte

Le point **2-a** de l'Aide-mémoire précise que : « *la transmission subséquente au Cabinet du Ministre de la Santé des requêtes de financement d'activités planifiées pour validation préalable sera autant que faire supprimées lorsque les activités concernées ont déjà fait l'objet de valorisation dans le plan opérationnel (PO), ceci en vue de garantir une certaine célérité dans l'exécution budgétaire et la réalisation dans les délais les plus courts possibles de ces activités* ».

Selon les dispositions de l'article 16 de l'annexe 2 de l'accord cadre, « ...Le gouvernement mettra également à la disposition de Gavi ses rapports de gestion interne sur l'utilisation des fonds chaque trimestre ou périodiquement... ».

A partir du 10 octobre 2017 les GMR ont succédé à l'Aide-mémoire. Le point **(h)** des GMR indique que, « La DFM du MSHP est responsable de tenir la comptabilité des subventions Gavi au pays. Pendant la période transitoire, la DFM du MSHP est responsable de la consolidation des états financiers à soumettre à l'UNICEF... ». Il exige également de « ...Doter les directions centrales de la Santé (DNS\* et CPS) du logiciel TOM2PRO pour leur permettre de tenir la comptabilité de leurs opérations ».

\* DNS (Direction Nationale de la Santé) a depuis changé d'appellation pour devenir la DGS-HP

#### Description

L'équipe d'audit a constaté que les pratiques en matière d'émission de rapports comptables et financiers sur l'utilisation des subventions Gavi, ne sont pas conformes aux GMR. En effet, la DFM n'a pas mis en place un système de comptabilisation de toutes les avances mises à la disposition des partenaires d'exécution et ne tient pas une comptabilité consolidée des subventions de Gavi contrairement aux dispositions du point **(h)** des GMR. De plus aucun rapport de gestion interne sur l'utilisation des fonds du gouvernement n'est disponible sur la période auditée.

De plus, l'équipe d'audit a noté que la DFM tient une comptabilité consolidée des trois ministères que compte le PRODESS mais cette comptabilité n'est pas à jour. Seuls, les états financiers consolidés du PRODESS des périodes 2016 et 2017 ont été présentés à l'équipe d'audit. Ces états financiers comportent un tableau « Emplois et Ressources » qui reprend les subventions reçues des partenaires sans toutefois donner de détails ni sur les subventions reçues de Gavi, ni sur celles de l'UNICEF. Les comptabilités de 2018 et de 2019 n'étaient pas encore finalisées au moment de l'audit.

L'équipe d'audit a relevé que la Direction Générale de la Santé dispose du logiciel de comptabilité TOM2PRO. Cependant, la tenue de la comptabilité dans ce logiciel n'est pas régulière. En effet, la comptabilité de la DGS-HP a été tenue jusqu'en 2019 sur un fichier Excel. Une reconstitution de la comptabilité était en cours selon la DGS-HP pour les exercices 2016 à 2019 dans le Logiciel TOM2PRO. Comme expliqué ci-dessus, cette reconstitution ne fait pas de distinction entre les subventions reçues de Gavi et celles de l'UNICEF. Un seul compte a été créé pour l'UNICEF qui regroupe toutes les subventions reçues de l'UNICEF.

#### Risques / Implications

- Non-respect des GMR et de l'accord cadre en matière de la tenue de la comptabilité consolidée des subventions de Gavi.
- Qualité altérée de l'information financière du fait de la non-disponibilité en temps réel de l'information financière.
- Absence de comptabilité pour les subventions Gavi.

#### Recommandation

##### La DFM devra :

- mettre en œuvre un système de comptabilisation des avances, afin de pouvoir produire les états financiers consolidés des subventions Gavi conformément aux GMR ;
- produire les rapports périodiques de gestions internes sur l'utilisation des fonds Gavi ;
- faire ressortir clairement dans le tableau emplois et ressources des états consolidés du PRODESS, les subventions obtenues de Gavi.

**La DGS-HP et toutes les DRS concernées** devront prendre les dispositions afin :

- d'accélérer le processus de reprise de la comptabilité pour les années antérieures (2016 à 2019) ;
- de tenir une comptabilité régulière et quotidienne dans le logiciel TOM2PRO ;
- de tenir une comptabilité analytique permettant de distinguer les différences sources de financement et d'établir à n'importe quel moment les états financiers de Gavi.

#### Réponses / Engagements du management

Voir Annexe 12

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Non-respect des dispositions du point (h) des GMR lié à la tenue régulière de la comptabilité dans le logiciel TOM2PRO par la DGS-HP.</li></ul> |  |
|---|--|

#### 4.2.4. Défaillances dans le suivi des avances

##### Contexte

Le manuel de procédures en vigueur (du 22 Août 2016 au 31 décembre 2017) entre l'UNICEF (au sujet des fonds Gavi) et le MSDS en son point 8) concernant les procédures de justification des fonds, dispose que « l'entité bénéficiaire de l'avance est l'unique responsable devant l'UNICEF pour la présentation des documents justificatifs des dépenses des fonds reçus. Les documents justificatifs devront être remis à l'UNICEF dans un délai ne dépassant pas trois (03) mois à partir de la date à laquelle l'avance a été accordée... »

Le point **2-e** de l'Aide-mémoire dispose que : « Les avances de fonds faites aux unités en charge de l'exécution des activités financées par les ressources Gavi RSS et SSV seront obligatoirement justifiées dans un délai de 06 mois à compter de la mise à disposition de l'avance...».

L'Aide-mémoire a été remplacé à partir du 10 octobre 2017 par les GMR, dont le point **(k)** indique que, « Le MSHP devra mettre en place dans le manuel de procédures un système pour le suivi détaillé des avances comprenant la fixation d'un délai pour la justification des avances/frais de mission faites et une pénalité en cas de non-respect du délai. Ce suivi détaillé devra être fait au niveau central et au niveau des régions par les équipes des régions et devra inclure un suivi de la justification des avances et la tenue d'une balance âgée, au plus tard 15 jours après la fin du mois. Le MSHP devra s'assurer du suivi mensuel du recouvrement des avances sur la base d'une balance âgée soumise par les directions, avec un point d'attention sur les montants non-recouverts après 90 jours. »

##### Description

L'UNICEF met à la disposition des bénéficiaires, à la réception des requêtes de financement, des avances justifiables dans un délai de trois mois. La revue de ce processus relève les insuffisances suivantes :

- contradiction entre le délai exigé par le manuel de procédures en vigueur entre l'UNICEF et le MSDS et les dispositions de l'Aide-mémoire. Mais l'équipe d'audit a relevé que les avances sont justifiées dans des délais supérieurs à trois mois ;
- l'UNICEF accorde jusqu'à 06 mois au bénéficiaire avant de ne plus autoriser des avances de fonds, conformément aux dispositions du point 2-e de l'aide- mémoire figurant à l'annexe 6 de l'accord cadre ;
- à l'exception de la DRS de Koulikoro, les instances auditées n'ont pu présenter des comptabilités des avances de fonds. Seuls les pièces comptables étaient disponibles pour audit (fiches FACE, rapports financiers et récapitulatifs des dépenses).

##### Recommandation

- Mettre en œuvre un dispositif formel de suivi des avances (par ex : balance âgée, tableau comparatif, état des suivi des avances).
- Clarifier les modalités de justification des dépenses liées aux avances de fonds, en précisant notamment les délais à respecter entre la réception des fonds et la remontée des pièces justificatives et leur enregistrement comptable.
- Mettre en place un plan de sauvegarde des données.

##### Risques / Implications

- Possibles retards des décaissements pour la mise en œuvre des activités en cas de non-respect des délais.
- Non atteinte des objectifs du programme dans les délais prévus dans le PTA.
- Non saisi d'écritures comptables liées aux avances de fonds faites et de leur usage dans le temps.
- Non suivi du retour des reliquats d'avances de fonds.

##### Réponses / Engagements du management

Voir Annexe 12



#### 4.2.5. Faiblesses constatées dans le classement et l'archivage des pièces comptables

##### Contexte

L'annexe 2 de l'ACP prévoit en son article 23 que « le Gouvernement tient des comptes et des dossiers séparés et exacts de chaque programme, préparés conformément aux normes internationalement reconnues et qui sont suffisants pour établir et vérifier avec précision les frais et les dépenses des programmes. Le Gouvernement devra tenir ces comptes et archives et tout autre document justificatif des dépenses réalisées avec les fonds de Gavi conformément aux normes fiscales du pays pendant une durée minimale de cinq ans après l'achèvement d'un programme. Si les fonds de Gavi sont mis en commun avec d'autres sources de financement, les comptes et les dossiers seront tenus de la même manière pour les fonds communs ».

##### Description

Lors du passage de l'équipe d'audit dans les locaux de la DGS-HP et de la DFM, il a été remarqué que le classement et l'archivage des pièces comptables ne garantissent pas une conservation sur une durée minimale de 5 ans. Au niveau de la DFM, des pièces justificatives de 2017 et 2018 de la CPS n'ayant toujours pas été comptabilisées n'étaient pas rangées mais entassées dans et sur des cartons désordonnés, laissés à la portée de tous (**Annexe 11**). Ces documents, pèles-mêles, incluaient des pièces comptables d'autres directions comme la Direction des Ressources Humaines. Cette situation affecte aussi d'autres processus tel que décrit dans la section 4.4 du présent rapport.

La mission d'audit menée au Mali en décembre 2020 avait fait état d'une insuffisance d'espace de stockage et d'archivage des documents comptables. Lors de sa mission en mai 2021, l'audit a constaté que la DGS-HP avait aménagé un espace de stockage des archives, permettant une conservation plus appropriée des pièces comptables. Toutefois, la situation constatée à la DFM n'avait pas évolué.

##### Risques / Implications

- Pertes de pièces justificatives comptables.
- Absence ou déficit de traçabilité de l'information et d'accès aux documents justificatifs.

##### Recommandation

- Améliorer le classement, rangement et archivage des pièces comptables en distinguant notamment les années comptables, les bailleurs de fonds et les bénéficiaires.
- Réduire les risques de pertes de pièces justificatives et de doubles saisies de dépenses à travers un système de réception et de numérotation unique et chronologique des pièces comptables reçues pour comptabilisation.
- Saisir promptement les pièces justificatives, et entreprendre régulièrement les rapprochements bancaires, les rapproches et les autres tâches comptables assignées à la DGS-HP et à la DFM.

##### Réponses / Engagements du management

Voir Annexe 12

#### 4.2.6. Comptabilisation et suivi des immobilisations défailtants

##### Contexte

Le point (i) des GMR relatif au registre des immobilisations rappelle que « *Le MSHP (et les services concernés) fera un inventaire physique global de toutes les immobilisations et des équipements financés par Gavi, et par les autres partenaires. Un registre des immobilisations devra indiquer le lieu et l'état actuel des immobilisations* ».

*La DFM maintiendra une comptabilité des immobilisations dans le logiciel comptable TOM2PRO pour toutes les immobilisations acquises sur les subventions Gavi au Mali »*

##### Description

La revue du manuel de procédures de PRODESS par l'équipe d'audit a mis en évidence l'absence des modalités précises d'enregistrement, de suivi et de sortie des immobilisations, tant selon les règles comptables que selon les GMR.

L'équipe d'audit a également relevé des insuffisances suivantes dans le registre des immobilisations tenu par la DFM qui sont :

- le registre des immobilisations ne distingue pas les immobilisations acquises sur fonds Gavi des immobilisations acquises par les autres bailleurs ou l'Etat ;
- l'inventaire physique des équipements est irrégulier (le dernier inventaire physique global date de 2018) ;
- le fichier des équipements de la chaîne du froid ne fait pas mention systématiquement des sources de financement ;
- le fichier de suivi des équipements de la chaîne du froid n'est pas mis à jour ;
- des écarts ont été relevés entre le fichier des équipements de la chaîne du froid et le résultat de nos observations physiques ;
- absence de logos (étiquette) à l'effigie du bailleur sur certains équipements indiquant la source de financement.

##### Recommandation

La DFM devra poursuivre les efforts engagés dans la mise en conformité avec le point (i) des GMR, notamment à travers les actions suivantes :

- intégrer dans le manuel des procédures les modalités précises d'enregistrement, de suivi et de sorties des immobilisations, selon les règles comptables et également l'ACP et les GMR ;
- effectuer régulièrement les inventaires physiques des équipements acquis sur fonds Gavi ;
- renseigner les sources de financement pour les immobilisations acquises sur fonds Gavi ;
- documenter tout écart relevé lors des prises d'inventaires physiques ;
- enregistrer dans le logiciel TOM2PRO toutes les immobilisations acquises sur les subventions Gavi conformément aux GMR.

##### Risques / Implications

Les faiblesses relevées sur le registre et les inventaires physiques des immobilisations :

- pénalisent la gestion exhaustive et rigoureuse, ainsi que la bonne répartition efficace des immobilisations à chaque niveau de la pyramide sanitaire ;
- réduisent significativement la traçabilité des actifs qui sont transférés, retirés, ou prêtés d'un site à un autre avec les risques de pertes ou de vols associés non détectés à temps ;
- empêchent de connaître l'historique de maintenance de chaque équipement et d'anticiper la budgétisation des montants nécessaires aux réparations et remplacements futurs.

##### Réponses / Engagements du management

Voir Annexe 12

## 4.3. Gestion budgétaire

### 4.3.1. Faiblesses relevées dans le suivi budgétaire

Selon la procédure C1 « Suivi d'exécution budgétaire » l'étape 1 relative à la production des états de suivi budgétaire du manuel de procédures du PRODESS, précise que, le comptable régional édite à travers le logiciel TOM2PRO, différents états d'exécution budgétaire : (i) Etat d'exécution budgétaire de la région ; (ii) Etat d'exécution budgétaire de chaque structure opérationnelle et (iii) Etat d'exécution budgétaire de chaque district socio-sanitaire.

#### Description

L'équipe d'audit a constaté qu'au niveau central comme aux niveaux décentralisés, le budget annuel n'est pas saisi dans le logiciel TOM2PRO. Ceci ne permet pas aux comptables régionaux d'éditer du logiciel l'état d'exécution budgétaire des subventions reçues de Gavi. De plus, il est relevé que dans le plan budgétaire et comptable, une seule codification est retenue pour l'UNICEF. Cette codification enregistre toutes les transactions concernant l'UNICEF. Aucun compte budgétaire spécifique n'est prévu pour les avances reçues de Gavi.

Par ailleurs, l'audit a relevé que la description d'activités sur les requêtes de financement n'est pas conforme pour la plupart, à leur description prévue dans le PTA, rendant difficile un bon suivi de l'emploi budgétaire par activité planifiée.

#### Risques / Implications

- Dépassement budgétaire non autorisé et de dépenses inéligibles.
- Difficultés dans le suivi du plan budgétaire.

#### Recommandation

- Saisir les PTAs dans le logiciel TOM2PRO pour permettre le suivi de l'état d'exécution et l'édition budgétaire à tout moment de l'année.
- Définir une codification permettant de distinguer les bailleurs des activités programmatiques, y compris celles financées par Gavi.
- S'assurer de porter sur les requêtes de financement la description exacte des activités prévues dans les PTAs afin de favoriser un bon suivi du plan budgétaire.

#### Réponses / Engagements du management

Voir Annexe 12

## 4.4. Achats et passations de marchés

### 4.4.1. Archivage des dossiers de passation des marchés à parfaire

#### Contexte

Le point « 3. Passation des marchés » de l'Aide-mémoire applicable jusqu'à l'entrée en vigueur des GMR dispose : « La responsabilité de l'acquisition des équipements sur fond Gavi RSS et SSV sera transféré de la DFM/Santé à l'UNICEF sur la base d'un memorandum d'entente entre les deux parties ».

Le point **(q)** des GMR précise que « toute autre passation de marché (matériel informatique et fournitures de bureau) sera soumise au manuel de procédures de la DFM, en se basant sur la procédure applicable du Code des marchés publics au Mali et sa mise à jour par le décret 0604 du 15 septembre 2015 ». Cette disposition est complétée par le point **(r)** des GMR qui dispose : « S'assurer d'inclure à l'avance et dans un délai approprié, tout achat à effectuer dans le Plan de Passation de Marchés pour l'approbation de la Direction des Finances et du Matériel ».

Les marchés passés par la DFM sont ainsi soumis au décret n° 2015 0604 / P-RM du 25 septembre portant code des marchés publics et des délégations de service public, et à l'arrêté n° 2015 3721/MEF-SG du 22 octobre 2015 fixant les modalités d'application du décret n° 2015-0604/P-RM du 25 septembre 2015.

#### Description

La majorité des soutiens de Gavi paraissant dans le champ de cet audit n'étaient pas affectés à des passations de marché publics au Mali. De ce fait, l'échantillon de dossiers d'appels d'offres audités fut restreint.

Un dossier d'appel d'offre a permis de relever l'absence de certains documents. Il s'agit dossier n° 714/MSHP-SG du 30 décembre 2016 totalisant 93 750 000 FCFA pour la fourniture, installation et mise en marche de 25 incinérateurs, hangars et fosses résidus, destinés à la DNS pour équiper les CSREF dans les régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso et Mopti. Les documents manquants au dossier étaient les procès-verbaux :

- de réception des offres ;
- d'ouverture des offres ;
- d'évaluation des offres.

L'incomplétude du dossier d'appel d'offres remet en cause les principes d'équité et de transparence recherchés pour les commandes publiques (voir détails dans la section 4.2.5 du présent rapport) et ne respecte pas les procédures applicables. Toutefois, la présence d'autres documents probants, tels que la facture d'achat, le justificatif de paiement du fournisseur et les avis de réception des prestations, ont permis d'établir que les prestations avaient été réalisées conformément à l'appel d'offre.

#### Risques / Implications

- Manque de visibilité et de transparence sur le processus d'appel d'offres, pouvant s'interpréter à des procédures viciées.
- Risque d'inéligibilité des achats non conformes aux procédures, décrets et arrêtés en vigueur.

#### Recommandation

- Classement et archivage de tous les documents entrant dans le processus de passation des marchés dans le respect des procédures applicables.

#### Réponses / Engagements du management

Voir Annexe 12

## 4.5. Engagement des dépenses

### 4.5.1. Dépenses mises en question

#### Contexte

Cette sous-section détaille les conclusions des tests substantifs effectués par l'équipe d'audit sur un échantillon de dépenses. Les dépenses testées ont été sélectionnées sur la base des activités référencées dans les fichiers des avances remis par l'UNICEF. L'audit a examiné l'ensemble des pièces justificatives mises à disposition par les bénéficiaires des avances et a évalué d'une part, l'exécution des programmes Gavi, la conformité avec les bonnes pratiques en matière de justification des dépenses et, d'autre part, leur recevabilité et la cohérence des différentes pièces justificatives relatives à une même dépense ou activité.

#### Description

Les constatations d'audit relatives aux dépenses testées ont été regroupées, par bénéficiaire et par catégories d'anomalies, comme présenté dans le tableau de synthèse en **Annexe 5** du présent rapport (les définitions des catégories qualifiant les dépenses sont précisées en **Annexe 4**). L'audit des pièces justificatives des dépenses engagées a fait ressortir plusieurs insuffisances liées notamment au déficit et/ou au caractère peu probant des documents fournis (**Annexe 6**).

- Dépenses insuffisamment justifiées : cette catégorie regroupe les dépenses pour lesquelles l'examen des documents fournis a révélé l'absence d'un ou plusieurs éléments essentiels de preuve documentaire. Un montant total de 158 455 511 FCFA (270 990 USD) de dépenses a été considéré insuffisamment justifié par l'équipe d'audit.
- Dépenses non justifiées : les pièces justificatives valides doivent être conservées aussi longtemps qu'est exigée la présentation des documents comptables auxquels elles se rapportent. Des dépenses non justifiées ont été identifiées pour un montant de 7 141 380 FCFA (12 213 USD).
- Dépenses irrégulières : dans cette catégorie sont classées les dépenses testées pour lesquelles les pièces justificatives fournies présentaient un défaut invalidant tout ou partie du montant de la dépense. Il s'agit notamment d'absence d'émargements sur les états de paiement de dépenses forfaitaires journalières (per diem) et un montant total de 10 788 996 FCFA (18 452 USD) de dépenses irrégulières a été identifié par l'équipe d'audit.

#### Risques / Implications

- L'absence, l'irrégularité ou l'insuffisance de certaines pièces justificatives ne permettent pas la vérification concluante que certaines dépenses ont effectivement été réalisées dans le cadre des programmes Gavi et selon les termes de l'ACP et ses annexes.
- Ces défaillances constatées peuvent conduire Gavi à demander remboursement des dépenses mises en question, au titre d'usage abusif de fonds, conformément à l'article 20.1 de l'annexe 2 à l'ACP.

#### Recommandation

- Mettre en place un manuel de procédures comptables, ou initier la mise à jour du manuel PRODESS en incluant les processus permettant un contrôle systématique de la qualité de justification des dépenses effectuées tant au niveau central qu'aux niveaux décentralisés.
- Définir clairement les activités à réaliser, aussi bien sur les fiches de postes des agents concernés que dans le manuel de procédures.
- Confier les activités de contrôle des dépenses à des collaborateurs expérimentés en matière de vérification et indépendants des opérations de saisie et de rapprochement comptable.

#### Réponses / Engagements du management

Voir Annexe 12

## 4.6. Gestion des vaccins

### 4.6.1. Absence de procédures opérationnelles normalisées

#### Contexte

De 2016 à 2019, Gavi a financé plus de 81 millions de dollars US de vaccins et autres intrants afin d'appuyer le développement des programmes de vaccination au Mali. La gestion de ces vaccins doit répondre à un cadre précis tout au long de la chaîne d'approvisionnement. Ainsi, des procédures opératoires normalisées (PON) doivent être établies et déployées à travers les différents niveaux de la pyramide sanitaire. Ces PON, afin d'assurer une gestion optimale des vaccins, doivent être adaptées au contexte spécifique du Mali.

#### Description

L'équipe d'audit a noté l'absence de procédures opératoires normalisées (PON) propres au contexte du Mali. Toutefois, la SI revendiquait comme référence le Manuel d'utilisation des procédures opératoires normalisées du modèle de GEV (Gestion Efficace des Vaccins), publié par l'OMS en sa 2<sup>ème</sup> version consolidée en mai 2012 (ci-après « PON-GEV »).

Cependant, la visite de différents sites par l'équipe d'audit a permis de relever qu'aucun d'entre eux à l'exception de l'entrepôt national, ne disposait d'un exemplaire des PON-GEV. Il a également été observé des pratiques hétérogènes en matière de gestion et d'acheminement effective des stocks, y compris des vaccins et intrants financés par Gavi. Cette absence d'homogénéité dans les pratiques, associée à un manque d'expérience de certains personnels en place, se reflète également dans les autres constats sur la gestion physique et administrative des vaccins. L'absence de PON-GEV et de fiches de renseignement types adaptées, distribuées et mises en pratique à travers la chaîne d'approvisionnement du Mali constitue la principale cause des manquements à l'origine des constatations d'audit formulées sous cette section 4.6.

#### Recommandation

Harmonisation de pratiques de gestion des stocks de vaccins et autres intrants par le biais :

- de PON propres au contexte Mali, rédigées par la SI et parrainées par le MSDS ;
- d'un renforcement des PON applicables à chaque niveau de la chaîne d'approvisionnement au moment de leur distribution ;
- d'un monitoring routinier de la mise en pratique des PON.

#### Risques / Implications

- Des bonnes pratiques de gestion de vaccins et autres intrants se mêlaient à des pratiques non conformes ou en deçà des PON-GEV.
- La non-distribution des PON-GEV aux entrepôts sous-nationaux et dans les lieux de vaccination dégrade sa mise en pratique.

#### Réponses / Engagements du management

Voir Annexe 12

## 4.6.2. Outil de gestion des stocks non fiable

### Contexte

« EVM-SOP-E6-01 » des PON-GEV stipule que le registre des stocks doit être précis et tenu à jour. Tous les arrivages et les livraisons de vaccins et intrants non périssables doivent être traités à l'aide du logiciel de gestion des stocks. Aucune transaction ne doit être effectuée en dehors du système et aucun produit ne doit quitter l'entrepôt sans un bon de sortie. Tout accès non autorisé aux stocks doit être évité.

L'outil de gestion informatisée des stocks, Stock Management Tool (« SMT »), conçu et distribué gratuitement par l'OMS, a été choisi par la SI pour la saisie et suivi continu des stocks de vaccins et autres intrants liés à la vaccination. SMT est déployé dans les entrepôts national, des DRS et des DS. Les fichiers SMT servent aussi à informer et à préciser l'estimation des besoins futurs et l'espace de stockage encore disponible pour pouvoir absorber des nouvelles commandes de vaccins et accessoires de vaccination.

Aux niveaux décentralisés, en plus de l'outil SMT, le cahier de mouvement des stocks est considéré comme l'outil primaire de renseignement suivi de SMT.

### Description

Le cumul de tâches de gestion physique et administrative et l'autonomie quasi-absolue accordée au personnel logistique des entrepôts visités a directement contribué à la non-identification de nombreuses erreurs de saisie à travers l'ensemble des outils de suivi et de rapportage des stocks d'intrants.

Toutes les erreurs constatées illustrent des défaillances majeures dans la gestion physique et administrative des stocks de vaccins, et dans les contrôles de qualité et renforcement des capacités, tant au niveau de l'entrepôt national que dans les sites décentralisés couverts par cet audit.

#### A l'entrepôt national

L'audit des fichiers SMT mis à la disposition de l'équipe d'audit par l'entrepôt national avait relevé des écarts significatifs entre les soldes de doses renseignés en fin d'année et le nombre de doses reporté au début de l'année consécutive. Les vaccins Pentavalent et PCV-13 présentaient des écarts négatifs systématiques, pouvant signifier des doses de vaccins perdues. Cumulées sur la période précitée et les trois vaccins audités, ces pertes totalisaient près de 1,1 million de doses avec une valeur d'environ 2,1 millions de dollars.

L'envergure des écarts constatés ont conduit le Secrétariat de Gavi à accorder à l'entrepôt national un délai supplémentaire pour vérifier la fiabilité et complétude de ses fichiers SMT et de fournir des versions plus fiables. Cet exercice a permis en outre d'identifier plusieurs bons de livraison n'ayant jamais été saisis auparavant, notamment des sorties de vaccins.

L'équipe d'audit a reçu et analysé de nouveau les fichiers SMT mis à jour en date du 10 juin 2021, et a reconduit l'exercice de rapprochement des soldes de fin et de début d'année en partant directement des informations sources des onglets *Entrées* et *Sorties* de chaque fichier (année) SMT (**Annexe 7**). A la lecture du rapprochement, les points positifs sont que les écarts inexplicables :

- avaient significativement diminué, grâce notamment aux bons de livraison retrouvés et saisis ; et
- étaient globalement positifs, réduisant la possibilité que des doses de vaccins auraient été perdus.

Les points négatifs sont que :

- certains écarts sont relativement importants ;

### Recommandation

#### A tous les entrepôts

- Améliorer la ségrégation des tâches à travers le personnel logistique existant.
- Instaurer un niveau de contrôle indépendant en amont et en aval de la saisie des données dans l'outil SMT, comprenant un rapprochement systématique des différentes sources de données en place.
- Investiguer et élucider les erreurs et incohérences de saisies.
- Compléter et faire approuver par la direction de la SI des fiches de sortie des stocks expirés ou perdus de vue.
- Renseigner les stocks expirés ou perdus de vue en tant que tel dans les fichiers SMT.
- Systématiser l'archivage et la préservation des outils de gestion, suivi et rapprochement.

#### Aux niveaux décentralisés

En sus de la mise en œuvre à leur échelle des recommandations ci-dessus, les directeurs régionaux et médecins chefs districts devraient :

- mettre en place un système de vérification ou de revue des données saisies dans l'outil SMT ;
- rendre obligatoire la tenue et l'envoi mensuel des SMT vers le niveau supérieur de la chaîne d'approvisionnement ;
- assurer un contrôle de qualité et renforcement des capacités permettant de mettre en pratique les PON-GEV.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• le stock théorique de VAA est négatif à fin 2018 ;</li> <li>• le stock théorique de Men-A est négatif à fin 2019.</li> </ul> <p>D'autres anomalies perdurent dans les fichiers SMT mis à jour en juin 2021, telles que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• quelques sorties de stock omettant la saisie du nombre de doses sorties ;</li> <li>• incohérences dans les informations retranscrites dans les différents onglets de certains fichiers.</li> </ul> <p>Ces constats ont été partagés avec l'entrepôt national et l'UNICEF qui ont jugé que l'effort requis pour identifier et corriger les anomalies et erreurs restants serait trop important pour être réalisé dans un délai raisonnable.</p> <p>Ces défaillances ont aussi conduit l'audit à entreprendre des rapprochements de documents de base des mouvements de stocks (documents de réception ou rapport de réception, bordereaux de livraison) vers les fichiers SMT pour trois des vaccins de routine subventionnés par Gavi contre le DTC-HepB-Hib (Pentavalent), le PCV-13 et le Rotavirus. Les résultats de ces travaux sont détaillés sous l'<b>Annexe 7</b> et l'<b>Annexe 8 – Entrepôt national</b> du présent rapport.</p> <p>L'équipe d'audit a également identifié dans le fichier SMT pour 2019, 18 400 doses de vaccins expirés. En l'absence de renseignements documentés ou de rapports de sortie de stocks expirés, la SI a fourni les explications suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 18 000 doses de bVPO expirées suite à une conservation prolongée dans une chambre froide à température positive en l'absence d'une chambre froide négative fonctionnelle ;</li> <li>- 400 doses de BCG tombées sous une étagère et retrouvées après date d'expiration.</li> </ul> <p>Ces vaccins expirés étaient toujours en attente de destruction.</p> <p>Pour conclure, il existe encore des anomalies et incomplétudes dans les dernières versions des fichiers SMT de l'entrepôt national qui impactent sans doute sur les écarts de stocks identifiés et détaillés dans l'<b>Annexe 7</b>. De fait, les fichiers SMT ne peuvent être considérés fiables à 100%.</p> <p><b>Aux niveaux décentralisés</b></p> <p>Des erreurs de saisies dans SMT des bordereaux de livraison ont été notés aux DS de Koulikoro et de Commune II. Il a également été constaté des mouvements de stock non renseignés dans le SMT que l'équipe d'audit a rapproché aux cahiers des mouvements de stocks. Au DS de Koulikoro, des écarts inexplicables ont été identifiés entre les bordereaux de livraison et les cahiers de mouvements de stock. Par ailleurs, dans les DS de Kati, Koulikoro et Commune II, plusieurs fichiers SMT n'étaient que partiellement renseignés.</p> <p>Les résultats de ces travaux sont détaillés sous <b>Annexe 8-Entrepôts décentralisés</b>.</p>	
<p><b>Risques / Implications</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ecart de stocks non décelés à temps.</li> <li>• Rapportage erroné et non fiable des fichiers SMT aux niveaux supérieurs de la chaîne d'approvisionnement.</li> <li>• Risque des ruptures ou de péremptions de stock de vaccins pour cause d'estimations des besoins erronées.</li> <li>• Non identification en temps voulu de pertes effectives de vaccins.</li> </ul>	<p><b>Réponses / Engagements du management</b> Voir Annexe 12</p>



### 4.6.3. Tenue irrégulière et non protocolée des inventaires physiques de stocks

#### Contexte

Les PON-GEV énoncent la planification, la préparation et la réalisation d'un inventaire physique. Selon ces procédures, un inventaire physique régulier est le seul moyen de s'assurer que les registres de stock et les niveaux des stocks sont toujours corrects et complets.

A la SI, les inventaires physiques sont programmés et budgétisés dans le Plan Pluriannuel Complet (PPAC) à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement comme suit :

- au niveau central : semestriellement (juin et décembre) ;
- au niveau des DRS : trimestriellement ;
- au niveau des abonnés (entrepôts intermédiaires) : trimestriellement ;
- au niveau de DS : mensuellement ;
- au niveau des CSCOM : mensuellement .

Les écarts de stock issus des inventaires physiques sont à investiguer et rapprocher par consultation des autres sources d'information, tels les rapports de pertes de stock, les bons de livraison et les parties émettrices ou récipiendaires des mouvements de stock. A l'issu de ce rapprochement, tout écart inexplicé doit figurer distinctement (part lot pour les vaccins), soit comme entrée, soit comme sortie de stock.

#### Description

##### A l'entrepôt national

L'équipe d'audit n'a reçu de l'entrepôt national qu'un seul rapport d'inventaire physique par année de 2016 à 2018, et deux pour 2019, soit cinq (05) rapports d'inventaires physiques sur huit (08) prévus et budgétisés dans le PPAC.

Des écarts significatifs ressortent de chacun des rapports d'inventaire. A titre illustratif :

##### *Inventaire du 15 au 29 janvier 2019 :*

DTC-HepB-Hib : stock physique de 444 730 doses, soit 11 560 doses en moins que le stock de 456 290 doses calculés par l'outil SMT (aussi appelé « stock théorique »).

PCV 13 : stock physique de 658 200 doses, soit 8 900 doses en moins que le stock théorique de 667 100 doses.

Rota : stock physique de 20 375 doses, soit 35 175 doses en moins que le stock théorique de 55 550 doses.

##### *Inventaire du 23 au 31 décembre 2019 :*

DTC-HepB-Hib : stock physique de 1 264 940 doses, soit 30 810 doses en moins que le stock théorique 1 295 750 doses.

PCV 13 : stock physique de 1 149 260 doses, soit 27 640 doses de plus que le stock théorique 1 176 900 doses.

Rota : stock physique de 472 405, soit 297 280 doses de plus que le stock théorique 175 125 doses.

Aucun des cinq (05) rapports d'inventaire audités n'était signé par le personnel ayant entrepris l'inventaire physique, ni approuvé par un responsable hiérarchique de la SI.

Aussi, l'audit a relevé que les écarts de stock identifiés entre les inventaires physiques ne sont ni rapportés ni validés par un responsable hiérarchique de la SI par le biais de rapports d'écarts, qu'aucune action n'est prise pour investiguer les écarts et les fichiers SMT, quel que soit leur niveau de matérialité.

#### Recommandation

##### A tous les entrepôts

- Tenue régulière et protocolée d'inventaires physiques des stocks. Il est proposé mensuellement à tous les niveaux jusqu'à ce que les écarts entre les inventaires physiques et théoriques des stocks diminuent à un seuil tolérable. La périodicité pourra ensuite être ramenée à la périodicité formellement prévue.
- Tout écart constaté entre un inventaire physique et les registres de stocks doit être investigué et, si possible, rapproché avec tout document source et, si nécessaire, avec le fournisseur et/ou récipiendaire des stocks concernés avec pour but d'identifier la source de l'erreur et ainsi apporter les corrections correspondantes.
- Tout écart restant inexplicable au terme des recherches et rapprochements entrepris doit être clairement rapporté et chiffré en doses et en dollars US dans le rapport d'inventaire physique correspondant.
- Tout rapport d'inventaire physique doit être signé par personnel ayant entrepris l'inventaire physique puis approuvé par un responsable hiérarchique.

<p><b>Aux niveaux décentralisés</b> Les sites visités notamment les DRS de Bamako, de Koulikoro, les DS de commune II, de commune V, de Kati et de Koulikoro n'ont pas du tout fourni de rapport d'inventaires, ni de PV attestant la tenue d'inventaires des stocks de vaccins.</p>	
<p><b>Risques / Implications</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ecart de stocks de vaccins et autres produits non décelés à temps pouvant se traduire par des pertes importantes.</li><li>• Possibilité de sorties de vaccins non autorisées et non détectées à temps.</li><li>• Possibilité d'existence de stocks avariés ou périmés dans les stocks des entrepôts.</li><li>• Informations de SMT non fiables ayant un impact sur les prévisions et les approvisionnements des vaccins et autres intrants.</li></ul>	<p><b>Réponses / Engagements du management</b> Voir Annexe 12</p>

#### 4.6.4. Maintenance préventive et curative irrégulière des équipements de la chaîne du froid

##### Contexte

Les PON-GEV énoncent les principes d'un système d'assurance qualité à travers la maintenance des équipements de la chaîne du froid. En matière de maintenance préventive, ces procédures précisent les tâches quotidiennes, hebdomadaires, mensuelles et annuelles et couvrent l'ensemble des équipements et installations employés pour le stockage et l'acheminement des vaccins.

La maintenance des équipements de la chaîne du froid du Mali durant la période auditée repose sur son Plan de Maintenance 2017-2021. Le renouvellement de ses mêmes équipements est défini dans son Plan d'Approvisionnement de 2017 à 2021. Les activités correspondantes et leurs financements font partie du PPAC 2017-2021. Ce dernier prévoit une maintenance préventive semestrielle par le Service d'Entretien du Parc Automobile et Matériel Technique (SEPAUMAT).

La dernière évaluation de la gestion efficace des vaccins (EGEV) entreprises au Mali de fin novembre 2018 à début janvier 2019 avait évalué les équipements, les réparations, la maintenance, et les véhicules, et avait formulé des recommandations pour tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement.

##### Description

L'équipe d'audit a relevé certaines insuffisances des dispositifs de maintenance des équipements nécessaires pour assurer le stockage et l'acheminement des vaccins dans les conditions préconisées dans le PON-GEV.

##### A l'entrepôt national

Les cahiers d'entretiens des véhicules de la chaîne du froid obtenus sont partiellement renseignés (**Annexe 9**). Certains véhicules notamment les (02) pickups réfrigérés et le camion utilitaire ne disposent pas de cahier d'entretien. Ceci ne permet pas de s'assurer que les véhicules sont régulièrement entretenus.

##### Aux niveaux décentralisés

Les congélateurs et réfrigérateurs figurent dans le Plan de Maintenance 2017-2021 mais plusieurs des visites des sites ont relevé des maintenances préventives irrégulières voir négligées, ainsi que l'absence de rapports des maintenances en 2017 et 2018 au sein des régions de Bamako et de Koulikoro.

##### Risques / Implications

- Pannes plus fréquentes et coûteuses du matériel de chaîne du froid n'ayant pas été entretenu préventivement.
- Raccourcissement de la durée de vie utile des équipements la chaîne du froid non entretenus, nécessitant leur remplacement prématuré au frais des bailleurs de fonds ou du contribuable.
- Les véhicules mal entretenus peuvent être source d'accidents.
- Les pannes de véhicules impactent sur la distribution à temps des vaccins et autres intrants.
- Expiration des vaccins exposés à des températures trop élevées pour des périodes prolongées.

##### Recommandation

##### A tous les entrepôts

- Respecte les plans de maintenance prévues.
- Réaliser mensuellement la maintenance préventive des équipements de la chaîne du froid.
- Mette en place les cahiers d'entretien pour tous les véhicules et les renseigner correctement et systématiquement.

##### Réponses / Engagements du management

Voir Annexe 12

#### 4.6.5. Insuffisances dans la gestion de la chaîne du froid

##### Contexte

Les équipements de la chaîne du froid sont un maillon essentiel du PEV. Les PON-GEV proposent en outre un cadre et les conditions de travail et de sécurité permettant de transporter, stocker et distribuer les intrants de vaccination et de préserver l'intégrité et l'efficacité des vaccins jusqu'à leur administration.

La dernière EGEV entreprise au Mali de fin novembre 2018 à début janvier 2019 recommande sous **E2 - Monitoring de température** que le « relevé des températures à l'intérieur de chaque équipement de chaîne du froid doit être effectuée deux fois par jour (matin et soir). »

##### Description

###### Aux niveaux décentralisés

Lors des visites des entrepôts de stockage des niveaux décentralisés, l'équipe d'audit a relevé des pratiques et des équipements de travail qui exposent les intrants de vaccination et le personnel logistique à des risques indus et pourtant facilement remédiables :

- absence à tous les sites visités des Equipements de Protections Individuels (EPI), notamment des vêtements de protection contre le froid nécessaires lors de l'exécution de leurs tâches dans les chambres froides ;
- absence dans certains sites visités d'extincteurs. Il est à relever que les DS de Kati et de Koulikoro stockent d'importants volumes de vaccins et matériels de vaccination en vue d'approvisionner d'autres districts voisins ;
- prise des températures discontinue des réfrigérateurs et des chambres froides au DS de Bamako. Il est noté sur les relevés de température de décembre de chaque année audité que la température n'est pas systématiquement relevée tous les jours.
- le DS de Bamako ne disposait pas de carburant pour alimenter son groupe électrogène prévu pour assurer le fonctionnement des équipements de chaîne du froid durant les pannes prolongées du réseau électrique ;
- réfrigérateurs et congélateurs installés à l'extérieur et exposés dans les CSCOM d'Asacohi et de Bakodjikoroni.

##### Recommandation

###### Aux niveaux décentralisés

- S'assurer que le personnel logistique dispose des EPI.
- Entreprendre des audits de sécurité des entrepôts.
- Relever régulièrement et documenter les prise de températures de stockage des vaccins, conformément au critère **E2** de l'EGEV.
- Assurer l'approvisionnement en carburant des groupes électrogènes prévus pour assurer le fonctionnement des équipements de chaîne du froid durant les pannes prolongées du réseau électrique.
- L'installation en lieu approprié et sécurisé des équipements de la chaîne du froid.

##### Risques / Implications

- Environnement de travail non sécurisé pour le personnel des entrepôts de la chaîne du froid.
- Expirations non-identifiées de vaccins au sein d'équipements dont la température de stockage n'est pas régulièrement relevée.
- Pertes humaines et/ou de stocks d'intrants pour cause d'incendies non maîtrisables.

##### Réponses / Engagements du management

Voir Annexe 12

## 4.7. Suivi et évaluation

### 4.7.1. Supervisions irrégulières

<p><b>Contexte</b></p> <p>Le Plan Pluriannuel Complet (PPAC) prévoit des supervisions à chaque niveau de la pyramide sanitaire. Elles sont semestrielles pour le niveau central et trimestrielles pour les niveaux régions et districts. Ces supervisions comprennent des objectifs spécifiques liés à la vaccination dans une portée formative et doivent permettre la remontée des faiblesses et problématiques constatées en vue d'opérer une amélioration continue des pratiques.</p>	
<p><b>Description</b></p> <p>L'équipe d'audit a obtenu et analysé les rapports de supervisions réalisées sur la période 2016 à 2019 à chaque niveau de la pyramide sanitaire et a relevé les insuffisances suivantes :</p> <p><b>Au niveau national</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le niveau central devrait réaliser 2 supervisions par an vers les régions. L'équipe d'audit a relevé qu'en dehors de 2017 où il y a eu deux supervisions vers la DRS Koulikoro, le niveau central a réalisé une seule supervision pour chacune des autres années vers les DRS Bamako et Koulikoro.</li> <li>Les recommandations formulées dans les rapports obtenus sont redondantes, les plans d'actions formulées ne sont pas suivis, et la responsabilité de suivi n'est pas définie.</li> </ul> <p><b>Au niveau des DRS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prévu par trimestre, le niveau région n'a réalisé des supervisions vers les districts de comme suit : <ul style="list-style-type: none"> <li>DRS Bamako vers DS Commune II et DS Commune V : (02) deux fois en 2016, (01) une fois en 2017, deux (02) fois en 2018 et une (01) fois en 2019 ;</li> <li>DRS Koulikoro vers DS Kati et DS Koulikoro : (02) deux fois en 2018.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Au niveau des DS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prévues par trimestre (soit 4 fois par an), les niveaux districts choisis ont réalisé des supervisions vers les aires de santé que comme suit : <ul style="list-style-type: none"> <li>Commune II : une (01) fois en 2017 ;</li> <li>Commune V : trois (03) fois en 2019 ;</li> <li>Koulikoro : une (01) fois en 2016, une (01) fois en 2017, une (01) fois en 2018.</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Recommandation</b></p> <p><b>A tous les niveaux</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Veiller à une supervision régulière en vue d'une amélioration continue des pratiques.</li> <li>Lors des supervisions, incorporer un suivi des recommandations.</li> <li>Définir les responsables de la mise en œuvre et du suivi des recommandations dans les rapports de supervision.</li> </ul>
<p><b>Risques / Implications</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les données rapportées dans le cadre de performance (hors couvertures vaccinales) ne correspondent pas à la réalité des résultats obtenus par la mise en œuvre des programmes.</li> <li>La mise en œuvre des recommandations formulées dans les rapports de supervisions peut être compromise.</li> </ul>	<p><b>Réponses / Engagements du management</b></p> <p>Voir Annexe 12</p>

#### 4.7.2. Manque d'analyse des données DVD-MT et d'actions correctives

##### Contexte

Le DVD-MT « District Vaccine Data Management Tool » est l'outil de collecte des données depuis 1986. Les données collectées des aires de santé sont saisies dans l'outil DVD-MT au niveau district. En 2016, l'utilisation du DHIS2 est rentrée en vigueur au Mali. Les données PEV partagées sur la période de 2016 à 2019 comme étant celles du Pays sont issues du DVD-MT.

Il est prévu que les données du DVD-MT soient analysées par le niveau région avant d'être remontées au niveau central. Ce qui explique l'existence du DVD-MT-district et du DVD-MT région. Les DVD-MT doivent être accompagnés de rapports d'analyses vers le niveau central.

##### Description

###### A tous les niveaux

L'équipe d'audit a noté une insuffisance d'analyse des données DVD-MT au niveau des régions. Seule la DRS de Kayes accompagne les données de DVD-MT de rapports d'analyses.

Il n'y a pas de revue conjointe des données du DVD-MT. Seules des analyses isolées sont réalisées par les gestionnaires de données.

De l'exploitation des rapports d'analyse du DVD-MT que l'équipe d'audit a obtenu du niveau national, il ressort que :

- les informations liées à la disponibilité des vaccins au niveau périphérique (centres de santé et districts) et à la qualité des vaccins à travers le suivi de la température des réfrigérateurs disponibles dans les centres ne sont pas prises en compte dans les rapports d'analyses de juin 2016. En effet, selon les orientations stratégiques de l'OMS et de Gavi, l'analyse de l'outil DVD-MT est basée sur quatre (04) sections essentielles à savoir :
  - la qualité des données ;
  - l'atteinte des objectifs de couverture vaccinale ;
  - la disponibilité des vaccins au niveau périphérique (centres de santé et districts) ;
  - la qualité des vaccins à travers le suivi de la température des réfrigérateurs disponibles dans les centres de santé.
- Il n'existe pas d'état de mise en œuvre des mesures correctives identifiées au travers des contrôles de DVD-MT.
- Les recommandations issues des analyses de données ne sont pas mises en œuvre. En 2018, les rapports reprennent globalement les mêmes actions d'un mois à l'autre.

###### Au niveau de la DRS de Kidal

Les DVD-MT révèlent un faible niveau de complétude par la DRS de Kidal pour les années 2016, 2017 et 2018. Certains mois ne sont pas du tout renseignés.

##### Risques / Implications

- Les données rapportées dans le cadre de performance (hors couvertures vaccinales) ne correspondent pas à la réalité des résultats obtenus par la mise en œuvre des programmes ;
- Succès des programmes Gavi affectés par la non-fiabilité des données.

##### Recommandation

###### A tous les niveaux

- Veiller à une revue indépendante, régulière et approfondie des données saisies.
- Modéliser/normaliser le rapport d'analyse des données saisies, de sorte à faire ressortir un état de mise en œuvre des incohérences relevées dans le rapport précédent.

###### Au niveau de la DRS de Kidal

- Assurer la complétude systématique et régulière des données saisies.

##### Réponses / Engagements du management

Voir Annexe 12

## Annexes

### Annexe 1 – Acronymes

<b>SIGLE</b>	<b>DEFINITION</b>
ACP	Accord-Cadre de Partenariat
CSCOM	Centre de Santé Communautaire
DFM	Direction des Finances et du Matériel
DGS-HP	Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique
DRS	Direction Régionale de la Santé
DS	District Sanitaire
DVD-MT	District Vaccine Data Management Tool
ECP	Évaluation de la Capacité des Programmes
EPI	Equipements de Protections Individuels
FCFA	Franc de la Communauté Financière Africaine
GEV	Gestion Efficace des Vaccins
GEV	Gestion Efficace des Vaccins
GMR	Exigences en matière de Gestion des Subventions
MSDS	Ministère de la Santé et du Développement Social
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PON	Procédures Opérationnelles Normalisées
PPAC	Plan Pluriannuel Complet
PTA	Plan de Travail Annuel
PTRF	Politique de Transparence et de Responsabilité Financière
RSS	Programme de Renforcement du Système de Santé
RSS2	2 <sup>ème</sup> phase des soutiens au programme RSS
SEPAUMAT	Service Entretien du Parc Auto et du Matériel Technique
SI	Section Immunisation
SMT	Stock Management Tool
UNICEF	Fonds des Nations-Unis pour l'Enfance
USD	Dollar des États-Unis d'Amérique

## Annexe 2 – Méthodologie

Les missions du département Audit & Investigations de Gavi sont conduites conformément aux normes et recommandations de l'Institut des Auditeurs Internes (IIA). Ces normes définissent les principes fondamentaux de la profession d'auditeur et d'évaluateur des systèmes de contrôle interne. Elles sont largement reflétées à travers le manuel de procédures du département Audit & Investigations de Gavi actuellement en vigueur.

L'approche d'audit du département Audit & Investigations de Gavi est détaillée dans ses principes et modes opératoires à travers ses termes de référence et son manuel d'audit, approuvés par le Conseil d'Administration, ainsi que dans les termes de références de chaque mission en particulier. Ces documents fournissent le cadre de référence applicable au personnel interne et externe à Gavi afin de produire des travaux de qualité en mettant en œuvre des procédures effectives et efficaces. Ils sont également importants pour protéger l'indépendance du personnel du département et l'intégrité de son travail.





De manière générale, le périmètre des activités du département Audit & Investigations de Gavi s'étend non seulement à son Secrétariat mais aussi à tout programme et activité mis en œuvre par les bénéficiaires des fonds Gavi et ses partenaires. Ce périmètre concerne notamment la revue et l'évaluation en conformité et efficacité vis-à-vis des processus de gouvernance, de gestion des risques, des systèmes de contrôle interne de Gavi et en matière de performance et capacité à atteindre les objectifs liés à sa mission.



### Annexe 3 – Définitions : opinion, notes d’audit et priorités

#### A. NOTES D’AUDIT ET OPINION GLOBALE

L’audit de Gavi attribue une note d’audit à chaque thématique/section traitée, et l’ensemble des notes d’audit étaye l’opinion globale de l’audit. Les notes d’audit et l’opinion globale sont graduées selon l’échelle suivante :

-  **Satisfaisant** – Les contrôles internes et les procédures de gestion des risques sont établis et adéquats, et fonctionnent correctement. Aucun domaine présentant un risque élevé n’a été identifié. En général, les objectifs de l’entité ont une forte probabilité d’être réalisés.
-  **Partiellement satisfaisant** – Les contrôles internes et les procédures de gestion des risques sont généralement établis et fonctionnent, mais requièrent des améliorations. Au moins un domaine présentant un risque modéré quant à la réalisation des objectifs de l’entité a été identifié.
-  **Améliorations significatives nécessaires** – Les contrôles internes et les procédures de gestion des risques présentent des faiblesses dans leur nature ou dans leur opérationnalisation qui pourraient affecter négativement la réalisation des objectifs de l’entité.
-  **Insatisfaisant** – Les contrôles internes et les procédures de gestion des risques ne sont pas établis ou ne fonctionnent pas. La majorité des problèmes identifiés présente un risque élevé et pourrait compromettre de manière significative l’atteinte des objectifs de l’entité.

#### B. NIVEAUX DE RISQUE DES CONSTATS D’AUDIT

Les notes d’audit et l’opinion globale, définies en section A ci-dessus, résultent de l’appréciation par les auditeurs de Gavi du nombre et de la gravité des constats d’audit identifiés pour chaque thématique/section. Le niveau de risque évalué pour chaque constat d’audit correspond au croisement de la probabilité de matérialisation du risque et de son impact potentiel (financier et/ou opérationnel). Ce niveau est exprimé selon les trois niveaux suivants :

-  **Faible**
-  **Modéré**
-  **Elevé**

## Annexe 4 – Classification des dépenses

### Dépenses suffisamment justifiées

Dépenses validées sur la base de preuves convaincantes (preuves suffisantes, adéquates, pertinentes et sûres), obtenues par les auditeurs pendant leur mission sur le terrain.

### Dépenses insuffisamment justifiées

Dépenses pour lesquelles un élément clef ou plusieurs éléments essentiels de preuve documentaire sont manquants, tels que :

- *Passations de marché*: absence de plan, approbation par la commission compétente, appel d'offre, devis/offre, contrat, bon de commande, bon de livraison / bon de réception pour biens et équipement, factures pro forma, facture finale, etc. ;
- *Activités programmatiques*: les voyages sans autorisation, l'absence de rapports techniques/d'activités illustrant la réalisation des tâches, de listes de participants signées et de documents justifiant la liquidation des avances opérationnelles pour l'organisation de réunions, formations et ateliers.

Les dépenses insuffisamment justifiées doivent être classées en 3 sous-catégories non-exclusives (une dépense peut appartenir à plusieurs de ces sous-catégories) :

- a) Dépenses non-conformes aux règles en vigueur (réglementation nationale, accords légaux, politiques et procédures de Gavi) ;
- b) Dépenses présentant des justificatifs incomplets ou/et faibles (absence de date, signature, en-tête, etc.) ;
- c) Dépenses ne présentant pas de justificatifs originaux mais uniquement des photocopies.

### Dépenses irrégulières

Cette catégorie comprend tous les actes délibérés ou non-intentionnels et omissions relatives :

- a) A l'utilisation ou la présentation de documents qui soient inadéquats, incomplets, falsifiés, ou incohérents et ayant généré des paiements indus sur les fonds Gavi ;
- b) Au détournement de fonds Gavi.

### Dépenses inéligibles

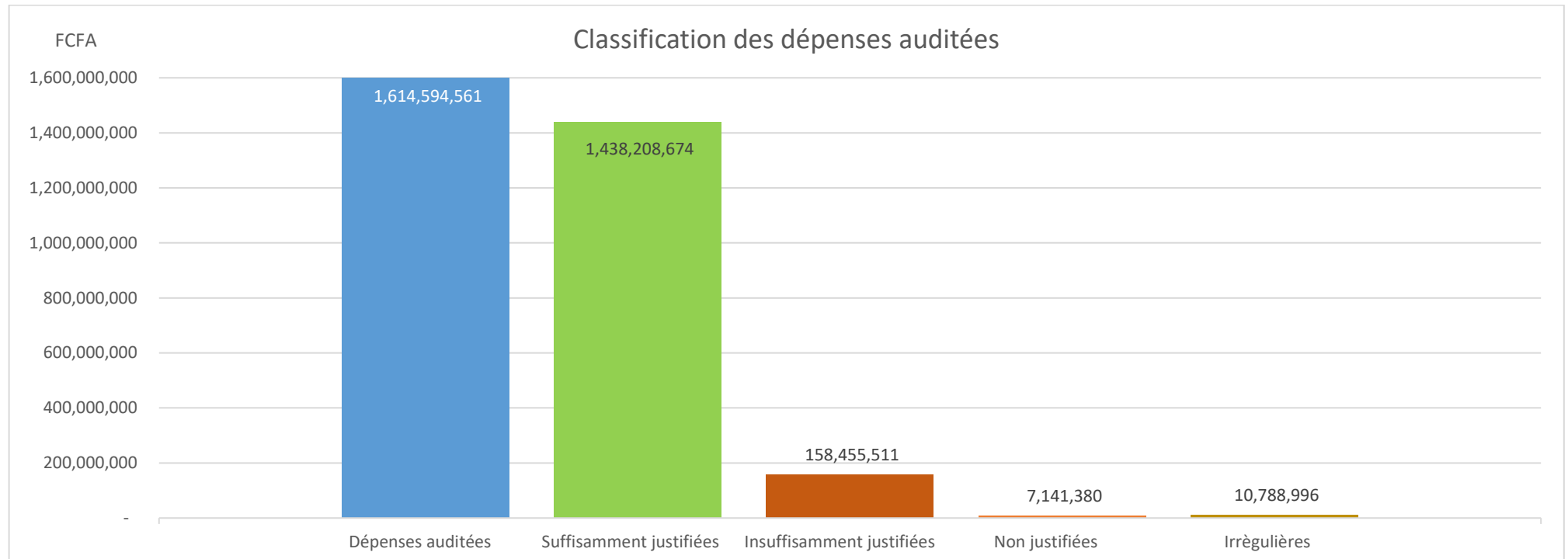
Dépenses qui ne sont pas conformes aux conditions du programme, à la proposition de subvention, ou aux objectifs fixés dans le plan de travail et les budgets approuvés par Gavi.

### Dépenses non justifiées

Dépenses n'étant supportées par aucun document justificatif, et pour lesquelles aucune preuve convaincante n'a été fournie.

## Annexe 5 – Synthèse des dépenses mises en question par l’audit

Bénéficiaires	Dépenses auditées	Dépenses insuffisamment justifiées		Dépenses non justifiées		Dépenses irrégulières		Dépenses inéligibles		Total des dépenses mises en question	
	FCFA	FCFA	%	FCFA	%	FCFA	%	FCFA	%	FCFA	%
Société civile et instances du MSDS											
Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire (FENASCOM)	58 338 983	-	0%	-	0%	-	0%	-	0%	-	0%
Direction de Finances et du Matériel	159 381 051	3 231 506	2%	2 387 674	1%	1 575 000	1%	-	0%	7 194 180	5%
Direction Générale de la Santé et de l’Hygiène Publique	532 103 804	17 551 800	3%	3 761 476	1%	1 579 565	0%	-	0%	22 892 841	4%
Direction Régionale de la Santé BAMAKO	37 468 050	-	0%	-	0%	-	0%	-	0%	-	0%
Direction Régionale de la Santé GAO	105 394 928	52 809 525	50%	-	0%	-	0%	-	0%	52 809 525	50%
Direction Régionale de la Santé KOULIKORO	300 529 707	18 203 775	6%	992 230	0%	6 694 431	2%	-	0%	25 890 436	9%
Direction Régionale de la Santé MOPTI	187 847 908	825 405	0%	-	0%	940 000	1%	-	0%	1 765 405	1%
Institut National de la Statistique	233 530 130	65 833 500	28%	-	0%	-	0%	-	0%	65 833 500	28%
<b>TOTAL MONTANT TESTE</b>	<b>1 614 594 561</b>	<b>158 455 511</b>	<b>10%</b>	<b>7 141 380</b>	<b>0%</b>	<b>10 788 996</b>	<b>1%</b>	<b>-</b>	<b>0%</b>	<b>176 385 887</b>	<b>11%</b>



## Annexe 6 – Détail des dépenses en FCFA mises en question par l’audit

a. Dépenses mises en question – DFM

Montants dépensés	Nature de dépenses	Observations	Montant insuffisamment justifié	Montant non justifié	Montant irrégulier	Total
<b>BUDGET DE LA REVUE EXTERNE DU PEV DU MALI DGS-HP (33 268 140)</b>						
581 506	Carburant	Il s'agit d'achat de carburant relatif à la mission de mise en œuvre de l'atelier d'élaboration du rapport de la revue externe du PEV et l'élaboration du nouveau PPAC 2017-2021. Absence de facture ou de reçu, nous avons juste vu la preuve de paiement chèque n°2822960 du 21/04/2017.	581 506			581 506
<b>MISSIONS D'INVENTAIRES DES EQUIPEMENTS (84 964 390)</b>						
<b>DRS de Kayes</b>						
10 150 000	Perdiem	Ce montant inclut des perdiems payés pour des employés qui ne sont pas en déplacement. Ils sont sur place et accueillent une mission d'inventaire. Ce type de rémunération ne figure pas sur la grille des nations unies en vigueur pour le paiement des perdiems.			350 000	350 000
488 432	Carburant	Dépenses de carburant imputées sans aucune pièce justificative.		488 432		488 432
<b>DRS de Sikasso</b>						
10 150 000	Perdiem	Ce montant inclut 350 000 payés aux agents qui sont des employés des localités (5 000 FCFA / employé par jour) comme rémunération supplémentaire. L'équipe d'audit n'a pas obtenu de textes qui justifient ces paiements.			350 000	350 000
475 972	Carburant	Dépenses de carburant imputées sans aucune pièce justificative.		475 972		475 972
<b>DRS de Koulikoro</b>						
10 150 000	Perdiem	Ce montant inclut des perdiems payés pour des employés qui ne sont pas en déplacement. Ils sont sur place et accueillent une mission d'inventaire; non conforme aux procédures en vigueur.			350 000	350 000
223 034	Carburant	Dépenses de carburant imputées sans aucune pièce justificative.		233 034		233 034
<b>DRS de Ségou</b>						
8 120 000	Perdiem	Ce montant inclut des perdiems payés pour des employés qui ne sont pas en déplacement. Ils sont sur place et accueillent une mission d'inventaire; non conforme aux procédures en vigueur.			280 000	280 000
220 236	Carburant	Dépenses de carburant imputées sans aucune pièce justificative.		220 236		220 236
<b>DRS de Gao</b>						
2 520 000	Perdiem	105 000 FCFA au taux de (5 000 / employé par jour) ont été payés à 3 agents pour un total de 7 jours, or ce sont des employés de la localité au titre d'une rémunération supplémentaire. L'équipe d'audit n'a pas obtenu de textes qui justifient ces paiements.			105 000	105 000
1 150 000	Autre prestation	Dépenses de location de voitures dont il manque la preuve de paiement.	1 150 000			1 150 000
660 000	Voyage et déplacement	Il manque la pièce justificative.		660 000		660 000
<b>DRS de Ménéka</b>						
3 290 000	Perdiem	Il y a 140 000 payés à quatre (4 agents) sur un total de 7 jours au taux de (5 000 FCFA / employé par jour) comme rémunération supplémentaire. Or ce sont des			140 000	140 000

Montants dépensés	Nature de dépenses	Observations	Montant insuffisamment justifié	Montant non justifié	Montant irrégulier	Total
		employés qui sont sur le lieu de la mission. L'équipe d'audit n'a pas obtenu de textes qui justifient ces paiements.				
1 500 000	Autre prestation	Dépenses de location de voitures dont il manque la preuve de paiement.	1 500 000			1 500 000
310 000	Voyage et déplacement	Il manque la pièce justificative.		310 000		310 000
<b>49 989 180</b>			<b>3 231 506</b>	<b>2 387 674</b>	<b>1 575 000</b>	<b>7 194 180</b>

**b. Dépenses mises en question – DGS-HP**

Montants dépensés	Nature de dépenses	Observations	Montant insuffisamment justifié	Montant non justifié	Montant irrégulier	Total
<b>SUPERVISION DES ACTIVITES DU PEV DE ROUTINE ET SURVEILLANCE DES MALADIES EVITABLES PAR LA VACCINATION (16 156 165)</b>						
<b>DRS de Gao</b>						
136 125	Carburant	Pièces non justifiées		136 125		136 125
<b>VACCINATION, CPN, NUTRITION SOIN TBT/TAOUDENII (13 922 000)</b>						
573 000	Autre prestation	Facture pro-forma et bon de commande non disponibles dans les documents reçus. Il s'agit des frais de transport des matériels.	573 000			573 000
666 000	Autre prestation	Facture pro-forma et bon de commande non disponibles dans les documents reçus. Il s'agit des spots et messages radios.	666 000			666 000
45 045		Il s'agit des frais bancaires qui ne devraient pas être imputés à cette ligne budgétaire car non prévus au budget.			45 045	45 045
<b>ATELIER DE FORMATION DU PERSONNEL (agents de santé) SUR LA GESTION DES DECHETS ISSUS DE LA VACCINATION ET DES AGENTS DE MANUTENTION SUR L'ELIMINATION DES DECHETS DE LA VACCINATION DANS LES REGIONS DE KAYES, KOULIKORO, SIKASSO, SEGOU, MOPTI ET LE DISTRICT DE BAMAKO (117 300 640)</b>						
<b>DRS de Kayes</b>						
804 000	Autres achats	Il s'agit des dépenses liées aux achats de Fournitures de bureau. L'équipe d'audit n'a relevé que le bon de commande n'est pas annexé à la liasse des documents.	804 000			804 000
<b>DRS de Koulikoro</b>						
2 640 000	Pause-café	Il n'existe pas de pro forma de 3 fournisseurs différents ni d'attestation de services rendus	2 640 000			2 640 000

Montants dépensés	Nature de dépenses	Observations	Montant insuffisamment justifié	Montant non justifié	Montant irrégulier	Total
534 000	Autres achats	Pas de bons de commande, pas de pro forma et pas de preuves de paiements	534 000			534 000
480 000	Autre prestation	Pas de facture pro-forma, pas de bons de commande et pas de preuve de paiements	480 000			480 000
842 520	Carburant	"Numéro d'immatriculation du véhicule ne figurant pas sur la facture de Carburant ; Liste de présence non signée par les bénéficiaires de frais de carburant."			842 520	842 520
14 500	Trajets locaux	Liste de présence non signée par les bénéficiaires de frais de péages.			14 500	14 500
20 000	Autres achats	Il s'agit des dépenses liées à l'achat de fournitures de bureau. L'équipe d'audit n'a relevé que le bon de commande et le bon de livraison ne sont pas joints à la liasse des documents.	20 000			20 000
<b>DRS de Sikasso</b>						
714 000	Autres achats	Il s'agit des dépenses liées à l'achat de fournitures de bureau. Pas de bon de commande.	714 000			714 000
<b>DRS de Ségou</b>						
600 000	Autre prestation (Location de salle)	Pas de bon de commande pour la location de la salle.	600 000			600 000
649 000	Carburant	Numéro d'immatriculation du véhicule ne figurant pas sur la facture de Carburant ; Liste de présence non signée par les bénéficiaires de frais de carburant.			649 000	649 000
<b>DS de Bamako</b>						
1 455 000	Perdiem	Il s'agit des dépenses liées aux paiements des perdiems. L'ordre de mission n'est pas joint pour les formateurs niveau régional.	120 000			120 000
1 455 000	Perdiem	Il s'agit des dépenses liées aux paiements des perdiems. L'ordre de mission n'est pas joint pour les formateurs niveau régional.	120 000			120 000
<b>BUDGET FORMATION CHARGES PEV REGIONAUX &amp; TECHNICIENS SEPAUMAT SUR LES EQUIPEMENTS DE LA CHAINE DU FROID SOLAIRE A SEGOU (29 331 082)</b>						
<b>Formation à Ségou</b>						
13 923 442	Autre prestation	Il n'y a pas eu de consultation de fournisseur, absence de facture pro-forma, preuve de paiement et de bon de commande.	400 000			400 000

Montants dépensés	Nature de dépenses	Observations	Montant insuffisamment justifié	Montant non justifié	Montant irrégulier	Total
<b>ATELIER DE FORMATION METHODE ENQUETE LQAS (43 068 508) /21 534 254 soumis par l'UNICEF</b>						
<b>DRS de Koulikoro</b>						
180 375	Autres achats	Achat de fournitures de bureau pour l'atelier de formation. Pas de preuve de paiement	180 375			180 375
750 000	Autre prestation	Pas de bon de commande, pas d'attestation de service fait.	750 000			750 000
<b>DRS de Sikasso</b>						
7 820 000	Perdiem	Perdiems aux participants à la formation LQAS. Pas d'ordre de mission	7 820 000			7 820 000
881 858	Carburant	Le montant dépensé est de 881 858 alors que le total des pièces justificatives est de 862 988 d'où un écart de 18 870.		18 870		18 870
770 000	Pause-café	Frais de restauration pour la formation en Lot Quality Assurance Sampling. Le nombre de participants sur la liste de présence (49) n'est pas conforme au nombre de participants (68) mentionné sur la facture de restauration. D'où une différence de (68-49) =19. Supposons que les 19 participants devraient prendre le petit-déjeuner de FCFA alors 1500*19=28 500 sont des dépenses irrégulières.			28 500	28 500
130 425	Autre achat	Achat de fourniture de bureau pour la formation en LQAS. Pas de bon de commande, pas de preuve de paiement.	130 425			130 425
500 000	Autre prestation	Pas de bon de commande, pas d'attestation de service fait et pas de preuve de paiement.	500 000			500 000
<b>DRS de Mopti</b>						
10 640 000	Perdiems	Suivant état de paiement des perdiems aux participants à la formation. L'équipe d'audit n'a relevé que la fiche d'émargement pour un montant de 2 520 000 FCFA et l'ordre de mission ne sont pas joints à la liasse des documents.		2 520 000		2 520 000
2 604 720	Carburant	La somme des factures d'achat de carburant fait 1 681 239 FCFA contre 2 604 720 FCFA portés en dépenses d'où un écart de 923 481 FCFA.		923 481		923 481
20 000	Trajets locaux	Pièces de transport non retrouvées		20 000		20 000



Montants dépensés	Nature de dépenses	Observations	Montant insuffisamment justifié	Montant non justifié	Montant irrégulier	Total
169 000	Traversée	La somme des reçus fait 163 000 FCFA contre 169 000 FCFA portés en dépenses d'où un écart de 5000 FCFA.		5 000		5 000
908 000	Pause-café	Frais de restauration pour l'atelier de formation des agents. L'attestation de service rendu n'est pas jointe à la liasse des documents. Il y a un écart de 138 000 FCFA entre le montant porté en dépenses et la facture de 770 000 FCFA.		138 000		138 000
500 000	Autre prestation	Il n'y a qu'une seule facture proforma, pas de bon de commande, pas d'attestation de service fait, pas de preuve de paiement.	500 000			500 000
<b>51 426 010</b>			<b>17 551 800</b>	<b>3 761 476</b>	<b>1 579 565</b>	<b>22 892 841</b>

**C. Dépenses mises en question – DRS de Gao**

Montants dépensés	Nature de dépenses	Observations	Montant insuffisamment justifié	Montant non justifié	Montant irrégulier	Total
<b>VACCINATION EQUIPE MOBILE (20 877 400)</b>						
<b>District Sanitaire de Gao</b>						
5 850 000	Autre prestation	Pièces non justifiées. L'équipe d'audit a noté une absence de facture proforma de trois fournisseurs et de la preuve de paiement. Non-respect des procédures de passation de marché.	5 850 000			5 850 000
<b>District Sanitaire d'Ansongo</b>						
3 000 000	Autre prestation	Absence de preuve de paiement.	3 000 000			3 000 000
<b>District Sanitaire de Bourem</b>						
660 000	Perdiem	Ordre de mission non visé et cacheté par le DTC des aires de santé visités.	510 000			510 000
326 125	Carburant	Facture pro-forma et bon de commande indisponibles dans les documents reçus. Il s'agit des spots et messages radios.	201 325			201 325
1 100 000	Autre prestation	L'équipe d'audit a noté une absence de facture proforma de trois fournisseurs et de la preuve de paiement. Non-respect des procédures de passation de marché	1 100 000			1 100 000

Montants dépensés	Nature de dépenses	Observations	Montant insuffisamment justifié	Montant non justifié	Montant irrégulier	Total
<b>District Sanitaire d'Almoustrat</b>						
2 000 000	Autre prestation	L'équipe d'audit a noté une absence de facture proforma de trois fournisseurs et de la preuve de paiement. Non-respect des procédures de passation de marché.	2 000 000			2 000 000
<b>VACCINATION MENSUELLE EN ÉQUIPE MOBILE DANS LES AIRES DE SANTÉ NON FONCTIONNELLES (28 713 000)</b>						
<b>District Sanitaire de Gao</b>						
1 821 000	Carburant	Il manque les preuves de paiement.	1 821 000			1 821 000
5 000 000	Autre prestation	Il manque les preuves de paiement.	5 000 000			5 000 000
<b>District Sanitaire d'Ansongo</b>						
1 821 000	Carburant	Il manque les preuves de paiement.	1 821 000			1 821 000
5 000 000	Autre prestation	Il existe un contrat qui fait office de bon de commande, mais il n'y a pas de preuve de paiement.	5 000 000			5 000 000
<b>District Sanitaire de Bourem</b>						
1 821 000	Carburant	Il manque les preuves de paiement.	1 821 000			1 821 000
5 000 000	Autre prestation	Il existe un contrat qui fait office de bon de commande et d'attestation de service fait, mais il n'y a pas de facture pro forma ni de preuve de paiement.	5 000 000			5 000 000
<b>SALAIRE DES 17 MEDECINS AU PROFIT DES CSCOM T4 (21 951 708)</b>						
<b>VACCINATION EN EQUIPE MOBILE DANS LES DISTRICTS SANITAIRES DE GAO, ANSONGO, ALMOUSTRAT ET BOUREM 4EME TRIMESTRE (22 367 620)</b>						
<b>District Sanitaire d'Almoustrat</b>						
2 250 000	Autre prestation	Dépenses liées à la location de salle pour l'activité de vaccination en équipe mobile. Il existe un contrat qui fait office de bon de commande, mais il n'y a pas de facture pro forma, ni d'attestation de service ni de preuve de paiement.	2 250 000			2 250 000
<b>District Sanitaire de Bourem</b>						
1 000 000	Autre prestation	Dépenses liées à la location de salle pour l'activité de vaccination en équipe mobile. Pas de facture pro forma ni de preuve de paiement.	1 000 000			1 000 000
<b>District Sanitaire d'Ansongo</b>						
3 000 000	Autre prestation	Il existe un contrat qui fait office de bon de commande, mais il n'y a pas de facture pro forma ni de preuve de paiement.	3 000 000			3 000 000

Montants dépensés	Nature de dépenses	Observations	Montant insuffisamment justifié	Montant non justifié	Montant irrégulier	Total
<b>District Sanitaire de Gao</b>						
5 250 000	Autre prestation	Il existe un contrat qui fait office de bon de commande, mais il n'y a pas de facture pro forma ni de preuve de paiement.	5 250 000			5 250 000
<b>REALISER LA VACCINATION MENSUELLE STRATEGIE AVANCEE (33 082 980)</b>						
<b>District Sanitaire d'Ansongo</b>						
728 400	Carburant	Il manque les bons de commandes, preuve de paiement et bon de livraison	728 400			728 400
2 000 000	Autre prestation	Il existe un contrat qui fait office de bon de commande, mais il n'y a pas de factures proforma, ni d'attestation de service fait, ni de preuve de paiement.	2 000 000			2 000 000
<b>District Sanitaire de Gao</b>						
728 400	Carburant	Il manque les preuves de paiement.	728 400			728 400
2 000 000	Autre prestation	Il manque les preuves de paiement.	2 000 000			2 000 000
<b>District Sanitaire de Bourem</b>						
728 400	Carburant	Il manque les preuves de paiement.	728 400			728 400
2 000 000	Autre prestation	Il manque les preuves de paiement et les factures pro forma.	2 000 000			2 000 000
<b>53084 325</b>			<b>52 809 525</b>	-	-	<b>52 809 525</b>

## d. Dépenses mises en question – DRS de Koulikoro

Montants dépensés	Nature de dépenses	Observations	Montant insuffisamment justifié	Montant non justifié	Montant irrégulier	Total
<b>DRS KOULIKORO APPUI AU PROGRAMME ELARGIE VACCINATION (23 415 475)</b>						
<b>DS de Fana</b>						
300 000	Autre prestation (Location de salle)	Absence de bon de commande et de preuve de paiement, ni de facture proforma de trois fournisseurs.	300 000			300 000
967 500	Pause-café	Absence de preuve de paiement	967 500			967 500
<b>CSREF Kati</b>						
600 000	Autre prestation	La facture de location est établie par le conseil du cercle de Kati. L'équipe d'audit n'a pas noté la consultation de trois (03) fournisseurs ni la preuve de paiement.	600 000			600 000
1 982 500	Pause-café	L'équipe d'audit a porté une observation sur les frais de restauration de trois participants qui n'ont pas émarginé la liste de présence à partir du quatrième jour de formation lors de la deuxième session de formation sur l'analyse et la planification ACE en immunisation. La facture de pause-café et déjeuner mentionne 83 participants sur 5 jours alors que 77 participants ont émarginé à partir du 4ème jour. Notons que le micro plan prévoit 72 participants pour cette formation. En considérant que les 11 (83-72) participants de différence ont seulement pris le petit déjeuner de 1500 FCFA alors 1500*11= 16 500 sont des dépenses irrégulières.			16 500	16 500
341 775	Autre achat (Fournitures)	Absence de bon de commande et de bon de livraison.	341 775			341 775
<b>CSREF Dioïla</b>						
236 250	Autres achats (Fournitures)	Les deux factures proformas obtenues chez les deux fournisseurs éliminés à l'issue du processus de consultation de fournisseur sont relativement identiques (librairie DEMBA DIAKITE & LIBRAIRIE IBRAHIM SORY) en termes de caractère, de style de présentation et de mise en forme.			236 250	236 250
<b>DRS KOULIKORO - APPUI STRATEGIE AVANCEE DANS LES DS KOULIKORO (41 697 047)</b>						
<b>CSREF-Kati</b>						
5 632 861	Perdiem	Absence de fiche de présence des vaccinateurs, d'ordre de mission. Non uniformisation du taux de perdiem des vaccinateurs et des mobilisateurs. Perdiem du DTC non prévu dans le micro plan			5 632 861	5 632 861
604 408	Carburant	Absence de bon de commande, de facture de carburant, de bon de livraison et dépassement budgétaire.			808 820	808 820
<b>SITUATION DE FONDS MEN AFRIVAC 2017 (151 036 690)</b>						

Montants dépensés	Nature de dépenses	Observations	Montant insuffisamment justifié	Montant non justifié	Montant irrégulier	Total
<b>DRS-Koulikoro</b>						
45 250	Autres Achats	Facture non retrouvée.		45 250		45 520
91 980	Carburant	Factures non retrouvées.		91 980		91 980
<b>CSREF-Kolokani</b>						
135 000	Autres achats	Pas de facture pro-forma, pas de bon de commande, pas de bon de livraison pas de preuve de paiement.		135 000		135 000
75 000	Autre prestation	Pas de facture pro-forma.		75 000		75 000
<b>CSREF-Kaganba</b>						
150 000	Perdiem	Pas d'ordre de mission	150 000			150 000
600 000	Perdiem	Pas d'ordre de mission	600 000			600 000
90 000	Autre prestation	Pas de preuve de paiement	90 000			90 000
100 000	Autre prestation	Pas de preuve de paiement	100 000			100 000
<b>CSREF-Banamba</b>						
10 497 820	Perdiem	Perdiems aux vaccinateurs. Pas de liste de présence	6 985 000			6 985 000
<b>CSREF-Dioila</b>						
135 000	Autre achat	Pas de facture pro forma, pas de bon de commande pas de bon de livraison et pas de preuve de paiement		135 000		135 000
75 000	Autre prestation	Pas de preuve de paiement		75 000		75 000
<b>CSREF-Kalabancoro</b>						
135 000	Autre Prestation	Pas de bon de commande, pas d'attestation de service fait, pas de preuve de paiement		135 000		135 000
<b>CSREF-Nara</b>						
478 500	Pause-Café	Pas de facture pro forma, pas d'attestation de service rendu	478 500			478 500
<b>CSREF-Fana</b>						
7 000 000	Perdiems	Perdiems aux vaccinateurs volontaires. Pas de liste de présence	6 700 000			6 700 000
75 000	Formation Volontaires / Vaccinateurs	Pas de liste de présence	75 000			75 000

Montants dépensés	Nature de dépenses	Observations	Montant insuffisamment justifié	Montant non justifié	Montant irrégulier	Total
15 000	Formation Volontaires / Vaccinateurs	Pas de liste de présence	15 000			15 000
75 000	Autre prestation	Pas de facture proforma pas de bon de commande.	75 000			75 000
<b>CSREF-Kati</b>						
717 000	Pause-Café	Facture de restauration. Pas de facture pro-forma, pas de preuve de paiement.	717 000			717 000
9 000	Pause-café	Facture de restauration. Pas de facture pro-forma, pas de preuve de paiement.	9 000			9 000
225 000	Autres achats	Pas de pro-forma pas preuve de paiement, Pas de bon de livraison.		225 000		225 000
<b>CSREF-Koulikoro</b>						
75 000	Autre prestation	Pas de preuve de paiement, Pas de bon de commande, pas d'attestation de service fait.		75 000		75 000
<b>31 464 844</b>			<b>18 203 775</b>	<b>992 230</b>	<b>6 694 431</b>	<b>25 890 436</b>

**e. Dépenses mises en Question – MOPTI**

Montants dépensés	Nature de dépenses	Observations	Montant insuffisamment justifié	Montant non justifié	Montant irrégulier	Total
<b>TROIS SORTIES EN STRATEGIE AVANCEE DANS 07 AIRES SANITAIRE (34 779 945)</b>						
<b>Douentza</b>						
40 000	Perdiem	Paiement de perdiem lié à la stratégie avancée de l'aire de santé Gandamia dans Mopti. Le paiement s'est fait pour 4 jours, l'ordre de mission et les visas d'arrivée sont de 6 jours (04 au 09 Aout). Ce qui est incohérent et non plausible.			40 000	40 000
20 000	Perdiem	Paiement de perdiem lié à la stratégie avancée de l'aire de santé Korarou dans Mopti. Le paiement s'est fait pour 2 jours, l'ordre de mission et les visas d'arrivée sont de 9 jours (09 au 14 juillet). Ce qui est incohérent et non plausible.			20 000	20 000
250 000	Perdiem	Paiement de perdiem lié à la stratégie avancée de l'aire de santé Bore dans Mopti. Le paiement s'est fait pour 25 jours, l'ordre de mission est de 17 jours (09 au 26 juillet) et les visas sont de 15 jours. Ce qui est incohérent et non plausible.			250 000	250 000
20 000	Perdiem	Paiement de perdiem lié à la stratégie avancée de l'aire de santé Central dans Mopti. Le paiement s'est fait pour 2jours, l'ordre de mission est de 3			20 000	20 000

Montants dépensés	Nature de dépenses	Observations	Montant insuffisamment justifié	Montant non justifié	Montant irrégulier	Total
		jours (10 au 12 aout) et les visas sont illisibles. Ce qui est incohérent et non plausible.				
30 000	Perdiem	Paiement de perdiem lié à la stratégie avancée de l'aire de santé Nokara dans Mopti. Le paiement s'est fait pour 3 jours, l'ordre de mission et les visas d'arrivée sont de 1 jour (14juin au 14 juin). Ce qui est incohérent et non plausible.			30 000	30 000
40 000	Perdiem	Paiement de perdiem lié à la stratégie avancée de l'aire de santé Douna dans Mopti. Le paiement s'est fait pour 4 jours, l'ordre de mission est de 3 jours (25juin au 27 juin). Ce qui est incohérent et non plausible.			40 000	40 000
250 000	Perdiem	Paiement de perdiem lié à la stratégie avancée de l'aire de santé Bore dans Mopti. Le paiement s'est fait pour 25 jours, l'ordre de mission est de 10 jours (18 juin au 28 juin) et les visas d'arrivée sont de 5 jours. Ce qui est incohérent et non plausible.			250 000	250 000
40 000	Perdiem	Paiement de perdiem lié à la stratégie avancée de l'aire de santé Bore dans Mopti. Le paiement s'est fait pour 4 jours, l'ordre de mission est de 3 jours et les dates de visas d'arrivée sont altérées, les signatures non identifiables. Ce qui est incohérent et non plausible.			40 000	40 000
250 000	Perdiem	Paiement de perdiem liée à la stratégie avancée de l'aire de santé Bore dans Mopti. Le paiement s'est fait pour 25 jours, l'ordre de mission et les visas d'arrivée sont de 15 jours (01 au 16 aout). Ce qui est incohérent et non plausible.			250 000	250 000
825 405	Carburant	Carburant pour aller vers les aires de district, il manque le bon de commande.	825 405			825 405
1 765 405			825 405		940 000	1 765 405

## f. Dépenses mises en question – INSTAT

Montants dépensés	Nature de dépenses	Observations	Montant insuffisamment justifié	Montant non justifié	Montant irrégulier	Total
<b>BUDGET ENQUETE POST CAMPAG VACCINT ROUGEOLE 2019 (216 456 840) REALISER EVALUATION CAMPAGNE DE VACCINATI ROUGEOLE (17 073 290)</b>						
350 000	Autre Achat	Frais d'achat de fournitures pour la formation des enquêteurs. Absence de 3 factures pro-forma. La facture pro-forma qui est dans la liasse des documents est celle d'un seul fournisseur	350 000			350 000
26 649 000	Perdiem	Paiement de perdiems aux agents enquêteurs. Pas de liste de présence (concerne uniquement les agents externes recrutés) ni de contrats de travail.	26 649 000			26 649 000
24 612 500	Carburant	Paiement des frais de carburant, frais de guide et de traversée. La clé de répartition des frais de carburant n'est pas formalisée. Pas de liste de présence.	16 818 500			16 818 500
6 950 000	Carburant	Il s'agit des frais de carburant des superviseurs régionaux et nationaux. Seul l'état de paiement des frais de carburant des superviseurs est joint à la liasse des documents.	3 800 000			3 800 000
17 766 000	Perdiem	Il s'agit du reliquat des perdiems payés aux agents enquêteurs. Pas de liste de présence ni de contrats de travail.	17 766 000			17 766 000
450 000	Autre Achat	Dépenses liées à l'achat de fournitures. Absence de 3 factures pro-forma. La facture pro-forma qui est dans la liasse des documents est celle d'un seul fournisseur (MAXI SERVICE). Pas d'attestation de service fait.	450 000			450 000
<b>76 777 500</b>			<b>65 833 500</b>			<b>65 833 500</b>



## Annexe 7 - Rapprochement des niveaux des stocks entre fichiers SMT renseignés chaque année par l'entrepôt national

L'entrepôt national de la SI gère et suit son stock de vaccins et autres intrants par le biais du SMT, conçu dans le logiciel Microsoft Excel et mis gratuitement à disposition par l'OMS à de nombreux pays. Un fichier SMT distinct par année calendrier permet de saisir les mouvements de stock et de générer un nombre de rapports de gestion. Lors de la création d'un fichier SMT, les niveaux des stocks par article et par lot au 31 décembre de l'année antérieure doivent être saisis.

Parallèlement, l'entrepôt national de la SI procède à la fin de chaque année audité à un inventaire physique de l'ensemble de ses stocks. Le rubrique **EVM-SOP-E6-01 - Gestion informatisée des stocks** des PON-GEV de l'OMS, revendiquées par la SI, prévoit, à l'issu d'un inventaire physique, d'ajuster et d'indiquer le motif d'ajustement des niveaux de stocks dans le système de gestion des stocks, puis de dresser un rapport d'ajustement de stock.

Le tableau ci-dessous reprend pour sept vaccins les saisies originelles faites par l'entrepôt national de la SI respectivement dans les onglets *Entrées* et *Sorties* des fichiers SMT, allégués définitifs, pour les années 2016 à 2019 inclus. Le tableau distingue entre les saisies de *Reports* de solde et d'autres *Entrées* de stock renseignées par l'entrepôt national dans l'onglet *Entrées* du fichier SMT. Le tableau recalcule aussi le *Solde* à la fin de chaque année calendrier en tenant compte de toute *Sortie* de stock renseignée par l'entrepôt national dans l'onglet *Sorties* du fichier SMT. Enfin, chaque colonne *Ecart* du tableau compare le *Solde* théorique, recalculé des mouvements de stock, avec le *Report* de solde renseigné par l'entrepôt national dans le fichier SMT définitif de l'année suivante.

Antigènes	2016 @10/06/21				Ecart	2017 @10/06/21				Ecart	2018 @17/06/21				Ecart	2019 @10/06/21				Total des écarts
	Reports	Entrées	Sorties	Solde	N et N+1	Reports	Entrées	Sorties	Solde	N et N+1	Reports	Entrées	Sorties	Solde	N et N+1	Reports	Entrées	Sorties	Solde	N et N+1
	a	b	c	a+b+c = d	f-d = e	f	g	h	f+g+h = i	k-i = j	k	l	m	k+l+m = n	p-n = o	p	q	r	p+q+r = s	e+j+o
DTC-HepB-Hib	27 040	2 165 140	-2 187 140	5 040	0	5 040	3 510 570	-2 322 860	1 192 750	0	1 192 750	1 818 300	-2 543 310	467 740	25 380	493 120	3 103 800	-2 292 920	1 304 000	25 380
Men_A	0	4 370 980	-200 480	4 170 500	0	4 170 500	1 256 490	-4 677 400	749 590	0	749 590	698 490	-909 730	538 350	0	538 350	796 860	-1 407 090	-71 880	0
PCV-13	756 800	2 266 951	-2 234 350	789 401	64 800	854 201	2 614 044	-2 275 382	1 192 863	0	1 192 863	1 893 500	-2 364 600	721 763	0	721 763	2 783 200	-2 343 500	1 161 463	64 800
Rota_liq	564 500	1 942 675	-1 635 100	872 075	0	872 075	1 878 150	-1 764 573	985 652	14 975	1 000 627	922 375	-1 764 527	158 475	-14 200	144 275	1 700 975	-1 564 877	280 373	775
VAA	69 000	717 620	-691 590	95 030	0	95 030	1 038 170	-862 780	270 420	5 300	275 720	1 036 170	-1 317 320	-5 430	18 850	13 420	1 002 740	-984 640	31 520	24 150
VAR	904 710	742 100	-1 316 510	330 300	0	330 300	1 227 910	-931 160	627 050	0	627 050	2 055 970	-1 971 120	711 900	0	711 900	5 812 150	-5 876 620	647 430	0
VPI	319 600	142 800	-462 220	180	0	180	800 000	-658 180	142 000	0	142 000	831 090	-763 910	209 180	0	209 180	977 820	-833 030	353 970	0

Les écarts figurant dans ce tableau n'avaient pas été repérés avant le présent audit, et n'ont pu être justifiés par l'entrepôt national pendant les recherches entreprises. L'absence généralisée de rapports d'ajustement de stock et de fiches de comptage de l'inventaire physique empêchent d'affirmer que les écarts s'expliquent par des ajustements des niveaux de stocks après inventaire physique. Il est toutefois plausible qu'ils témoignent d'ajustements de stock incorporés à la saisie manuelle des soldes reportés, contrairement à la procédure **EVM-SOP-E6-01 - Gestion informatisée des stocks** qui prévoit de renseigner tout ajustement dans les onglets *Entrées* ou *Sorties* du fichier SMT correspondant. Il est également plausible que des erreurs de saisies subsistaient encore à terme des recherches et corrections entreprises par l'entrepôt national. Pour exemple, l'écart de 64,800 doses du vaccin PCV-13 entre le solde à fin 2016 et le solde reporté début 2017 provient vraisemblablement uniquement d'une erreur de transcription dans SMT 2016 du nombre de doses entrant en stock le 27 mars 2016 (voir tableau sous Annexe 6).

## Annexe 8 - Erreurs de saisie relevées par l'équipe d'audit dans les fichiers SMT

### Entrepôt national : résultats des tests de cohérence des entrées de stock saisis dans SMT

Le tableau ci-dessous présente les résultats d'un test d'audit mené dans l'entrepôt national qui comparait un échantillon d'entrées de vaccins saisis dans l'onglet *Entrées* de l'outil SMT avec les rapports de réception de stock. Ces derniers constituent la source de renseignement principale pour les entrées de nouveaux stocks de vaccins. En rouge, les incohérences de saisie dans SMT identifiées par l'équipe d'audit.

Hormis leur récurrence et la matérialité de plusieurs de ces incohérences, ce test d'audit illustre également l'ineffectivité des contrôles de cohérence post saisie.

DONNEES DU SMT							RAPPORTS DE RECEPTION		
Date Entrée	Type Entrée	Type Intransit	Vaccins/diluants & Consommables	N° du Lot	doses/flacon ou unités/boîtes	Nbre flacons ou boîtes (1)	Nbre flacons ou boîtes Rapports de réception (2)	Ecart (1) - (2)	Référence Rapport de réception
<b>Année 2016</b>									
27-mars-16	Arrivage	VAC/DIL	PCV-13	M10610	1	51 850	51 850	-	<b>MLI-2016-19</b>
<b>27-mars-16</b>	<b>Arrivage</b>	<b>VAC/DIL</b>	<b>PCV-13</b>	<b>M77241</b>	<b>1</b>	<b>77 750</b>	<b>12 950</b>	<b>64 800</b>	
20-avr-16	Arrivage	VAC/DIL	Rota_liq	L044456	1	2 675	2 675	-	<b>MLI-2016-21</b>
20-avr-16	Arrivage	VAC/DIL	Rota_liq	M002243	1	69 825	69 825	-	
20-avr-16	Arrivage	VAC/DIL	Rota_liq	M002244	1	48 550	48 550	-	
20-avr-16	Arrivage	VAC/DIL	Rota_liq	M003465	1	22 050	22 050	-	
11-mai-16	Arrivage	VAC/DIL	PCV-13	N04774	1	55 600	55 600	-	<b>MLI-2016-22-2</b>
11-mai-16	Arrivage	VAC/DIL	PCV-13	N04773	1	320 350	320 350	-	
11-mai-16	Arrivage	VAC/DIL	PCV-13	M10708	1	98 250	98 250	-	

DONNEES DU SMT							RAPPORTS DE RECEPTION		
Date Entrée	Type Entrée	Type Intrans	Vaccins/diluants & Consommables	N° du Lot	doses/flacon ou unités/boîtes	Nbre flacons ou boîtes (1)	Nbre flacons ou boîtes Rapports de réception (2)	Ecart (1) - (2)	Référence Rapport de réception
<b>Année 2017</b>									
23-août-17	Arrivage	VAC/DIL	DTC-HepB-Hib	124X7009A	10	1 073	1 073	-	<b>MLI-2017-21</b>
<b>23-août-17</b>	<b>Arrivage</b>	<b>VAC/DIL</b>	<b>DTC-HepB-Hib</b>	<b>124X7009B</b>	<b>10</b>	<b>78 927</b>	<b>789 270</b>	<b>- 710 343</b>	
29-déc-17	Arrivage	VAC/DIL	Rota_liq	N031211	1	12 250	12 250	-	<b>MLI-2017-35-3-2</b>
29-déc-17	Arrivage	VAC/DIL	Rota_liq	N029153	1	450	450	-	
29-déc-17	Arrivage	VAC/DIL	Rota_liq	N031209	1	45 175	45 175	-	
29-déc-17	Arrivage	VAC/DIL	Rota_liq	N031205	1	61 300	61 300	-	
<b>29-déc-17</b>	<b>Arrivage</b>	<b>VAC/DIL</b>	<b>Rota_liq</b>	<b>N031206</b>	<b>1</b>	<b>69 775</b>	<b>11 200</b>	<b>58 575</b>	
<b>Année 2018</b>									
<b>21-févr-18</b>	<b>Arrivage</b>	<b>VAC/DIL</b>	<b>DTC-HepB-Hib</b>	<b>220105517A</b>	<b>10</b>	<b>14 076</b>	<b>13 955</b>	<b>121</b>	<b>MLI-2018-02-PENTA</b>
21-févr-18	Arrivage	VAC/DIL	DTC-HepB-Hib	220105617A	10	8 872	8 872	-	
<b>21-févr-18</b>	<b>Arrivage</b>	<b>VAC/DIL</b>	<b>DTC-HepB-Hib</b>	<b>220105817A</b>	<b>10</b>	<b>7 440</b>	<b>5 023</b>	<b>2 417</b>	
21-févr-18	Arrivage	VAC/DIL	DTC-HepB-Hib	220105917A	10	90 950	90 950	-	
20-déc-18	Arrivage	VAC/DIL	Rota_liq	R031200	1	83 850	83 850	-	<b>MLI-2018-17-2 Rotateq</b>
20-déc-18	Arrivage	VAC/DIL	Rota_liq	R031197	1	51 625	51 625	-	

DONNEES DU SMT							RAPPORTS DE RECEPTION		
Date Entrée	Type Entrée	Type Intrans	Vaccins/diluants & Consommables	N° du Lot	doses/flacon ou unités/boîtes	Nbre flacons ou boîtes (1)	Nbre flacons ou boîtes Rapports de réception (2)	Ecart (1) - (2)	Référence Rapport de réception
<b>Année 2019</b>									
05-avr-19	Livraison	VAC/DIL	DTC-HepB-Hib	220111718A	10	14 918	14 918	-	<b>MLI-2019-11 PENTA</b>
<b>05-avr-19</b>	<b>Livraison</b>	<b>VAC/DIL</b>	<b>DTC-HepB-Hib</b>	<b>220112518A</b>	<b>10</b>	<b>2 951</b>	<b>837</b>	<b>2 114</b>	
05-avr-19	Livraison	VAC/DIL	DTC-HepB-Hib	220113118A	10	74 245	74 245	-	
14-août-19	Livraison	VAC/DIL	Rota_liq	S018280	1	83 850	83 850	-	<b>MLI-2019-16-3 Rotateq</b>
<b>14-août-19</b>	<b>Livraison</b>	<b>VAC/DIL</b>	<b>Rota_liq</b>	<b>S018822</b>	<b>1</b>	<b>107 125</b>	<b>82 375</b>	<b>24 750</b>	
14-août-19	Livraison	VAC/DIL	Rota_liq	S018825	1	38 525	38 525	-	
30-oct-19	Livraison	VAC/DIL	Rota_liq	S028767	1	83 600	83 600	-	<b>MLI-2019-28-1 Rotateq</b>
30-oct-19	Livraison	VAC/DIL	Rota_liq	S025547	1	85 125	85 125	-	
30-oct-19	Livraison	VAC/DIL	Rota_liq	S025523	1	83 775	83 775	-	
30-oct-19	Livraison	VAC/DIL	Rota_liq	S025524	1	83 900	83 900	-	
30-oct-19	Livraison	VAC/DIL	Rota_liq	S025530	1	50 400	50 400	-	
<b>30-oct-19</b>	<b>Livraison</b>	<b>VAC/DIL</b>	<b>Rota_liq</b>	<b>S025531</b>	<b>1</b>	<b>89 402</b>	<b>84 650</b>	<b>4 752</b>	
30-oct-19	Livraison	VAC/DIL	Rota_liq	S025533	1	32 550	32 550	-	

**Entrepôts décentralisés : résultats des tests de cohérence des entrées de stock saisis dans SMT**

Le tableau ci-dessous présente les résultats d'un test d'audit mené dans divers niveaux décentralisés qui comparait un échantillon d'entrées de vaccins saisis dans l'onglet *Entrées* des fichiers SMT avec leurs bordereaux de livraison de stock, ainsi qu'avec les registres manuels des mouvements de stock. Les bordereaux de livraison de stock constituent la source de renseignement principale pour les entrées de nouveaux stocks de vaccins dans chaque niveau décentralisé. Les registres manuels constituent l'outil primaire de renseignement de tout mouvement de stock, et les fichiers SMT sont renseignés en deuxième lieu lorsque la charge de travail le permet. Toutefois, SMT est le seul outil de rapportage et il influence l'estimation des besoins futurs. De ce fait, l'équipe d'audit a comparé les *Entrées* saisis dans les fichiers SMT directement avec les bordereaux de livraison. Pour tout écart constaté, l'équipe d'audit a aussi consulté le cahier des mouvements correspondant pour corroborer l'un ou l'autre renseignement.

Hormis leur récurrence et la matérialité relative des erreurs de saisie, ce test d'audit illustre également l'ineffectivité des contrôles de cohérence post saisie.

District	Données SMT (a)				Bordereau de livraison (b)	Cahier des mouvements (c)	Écart 1 (a) - (b)	Écart 2 (a) - (c)	Écart 3 (b) - (c)	Commentaires
	Date	Vaccin	N° BL	Données SMT (a)						
Commune II	06/10/2016	Rota_liq	046895	2 000	2 000		-			
		PCV-13		2 000	2 000		-			
		DTC-HepB-Hib		1 440	1 440		-			
	05/12/2017	Rota_liq	Non précisé	4 000	4 000		-			
		PCV-13		4 000	4 000		-			
		DTC-HepB-Hib		4 000	4 000		-			
	01/11/2018	Rota_liq	Non précisé	800	800		-			
		PCV-13		4 000	4 000		-			
		DTC-HepB-Hib		2 400	2 400		-			
	10/12/2018	Rota_liq			4 000	0	4 000		4 000	Les arrivages de vaccins en décembre 2018 ne figuraient ni dans le SMT ni dans le cahier des mouvements
		DTC-HepB-Hib	77846	0	2 460	0	2 460	0	2 460	

District	Données SMT (a)				Bordereau de livraison (b)	Cahier des mouvements (c)	Écart 1 (a) - (b)	Écart 2 (a) - (c)	Écart 3 (b) - (c)	Commentaires
	Date	Vaccin	N° BL	Données SMT (a)						
	05/03/2019	Rota_liq	Non précisé	4 000			4 000	4 000	-	Quantité de Rota non indiquée sur le BL
		PCV-13		3 000	3 000	-				
		DTC-HepB-Hib		2 640	2 640	-				
DS KOULIKORO	09/01/2017	ROTATEQ		2 800	2 800		-			
		PCV 13		2 800	2 800		-			
		DTC-HepB-Hib		580	480	480	100	100	-	480 sont inscrits dans le cahier des mouvements et sur le BL
	10/12/2018	ROTATEQ		500	500		-			
		PCV 13		2 000	2 000		-			
		DTC-HepB-Hib		2 400	2 400		-			
	05/11/2019	ROTATEQ		2 800	2 800		-			
		PCV 13		4 000	4 000		-			
		DTC-HepB-Hib		4 000	3 120	3 120	880	880	-	3 120 doses dans le registre et sur le BL

**Entrepôts décentralisés : résultats des tests de cohérence des sorties de stock saisis dans SMT**

Le tableau ci-dessous présente les résultats d'un test d'audit mené dans divers niveaux décentralisés qui comparait un échantillon de sorties de vaccins saisis dans l'onglet *Sorties* des fichiers SMT avec leurs bordereaux de livraison de stock, ainsi qu'avec les registres manuels des mouvements de stock. Les bordereaux de livraison de stock constituent la source de renseignement principale pour les sorties de nouveaux stocks de vaccins depuis chaque niveau décentralisé. Les registres manuels constituent l'outil primaire de renseignement de tout mouvement de stock, et les fichiers SMT sont renseignés en deuxième lieu lorsque la charge de travail le permet. Toutefois, SMT est le seul outil de rapportage et il influence l'estimation des besoins futurs. De ce fait, l'équipe d'audit a comparé les *Sorties* saisis dans les fichiers SMT directement avec les bordereaux de livraison. Pour tout écart constaté, l'équipe d'audit a aussi consulté le cahier des mouvements correspondant pour corroborer l'un ou l'autre renseignement.

Hormis leur récurrence et la matérialité relative des erreurs de saisie, ce test d'audit illustre également l'ineffectivité des contrôles de cohérence post saisie.

District	Données SMT (a)					Bordereau de livraison (b)	Cahier des mouvements (c)	Écart 1 (a) - (b)	Écart 2 (a) - (c)	Écart 3 (b) - (c)	Commentaires
	Date	Destinataire	Vaccin	N° BL	Données SMT (a)						
Commune II	06/06/2016	CSCOM ASACOHI	Rota_liq	0057407	200	200		-			
			PCV-13		200	200		-			
			DTC-HepB-Hib		200	200		-			
	28/12/2017	CSCOM ASACOHI	Rota_liq		30	30		-			
			PCV-13		32	30		2		Erreur de saisie dans SMT	
			DTC-HepB-Hib		30	30		-			
	05/12/2018	CSCOM ASACOHI	Rota_liq	77967	200	200		-			
			PCV-13		280	280		-			
			DTC-HepB-Hib		280	280		-			
	09/12/2019	CSCOM ASACOHI	Rota_liq	77992	150			150	150	-	Sortie de stock selon SMT non corroborée
			PCV-13		300	300		-			
			DTC-HepB-Hib		300	300		-			

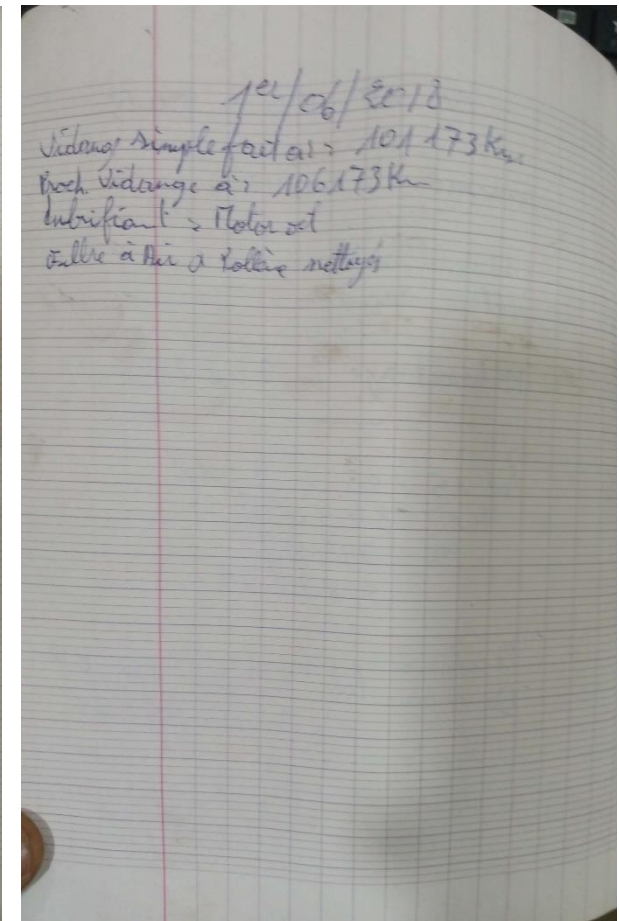
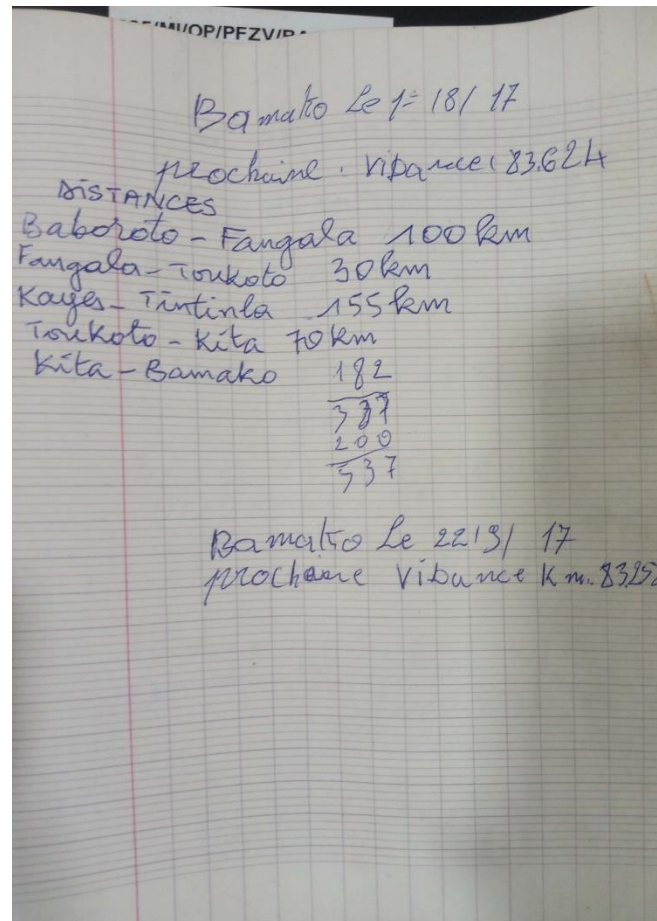
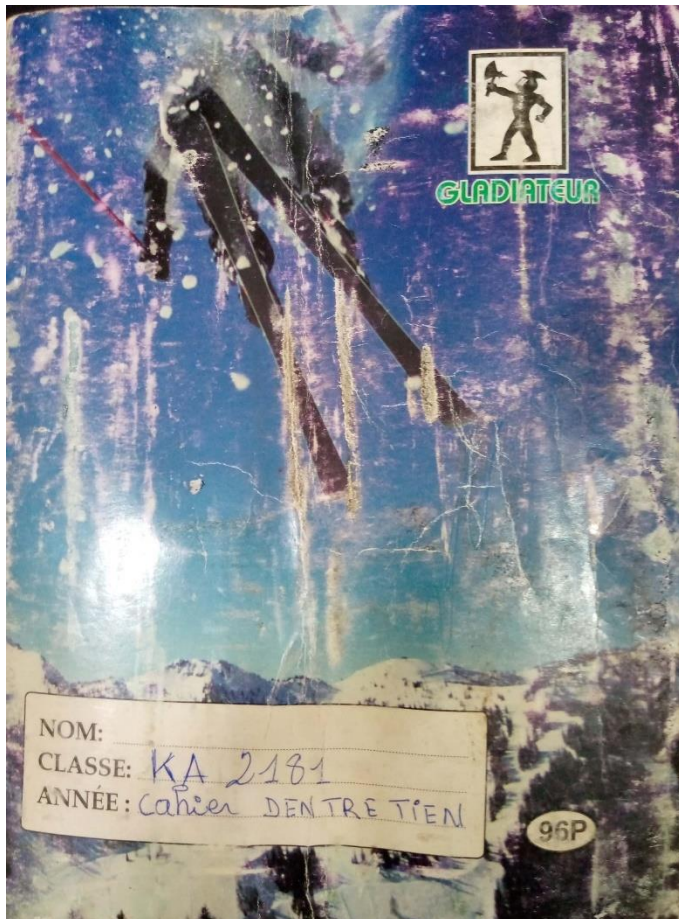
District	Données SMT (a)					Bordereau de livraison (b)	Cahier des mouvements (c)	Écart 1 (a) - (b)	Écart 2 (a) - (c)	Écart 3 (b) - (c)	Commentaires
	Date	Destinataire	Vaccin	N° BL	Données SMT (a)						
Commune V	03/07/2019	CSCOM ASACODA	ROTATEQ	8551	900	900		-			
			PCV 13		900	900		-			
			DTC-HepB-Hib		900	900		-			
DS KOULIKORO	09/01/2017	CSCOM KOLEBOUGOU	ROTATEQ	84696	360		295	360	65	295	Bordereau absent du carnet mais 295 saisie dans le cahier des mouvements. BL non retrouvé dans le CSCOM destinataire
			PCV 13		210		145	210	65	145	Bordereau absent du carnet mais 145 saisie dans le cahier des mouvements
			DTC-HepB-Hib		170		100	170	70	100	Bordereau absent du carnet mais 100 saisie dans le cahier des mouvements
	07/11/2018	CSCOM KOLEBOUGOU	ROTATEQ	3241	307	307		-			
			PCV 13		308	308		-			
			DTC-HepB-Hib		300	300		-			
	11/12/2019	CSCOM KOLEBOUGOU	ROTATEQ		360	360		-			
			PCV 13		340	340		-			
			DTC-HepB-Hib		380	380		-			
			PCV 13		200	200		-			
DTC-HepB-Hib				200	200		-				



### Annexe 9 - Illustration des carnets d'entretien de deux véhicules présents à l'entrepôt national lors de la visite d'audit

**EVM-SOP-E7-06** des PON-GEV précise en outre sous rubrique 4.1.3 *Entretien des véhicules* de suivre les principes d'entretien préventif et s'assurer que les véhicules sont bien entretenus. Les carnets d'entretien consultés par l'équipe d'audit suggèrent une intervalle de 5 000km entre vidanges.

L'extrait du carnet d'entretien ci-dessous du véhicule de supervision Toyota Hilux pick-up double cabine immatriculé KA 2181, acquis pour la SI avec le soutien de Gavi, n'occupe que deux pages et renseigne deux vidanges simples à près de 18 000km d'intervalle. Il n'y a aucune indication de vidanges ou travaux d'entretien effectués avant août 2017, entre les deux vidanges renseignées, ni depuis juin 2018. La visite d'audit a eu lieu en mai 2021, près de 3 ans après la dernière vidange inscrite dans le carnet d'entretien. L'absence d'entretien routinier des véhicules présente un réel danger pour les occupants, d'autres usagers de la route, et met en péril le transport et l'acheminement à destination et en temps voulu des matériels de vaccination.



L'extrait du carnet d'entretien ci-dessous du véhicule de supervision Toyota Hilux pick-up double cabine immatriculé KA 2187, acquis pour la SI avec le soutien de Gavi, n'occupe que deux pages et renseigne des vidanges simples à des intervalles oscillant entre 5 000km et 22 000km. Il n'y a aucune indication de vidanges ou travaux d'entretien avant août 2018, ni depuis septembre 2020. La visite d'audit a eu lieu en mai 2021, près de 8 mois après la dernière vidange inscrite dans le carnet d'entretien. L'absence d'entretien routinier des véhicules présente un réel danger pour les occupants, d'autres usagers de la route, et met en péril le transport et l'acheminement et en temps voulu des matériels de vaccination.



Date d'Arrivée	Kms à l'Arrivée	Travaux effectués	Prochain vidange
13/09/2018	96434 kms	- Huile moteur - Filtre à Huile - Filtre à gazoil - Filtre à air - Filtre à Pollen	101463 Kms
07-05-19	107178 18 kms	Huile Entretien Complet Huile moteur	112178 18 kms
02/07/20	129970 Kms	Filtre à huile, gazoil Filtre à air	
	Prochaine vidange	135970 Kms	

Entretien Complet  
 Effectuée 135101 Kms  
 Echange Huile moteur  
 // Filtre à huile  
 // Filtre à gazoil  
 // Filtre  
 prochain vidange 140101 Kms.  
 Fait le 10-09-2020

**LASSINE TRAORE**  
 Mécanicien - Garagiste  
 Quartier du Fleuve - Tél: 66 71 83 88

## Annexe 10 – Comptes rendus des visites de sites

COMPTE-RENDU DE VISITE DES SITES	
Région/ Districts / Aires de santé (CSCOM)	Bamako / Commune II / Commune V / Asacohi / Bakodjicoroni
Sites visités	Direction Régionale de la Santé de Bamako, Districts Sanitaires de Commune II et Commune V, CSCOM Asacohi et Bakodjicoroni
Période	05/05/2021 au 07/05/2021
Interlocuteurs rencontrés	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ DRS Bamako : rencontre du responsable du bureau régional PEV et médecins</li> <li>❖ DS Commune II : rencontre du Médecin Chef et de son assistant et du chargé du PEV ;</li> <li>❖ DS Commune V : rencontre du Médecin chef et de la chargée PEV ;</li> <li>❖ CSCOM Asacohi : rencontre avec le Directeur Technique du Centre et la chargée PEV ;</li> <li>❖ CSCOM Bakodjicoroni : rencontre avec le surveillant général du Centre et la chargée PEV.</li> </ul>



Résultats issus de nos observations physiques	
Sites visités	Observations
DRS Bamako	<p><b><u>Stockage et gestion physique des vaccins et consommables</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le DS de Bamako est approvisionné tous les mois à partir du niveau central compte tenu du fait que leurs vaccins sont stockés à ce niveau. Le problème est que la DRS n'a pas la capacité d'assurer l'achat du carburant nécessaire au fonctionnement du groupe électrogène de secours auquel sont connectées les chambres froides ;</li> <li>• Les DS viennent s'approvisionner mensuellement au niveau de la DRS avec des véhicules pickup. Compte tenu de l'incapacité soulignée de la DRS, ses districts viennent chercher les vaccins le même jour ;</li> <li>• Sur trois chambres froides mentionnées dans la liste des équipements, une seule est opérationnelle à la date de la visite. L'équipe d'audit a également recensé deux réfrigérateurs sur place contre un mentionné dans la liste des équipements mis à disposition ;</li> <li>• Les équipements ne sont pas étiquetés et il n'est pas possible de distinguer les biens par source de financement ;</li> <li>• Il est noté sur les relevés de température de décembre de chaque année (2016, 2017, 2018 et 2019), que la température n'est pas systématiquement relevée tous les jours. De nos discussions avec l'un des responsables, les agents chargés de prise de température ne bénéficient plus de prime de carburant ou de déplacement pour venir relever la température au jour le jour ;</li> <li>• Absence des Equipements de Protections Individuels (EPI) pouvant permettre aux chargés PEV de s'équiper dans l'exécution de leurs tâches.</li> </ul> <p><b><u>Gestion administrative des stocks</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les commandes sont faites chaque fois que les quantités commandées sont consommées pour éviter une rupture de stock au niveau des DS ;</li> <li>• Le SMT et le cahier des mouvements manuel des mouvements de stocks sont tenus.</li> </ul> <p><b><u>Inventaire des stocks</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévu par trimestre, l'équipe d'audit n'a obtenu aucun procès-verbal ou rapport d'inventaire sur la période auditée. Elle a été informée qu'une situation du stock disponible est faite à chaque commande ou expression du besoin.</li> </ul>

Résultats issus de nos observations physiques	
<b>District Sanitaire Commune II</b>	<p><b><u>Stockage et gestion physique des vaccins et consommables</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le District est approvisionné mensuellement par la région. Ses Aires de santé viennent s'approvisionner mensuellement ;</li> <li>L'équipe d'audit a retrouvé quatre (04) réfrigérateurs, quatre (04) congélateurs et un (01) mixte (joue à la fois le rôle de réfrigérateur et de congélateur) sur place soit un total de 09 contre 06 indiqués dans le registre des équipements soumis à la vérification par la SI. La Commune II a bénéficié d'un réfrigérateur de la DRS selon le chargé PEV ;</li> <li>Relevé régulier de température.</li> </ul> <p><b><u>Gestion administrative des stocks</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les commandes sont faites chaque fois que les quantités commandées sont consommées pour éviter une rupture de stock au niveau des aires de santé ;</li> <li>Il a été noté des erreurs de saisie de BL dans le SMT ;</li> <li>Les SMT ne sont pas à jour ;</li> <li>Le cahier des mouvements de stock n'est pas à jour.</li> </ul> <p><b><u>Inventaire des stocks</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prévu par mois, l'équipe d'audit n'a obtenu aucun procès-verbal ou rapport d'inventaire sur la période auditée. Elle a été informée qu'une situation du stock disponible est faite à chaque commande ou expression du besoin.</li> </ul>
<b>District Sanitaire Commune V</b>	<p><b><u>Stockage et gestion physique des vaccins et consommables</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le District est approvisionné mensuellement par la région. Ses Aires de santé viennent s'approvisionner mensuellement ;</li> <li>Sur sept (07) réfrigérateurs et congélateurs mentionnés dans le registre des équipements, l'équipe d'audit a recensé huit (08) sur le site dont deux (02) réfrigérateurs en panne depuis un an (mais la panne n'a pas été signalée à la DRS Bamako) et un congélateur qui n'est pas encore opérationnel (cela ne sert pas) ;</li> <li>Les équipements ne sont pas étiquetés ;</li> <li>Relevé régulier de température.</li> </ul> <p><b><u>Gestion administrative des stocks</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les commandes sont faites chaque fois que les quantités commandées sont consommées pour éviter une rupture de stock au niveau des aires de santé ;</li> <li>Les SMT ne sont pas à jour. La chargée PEV n'a pas été formée sur l'utilisation du SMT à son arrivée ;</li> <li>Le cahier des mouvements de stock et les SMT sont à jour.</li> </ul> <p><b><u>Inventaire des stocks</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prévu par mois, l'équipe d'audit n'a obtenu aucun procès-verbal ou rapport d'inventaire sur la période auditée. Elle a été informée qu'une situation du stock disponible est faite à chaque commande ou expression du besoin.</li> </ul>
<b>CSCOM Asacohi</b>	<p><b><u>Stockage et gestion physique des vaccins et consommables</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le CSCOM est approvisionné mensuellement par le district ;</li> <li>Par manque de place, le réfrigérateur de stockage des vaccins opérait dans un couloir à l'extérieur du bâtiment, l'exposant à d'importantes variations de température et aux intempéries et la poussière. La vie opérationnelle du réfrigérateur pourrait ainsi être écourtée. Une charnière à cadenas empêchait l'ouverture intempestive ou prolongée de la porte du réfrigérateur, atténuant le risque de vol des vaccins et leur exposition prolongée à des températures trop élevées.</li> <li>Les Relevés de température obtenus sont à jour. L'équipe a demandé les relevés de décembre 2016 qu'elle n'a pas obtenu.</li> </ul>

Résultats issus de nos observations physiques	
	<p><b><u>Gestion administrative des stocks</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les commandes sont faites chaque fois que les quantités commandées sont consommées pour éviter une rupture de stock ;</li> <li>• Le cahier des mouvements de stock est à jour.</li> </ul> <p><b><u>Inventaire des stocks</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévu par mois, l'équipe d'audit n'a obtenu aucun procès-verbal ou rapport d'inventaire sur la période audité. Elle a été informée qu'une situation du stock disponible est faite à chaque commande ou expression du besoin.</li> </ul>
<b>CSCOM Bakodjicoroni</b>	<p><b><u>Stockage et gestion physique des vaccins et consommables</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le CSCOM est approvisionné mensuellement par le district ;</li> <li>• L'équipe d'audit a recensé un (01) réfrigérateur pour les vaccins et un (01) congélateur pour accumulateurs. Cependant, le registre des équipements mis à notre disposition ne fait pas mention de biens ayant été affectés ;</li> <li>• Par manque de place, le réfrigérateur de stockage des vaccins opérait dans un couloir à l'extérieur du bâtiment, l'exposant à d'importantes variations de température et aux intempéries et la poussière. La vie opérationnelle du réfrigérateur pourrait ainsi être écourtée. Une charnière à cadenas empêchait l'ouverture intempestive ou prolongée de la porte du réfrigérateur, atténuant le risque de vol des vaccins et leur exposition prolongée à des températures trop élevées.</li> <li>• Les Relevés de température contrôlés sont à jour.</li> </ul> <p><b><u>Gestion administrative des stocks</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les commandes sont faites chaque fois que les quantités commandées sont consommées pour éviter une rupture de stock ;</li> <li>• Le cahier des mouvements de stock est à jour.</li> </ul> <p><b><u>Inventaire des stocks</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévu par mois, l'équipe d'audit n'a obtenu aucun procès-verbal ou rapport d'inventaire sur la période audité. Elle a été informée qu'une situation du stock disponible est faite à chaque commande ou expression du besoin.</li> </ul>

Région/ Districts / Aires de santé (CSCOM)	Koulikoro / DS Koulikoro / Kati /Kolébougou / Kanadjiguila
Sites visités	DRS de Koulikoro, DS de Koulikoro et de Kati, CSCOM Kolébougou et Kanadjiguila
Période	10/05/2021 au 14/05/2021
Interlocuteurs rencontrés	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ DRS Koulikoro : rencontre du Médecin-chef et du chargé PEV ;</li> <li>❖ DS Koulikoro : rencontre du Médecin-Chef et de la chargée PEV ;</li> <li>❖ DS Kati : rencontre du Médecin-chef et du chargé du PEV ;</li> <li>❖ CSCOM Kolébougou : rencontre avec le Directeur Technique du Centre et la chargée PEV ;</li> <li>❖ CSCOM Kanadjiguila : rencontre avec le Directeur Technique du Centre et l'assistant de la chargée PEV.</li> </ul>

Résultats issus de nos observations physiques	
Sites visités	Observations :
DRS Koulikoro	<p><b><u>Stockage et gestion physique des vaccins et consommables</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La DRS Koulikoro est approvisionnée trimestriellement par le niveau central. La DRS dispose de deux entrepôts intermédiaires qui sont des abonnées du niveau central. Un au niveau de l'entrepôt de la région et un autre dans le DS de Kati ; Certains districts sanitaires de la DRS Koulikoro, (Kangaba. Kalabancoro, Ouéléssébougou) s'approvisionnent au niveau central du fait de leur proximité ;</li> <li>• Sur deux chambres froides mentionnées sur la liste des équipements, une seule est opérationnelle à la date des contrôles ; une en panne. De même, sur six (06) réfrigérateurs et congélateurs indiqués sur la liste des équipements, deux (02) sont en panne et un (01) réfrigérateur n'a pas été retrouvé (Le chargé PEV dit avoir retrouvé qu'un seul à son arrivée) ;</li> <li>• Relevé régulier de température ;</li> <li>• Système de monitoring de température à distance (Beyond Wireless) est installée sur toutes les chambres froides.</li> </ul> <p><b><u>Gestion administrative des stocks</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les commandes sont faites chaque fois que les quantités commandées sont consommées pour éviter de rupture de stock ;</li> <li>• Les SMT ne sont pas à jour ;</li> <li>• Des écarts ont été relevés entre certains BL saisies et les données du SMT d'une part et d'autre part entre les BL et le cahier des mouvements de stock.</li> </ul> <p><b><u>Inventaire des stocks</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévu par mois, l'équipe d'audit n'a obtenu aucun procès-verbal ou rapport d'inventaire sur la période auditée. Elle a été informée qu'une situation du stock disponible est faite à chaque commande ou expression du besoin.</li> </ul>
DS de Koulikoro	<p><b><u>Stockage et gestion physique des vaccins et consommables</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le District est approvisionné mensuellement par la région. Ses Aires de santé viennent s'approvisionner mensuellement ;</li> <li>• Sur 05 réfrigérateurs et congélateurs mentionnés dans le registre des équipements, nous en avons recensé six (06) sur le site dont 04 réfrigérateurs et deux (02) congélateurs opérationnels ;</li> <li>• Relevé régulier de température ;</li> <li>• Le district ne dispose d'aucun extincteur.</li> </ul> <p><b><u>Gestion administrative des stocks</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les commandes sont faites chaque fois que les quantités commandées sont consommées pour éviter de rupture de stock ;</li> <li>• Les SMT ne sont pas à jour ;</li> </ul>

Résultats issus de nos observations physiques	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Des écarts ont été relevés entre certains BL saisies et les données du SMT d'une part et d'autre part entre les BL et le cahier des mouvements de stock.</li> </ul> <p><b><u>Inventaire des stocks</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prévu par mois, l'équipe d'audit n'a obtenu aucun procès-verbal ou rapport d'inventaire sur la période auditée. Elle a été informée qu'une situation du stock disponible est faite à chaque commande ou expression du besoin.</li> </ul>
DS de Kati	<p><b><u>Stockage et gestion physique des vaccins et consommables</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le District est approvisionné mensuellement par la région. Ses Aires de santé viennent s'approvisionner mensuellement ;</li> <li>Sur dix (10) réfrigérateurs et congélateurs mentionnés dans le registre des équipements :             <ul style="list-style-type: none"> <li>un réfrigérateur n'était plus sur place car, selon les explications du chargé du PEV, il était sorti du patrimoine sans renseignement dans le registre des équipements ;</li> <li>un congélateur, installé en 2001, se trouvait dans un bureau et servait pour le stockage de viande et de boissons, ainsi que pour quelques doses accumulateurs et des fioles de vaccins, y compris contre le Covid-19 (voir illustrations ci-après) ;</li> </ul> </li> </ul> <div style="display: flex; justify-content: space-around;">   </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>Relevé régulier de température ;</li> <li>Le district ne dispose d'aucun extincteur malgré l'importance des vaccins et vaccins qu'il stocke en vue d'approvisionner les autres districts proches.</li> </ul> <p><b><u>Gestion administrative des stocks</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les commandes sont faites chaque fois que les quantités commandées sont consommées pour éviter de rupture de stock ;</li> <li>Les SMT de la période auditée ne sont pas à jour ;</li> <li>Des écarts ont été relevés entre certains BL saisies et les données du SMT d'une part et d'autre part entre les BL et le cahier des mouvements de stock.</li> </ul> <p><b><u>Inventaire des stocks</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prévu par mois, l'équipe d'audit n'a obtenu aucun procès-verbal ou rapport d'inventaire sur la période auditée. Elle a été informée qu'une situation du stock disponible est faite à chaque commande ou expression du besoin.</li> </ul>

Résultats issus de nos observations physiques	
<b>CSCOM Kolébougou</b>	<p><b><u>Stockage et gestion physique des vaccins et consommables</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le CSCOM est approvisionné mensuellement par le district ;</li> <li>• Le réfrigérateur recensé sur le site correspond à celui du registre des équipements. Réfrigérateur. Il est gardé sur un site autre que le CSCOM (à quelques kilomètres) et la clé est gardée par la chargée PEV ;</li> <li>• Relevé de température à jour.</li> </ul> <p><b><u>Gestion administrative des stocks</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les commandes sont faites chaque fois que les quantités commandées sont consommées pour éviter une rupture de stock ;</li> <li>• Le cahier des mouvements de stock est à jour.</li> </ul> <p><b><u>Inventaire des stocks</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévu par mois, l'équipe d'audit n'a obtenu aucun procès-verbal ou rapport d'inventaire sur la période auditée. Elle a été informée qu'une situation du stock disponible est faite à chaque commande ou expression du besoin.</li> </ul>
<b>CSCOM Kanadjiguila</b>	<p><b><u>Stockage et gestion physique des vaccins et consommables</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le CSCOM est approvisionné mensuellement par le district ;</li> <li>• Le réfrigérateur recensé sur le site correspond à celui du registre des équipements.</li> <li>• Le CSCOM prétend avoir égaré certains documents, tels que les relevés de température du réfrigérateur avant 2018 lors de travaux de réfection du bâtiment. Cette explication paraît plausible vu la complétude des relevés archivés pour 2019 et leur tenue à jour lors de la visite du site.</li> </ul> <p><b><u>Gestion administrative des stocks</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les commandes sont faites chaque fois que les quantités commandées sont consommées pour éviter une rupture de stock ;</li> <li>• Le cahier des mouvements de stock est à jour.</li> </ul> <p><b><u>Inventaire des stocks</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévu par mois, l'équipe d'audit n'a obtenu aucun procès-verbal ou rapport d'inventaire sur la période auditée. Elle a été informée qu'une situation du stock disponible est faite à chaque commande ou expression du besoin.</li> </ul>



**Annexe 11 - Photo prise des pièces reçues de 2018 2019 non encore comptabilisées dans le bureau de la DFM**



## Annexe 12 - Plan d'action correctif aux constats d'audit

Réf.	Constat	Recommandation	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Délai
<b>4.1</b>	<b>Gouvernance et performance organisationnelle des entités</b>				
4.1.1	Dysfonctionnement du CCIA et du comité de suivi RSS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appliquer les dispositions des termes de référence du CCIA en tenant les réunions régulièrement, en prenant des recommandations nécessaires au succès des programmes Gavi et en faisant le suivi approprié.</li> <li>• S'assurer que le ministre et les représentants résidents des partenaires ainsi que les premiers responsables des autres participants soient le plus possible présents aux réunions du CCIA.</li> <li>• S'assurer de la tenue régulière des réunions du comité de suivi RSS (bimensuelles – selon les TDR), définir formellement les rôles et responsabilités en matière de mise en œuvre des recommandations au sein de ce comité et en assurer le suivi.</li> </ul>	<p>Le ministère adhère aux constats relatifs à la Gouvernance. En effet depuis 2018 avec l'appui de GAVI à travers AEEDS les documents normatifs ont été révisés et adoptés. A la suite de ce processus les membres du CCIA devraient être formés, cette formation a été perturbée par l'avènement de la COVID-19.</p> <p>S'agissant du comité de suivi les TDRs ont été adoptés dans un contexte de démarrage difficile de la mise en œuvre de la subvention. Ce qui avait motivé le choix des réunions bimensuelles qui devrait être revu plus tard.</p> <p>Par conséquent, le ministère s'engage :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- à tenir les réunions du CCIA conformément aux TDRs, en s'assurant que le ministre et les représentants résidents des partenaires ainsi que les premiers responsables des autres participants soient le plus possible présents</li> <li>- le Secrétariat permanent du CCIA veillera au suivi des recommandations issues des différentes réunions</li> <li>- à réviser les TDRs du comité de suivi et à tenir les réunions au plus mensuellement.</li> </ul>	<p>Secrétariat Général Section Immunisation</p> <p>Section Immunisation</p> <p>CPS</p>	<p>1<sup>er</sup> trimestre 2022</p> <p>1<sup>er</sup> trimestre 2022</p> <p>4<sup>ème</sup> trimestre 2021</p>
4.1.2	Faiblesses dans le processus de planification des activités programmatiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer de l'approbation de tous les PTAs à tous les niveaux du processus tel que défini par les ACP (comité technique, comité de pilotage et CCIA).</li> <li>• S'assurer que tous les PTAs sont ensuite soumis à l'approbation de Gavi à temps afin d'obtenir la lettre de décision de Gavi pour toutes les périodes concernées par le programme.</li> <li>• S'assurer d'une définition claire des rôles et responsabilités pour les suivis d'exécution budgétaires au comité de suivi RSS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les PTAs seront préparés par le comité de suivi (équivalent comité technique) et approuvés par le CCIA.</li> <li>• Le comité de suivi veillera sur la transmission dans le délai des PTAs validés par le CCIA au Secrétariat de Gavi.</li> <li>• Comme son nom l'indique, le comité de suivi est chargé du suivi de l'exécution programmatique et financière de la subvention.</li> </ul> <p>A l'intérieur du comité de suivi, la responsabilité du suivi de l'exécution budgétaire incombe à l'administrateur du fonds (UNICEF en ce moment) qui est le seul à autoriser les dépenses.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Au cours de la mise en œuvre des PTAs validés par le</li> </ul>	CPS	4 <sup>ème</sup> trimestre 2021

Réf.	Constat	Recommandation	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Délai
		<ul style="list-style-type: none"> <li>S'assurer que le point (f) des GMR est mis en œuvre (inscription du budget dans la loi des Finances).</li> </ul>	CCIA et approuvés par le Secrétariat de Gavi, des insuffisances constatées par l'audit quant aux rôles et responsabilités dans l'exécution budgétaire méritent une attention particulière. C'est pourquoi le comité de suivi RSS insistera auprès de l'administrateur de fonds un rapport financier mensuel afin de permettre une lisibilité des fonds alloués aux régions.		
4.1.3	Positionnement inadéquat de la SI au sein du MSDS et insuffisance d'organisation et de moyens	<ul style="list-style-type: none"> <li>Accélérer la transformation de la SI pour lui donner les ressources et moyens d'une organisation leader au niveau du PEV.</li> <li>Veiller à formaliser et à mettre en œuvre au sein de la SI un plan de main d'œuvre et un plan de développement du personnel.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le Ministère de la santé va envoyer les projets de textes au CDI pour le visa dans la semaine prochaine. Après le visa du CDI les textes iront au secrétariat général du Gouvernement pour la réunion interministérielle. Après cette étape les textes pourront être examinés en réunion des Secrétaires Généraux. Ensuite c'est le conseil des ministres.</li> </ul>	Secrétariat Général	1 <sup>er</sup> semestre 2022
4.1.4	Cadre du contrôle interne insatisfaisant	<ul style="list-style-type: none"> <li>S'assurer que le plan de contrôle, les rapports d'audit et les recommandations de l'IS sont partagés avec Gavi conformément aux points 1 (f) et 24 de l'annexe 2 de l'ACP.</li> <li>Doter la SI d'un point focal audit interne pour une meilleure mise en place des contrôles et des suivis, et pour la mise en place d'une charte d'audit.</li> <li>A travers la DGS-HP, prendre toutes les dispositions afin de tenir un plan de suivi des recommandations prenant en compte celles émises par les auditeurs externes, l'IGF et les auditeurs Gavi (point (v) des GMR) et les audits selon l'accord HACT.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les rapports de IS sont soumis par le sseau de confidentialité par contre les rapports d'audit peuvent être soumis à Gavi.</li> <li>L'audit interne du PRODESS prend en compte tous les sous programmes, y compris le PEV, et s'assure du suivi de la mise en œuvre de recommandations des différents audits.</li> <li>A la suite de chaque audit du PRODESS, un plan de suivi des recommandations est élaboré.</li> <li>Les audits selon l'accord HACT sont du ressort de l'UNICEF.</li> </ul>	MSDS  DFM  DFM	1 <sup>er</sup> semestre 2022  1 <sup>er</sup> semestre 2022  1 <sup>er</sup> semestre 2022
<b>4.2</b>	<b>Gestion comptable et financière</b>				
4.2.1	Lacunes relevées dans le manuel de procédures PRODESS en vigueur au sein du MSDS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre en place un manuel de procédures décrivant les procédures comptables de justification et de comptabilisation des dépenses ou recommander la mise à jour du manuel PRODESS, afin d'inclure les procédures de gestion comptable.</li> <li>Harmoniser les traitements comptables et les procédures de justification des dépenses au sein de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Après la validation du document du PRODESS IV, les dispositions sont en cours en vue de l'élaboration d'un nouveau manuel. Une réunion de partage des TDR a été faite avec les membres du Groupe d'appui aux DFM (PTF, DGSHP, CPS, DFM des trois composantes).</li> <li>Les procédures comptables décrites dans le manuel de procédure s'appliquent à toutes les structures y compris les DRS et les districts sanitaires.</li> </ul>	DFM  DFM	1 <sup>er</sup> semestre 2022  1 <sup>er</sup> semestre 2022

Réf.	Constat	Recommandation	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Délai
		toutes les Directions Régionales de la Santé et des districts sanitaires.			
4.2.2	Insuffisances en matière d'identification des fonds Gavi	<ul style="list-style-type: none"> <li>S'assurer de l'ouverture des comptes bancaires dédiés Gavi conformément au point (g) des GMR.</li> <li>Collaborer avec l'UNICEF dans le but d'obtenir les informations sur les sources de financement lors des transferts de fonds reçus de l'UNICEF.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cette disposition ne s'applique plus à la gestion des fonds délégués à l'UNICEF (RSS 2) (cf. nouvelle version GMR).</li> <li>Cette recommandation doit plutôt revenir à l'UNICEF qui doit préciser les sources de financement lors des différents transferts des fonds pour éviter toute confusion.</li> </ul>		
4.2.3	Insuffisances dans la comptabilité des fonds Gavi	<p><b>La DFM devra :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>mettre en œuvre un système de comptabilisation des avances, afin de pouvoir produire les états financiers consolidés des subventions Gavi conformément aux GMR ;</li> <li>produire les rapports périodiques de gestions internes sur l'utilisation des fonds Gavi ;</li> <li>faire ressortir clairement dans le tableau emplois et ressources des états consolidés du PRODESS, les subventions obtenues de Gavi.</li> </ul> <p><b>La DGS-HP et toutes les DRS concernées</b> devront prendre les dispositions afin :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>d'accélérer le processus de reprise de la comptabilité pour les années antérieures (2016 à 2019) ;</li> <li>de tenir une comptabilité régulière et quotidienne dans le logiciel TOM2PRO ;</li> <li>de tenir une comptabilité analytique permettant de distinguer les différences sources de financement et d'établir à n'importe quel moment les états financiers de Gavi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La comptabilité du PRODESS est conçue pour prendre en compte plusieurs conventions de financement de partenaires multiples. Le système de comptabilisation des avances existe mais c'est l'UNICEF qui est répertorié dans la base comme Partenaire. Comme attestent les ordres de virement ou avis de crédit de la banque.</li> <li>A ce niveau nous n'aurons aucun problème si l'UNICEF fournit l'information sur la source de financement.</li> <li>A ce jour, l'ensemble des sites sont à jour dans la tenue de la comptabilité y compris la DGSHP. En effet, le regroupement des comptables de la DGSHP et des DRS, courant Juin – Juillet 2021 a permis de mettre à jour la comptabilité Jusqu'en Décembre 2020 pour l'ensemble des structures dans le logiciel TOM 2 PRO. Par ailleurs il est précisé au point 7.1 de l'Accord Tripartite que : « L'UNICEF est tenu de fournir un Etat Financier certifié par le Contrôleur de l'UNICEF faisant apparaître les recettes et les dépenses au 31 décembre de chaque année en rapport avec la subvention ».</li> </ul>	DFM/DGSHP	Régulièrement
4.2.4	Défaillance dans le suivi des avances	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre en œuvre un dispositif formel de suivi des avances (par ex : balance âgée, tableau comparatif, état des suivis des avances).</li> <li>Clarifier les modalités de justification des dépenses liées aux avances de fonds, en précisant notamment les délais à respecter entre la réception des fonds et la remontée des pièces justificatives et leur enregistrement comptable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'une des nouveautés de cette nouvelle configuration de la base comptable du PRODESS est la création d'un journal intitulé AJ « Avance à Justifier » créé avec les spécificités d'un journal de trésorerie. Toutes les avances accordées ainsi que leur justification sont saisies dans ce journal. L'objectif est d'assurer un bon suivi de chaque avance et son apurement.</li> <li>Quant aux modalités et délais de justification les procédures (HACT) de l'Unicef sont celles en vigueur</li> </ul>	DFM/DGSHP	Parachevé et sera régulièrement suivi

Réf.	Constat	Recommandation	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Délai
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre en place un plan de sauvegarde des données.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les données de base seront sauvegardées sur les disques durs et les serveurs de la DFM Les copies dures seront archivées au niveau des différents sites comptables.</li> </ul>		
4.2.5	Faiblesses constatées dans le classement et l'archivage des pièces comptables	<ul style="list-style-type: none"> <li>Améliorer le classement, rangement et archivage des pièces comptables en distinguant notamment les années comptables, les bailleurs de fonds et les bénéficiaires.</li> <li>Réduire les risques de pertes de pièces justificatives et de doubles saisies de dépenses à travers un système de réception et de numérotation unique et chronologique des pièces comptables reçues pour comptabilisation.</li> <li>Saisir promptement les pièces justificatives, et entreprendre régulièrement les rapprochements bancaires, les rapportages et les autres tâches comptables assignées à la DGS-HP et à la DFM.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La DGSHP dispose désormais d'une salle d'archivage aménagée à travers l'appui de l'Unicef ; aussi l'utilisation du logiciel a permis un classement par journal des pièces justificatives.</li> <li>La saisie et le classement systématique des pièces a réduit considérablement ces risques évoqués.</li> <li>Le regroupement des comptables de Juin-Juillet a permis de mettre à jour la comptabilité et l'ensemble des tâches assignées.</li> </ul>	DGSHP	Parachevé et sera régulièrement suivi
4.2.6	Comptabilisation et suivi des immobilisations défailants	<p>La DFM devra poursuivre les efforts engagés dans la mise en conformité avec le point (i) des GMR, notamment à travers les actions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Intégrer dans le manuel des procédures les modalités précises d'enregistrement, de suivi et de sorties des immobilisations, selon les règles comptables et également l'ACP et les GMR ;</li> <li>effectuer régulièrement les inventaires physiques des équipements acquis sur fonds Gavi ;</li> <li>renseigner les sources de financement pour les immobilisations acquises sur fonds Gavi ;</li> <li>documenter tout écart relevé lors des prises d'inventaires physiques ;</li> <li>enregistrer dans le logiciel TOM2PRO toutes les immobilisations acquises sur les subventions Gavi conformément aux GMR.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A ce sujet le logiciel dispose d'une fenêtre dédiée à la gestion des immobilisations. L'inventaire, le rapprochement des immobilisations à la comptabilité, les fiches individuelles par immobilisation, l'emplacement, les sources de financement, le taux d'amortissement sont configurés pour permettre la mise à disposition des informations fiables sur les acquisitions d'immobilisation.</li> </ul> <p>La division comptabilité matière procède annuellement à l'inventaire des biens des structures centrales. L'inventaire effectuée en 2018 n'a pu être fait en 2019 et 2020 faute de financement. Cependant chaque structure y compris les DRS et les districts sanitaires fait l'inventaire de l'ensemble des biens y compris ceux de GAVI de façon annuelle.</p> <p>Ce travail est faisable chaque fois que l'UNICEF, à la mise à disposition des matériels, fournit tous les renseignements nécessaires.</p>	DFM	Parachevé et sera régulièrement suivi
4.3	Comptabilisation et suivi des immobilisations défailants				

Réf.	Constat	Recommandation	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Délai
4.3.1	Faiblesses relevée dans le suivi budgétaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>Saisir les PTAs dans le logiciel TOM2PRO pour permettre le suivi de l'état d'exécution et l'édition budgétaire à tout moment de l'année.</li> <li>Définir une codification permettant de distinguer les bailleurs des activités programmatiques, y compris celles financées par Gavi.</li> <li>S'assurer de porter sur les requêtes de financement la description exacte des activités prévues dans les PTAs afin de favoriser un bon suivi du plan budgétaire.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Des efforts seront faits dans ce sens, dans la mesure où le logiciel permet la saisie du budget une fois adopté.</li> <li>La saisie dans le logiciel se fait en fonction du code Financier de chaque partenaire, ce qui permet de faire une distinction entre les différents financements.</li> </ul>	DGSHP/DFM	4 <sup>ème</sup> trimestre 2021
<b>4.4</b>	<b>Achats et passations de marchés</b>				
4.4.1	Archivage des dossiers de passation des marchés à parfaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>Classement et archivage de tous les documents entrant dans le processus de passation des marchés dans le respect des procédures applicables.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Une commission d'archivage existe à la DFM depuis 2006. Tous les dossiers de marchés ont basculé vers l'archivage numérique depuis 2008.</li> </ul>	DFM	Parachevé
<b>4.5</b>	<b>Engagement des dépenses</b>				
4.5.1	Dépenses mises en question	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre en place un manuel de procédures comptables, ou initier la mise à jour du manuel PRODESS en incluant les processus permettant un contrôle systématique de la qualité de justification des dépenses effectuées tant au niveau central qu'aux niveaux décentralisés.</li> <li>Définir clairement les activités à réaliser, aussi bien sur les fiches de postes des agents concernés que dans le manuel de procédures.</li> <li>Confier les activités de contrôle des dépenses à des collaborateurs expérimentés en matière de vérification et indépendants des opérations de saisie et de rapprochement comptable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Au-delà du manuel du PRODESS qui est en cours de relecture la DGSHP a initié la mise en œuvre d'un manuel de procédure qui lui est propre. Le premier Draft est déjà disponible. Ce manuel traitera tous les aspects de gestion : financière, comptable, matérielle ainsi que les ressources humaines.</li> <li>Le contrôle interne se matérialise par des missions de spot check initiées par l'Unicef et les services de contrôle du ministère de la Santé.</li> </ul>	DFM/DGSHP	2 <sup>ème</sup> semestre 2022
<b>4.6</b>	<b>Gestion des vaccins</b>				
4.6.1	Absence de procédures opérationnelles normalisées	<p>Harmonisation de pratiques de gestion des stocks de vaccins et autres intrants par le biais :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>de PON propres au contexte Mali, rédigées par la SI et parrainées par le MSDS ;</li> <li>d'un renforcement des PON applicables à chaque niveau de la chaîne d'approvisionnement au moment de leur distribution ;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les PON pour le PEV du Mali ont été élaborées et validées à l'issue de l'atelier qui s'est tenu du 21 au 26 juin à Koulikoro</li> <li>Les PON seront disséminées à tous les niveaux</li> <li>Les gestionnaires du PEV seront formés sur les PON</li> <li>Les Supervisions spécifiques formatives régulières seront tenues</li> </ul>	SI /DGSHP	1 <sup>er</sup> trimestre 2022

Réf.	Constat	Recommandation	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Délai
		<ul style="list-style-type: none"> <li>d'un monitoring routinier de la mise en pratique des PON.</li> </ul>			
4.6.2	Outil de gestion des stocks non fiable	<p><b>A tous les entrepôts</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Améliorer la ségrégation des tâches à travers le personnel logistique existant.</li> <li>Instaurer un niveau de contrôle indépendant en amont et en aval de la saisie des données dans l'outil SMT, comprenant un rapprochement systématique des différentes sources de données en place.</li> <li>Investiguer et élucider les erreurs et incohérences de saisies.</li> <li>Compléter et faire approuver par la direction de la SI des fiches de sortie des stocks expirés ou perdus de vue.</li> <li>Renseigner les stocks expirés ou perdus de vue en tant que tel dans les fichiers SMT.</li> <li>Systématiser l'archivage et la préservation des outils de gestion, suivi et rapprochement.</li> </ul> <p><b>Aux niveaux décentralisés</b> En sus de la mise en œuvre à leur échelle des recommandations ci-dessus, les directeurs régionaux et médecins chefs districts devraient :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>mettre en place un système de vérification ou de revue des données saisies dans l'outil SMT ;</li> <li>rendre obligatoire la tenue et l'envoi mensuel des SMT vers le niveau supérieur de la chaîne d'approvisionnement ;</li> <li>assurer un contrôle de qualité et renforcement des capacités permettant de mettre en pratique les PON-GEV.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les descriptions de tâches seront élaborées et affichées pour tous les logisticiens et le suivi de l'exécution de ces tâches seront assurés par le chef de la section</li> </ul> <p>Nous nous engageons également à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tenir les réunions mensuelles du groupe logiste sur la qualité des données</li> <li>Mettre en place un registre manuel de mouvement des vaccins</li> <li>Former l'ensemble des gestionnaires des stocks à tous les niveaux sur le SMT</li> <li>Documenter toutes les pertes en vaccins</li> <li>Renforcer les procédures et le système d'archivage des outils de gestion du programme</li> </ul> <p>Veiller à la transmission régulière des SMT par les dépôts régionaux et districts.</p>	<p>SI /DGSHP</p> <p>DRS/MCD/SI/DGSHP</p>	<p>1<sup>er</sup> trimestre 2022</p> <p>1<sup>er</sup> trimestre 2022</p>
4.6.3	Tenue irrégulière et non protocolée des inventaires physiques de stocks	<p><b>A tous les entrepôts</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tenue régulière et protocolée d'inventaires physiques des stocks. Il est proposé mensuellement à tous les niveaux jusqu'à ce que les écarts entre les inventaires physiques et théoriques des stocks diminuent à un seuil tolérable. La périodicité pourra ensuite être</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diligenter le décaissement des fonds dédiés aux inventaires</li> </ul> <p>Les Chargés PEV régionaux, des districts intermédiaires seront astreint à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tenir systématiquement les inventaires physiques des vaccins et consommables de vaccination à tous les niveaux du programme :</li> </ul>	DRS	Selon la périodicité définie dans l'engagement du management

Réf.	Constat	Recommandation	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Délai
		<p>ramené à la périodicité formellement prévue.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tout écart constaté entre un inventaire physique et les registres de stocks doit être investigué et, si possible, rapproché avec tout document source et, si nécessaire, avec le fournisseur et/ou récipiendaire des stocks concernés avec pour but d'identifier la source de l'erreur et ainsi apporter les corrections correspondantes.</li> <li>• Tout écart restant inexplicable au terme des recherches et rapprochements entrepris doit être clairement rapporté et chiffré en doses et en dollars US dans le rapport d'inventaire physique correspondant.</li> <li>• Tout rapport d'inventaire physique doit être signé par personnel ayant entrepris l'inventaire physique puis approuvé par un responsable hiérarchique.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- semestriellement au niveau central</li> <li>- trimestriellement au niveau des régions et des dépôts intermédiaires</li> <li>- mensuellement au niveau des districts et aires de santé</li> <li>• Produire un rapport d'inventaire complet et détaillé de tous ce qui est constaté (écarts, casses, PCV virés, vaccins périmés les quantifier et les valoriser)</li> </ul>		
4.6.4	Maintenance préventive et curative irrégulière des équipements de la chaîne du froid	<p><b>A tous les entrepôts</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respecte les plans de maintenance prévues.</li> <li>• Réaliser mensuellement la maintenance préventive des équipements de la chaîne du froid.</li> <li>• Mettre en place les cahiers d'entretien pour tous les véhicules et les renseigner correctement et systématiquement.</li> </ul>	<p>Les dispositions seront prises pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instaurer le système de suivi interne de l'exécution des tâches</li> <li>• Réaliser les tâches quotidiennes et hebdomadaires de maintenance préventive de tous les équipements de la chaîne du froid</li> <li>• Assurer la maintenance selon la périodicité définie de tous les équipements de la chaîne du froid</li> <li>• Mettre en place un carnet de bord pour chaque véhicule et le tenir à jour.</li> </ul>	SEPAUMAT/DRS	4 <sup>ème</sup> trimestre 2021
4.6.5	Insuffisances dans la gestion de la chaîne du froid	<p><b>Aux niveaux décentralisés</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer que le personnel logistique dispose des EPI.</li> <li>• Entreprendre des audits de sécurité des entrepôts.</li> <li>• Relever régulièrement et documenter les prises de températures de stockage des vaccins, conformément au critère E2 de l'EGEV.</li> <li>• Assurer l'approvisionnement en carburant des groupes électrogènes prévus pour assurer le fonctionnement des équipements de chaîne du froid durant les pannes prolongées du réseau électrique.</li> </ul>	<p>Le Ministère s'engage à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Doter tous les dépôts des Equipements de Protection Individuelle (EPI)</li> <li>• Entreprendre un audit de sécurité des entrepôts</li> <li>• Poursuivre le suivi des relevées des température des équipements et assurer la documentation</li> </ul>	SEPAUMAT DRS/SEPAUMAT DRS/SEPAUMAT	1 <sup>er</sup> semestre 2022



Réf.	Constat	Recommandation	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Délai
		<ul style="list-style-type: none"> <li>L'installation en lieu approprié et sécurisé des équipements de la chaîne du froid.</li> </ul>			
<b>4.7</b>	<b>Suivi et évaluation</b>				
4.7.1	Supervisions irrégulières	<p><b>A tous les niveaux</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Veiller à une supervision régulière en vue d'une amélioration continue des pratiques.</li> <li>Lors des supervisions, incorporer un suivi des recommandations.</li> <li>Définir les responsables de la mise en œuvre et du suivi des recommandations dans les rapports de supervision.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les différentes missions de suivi du RSS effectuées dans les différentes régions ont permis de déceler une insuffisance de mobilisation des fonds alloués à la supervision. Ce qui justifie l'irrégularité de ses supervisions. En outre on note un conflit de programmation d'activités entre les différents niveaux.</li> <li>Les outils de supervision révisés seront partagés à tous les niveaux. Les supervisions seront faites conformément au guide de supervision qui prend déjà en compte le rythme par niveau, le suivi des recommandations et les responsables de mise en œuvre. Les rapports de supervision seront partagés à tous les niveaux et un point focal sera désigné par niveau pour le suivi des recommandations.</li> </ul>	DGSHP	1 <sup>er</sup> trimestre 2022
4.7.2	Manque d'analyse des données DVD-MT et d'actions correctives	<p><b>A tous les niveaux</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Veiller à une revue indépendante, régulière et approfondie des données saisies.</li> <li>Modéliser/normaliser le rapport d'analyse des données saisies, de sorte à faire ressortir un état de mise en œuvre des incohérences relevées dans le rapport précédent.</li> </ul> <p><b>Au niveau de la DRS de Kidal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Assurer la complétude systématique et régulière des données saisies.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un groupe qualité des données est mis en place au niveau central par la décision N° 2019__000913_/MSHP/SG du 29 Avril 2019. Ce groupe se réunit mensuellement, analyse les données et produit un bulletin qui prend en compte les incohérences des données saisies et la retro-information aux régions. Par ailleurs les ateliers des revues des données sont réalisés au niveau des régions et des districts sanitaires. Il est également prévu la mise en place des groupes qualités des données au niveau régional et district sanitaire.</li> <li>La région de Kidal comme les autres régions du nord est confrontée à une insécurité persistante. Le personnel de santé dans ses régions en général et celui chargé des données en particulier à souvent peur d'être dépossédé des ordinateurs. En outre la couverture réseau internet n'est pas effective dans ces régions si bien que la complétude des données pose problème. Pour pallier à cette insuffisance le personnel s'appuie sur les ONGs humanitaires locales pour transmettre les données ou profite de</li> </ul>	DGSHP	1 <sup>er</sup> trimestre 2022

Réf.	Constat	Recommandation	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Délai
			leurs séjours dans les localités desservir de réseau de communication et d'internet. Le problème pourra être résolu avec la saisie des données dans le DHIS2 en of lin ou encore renforcé la collaboration avec les ONGs humanitaires locales.		