

Synthèse du rapport d'audit des programmes Gavi en République du Sénégal

Le rapport d'audit ci-joint présente les conclusions de l'audit portant sur les soutiens financiers de Gavi et leur mise en œuvre, par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) de la République du Sénégal, ainsi que les programmes d'immunisation soutenus par Gavi. Les travaux d'audit, menés par l'équipe d'audit des programmes de Gavi entre avril et juillet 2019, ont couvert les activités du Programme Elargi de Vaccination (PEV) et du Renforcement du Système de Santé (RSS) au cours de la période allant du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2018. Au cours de cette période, Gavi a soutenu financièrement l'introduction de nouveaux vaccins (VPI et VPH), les coûts opérationnels de la campagne de suivi rougeole-rubéole, le changement de présentation de produit de vaccination (VPC13), ainsi que le programme RSS.

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 a été jugée partiellement satisfaisante (page 3), ce qui signifie que «les contrôles internes et les procédures de gestion des risques sont généralement établis et fonctionnent, mais requièrent des améliorations. Des risques modérés à élevés ont été identifiés et pourraient impacter la réalisation des objectifs des programmes soutenus par Gavi ».
2. Dix-huit déficiences ont été relevées dans les domaines suivants : (i) Gouvernance et performance organisationnelle des entités ; (ii) Gestion comptable et financière ; (iii) Gestion budgétaire ; (iv) Achats et passations de marchés ; (v) Engagement des dépenses ; (vi) Gestion des vaccins.
3. Les principaux constats ont comporté notamment les éléments suivants :
 - a. 96 035 US\$ de dépenses programmatiques non ou insuffisamment justifiées, inéligibles ou irrégulières (tableau 1, page 5) ;
 - b. Le dispositif d'encadrement de la gestion des programmes a été renforcé en 2014 par un bureau de contrôle interne ne jouant pas pleinement ses rôles et responsabilités. L'organe de surveillance amené à compléter ce dispositif, à savoir l'Inspection des Affaires Administratives et Financières (IAAF), mérite d'être renforcé, ne remplissant pas pleinement ses attributions et n'offrant qu'un faible niveau d'assurance ;
 - c. Les pratiques comptables observées mettent en évidence des faiblesses en matière de déploiement des ressources et des méthodes aux niveaux décentralisés. Celles-ci favorisent les erreurs comptables et les irrégularités, et ont donné lieu à des retards de justification des dépenses, se traduisant par une augmentation significative des avances ouvertes de longue durée au cours des dernières années ;
 - d. Les mécanismes de paiement en vigueur pour le règlement de certaines dépenses liées aux programmes de vaccination présentent un faible degré de sécurité et de traçabilité ;
 - e. La revue du cadre de passation des marchés ainsi que l'analyse d'un échantillon représentatif de dossiers ont mis en évidence des insuffisances tant au niveau du dispositif de planification et de suivi des plans de passation des marchés qu'en termes d'application des procédures et d'exécution des contrats.

Les constats de l'audit des programmes ont été partagés avec le Ministre de la Santé et de l'Action Sociale, qui a accepté d'engager les actions nécessaires pour remédier aux défaillances et problèmes identifiés.

Le MSP, dans une lettre datée du 29 octobre 2020, s'engage à rembourser le montant de 96 035 US\$ de dépenses mises en question, de manière échelonnée au cours de la période 2021-2022. Le Secrétariat de Gavi poursuit son action auprès du MSAS pour s'assurer de la mise en œuvre de ces engagements.

Genève, 9 novembre 2020

RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL

Secrétariat de Gavi, Genève, Suisse

(Ci-après Gavi)

Rapport d'audit des programmes – Juin 2020



Sommaire

1. Résumé exécutif	3
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
2. Champ et objectifs de l'audit	5
2.1. Champ de l'audit	5
2.2. Objectifs de l'audit	6
2.3. Déroulement de la mission d'audit	6
2.4. Taux de change appliqué	6
3. Contexte	7
3.1. Introduction	7
3.2. Structures impliquées du MSAS	7
4. Résultats détaillés	9
4.1. Gouvernance et performance organisationnelle des entités	9
4.2. Gestion comptable et financière	12
4.3. Gestion budgétaire	19
4.4. Achats et passations de marchés	20
4.5. Engagement des dépenses	23
4.6. Gestion des vaccins	24
Annexes	27
Annexe 1 - Acronymes	27
Annexe 2 – Définitions : opinion, notes d'audit et priorités	28
Annexe 3 – Classification des dépenses	29
Annexe 4 – Synthèse des dépenses mises en question par l'audit	30

Annexe 5 – Détail des dépenses mises en question par l'audit	31
Annexe 6 – Achats et Passations de Marchés – Détails des Constats	42
Annexe 7 – Comptes rendus des visites de sites	44
Annexe 8 – Illustrations des constats d'audit	54
Annexe 9 – Plan d'action correctif aux constats d'audit	56

1. Résumé exécutif

1.1. Constatations d'audit par section

Section*	Constat	Risque*	Page
4.1	Gouvernance et performance organisationnelle des entités		9
4.1.1	Inefficacités en lien avec le positionnement organisationnel de la DP	■	9
4.1.2	Système de contrôle interne insuffisant	■	10
4.1.3	Dispositif de surveillance incomplet	■	11
4.2	Gestion comptable et financière		12
4.2.1	Faiblesse en matière de déploiement des ressources et des méthodes aux niveaux décentralisés	■	12
4.2.2	Gestion défaillante des avances de fonds aux sous-bénéficiaires	■	13
4.2.3	Comptabilisation et suivi des immobilisations défaillants	■	14
4.2.4	Retards de production des rapports d'audits externes et faiblesse dans la mise en œuvre des recommandations	■	15
4.2.5	Écarts de soldes entre la comptabilité et le suivi des mouvements de trésorerie	■	16
4.2.6	Mécanismes de paiement présentant un faible degré de sécurité et de traçabilité	■	17
4.2.7	Défaillances dans le processus d'archivage de la DAGE	■	18
4.3	Gestion budgétaire		19
4.3.1	Rapports financiers incomplets, en retard et non produits selon les termes des accords	■	19
4.4	Achats et passations de marchés		20
4.4.1	Planification et suivi des passations de marchés insuffisants	■	20
4.4.2	Écarts d'application dans la procédure de passation des marchés	■	21
4.4.3	Faiblesses en matière de suivi d'exécution des marchés	■	22
4.5	Engagement des dépenses		23
4.5.1	Dépenses mises en question	■	23
4.6	Gestion des vaccins		24
4.6.1	Manque d'encadrement du transfert des activités au nouveau dépôt national de vaccins	■	24
4.6.2	Déploiement limité des pratiques de gestion efficace des vaccins	■	25
4.6.3	Exploitation insuffisante des données de la supervision décentralisée	■	26

1.2. Opinion d'audit globale

L'équipe d'audit a évalué que la gestion des soutiens Gavi par le MSAS pendant la période audité était **partiellement satisfaisante**, ce qui signifie que les contrôles internes et les procédures de gestion des risques sont généralement établis et fonctionnent, mais requièrent des améliorations. Des risques modérés à élevés ont été identifiés et pourraient impacter la réalisation des objectifs des programmes soutenus par Gavi.

Afin de réduire les risques associés aux constats énumérés ci-dessus, l'équipe d'audit a proposé **18 recommandations**, dont **une (5 %)** est qualifiée d'essentielle, nécessitant la mise en œuvre du plan d'action correctif (défini en annexe 9).

* 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 2 du présent rapport.

1.3. Résumé détaillé

Le MSAS a mis en place des structures aux niveaux central et décentralisés ainsi qu'un ensemble de dispositifs, processus et encadrements afin de gérer les programmes de vaccination à l'échelle nationale. Des mesures de renforcement de capacité, financées notamment par Gavi à travers le RSS, ont été mises en œuvre et continuent à être déployées en vue d'accompagner et de pérenniser la montée en compétences, tant au niveau de la gestion comptable et financière, qu'en matière de gestion physique et administrative des intrants de vaccination.

Cependant, malgré des progrès significatifs en termes de capacités de gestion, de coordination et de mise en œuvre des programmes de vaccination, les résultats du présent audit traduisent certaines faiblesses qui persistent dans les principaux domaines suivants :

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.

Le positionnement actuel de la Direction de la Prévention (DP) limite ses leviers d'intervention faute de rattachement hiérarchique direct des structures décentralisées, qui sont sous la responsabilité de la DGS. Cette situation est accentuée par les retards de mise en œuvre de certaines mesures de renforcement, comme les relais opérationnels au niveau décentralisé (médecins BRISE¹).

Le dispositif d'encadrement de la gestion des programmes a été renforcé en 2014 par un bureau de contrôle interne rattaché à la Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement (DAGE). Toutefois, celui-ci ne joue pas pleinement ses rôles et responsabilités.

De la même manière, l'organe de surveillance amené à compléter ce dispositif, à savoir l'Inspection des Affaires Administratives et Financières (IAAF), mérite d'être renforcé, ne remplissant pas pleinement ses attributions et n'offrant qu'un faible niveau d'assurance.

Gestion comptable et financière

Malgré des progrès réalisés et encore en cours au moment de l'audit, les pratiques comptables observées mettent en évidence des faiblesses en matière de déploiement des ressources et des méthodes aux niveaux décentralisés. Celles-ci favorisent les erreurs comptables et les irrégularités, et ont donné lieu à des retards de justification des dépenses, se traduisant par une augmentation significative des avances ouvertes de longue durée au cours des dernières années.

Dans ce contexte, l'opérationnalisation dans les meilleurs délais du plan de recrutement de comptables régionaux revêt une importance majeure. Parallèlement, les efforts de collecte des pièces justificatives et d'apurement des avances ouvertes, engagés par le comité de suivi des opérations financières placé sous l'égide du Cabinet du Ministre, devront être poursuivis. En vue de la pérennisation de son action,

des mesures devront être prises afin d'engager l'ensemble des acteurs du dispositif de surveillance et de contrôle dans le suivi, encore insuffisant, de ces avances et dans le renforcement du cadre y afférent.

Les insuffisances pourraient être détectées et corrigées à travers la mise en œuvre des recommandations des audits externes, dont la production des rapports demeure au-delà des délais impartis au cours des dernières années.

En dehors de la gestion des avances, ces insuffisances touchent également d'autres aspects relevés au niveau central, tels que des faiblesses en matière de comptabilisation et de suivi des immobilisations, des écarts de soldes entre la comptabilité et le suivi des mouvements de trésorerie, ou encore un processus d'archivage inadéquat.

Par ailleurs, les mécanismes de paiement en vigueur pour le règlement de certaines dépenses liées aux programmes de vaccination présentent un faible degré de sécurité et de traçabilité.

Gestion budgétaire

Les dispositions de l'Accord-Cadre de Partenariat (ACP) relatives à l'établissement et à la communication des rapports périodiques visent, entre autres, à assurer le suivi de la bonne exécution budgétaire. Or, les rapports financiers concernés par la période auditée étaient, pour certains, incomplets, en retard et non produits selon les termes des accords.

Achats et passations de marché

La revue du cadre de passation des marchés ainsi que l'analyse d'un échantillon représentatif de dossiers ont mis en évidence des insuffisances tant au niveau du dispositif de planification et de suivi des plans de passation des marchés qu'en termes d'application des procédures et d'exécution des contrats.

L'équipe d'audit a constaté en premier lieu qu'aucun plan d'approvisionnement annuel, ni plan consolidé de passation des marchés n'avait été établi, et que les dispositions légales en matière de rapportage périodique de suivi et d'exécution des passations de marchés n'avaient pas été respectées. De plus, des écarts d'application dans la procédure de passation des marchés ont été relevés. Ces écarts visent, entre autres, le respect des exigences en matière de publicité et de notification, de validation juridique et technique, et de délais légaux relatifs aux différentes étapes de cette procédure.

Le manque d'outil de suivi des bons de commande ainsi que l'archivage inadéquat des dossiers d'appel d'offres et de marchés contribuent défavorablement au maintien de cette situation.

Par ailleurs, une attention particulière devait être portée au suivi du respect des dispositions réglementaires et clauses contractuelles au cours de l'exécution des contrats.

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 **2 456 896 USD** (soit 1,4 milliards FCFA). Cette revue

¹ Bureaux Régionaux de l'Immunisation et de la Surveillance Épidémiologique

a permis de relever l'existence de dépenses insuffisamment justifiées, irrégulières ou non justifiées, d'un total de **96 035 USD** qui sont subséquentement mises en question. Les résultats détaillés de cette revue sont présentés en section 4.5.1 du présent rapport.

Gestion des vaccins

L'analyse des processus et des données de stocks ainsi que les visites de site d'entreposage et des intrants de vaccination, tant au niveau central que décentralisé, ont amené l'équipe d'audit à constater le déploiement limité des pratiques de gestion efficace des vaccins.

Ceci se traduit par des insuffisances à la fois en termes de gestion administrative et physique des vaccins et consommables. La mise à niveau des ressources assurant ces opérations au niveau décentralisé doit être opérée par le biais de formations afin de prévenir les risques associés à une gestion inadéquate des vaccins.

En ce sens, les supervisions réalisées aux niveaux décentralisés doivent permettre la remontée des faiblesses et problématiques constatées en vue d'opérer une amélioration continue des pratiques. Ceci implique la mise en place d'un mécanisme de remontée exhaustive des données de supervision au niveau central, inexistant à ce jour, dont la Division de l'Immunisation (DI) devra assurer l'exploitation. Par ailleurs, dans la perspective du transfert des activités entre la PNA et le nouveau dépôt, l'ensemble des moyens matériels et humains nécessaires à ce plan d'accompagnement reste à définir à travers un cadre formel, au même titre que les mesures de transition y afférentes.

1.4. Impact quantitatif des constatations d'audit

Tableau 1 – Résumé des dépenses mises en question par l'audit, par subvention en USD :

Subvention	Année	Gérée par	Montant testé	Sur montant dépensé	Montant mis en question	Part de dépenses testées mises en question
RSS	2015	DAGE	8 400 000	148 714 630	-	0 %
			14 699	260 228	-	
	2016		172 858 810	599 413 248	14 483 780	8,3 %
			302 476	1 048 881	25 344	
	2017		271 200 290	1 003 684 099	18 131 420	6,6 %
			474 559	1 756 292	31 727	
2018	350 939 422	1 083 334 670	8 289 350	2,4 %		
	614 090	1 895 668	14 505			
Vaccination	2015	DAGE	352 430 986	1 182 222 423	7 951 000	2,6%
			616 700	2 068 707	13 913	
	2016		28 909 450	63 019 803	600 000	2,1 %
			50 587	110 275	1 050	
	2017		219 325 223	829 435 744	5 426 495	2,5%
			383 785	1 451 384	9 496	
TOTAL			1 404 064 181	4 909 824 617	54 882 045	3,9 %
			2 456 896	8 591 435	96 035	

2. Champ et objectifs de l'audit

2.1. Champ de l'audit

Depuis 2002, Gavi est entré en partenariat avec le Gouvernement de la République du Sénégal et a financé à ce jour 152 774 993 dollars US (USD) en vaccins sous-utilisés ainsi qu'en actions de renforcement du système de santé. À cet effet, un Accord-Cadre de Partenariat a été signé le 8 juillet 2013 entre le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) et Gavi.

Entre le 1^{er} janvier 2015 et le 31 décembre 2018 (« période audité », un montant total de 52 620 637 USD en ressources a été accordé à la République du Sénégal, sous forme de versements en espèces (11 503 054 USD) et de soutien à l'acquisition de vaccins (41 117 584 USD). Le Gouvernement de la République du Sénégal, représenté par le MSAS, a bénéficié du soutien de Gavi pour les subventions suivantes :

- Renforcement du Système de Santé (RSS) ;
- Financements des coûts opérationnels de la Campagne de suivi Rougeole-Rubéole ;
- Soutien au changement de présentation de produit de vaccination ;
- Appui à l'Introduction de Nouveaux Vaccins.

L'audit réalisé a couvert les ressources mises à disposition par Gavi au cours de la période audité, tant au niveau national que décentralisé (détaillées dans le tableau 4 ci-dessous).

Conformément au principe de « single audit » en vigueur avec les partenaires des Nations Unies au sein de l'Alliance Gavi, les montants des subventions versées à ces partenaires dans le cadre de l'exécution de programmes de Gavi sont exclus du périmètre de cet audit. Ces fonds hors périmètres concernent l'achat de matériel de la chaîne du froid via UNICEF Supply Division d'un montant de 3 432 705 USD.

Tableau 2 – Soutiens de Gavi

	2015	2016	2017	2018	Total
Soutien en espèces (montants en USD)					
RSS	-	3 119 275	1 350 515	1 510 554	5 980 344
Coûts opérationnels campagne de suivi RR	-	-	1 568 884	-	1 568 884
Changement de présentation de produit de vaccination (VPC13)	-	-	-	144 393	144 393
Introduction de Nouveaux Vaccins (VPI et VPH)	441 000	-	-	471 890	912 890
Total espèces	441 000	3 119 275	2 919 399	2 126 837	8 606 511
Soutien en vaccins (montants en USD)					
Total vaccins	7 981 390	9 244 929	9 458 278	14 431 849	41 116 446
TOTAL	8 422 390	11 364 204	12 377 677	16 558 686	49 722 957

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, à des tests substantifs sur un échantillon de dépenses relatives aux programmes retenus dans le périmètre de l'audit, et à une appréciation de la qualité de la gestion administrative et physique des vaccins reçus par le pays.

Le présent rapport, rendu 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 d'audit au Sénégal s'est déroulée en deux étapes, entre avril et juillet 2019 :

- Mission de planification du 1^{er} au 5 avril 2019 ; et
- Mission d'exécution des procédures du 8 au 19 juillet 2019.

2.4. Taux de change appliqué

Au cours de la mise en œuvre des programmes par les structures de l'État, les dépenses liées à l'exécution des programmes ont été effectuées en francs CFA (FCFA). Pour les besoins de ce rapport et à titre indicatif, le taux de change appliqué pour les montants correspondants en dollars US (USD) est le même que celui utilisé par le Ministère lors des décaissements sur la période auditée, soit 1 USD pour 571.479 FCFA. Concernant les montants mis en question, seul le montant en FCFA fera foi à ce stade de l'audit.

3. Contexte

3.1. Introduction



Contexte général

La République du Sénégal est un pays d’Afrique de l’Ouest entouré de la Mauritanie au Nord, du Mali à l’Est et de la Guinée et Guinée Bissau au Sud. Le Sénégal est bordé par l’océan Atlantique, ses côtes s’étirant sur 700 km². Sa monnaie est le Franc CFA de l’Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine (FCFA dans ce rapport).

Le pays compte 15 854 360 habitants (2018) sur une surface totale de 196 722 km². En 2018, le PIB s’élevait à 24,13 milliards de dollars pour un RNB par habitant de 1418 \$². Le pays est découpé en 14 régions : Dakar, Diourbel, Fatick, Kaffrine, Kaolack, Kédougou, Kolda, Louga, Matam, Saint-Louis, Sédhiou, Tambacounda, Thiès et Ziguinchor.

Ziguinchor.

Le secteur primaire est le plus dynamique, avec 7 % de croissance, mais le secteur secondaire devrait passer devant dans les années à venir².

En 2017, la croissance économique du pays s’élevait à 6.8 %² pour un déficit budgétaire de 3.7 % du PIB² et une dette publique qui atteint 60.8 % du PIB². En 2016, le pays comptait 6.8 millions de personnes pauvres, soit un pourcentage de 46.7 %³.

Contexte sanitaire

En 2014, le Sénégal a dépensé l’équivalent de 4.7 % de son PIB dans le secteur de la santé⁴. En 2018, 587 285 enfants sont nés dont 568 146 survivants. En 2015, les taux de mortalité infantile chez les moins d’un an et les moins de cinq ans s’élevaient respectivement à 42/1000 et 47/1000⁵. Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) concerne la période 2009-2018 (le PNDSS III a été lancé en janvier 2019). Plusieurs objectifs et leurs stratégies ont été établis⁶ :

1. Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelles et infanto juvéniles en accélérant la lutte ;
2. Accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie en améliorant la promotion de la santé, en renforçant la prise en charge de la maladie et la surveillance intégrée de la maladie et de la riposte ;
3. Renforcer durablement le système de santé en développant les ressources humaines, en renforçant les infrastructures, les équipements et la maintenance, en améliorant la disponibilité des médicaments et produits médicochirurgicaux et en renforçant le système d’information et de la recherche en santé ;
4. Améliorer la gouvernance du secteur de la santé en promouvant la gestion axée sur les résultats, en améliorant les capacités du secteur en matière de planification et de gestion administrative et financière ainsi qu’en renforçant la couverture du risque maladie en mettant l’accent sur les groupes vulnérables.

Tableau 3 – Couverture (en pourcentage) DTP3⁷ entre 2015 et 2018 :

	2015	2016	2017	2018
Données administratives	89	93	94	82
WUENIC	89	93	93	81

3.2. Structures impliquées du MSAS

Direction de la Prévention

Le rôle de la Direction de la Prévention (DP) est de préparer et suivre la mise en œuvre de la politique de prévention sanitaire et d’immunisation. Elle participe aussi à la surveillance épidémiologique. La DP comprend :

- La Division de l’Immunisation ;
- La Division de la Prévention individuelle et collective ;
- La Division de la Surveillance et de la Riposte vaccinale.

Relevant des subventions de Gavi, la DP a la charge de coordonner et mettre en œuvre le Renforcement du Système de Santé (RSS). Plus généralement, elle valide les plans de travail annuels (PTA) et les budgets des Régions Médicales (RM), assure la présidence technique du Comité de Coordination Inter Agence (CCIA) et coordonne les sous-divisions.

Division de l’Immunisation

La Division de l’Immunisation (DI), rattachée hiérarchiquement à la DP, 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 DI est responsable de la

² Source : Banque Mondiale

³ Source : Le Quotidien

⁴ Source : OMS

⁵ Source : Gavi

⁶ Source : PNDS 2009-2018

⁷ Vaccin diphtérique, tétanique et poliomyélitique

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

Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement

La Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement (DAGE) du MSAS a pour mission de gérer les ressources humaines, la préparation et l'exécution du budget ainsi que la tenue de la comptabilité. La gestion des subventions Gavi se fait par l'intermédiaire de quatre comptables dédiés. La DAGE a notamment la charge de transférer les avances de fonds aux niveaux décentralisés, de valider les pièces justificatives des dépenses remontées par les bénéficiaires et de préparer les rapports financiers des subventions actives.

4. Résultats détaillés

En application de l'Accord-Cadre de Partenariat et de la Politique de Gavi sur la Transparence et la Responsabilité Financière, les subventions Gavi doivent être gérées dans le cadre de procédures qui répondent aux exigences de la législation nationale et aux normes internationales en matière de transparence, de responsabilité et de lutte contre la corruption. Cette section 4 décrit les principales défaillances constatées par l'audit, leur impact, et propose des mesures correctives. Les constats d'audit sont regroupés selon les thèmes décrits dans les sections 4.1 à 4.6 ci-après. Certains de ces constats viennent corroborer les observations et recommandations formulées à travers l'Évaluation de Capacité des Programmes (ECP), les Évaluations Conjointes et les missions du Bureau Pays de Gavi.

4.1. Gouvernance et performance organisationnelle des entités

4.1.1. Inefficacités en lien avec le positionnement organisationnel de la DP

<p>Contexte</p> <p>La mise en œuvre des programmes soutenus par Gavi est opérée à travers une structure organisationnelle précise établie au sein du MSAS. Celle-ci prévoit notamment le rattachement hiérarchique des structures décentralisées (RM et DS) à la Direction Générale de la Santé (DGS) et attribue à la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) le rôle de gestion logistique des vaccins au niveau central.</p>		
<p>Description</p> <p>Le positionnement organisationnel de la DP au sein du ministère et les attributions qui en découlent doivent permettre de garantir une gestion efficace des programmes de vaccination. La revue de ce modèle de gouvernance nous a permis de constater certaines faiblesses conduisant à des pertes d'efficacité.</p> <p>Celles-ci se traduisent, entre autres, au travers de l'absence de lien hiérarchique entre la Direction du MSAS assurant la mise en œuvre de la politique de prévention sanitaire et d'immunisation (en l'occurrence, la DP) et les niveaux décentralisés de la pyramide sanitaire (les régions médicales et les districts sanitaires), ces derniers étant rattachés directement à la direction générale de la santé (DGS). Ce positionnement limite les leviers d'intervention de la DP au niveau programmatique et financier.</p> <p>De plus, l'absence de mise en œuvre de certaines mesures de renforcement des relais d'intervention au niveau décentralisé prévues dans les GMR, telles que la révision du rôle des bureaux régionaux de l'immunisation et de la surveillance épidémiologique (BRISE) et leur déploiement dans les 12 régions, ne permet pas à ce stade d'atténuer cette situation.</p> <p>Par ailleurs, et toujours dans un souci de gestion efficace des programmes de vaccination, la relation actuelle entre la DP et la PNA mérite d'être clarifiée en matière de rôles et responsabilités. En effet, jusqu'à présent la PNA assure la gestion physique des stocks au niveau central ainsi que certaines tâches de distribution. Or, dans un contexte de transfert des vaccins dans les nouveaux locaux du PEV, cette clarification revêt une importance majeure (voir également le constat 4.6.1 ci-dessous).</p>	<p>Recommandation (souhaitable)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le MSAS, en lien avec les Partenaires Techniques et Financiers, devra lancer une réflexion autour du positionnement de la Direction assurant la mise en œuvre de la politique de prévention sanitaire et d'immunisation vis-à-vis des structures décentralisées et mettre en place les leviers opérationnels adéquats ; - Le MSAS, en lien avec la DP, devra poursuivre le processus de déploiement des BRISE au sein des 12 régions tel que prévu dans le point b) des GMR. 	<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>Voir annexe 9</p>
<p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perte d'efficacité en matière de gestion programmatique et financière au niveau décentralisé ; - Insuffisance de ressources ou perte d'expertise dans la gestion des stocks de vaccins au niveau central. 	<p>Responsabilités</p> <p>Voir annexe 9</p>	<p>Délai / Chronogramme</p> <p>Voir annexe 9</p>

4.1.2. Système de contrôle interne insuffisant

<p>Contexte Le point r) des GMR "Plan d'audit interne" prévoit depuis mai 2017 l'exigence de "soumission d'un rapport d'audit interne annuel, qui devra inclure une évaluation du système de contrôle interne et du respect des dispositions du Manuel de procédure du Programme National de développement Sanitaire (PNDS) dans la gestion du financement Gavi. Les travaux d'audit interne doivent être réalisés par le bureau de contrôle interne de la DAGE et les rapports partagés avec Gavi". Ce bureau de contrôle interne, rattaché à la DAGE, a été créé en 2004. Par ailleurs, le cadre de contrôle interne décrit dans le point des GMR doit être opérationnalisé de façon homogène tant au niveau central qu'au niveau décentralisé.</p>		
<p>Description Le dispositif de contrôle interne s'articule essentiellement autour du manuel de procédures AFC du PNDS et du Bureau de Contrôle Interne de la DAGE. La revue de ce dispositif par l'audit Gavi a mis en évidence plusieurs insuffisances en termes de conception et d'opérationnalisation. En effet, il a été constaté qu'aucun plan d'audit interne ni charte d'audit n'existe tel que prévu au paragraphe 9.2 du manuel des procédures.</p> <p>En outre, le Bureau de Contrôle Interne ne joue pas pleinement ses rôles et responsabilités et se limite à l'opération d'inventaire physique annuel des immobilisations (pour 2017) et au suivi des recommandations des audits externes. Ainsi, il ne couvre pas les autres activités qui lui sont dévolues notamment la revue du système de contrôle, la revue des rapports et états financiers périodiques, et également la revue des comptes (contrôles des pièces justificatives, et de l'enregistrement).</p> <p>De plus, aucun audit interne n'est mené trimestriellement par le Bureau de Contrôle Interne pour les projets et programmes Gavi gérés par la DAGE conformément au paragraphe 9.2.1 b) du manuel de procédures AFC du PNDS. Il en va de même pour les rapports d'audit interne qui n'ont pas été produits et soumis à Gavi tel que prévu dans les GMR.</p> <p>Enfin, les visites terrain opérées par l'équipe d'audit Gavi dans différentes RM et DS, ont permis de constater que ce cadre de contrôle interne souffrait également d'un manque de déploiement des procédures de gestion aux niveaux décentralisés (détails repris dans les constats 4.2.1 et 4.6.2 du présent rapport).</p>	<p>Recommandation (importante) Le MSAS, en lien avec la DAGE, devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> - S'assurer de la dotation du Bureau de Contrôle Interne d'une charte d'audit approuvée, et d'un plan d'audit interne ; - Préparer et soumettre un rapport d'audit interne annuel et le partager avec Gavi, conformément au point r) des GMR ; - Formaliser dans le manuel des procédures de gestion et mettre en place une procédure définissant les modalités de suivi de mise en œuvre des recommandations formulées dans les rapports d'audits et les lettres de contrôle interne annuelles émises par les cabinets d'audit externes. 	
	<p>Réponses / Engagements du management Voir annexe 9</p>	
<p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indépendance non renforcée de la fonction d'audit interne en l'absence d'une charte et d'un comité d'audit ; - Les défaillances de 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 Gavi externes peuvent demeurer non mises en œuvre ni corrigées. 	<p>Responsabilités Voir annexe 9</p>	<p>Délai / Chronogramme Voir annexe 9</p>

4.1.3. Dispositif de surveillance incomplet

<p>Contexte L'article 5 de l'Aide-Mémoire en annexe 6 à l'ACP prévoit, jusqu'à l'adoption des GMR en mai 2017, que « l'audit interne sera entrepris par les services compétents du [MSAS] ; notamment l'Inspection des Affaires Administratives et Financières et la Direction de l'Administration Générale de l'Équipement ». L'Inspection des Affaires Administratives et Financières (IAAF) du MSAS est rattachée directement à ce ministère et dispose d'une ligne de rapportage à l'Inspection Générale de l'État.</p>		
<p>Description La charte de l'IAAF lui octroie un certain nombre d'attributions, parmi lesquelles la revue de l'ensemble des subventions versées au MSAS, incluant de ce fait les subventions Gavi. Or, l'équipe d'audit a pu constater à travers la revue du plan annuel d'audit produit par l'IAAF qu'aucun audit en lien avec cette mission n'avait été prévu ni exécuté. Ce manquement est accentué par des faiblesses d'ordre structurel relevées au sein de l'IAAF. Celles-ci s'illustrent, entre autres, par un manque de ressources en personnel vis-à-vis des dispositions prévues par le plan de renforcement ainsi que l'absence de mécanisme d'auto-saisine de l'IAAF.</p>	<p>Recommandation (souhaitable) Le MSAS devra revoir les attributions de l'IAAF vis-à-vis des Partenaires Techniques et Financiers et, le cas échéant, la doter en moyens suffisants pour l'exercice de ses fonctions.</p>	
	<p>Réponses / Engagements du management Voir annexe 9</p>	
<p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau d'assurance insuffisant portant sur l'effectivité et l'efficacité de la mise en œuvre des subventions Gavi ; - L'absence de missions périodiques de l'Inspection augmente les probabilités de fraude ou d'utilisation irrégulière des fonds. 	<p>Responsabilités Voir annexe 9</p>	<p>Délai / Chronogramme Voir annexe 9</p>

4.2. Gestion comptable et financière

4.2.1. Faiblesse en matière de déploiement des ressources et des méthodes aux niveaux décentralisés

<p>Contexte</p> <p>Le manuel des procédures AFC du PNDS, en paragraphe 8.4 concernant la comptabilité des RM et des DS, prévoit que "les Régions médicales (RM) et les Districts sanitaires (DS) tiennent une comptabilité des opérations réalisées sur le budget de l'Etat et les programmes financés par les Partenaires. Cette comptabilité est tenue par le Gestionnaire sous l'autorité du Médecin Chef de Région (MCR) ou du Médecin Chef de District (MCD). [...] La comptabilité des Régions médicales et Districts sanitaires fait l'objet d'un manuel de procédures de Gestion financière élaboré en juillet 2013 avec l'appui de l'USAID dans le cadre de son Programme Santé. Ce document sur lequel les Médecins Chefs et les Gestionnaires ont été déjà formés, constitue une partie intégrante de ce présent manuel des procédures administratives, financières et comptables du MSAS".</p>		
<p>Description</p> <p>L'équipe d'audit, au cours de ses visites de terrain, a constaté que les pratiques en matière de gestion comptable et financière au niveau des RM et des DS n'étaient pas harmonisées. Ce constat s'est traduit par les observations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bien que le manuel des procédures AFC du PNDS prévoit en paragraphe 8.4 une déclinaison des procédures aux RM et DS, les manuels correspondants n'ont pas pu être fournis par les gestionnaires rencontrés et les pratiques de gestion n'étaient pas alignées sur les attentes fixées par le manuel des procédures AFC du PNDS ; - Les RM et DS visités par l'équipe d'audit ont présenté une absence de tenue de comptabilité jusqu'en date de l'audit, malgré les dispositions prévues dans le manuel des procédures AFC du PNDS au paragraphe 8.4. De plus, l'absence de tenue de journal de caisse, aggravée par l'utilisation de comptes bancaires uniques recevant les financements de plusieurs sources différentes, n'a pas permis d'effectuer de suivi contrôlé de trésorerie ; - Les ressources humaines dédiées à la gestion comptable et financière actuellement en place au niveau des RM et DS visités présentent, pour la plupart, des faiblesses en termes de formation requise pour l'exercice de ces fonctions. En effet, nombre d'entre eux ont été formés sur le tas. <p>Ces différentes faiblesses ont un impact sur la qualité du traitement des pièces justificatives assuré aujourd'hui essentiellement par la DAGE au niveau central. En date de l'audit, des comptables ont été recrutés et étaient en attente d'affectation dans chaque RM. La mise en place de comptables ayant une attache fonctionnelle avec la DAGE vise à une autonomisation des RM dans le contrôle des pièces justificatives et les enregistrements comptables des dépenses effectuées au niveau régional et sous-régional.</p>		<p>Recommandation (importante)</p> <p>Le MSAS devra poursuivre les actions de recrutement et de mise en place de personnel comptable au niveau des RM, comme précisé au point e) des GMR relatif aux postes vacants à pourvoir. Les affectations de ces personnels dans les RM devront s'accompagner de l'outillage logiciel nécessaire à la bonne tenue de comptabilité et des procédures d'archivage structuré des pièces comptables dans chaque RM.</p>
		<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>Voir annexe 9</p>
<p>Risque / Implications</p> <p>Contrôles comptables non effectifs et/ou non formalisés et traçables, ne permettant pas la détection de transactions non autorisées, irrégulières (fraude), inéligibles ou non conformes aux objectifs des programmes au niveau décentralisé.</p>	<p>Responsabilités</p> <p>Voir annexe 9</p>	<p>Délai / Chronogramme</p> <p>Voir annexe 9</p>

4.2.2. Gestion défaillante des avances de fonds aux sous-bénéficiaires

<p>Contexte</p> <p>Le manuel des procédures AFC du PNDS prévoit les dispositions de validation des dépenses effectuées sur avances de fonds du compte spécial, notamment au paragraphe 8.3.4 concernant la justification des dépenses exécutées : <i>"Pour la production et la conservation des pièces justificatives, les Comptables et Gestionnaires sont tenus de respecter les principales règles suivantes : Les dépenses doivent être réalisées selon les principes de bonne gestion financière : transparence, efficacité et efficience. [...]</i> <i>Toute opération comptable doit être appuyée, au moins, par une pièce comptable qui justifie la dépense (son opportunité ou son existence) et une autre qui prouve que le paiement (règlement) a été fait".</i></p> <p>De plus, le point h) des GMR précise que <i>"la DAGE au sein du MSAS est responsable de la comptabilité et de tous les rapports financiers et [...] s'assurera de la collecte trimestrielle des justificatifs relatifs aux avances reçues pendant le trimestre, au plus tard 15 jours après la fin du trimestre".</i></p>		
<p>Description</p> <p>L'équipe d'audit a relevé plusieurs faiblesses dans le processus de justification des dépenses financées par des avances de fonds, qui sont listées ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le manuel des procédures AFC du PNDS ne précise pas les échéances à respecter en matière de justification des dépenses vis-à-vis de la date de réception des fonds, contrairement aux dispositions requises au point h) des GMR ; - La DAGE n'a pas mis en place de mécanisme de suivi des avances s'appuyant sur une balance âgée, et prévoyant des actions de relance et d'escalade en cas de retard par rapport aux échéances fixées ; - La DAGE ne dispose pas de checklist de vérification des pièces justificatives des dépenses afin de matérialiser les contrôles et la validation des dépenses. <p>Ces faiblesses structurelles du contrôle interne encadrant la gestion des avances se sont traduites par des niveaux élevés d'avances non apurées, amenant l'audit externe à formuler des réserves lors de la certification des comptes de l'exercice 2018. L'équipe d'audit a toutefois noté qu'un comité de suivi des opérations financières a été mis en place au deuxième trimestre 2019 pour rechercher les pièces justificatives manquantes et diminuer les montants des avances ouvertes. Les montants d'avances ouvertes (total RSS et SSV) ont ainsi diminué de la manière suivante, réduisant l'impact du risque lié à ce constat :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 31 décembre 2018 : 1 010 495 643 FCFA ; - 8 juillet 2019 (en date de l'audit) : 336 497 031 FCFA (soit un apurement de 67% des avances antérieures à 2019) ; - 4 septembre 2019 : 80 285 866 FCFA (soit un apurement de 92% des avances antérieures à 2019) ; - 15 mai 2020 : 25 525 866 FCFA (soit un apurement de 97% des avances antérieures à 2019). 	<p>Recommandation (importante)</p> <p>Le MSAS, en lien avec la DAGE, devra procéder à la mise en œuvre des actions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans le manuel des procédures : <ul style="list-style-type: none"> o 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 ; o Définir et mettre en place un processus de suivi des avances ouvertes, s'appuyant sur une revue périodique de la balance âgée des comptes de tiers et comprenant des actions de relance et d'escalade en cas de dépassement des délais ; o Définir et mettre en place une règle de décaissement d'avance de fonds à toute entité sous-bénéficiaire conditionnée à la justification dans les délais des dépenses de l'entité liées à l'avance précédente octroyée ; o Créer une checklist de contrôle des pièces justificatives des dépenses et d'enregistrement comptable, à déployer au niveau de chaque structure comptable (centralisée et décentralisées) ; - Poursuivre les efforts de collecte des pièces justificatives et d'apurement des avances ouvertes engagés par le comité de suivi des opérations financières, et pérenniser son action, notamment à travers l'adoption des règles et pratiques précédentes listées. Les montants d'avances non apurées devront faire l'objet de remboursement, en accord avec le Secrétariat de Gavi. 	
	<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>Voir annexe 9</p>	
<p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilisation inadéquate des fonds Gavi alloués en soutien aux programmes ; - Vue erronée quant à l'état d'exécution des programmes. 	<p>Responsabilités</p> <p>Voir annexe 9</p>	<p>Délai / Chronogramme</p> <p>Voir annexe 9</p>

4.2.3. Comptabilisation et suivi des immobilisations défailants

<p>Contexte</p> <p>Le point i) des GMR relatif au registre des immobilisations rappelle que "la DAGE maintiendra une comptabilité des immobilisations dans le logiciel TOM2Pro pour toutes les immobilisations acquises sur fonds Gavi au Sénégal. En étroite coordination avec la section de la propriété et des services généraux du MSAS, la DAGE assurera le marquage de toutes les immobilisations achetées avec des fonds Gavi et devra procéder à des vérifications périodiques d'actifs, réconciliant les actifs physiques au rapport d'inventaire".</p> <p>Par ailleurs, le paragraphe 5.4.3.2 du manuel du PNDS précise que "la codification des immobilisations est effectuée suivant le schéma ci-après :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1ère position : code rubrique (matériel informatique, matériel de bureau, mobilier de bureau) ; - 2ème position : code nature (bureau, table, etc.) ; - 3ème position : numéro d'ordre ; - 4ème position : année d'acquisition. <p>Toute immobilisation doit être étiquetée. Le code attribué à l'immobilisation est inscrit sur une étiquette et collée sur l'immobilisation ou directement inscrite sur celle-ci à l'encre indélébile".</p>		
<p>Description</p> <p>Le registre des immobilisations acquises sur fonds Gavi, maintenu par la DAGE dans le logiciel comptable, s'est avéré incomplet et non conforme au manuel des procédures AFC du PNDS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le registre ne comprend pas les immobilisations liées aux acquisitions réalisées sur fonds RSS1 ; - La codification des immobilisations inventoriées (dossier d'inventaire physique des immobilisations) ne comporte ni le numéro d'ordre, ni l'année d'acquisition, contrairement aux exigences du manuel du PNDS ; - Le registre ne permet pas une vue des immobilisations par affectation (RM, DS) et les outils de rapprochement à la suite des prises d'inventaires ne sont pas utilisés ; - Une partie significative des immobilisations portées au registre, représentant un montant de 1 581 596 126 FCFA (soit environ 2 767 549 USD), a été retirée du bilan comptable des programmes soutenus par Gavi au 31 décembre 2018, sans qu'une justification acceptable n'ait été portée à la connaissance de l'équipe d'audit des programmes de Gavi pour ce changement de traitement comptable. <p>Si des prises d'inventaires ont effectivement été rapportées, l'équipe d'audit a néanmoins constaté les faiblesses suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'absence de rapprochement entre le registre des immobilisations et les inventaires physiques ; - Les procès-verbaux de recensement et les fiches d'inventaire des équipements non systématiquement datés et complétés ; - Le manque de suivi des actifs inventoriés en état de panne ou d'anomalie, aucune mesure corrective n'étant émise dans les rapports d'inventaires ; - L'implication du Bureau du Contrôle Interne dans les prises d'inventaire n'est pas apparue systématique (présente en 2017, absente en 2018). 		<p>Recommandation (importante)</p> <p>Le MSAS, en lien avec la DAGE, 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"> - Intégrer dans le manuel des procédures les modalités précises d'enregistrement, de suivi et du retrait des immobilisations, selon les règles comptables et également les exigences en matière de gestion des subventions Gavi (ACP et GMR) ; - Reclassez les actifs retirés du bilan comptable au 31 décembre 2018 afin de maintenir une continuité dans le suivi des immobilisations acquise sur fonds Gavi ; - Etablir dans les meilleurs délais un registre exhaustif des immobilisations acquises sur fonds Gavi. Ce registre devra comprendre, conformément à l'accord Cadre de Partenariat et aux GMR, l'ensemble des informations nécessaires et suffisantes pour localiser (niveaux central et décentralisé) et identifier précisément les actifs : date d'acquisition, marque, référence, affectation géographique exacte, état, source de financement, coordonnées du fournisseur, le gestionnaire de l'actif... ; - Documenter toute prise d'inventaire par un rapport ou procès-verbal qui devra : <ul style="list-style-type: none"> o Rapprocher les données des prises d'inventaires au registre des immobilisations et entreprendre les recherches explicatives de chaque écart constaté ; o Lister les écarts ou anomalies identifiés ; o Expliciter les écarts ou les recherches entreprises en cas de perte ou dégradation d'immobilisations ; o Valider formellement les conclusions et décisions qui en résultent.
		<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>Voir annexe 9</p>
<p>Risques / Implications</p> <p>Les faiblesses relevées sur le registre, les fiches de suivi, et les inventaires physiques des immobilisations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 perte ou de vol liés qui restent non détectés ; - Empêchent de connaître l'historique de maintenance de chaque équipement et d'anticiper la budgétisation des montants nécessaires aux réparations et remplacements futurs. 	<p>Responsabilités</p> <p>Voir annexe 9</p>	<p>Délai / Chronogramme</p> <p>Voir annexe 9</p>

4.2.4. Retards de production des rapports d'audits externes et faiblesse dans la mise en œuvre des recommandations

<p>Contexte</p> <p>L'article 24 de l'Annexe 2 de l'ACP prévoit que "<i>sauf mention contraire expresse, le Gouvernement est tenu de présenter à Gavi des rapports de vérification des comptes détenant les fonds de Gavi une année après la clôture de chaque exercice financier</i>". De plus, l'article 6 de l'Aide-Mémoire précise que "<i>les rapports d'audit seront présentés à Gavi au plus tard dans les six mois suivant la clôture annuelle de chaque programme</i>". Ces clauses sont reprises au point q) des GMR concernant l'audit et la vérification externe : "<i>Effectuer une sélection d'un cabinet d'audit pour 3 ans après accord préalable de Gavi quant aux termes de références pour l'audit de chaque subvention Gavi (éventuellement renouvelable ou reconductible sur la base des performances annuelles du cabinet sur proposition du Gouvernement du Sénégal après avis de non-objection de Gavi). Partager les rapports d'audit avec Gavi au plus tard 6 mois après la fin de la période couverte par l'audit</i>".</p>		
<p>Description</p> <p>A l'exception de ceux concernant l'exercice 2018, les rapports d'audit externe ont été produits en dehors des délais convenus avec Gavi, comme détaillé ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exercice 2017 : rapports des audits RSS et SSV datés du 12 juillet 2018 ; - Exercice 2016 : rapports des audits externes datés du 10 juillet 2017 ; - Exercice 2015 : les rapports des audits externes pour l'exercice n'ont pas été présentés à l'audit, seul un rapport des recommandations sur le contrôle interne du programme GAVI - RSS (exercice clos le 30 juin 2015) a été produit en janvier 2016. Cependant, ce rapport ne mentionne pas la période couverte par l'audit. Un rapport d'audit provisoire couvrant la période allant du 1^{er} juillet 2015 au 31 décembre 2016 a été produit en juin 2017, mais la version définitive n'a pas pu être fournie. <p>Par ailleurs, le suivi des recommandations des audits externes a été opéré dans le cadre de l'atelier dédié du 13 au 16 novembre 2018 en présence du BCI, de la DAGE et de l'IAAF. L'équipe d'audit a relevé que le rapport d'activité de cet atelier ne fait pas mention du suivi des avances à justifier par les sous-bénéficiaires (DP, RM, DS et ONG), pourtant sujet de préoccupation majeure des rapports d'audit externe (voir constat 4.2.2 du présent rapport).</p>	<p>Recommandation (importante)</p> <p>En soutien aux exigences formulées au point q) des GMR, le MSAS en lien avec la DAGE devra prendre les dispositions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Planifier les audits externes et l'éventuel recrutement du cabinet suffisamment à l'avance afin de respecter les délais prévus à la communication des rapports ; - Formaliser et mettre en place un plan de suivi des recommandations émises par les audits externes, audits internes et les audits de Gavi. Ce plan fera l'objet d'un suivi continu et sera mis à jour et communiqué trimestriellement au Secrétariat de Gavi ; - Poursuivre et appuyer les efforts de mise en œuvre des recommandations des audits externes, notamment par la mobilisation des appuis hiérarchiques et des structures nécessaires, afin que celles-ci soient adressées et clôturées dans des délais raisonnables. Dans ce sens, le Comité de Suivi des Opérations Financières mis en place par le Cabinet du MSAS afin d'apurer les avances ouvertes, faisant l'objet de réserves dans les rapports d'audits externes, a permis une évolution significative et positive. Son action reste à pérenniser à travers son inclusion au système de contrôle permanent. 	
	<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>Voir annexe 9</p>	
<p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les retards de production des rapports d'audit externe peuvent laisser des erreurs comptables non détectées, ainsi que des états financiers et rapports d'exécution des programmes inexacts, incomplets et ne donnant donc pas une image fidèle de la situation financière du projet ; - Recommandations d'améliorations du contrôle interne non suivies, laissant les faiblesses relevées sans action corrective. 	<p>Responsabilités</p> <p>Voir annexe 9</p>	<p>Délai / Chronogramme</p> <p>Voir annexe 9</p>

4.2.5. Ecarts de soldes entre la comptabilité et le suivi des mouvements de trésorerie

<p>Contexte L'article 23 de l'Annexe 2 de l'ACP, concernant les dépenses et archives des programmes, précise que « <i>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</i> ».</p>		
<p>Description Les cadrages de trésorerie réalisés par l'équipe d'audit ont mis en évidence un écart de 36 748 281 FCFA (soit environ 64 304 USD) entre le solde comptable de 426 958 754 FCFA au 31 décembre 2018 de la subvention RSS2 et le cumul des mouvements débiteurs et créditeurs sur le compte bancaire du programme d'un montant de 467 828 088 FCFA, qui se ventile comme suit :</p> <p>Mouvements portés au crédit du compte bancaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Solde comptable du RSS au 31 décembre 2017 (861 864 127 FCFA) - Entrées de fonds décaissés par le Secrétariat de Gavi (955 016 327 FCFA) - Virement correspondant à la clôture du compte SSV en mars 2018 (8 462 006 FCFA) <p>Mouvements portés au débit du compte bancaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Décaissements réalisés au titre de l'exécution des PTA 2018 (1 083 334 668 FCFA) - Décaissements réalisés hors PTA 2018 (221 035 124 FCFA) - Réallocation de la subvention HPV au titre du switch PCV (49 023 527 FCFA) - Ecriture en suspens (4 121 053 FCFA) <p>Cet écart demeure injustifié en date de l'audit et aucun rapprochement n'a été entrepris en vue de régulariser la situation.</p> <p>Par ailleurs, des opérations bancaires, totalisant 4 364 FCFA (7,6 USD) en lien avec la subvention RSS1 clôturée, n'ont pas été apurées et restent en suspens depuis 2016.</p>	<p>Recommandation (importante) Le MSAS, en lien avec la DAGE, devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Effectuer un rapprochement exhaustif des mouvements de trésorerie avec la comptabilité ; - Présenter un rapport expliquant les écarts constatés ; et - Inclure la revue de la régularisation aux Termes de Référence de l'audit externe de l'exercice concerné afin de valider les explications de l'écart. 	
	<p>Réponses / Engagements du management Voir annexe 9</p>	
<p>Risques / Implications Les écarts constatés entre les soldes comptable et théorique suggèrent des retards ou défauts d'enregistrement de transactions, impliquant des risques importants en termes d'exactitude et de complétude des rapports financiers pour la période à laquelle ils se rapportent.</p>	<p>Responsabilités Voir annexe 9</p>	<p>Délai / Chronogramme Voir annexe 9</p>

4.2.6. Mécanismes de paiement présentant un faible degré de sécurité et de traçabilité

<p>Contexte</p> <p>L'Aide-Mémoire en annexe 6 de l'ACP article 1.b, repris au point g) des GMR, précise que "tout fonds transféré au niveau régional et de district sera géré sur des comptes, approuvés par le Gouvernement du Sénégal, d'une banque commerciale". Ce dispositif doit notamment permettre d'assurer un niveau de sécurité suffisant autour des transferts de fonds aux bénéficiaires.</p>		
<p>Description</p> <p>L'analyse du manuel des procédures AFC du PNDS a mis en évidence certaines dispositions relatives aux transferts de fonds en désaccord avec les principes en matière de sécurisation et traçabilité des flux financiers. Celles-ci s'illustrent notamment par l'utilisation prévue de chèques non barrés adressés au comptable. Ces dispositions ne considèrent pas la possibilité de privilégier des virements sécurisés vers les comptes bancaires des structures bénéficiaires aux niveaux décentralisés (RM et DS).</p> <p>De plus, l'équipe d'audit a constaté l'absence de registre de caisse de la DP (niveau central), ne permettant pas d'enregistrer les espèces retirées à la banque ou reversées par les bénéficiaires, ni d'assurer une quelconque traçabilité de ces fonds.</p> <p>Enfin, les boîtes de courriel personnelles sont utilisées par de nombreuses personnes au sein de la DAGE et de la DP pour transférer des documents en lien avec des paiements ou virements de fonds, en dépit des risques en matière de sécurité informatique.</p>		<p>Recommandation (essentielle)</p> <p>Le MSAS, en lien avec la DAGE et la DP, devra prendre les mesures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Privilégier les virements de fonds par transfert bancaire sécurisés (ou autre, comme mobile banking) et refléter ces mesures par la mise à jour du manuel des procédures ; - Mettre en place un registre de caisse au sein de la DP et établir les niveaux de contrôle interne adaptés autour de l'utilisation des espèces (comptages périodiques et rapprochement du registre de caisse avec la comptabilité). Définir ces pratiques dans le manuel des procédures ; - Adopter l'utilisation exclusive des boîtes de courriel sécurisées du MSAS dans le cadre des opérations financières.
<p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perte, vol ou détournement des fonds ; - Perte de traçabilité des mouvements de fonds en espèces ; - Vol ou détournement d'informations confidentielles. 		<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>Voir annexe 9</p>
		<p>Responsabilités</p> <p>Voir annexe 9</p>
		<p>Délai / Chronogramme</p> <p>Voir annexe 9</p>

4.2.7. Défaillances dans le processus d'archivage de la DAGE

<p>Contexte</p> <p>L'annexe 2 de l'ACP prévoit en 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 ». Par ailleurs, le manuel des procédures AFC du PNDS de juillet 2015 décline au chapitre 8, concernant les procédures comptables, les règles d'indexation pour le classement et l'archivage des documents comptables.</p>		
<p>Description</p> <p>L'équipe d'audit a relevé les défaillances suivantes liées à l'archivage informatique et physique des informations comptables des programmes soutenus par Gavi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les bases de données comptables des subventions RSS et SNV pour les exercices 2015 et antérieurs n'ont pas pu être mises à disposition de l'équipe d'audit par la DAGE, qui a déclaré ne pas avoir accès aux bases comptables de l'ancienne version du logiciel de comptabilité ; - Les bases de données comptables (Tableaux Emplois-Ressources, Balances, Grands Livres, Etats Financiers) correspondant aux exercices clôturés (2018 et antérieurs) n'ont pas fait l'objet de sauvegarde informatique, contrairement aux dispositions du §8.1.4 du Manuel de procédures ; - Les chronos des exercices 2015 et antérieurs n'ont pas été archivés selon un classement et un ordonnancement conformes au manuel de procédures et aux saines pratiques, ce qui s'est traduit par une impossibilité pratique de la DAGE à fournir les pièces justificatives de dépenses pour un montant total s'élevant à 64 143 506 FCFA. 		<p>Recommandation (importante)</p> <p>Le MSAS, en lien avec la DAGE et le BCI, doit prendre des mesures urgentes afin de mettre à niveau les pratiques de classement, d'archivage et de sauvegarde :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réunir l'ensemble des conditions nécessaires à un classement et archivage pertinents, efficaces et sécurisés des documents ; - Revoir les conditions et le lieu de stockage pour une meilleure sécurité et sauvegarde des archives ; - Compléter par des notes détaillées le manuel de procédures ; - Elaborer et mettre en application une politique informatique traitant des sauvegardes de données comptables et financières liées aux programmes soutenus par Gavi.
<p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> - Absence ou déficit de traçabilité de l'information et d'accès aux documents justificatifs notamment requis par la législation en vigueur ; - Perte de données numérisées en l'absence de sauvegarde centralisée. 		<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>Voir annexe 9</p>
		<p>Responsabilités</p> <p>Voir annexe 9</p>
		<p>Délai / Chronogramme</p> <p>Voir annexe 9</p>

4.3. Gestion budgétaire

4.3.1. Rapports financiers incomplets, en retard et non produits selon les termes des accords

<p>Contexte</p> <p>L'Aide-Mémoire à l'ACP précise dans son Article 1-d, relatif à la planification, budgétisation et coordination que « <i>le MSAS soumettra, chaque année à Gavi un plan annuel budgétisé des activités et approuvé par le Comité National de Pilotage du Secteur de la Santé. Ce plan annuel est soumis dans le cadre du Rapport de Situation Annuel (RSA) que le pays envoie chaque année pour être examiné [...] A la fin de trimestre, le MSAS soumettra un Rapport Technique et Financier du trimestre finissant</i> ». Cette disposition est rappelée au point h) des GMR qui énonce que « <i>la DAGE au sein du MSAS est responsable de la comptabilité et de tous les rapports financiers et réalisera les tâches suivantes</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>S'assurer de la saisie des budgets détaillés et des dépenses sur fonds Gavi dans le logiciel comptable [...] afin de réaliser un suivi budgétaire détaillé par subvention.</i> - <i>S'assurer de la collecte trimestrielle des justificatifs relatifs aux avances reçues pendant le trimestre, au plus tard 15 jours après la fin du trimestre.</i> - <i>Préparer des rapports financiers trimestriels, par subvention Gavi, conformément au Manuel de Procédures du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) qui seront soumis au Ministère de Finance et envoyés par le portail internet de Gavi dans les quarante-cinq jours après chaque trimestre échu. Les rapports financiers transmis seront conformes aux exigences de Gavi en matière de reporting financier telles que définies dans les Directives de Gavi en matière de gestion financière et d'audit</i> ». 		
<p>Description</p> <p>L'équipe d'audit a obtenu les rapports trimestriels liés à la campagne anti-rougeole des 1^{er} et 4^{ème} trimestres 2017, ainsi que ceux liés à la campagne HPV des 3^{ème} et 4^{ème} trimestres 2018. Cependant, les rapports techniques et financiers SSV et RSS des années 2015 et 2016 n'ont pas été présentés.</p> <p>Par ailleurs, les rapports annuels prévus par l'ACP (intitulés rapports financiers annuels, RFA), qui ont été produits par le MSAS, soulèvent les observations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le taux de décaissement indiqué dans les RFA du RSS2 ne correspond pas à celui calculé à partir du suivi des décaissements dans le logiciel de comptabilité (33,6% au lieu de 32.4% en 2016, 56.4% au lieu de 55.0% en 2017) et est discordant avec le taux d'exécution budgétaire par activité en annexe au RFA (45.1%) ; - Des dépassements budgétaires supérieurs à 10% sont relevés dans les RFA de 2016, 2017 et 2018 mais demeurent insuffisamment expliqués. 		<p>Recommandation (importante)</p> <p>Dans le cadre de la gestion de tout programme mis en œuvre avec le soutien financier de Gavi, les entités concernées du MSAS devront :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se conformer aux clauses contractuelles de l'ACP et de ses annexes relatives à l'établissement et à la communication des rapports périodiques, notamment concernant la fréquence et les délais ; - Aligner les informations financières et budgétaires des rapports trimestriels et annuels avec la comptabilité financière tenue par la DAGE dans le logiciel de comptabilité. En accord avec le point h) des GMR, il incombe à la DAGE de valider les données financières et budgétaires présentées dans les rapports, qui doivent faire l'objet d'un audit externe annuel ; - Expliquer tout dépassement de ligne budgétaire de manière précise et détaillée.
		<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>Voir annexe 9</p>
<p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> - Allocation inadéquate des ressources prévues pour les activités programmatiques ne permettant pas la pleine réalisation de tous les objectifs ; - Vue erronée sur l'état d'exécution des programmes ; - Incapacité à mettre en œuvre des mesures correctrices en cas d'écarts identifiés ; - Dépenses non prévues par les micro-plans ou non autorisées demeurant non détectées ; - Reliquats de dépenses par programme non déterminés et non remboursés / réalloués avec l'autorisation du Secrétariat de Gavi. 	<p>Responsabilités</p> <p>Voir annexe 9</p>	<p>Délai / Chronogramme</p> <p>Voir annexe 9</p>

4.4. Achats et passations de marchés

4.4.1. Planification et suivi des passations de marchés insuffisants

<p>Contexte</p> <p>L'Aide-Mémoire en annexe 6 à l'ACP prévoit que "toute passation de marchés sera soumise au Code des Marchés Publics datant du 25 avril 2007, selon le plan annuel du [MSAS]. Les plans annuels de passation de marchés devront être approuvés par la Direction Centrale des Marchés Publics (DCMP) au sein du Ministère des Finances. La passation des marchés sera surveillée par l'Autorité de Régulation des Marchés Publics, un organisme réglementaire autonome". Le point n) des GMR reprend cette disposition en précisant que "toute passation de marché [...] sera soumise au Code de Marchés Publics selon le plan annuel du MSAS. S'assurer d'inclure suffisamment à l'avance, tout achat (biens, services, construction) à effectuer dans le Plan de passation de marché pour l'approbation de la Direction Centrale des Marchés Publics".</p> <p>Les achats de biens et services sur financement Gavi (hors achats d'équipements à travers la centrale d'achat de l'UNICEF) sont régis par les décrets 2014-1212 du 22 septembre 2014 portant Code des Marchés Publics du Sénégal. La Cellule de Passation de Marchés du MSAS est responsable de la planification et l'exécution des procédures de passation des marchés.</p> <p>L'Article 144 du Code des Marchés Publics précise que "la cellule de passation de marchés doit établir, avant le 31 mars de chaque année à l'intention de l'autorité dont elles relèvent, de l'organe chargé de la régulation des marchés publics et de l'organe chargé du contrôle a priori, un rapport annuel sur l'ensemble des marchés publics passés l'année précédente. Entre autres informations, ce rapport fournit la liste des entreprises défaillantes, précise la nature des manquements constatés et donne un compte rendu détaillé des marchés passés par entente directe". L'Arrêté N° 00865 DU 22 janvier 2015 précise également que "la cellule de passation de marchés doit établir des rapports trimestriels sur la passation et l'exécution des marchés à l'intention des autorités compétentes pour transmission à la Direction centrale des Marchés publics et à l'Autorité de Régulation des Marchés publics".</p>		
<p>Description</p> <p>L'équipe d'audit a relevé les faiblesses suivantes dans la planification et le suivi des marchés au sein du MSAS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aucun plan d'approvisionnement annuel permettant de recenser l'ensemble des besoins, d'aligner sur le budget et d'établir le calendrier des commandes n'a été fourni concernant la période auditée (2015-2018). De ce fait, les possibles regroupements des marchés et la planification efficace limitant les situations d'urgence n'ont pas pu être opérés ; - La Cellule de Passation des Marchés n'a pas tenu de plan consolidé de passation des marchés au cours de la période auditée. Un tel plan consolidé sous forme de tableau de bord aurait permis une vision synoptique et un meilleur pilotage des dossiers ; - Le suivi opéré par la Cellule de Passation des Marchés n'a pas fait l'objet de rapportage tel que prévu par l'Article 144 du Code des Marchés Publics (rapport annuel des marchés passés au cours de l'année précédente) et par l'Arrêté N° 00865 du 22 janvier 2015 (rapports trimestriels sur la passation et l'exécution des marchés). Aucun rapport de situation, trimestriel ni annuel, relatif à la période auditée (2015-2018) n'a pu être fourni à l'équipe d'audit. 		<p>Recommandation (importante)</p> <p>Le MSAS, en lien avec la DP, la DAGE et la Cellule de Passation de Marchés, devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formuler et mieux encadrer les besoins en amont en fonction des activités prévues dans le plan annuel ce qui permettra de planifier les marchés à lancer. Une mutualisation de ce plan annuel avec les autres bailleurs de fonds devrait être envisagée afin de réaliser des économies d'échelle ; - Mettre en place un processus de suivi des plans de passation de marchés sous forme de tableau de bord consolidé regroupant l'ensemble des marchés sous gestion par la Cellule de Passation de Marchés et généraliser les pratiques d'analyse à partir de cet outil ; - Faire respecter les dispositions légales et réglementaires en matière de rapportage périodique de suivi et d'exécution des passations de marchés.
		<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>Voir annexe 9</p>
<p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manque de visibilité sur le niveau d'exécution du plan pouvant avoir un impact négatif sur l'atteinte des objectifs ; - Economies d'échelles non réalisées par absence de vision globale des marchés à exécuter. 	<p>Responsabilités</p> <p>Voir annexe 9</p>	<p>Délai / Chronogramme</p> <p>Voir annexe 9</p>

4.4.2. Ecarts d’application dans la procédure de passation des marchés

<p>Contexte</p> <p>Les procédures de passation de marché sont notamment régies par les textes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Décrets 2014-1212 du 22 septembre 2014 portant Code des Marchés Publics : <ul style="list-style-type: none"> o Article 13 définissant les mentions obligatoires aux marchés ; o Article 63 précisant le délai minimum entre l'appel d'offres et l'ouverture des plis ; o Article 86 précisant l'immatriculation et la notification des marchés ; o Article 141 concernant les compétences de la Direction chargée du contrôle des marchés publics. - Arrêté 00106 du 07 janvier 2015 fixant les seuils de contrôle à priori des dossiers de marché (application de l'article 141 du Code des Marchés Publics). - Arrêté 00107 du 07 janvier 2015 relatif aux modalités de mise en œuvre des procédures de demande de renseignements et de prix (application de l'article 78 du Code des Marchés Publics). 		
<p>Description</p> <p>L'équipe d'audit a sélectionné un échantillon de 9 marchés, passés au cours de la période auditée, et a relevé plusieurs écarts d'application de procédure comme précisé ci-dessous (voir également en annexe 6 du présent rapport pour le détail des marchés et contrats concernés) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mentions obligatoires manquantes (article 13 du Code des Marchés Publics) : contrats ne mentionnant ni la date de début du délai d'exécution du marché ni sa durée ; - Absence de justificatif de publication sur le portail des marchés publics (article 86 du Code des Marchés Publics) ; - Preuves d'examen juridique et technique des contrats (article 141 du Code des Marchés Publics) manquantes ; - Délai de 30 jours entre l'appel d'offre et l'ouverture des plis (article 63 du Code Marchés Publics) non respecté ; - Absence des avis de non-objection de la Cellule de Passation de Marchés quant à la méthode d'acquisition ainsi qu'au rapport d'analyse comparative des offres (article 141 du Code des Marchés Publics) pour un marché ; - Délai minimal de dépôt des offres de 15 jours calendaires non respecté (arrêté N° 00107 du 07 janvier 2015). <p>Par ailleurs, l'équipe d'audit a constaté une absence d’outil de suivi des bons de commande, tant au niveau de la DAGE que de la DP. Un registre des bons de commandes permet un suivi documenté des engagements en cours et un contrôle plus rigoureux des procédures d'achats hors marchés.</p> <p>Enfin, l'équipe d'audit a constaté que l'archivage des dossiers d’appel d'offres et de marchés était inadapté en raison des insuffisances suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dossiers non classés ni constitués par type de procédure, documents disséminés à travers différents classeurs ; - Absence de nomenclature servant d’indexation et de hiérarchisation des étapes de la procédure, reflétant les documents consignés dans le dossier de passation ; - Absence de liste indexée des documents disponibles dans chaque dossier de marché, permettant de vérifier l'exhaustivité des pièces et de matérialiser les contrôles liés à l'exécution de chaque procédure. 	<p>Recommandation (importante)</p> <p>Le MSAS, en lien avec la Cellule de Passation de Marchés, la DAGE et la DP, devra mettre en œuvre les actions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre à jour le manuel des procédures pour refléter les dernières évolutions du Code des Marchés Publics ; - Mettre en place une checklist de contrôles qualitatifs matérialisant les points de vérification de la procédure de passation et la conformité avec le Code des Marchés Publics ; - Mettre en place un registre de tous les bons de commande passés sur financement Gavi, et établir des contrôles périodiques des commandes afin de garantir la conformité avec le Code des Marchés Publics en matière de seuils et de méthode de passation de marché ; - Revoir les règles de constitution, classement et d'archivage des dossiers de marchés. 	
	<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>Voir annexe 9</p>	
<p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> - Passations réalisées en dehors du cadre légal et procédural ne permettant pas d’assurer la règle d’égalité et de transparence entre les soumissionnaires ; - Mise en concurrence non effective, ne permettant pas l'obtention du meilleur rapport qualité-prix ; - Fractionnement de marchés contrevenant aux règles du Code des Marchés Publics ; - Perte de données et de documents exigés par la législation en vigueur, non-conformité légale et réglementaire (absence de pièces ou documents justifiant le respect de la procédure). 	<p>Responsabilités</p> <p>Voir annexe 9</p>	<p>Délai / Chronogramme</p> <p>Voir annexe 9</p>

4.4.3. Faiblesses en matière de suivi d'exécution des marchés

<p>Contexte</p> <p>Le suivi de l'exécution des marchés est encadré par le Code des Marchés Publics, comprenant notamment les articles suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Article 134 : « pour assurer le respect des délais contractuels, les marchés doivent prévoir une clause de pénalités pour retard dont le montant est fixé, pour chaque catégorie de marchés, dans les Cahier des clauses administratives générales » ; - Article 135 : « à moins que le marché en dispose autrement, les pénalités pour retard sont appliquées sans mise en demeure préalable, sur la simple confrontation de la date d'expiration des délais contractuels d'exécution et de la date de réception. Le montant des pénalités infligées aux titulaires d'un marché vient en atténuation de la dépense. Dans le cas où le montant des pénalités ne peut être retenu sur les sommes dues, les pénalités sont versées en recettes au budget ayant supporté la charge du marché ». 		
<p>Description</p> <p>Les travaux de l'équipe d'audit ont mis en évidence certaines insuffisances du cadre de suivi d'exécution des marchés. Celles-ci portent principalement sur l'absence d'outil de suivi. En effet, le Bureau de Gestion de la DP n'a pas mis en place de dossier de suivi d'exécution des contrats et marchés reprenant les obligations du cahier des clauses administratives générales.</p> <p>Ces insuffisances se sont matérialisées, entre autres, par des retards constatés dans l'exécution de contrats n'ayant pas donné lieu à l'application de pénalités de retard comme prévu par les articles 134 et 135 du Code des Marchés Publics. Les détails des contrats et des retards sont indiqués en annexe 6 du présent rapport.</p>	<p>Recommandation (souhaitable)</p> <p>Le MSAS devra mettre en place un dossier de suivi d'exécution des contrats et marchés qui intégrera notamment les points de vérification relatifs au respect des clauses administratives.</p>	
	<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>Voir annexe 9</p>	
<p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> - Retard dans la réalisation des activités des programmes soutenus par Gavi ; - Risque de perte ou de détérioration des biens non livrés dans les délais convenus ; - Pertes financières au regard des fonds mobilisés pour le marché. 	<p>Responsabilités</p> <p>Voir annexe 9</p>	<p>Délai / Chronogramme</p> <p>Voir annexe 9</p>

4.5. Engagement des dépenses

4.5.1. Dépenses mises en question

<p>Contexte Cette sous-section détaille les conclusions des tests substantifs effectués par l'équipe d'audit sur un échantillon de dépenses programmatiques. Les dépenses testées ont été sélectionnées sur la base des activités référencées dans les fichiers de dépenses remis par l'équipe comptable de la DAGE. L'équipe d'audit a examiné l'ensemble des pièces justificatives mises à disposition par les personnels comptables de la DAGE et a évalué 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.</p>		
<p>Description Les constatations d'audit relatives aux dépenses testées ont été regroupées, par nature de subvention et par catégories d'anomalie, comme présenté dans le tableau de synthèse en annexe 4 du présent rapport (les définitions des catégories qualifiant les dépenses sont précisées en annexe 3). L'analyse des pièces justificatives des dépenses engagées a fait ressortir plusieurs insuffisances liées notamment au déficit et/ou au caractère peu probant des documents fournis (voir détail en annexe 5).</p> <p>a. 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 sans pièces justificatives, se référant le plus souvent au problème d'archivage décrit dans le constat 4.2.7, ont été identifiées pour un montant de 1 020 000 FCFA (1 785 USD).</p> <p>b. 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 15 050 420 FCFA (26 336 USD) de dépenses irrégulières a été identifié par l'équipe d'audit.</p> <p>c. Dépenses insuffisamment justifiées : cette catégorie regroupe les dépenses pour lesquelles l'examen des documents fournis a révélé l'absence d'une ou plusieurs pièces justificatives attendues selon les termes du cadre conceptuel. Un montant total de 38 811 625 FCFA (67 914 USD) de dépenses a été considéré insuffisamment justifié par l'équipe d'audit.</p>		<p>Recommandation (importante) : Le MSAS, en lien avec la DAGE, devra compléter le manuel des procédures et notamment la fiche d'analyse des paiements par la mise en place de mécanismes permettant un contrôle systématique de la qualité de justification des dépenses effectuées tant au niveau central qu'au niveau décentralisé. À cet effet, ces activités de contrôle des dépenses à engager par les personnels compétents concernés devraient être formalisées dans leurs fiches de postes comme dans le manuel de procédures.</p> <p>Réponses / Engagements du management Voir annexe 9</p>
<p>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 de ses annexes. Ces défaillances constatées peuvent conduire Gavi à demander le remboursement des montants correspondants, au titre d'usage abusif de fonds tel que défini dans l'article 20.1 de l'annexe 2 à l'ACP.</p>		<p>Responsabilités Voir annexe 9</p> <p>Délai / Chronogramme Voir annexe 9</p>

4.6. Gestion des vaccins

4.6.1. Manque d'encadrement du transfert des activités au nouveau dépôt national de vaccins

<p>Contexte</p> <p>Les procédures opératoires normalisées pour la gestion efficace des vaccins de l'OMS énoncent les principes d'un système efficace de gestion de la qualité, y compris la gestion logistique des vaccins. Le processus actuel de distribution des vaccins fait intervenir différents acteurs au niveau national, à savoir, la DI et la PNA (Pharmacie Nationale d'Approvisionnement). Il prévoit une série d'étapes allant de la planification des besoins par provinces jusqu'à la livraison effective des vaccins. La gestion efficace de ce processus nécessite ainsi une parfaite coordination entre ces différents acteurs.</p> <p>Dans le cadre du renforcement du système de santé, un nouveau dépôt national de vaccins et autres intrants a été construit sur financement Gavi. Ce dépôt a vocation à assurer l'ensemble des services précédemment pris en charge par la PNA.</p>		
<p>Description</p> <p>La mise en service du nouveau dépôt de vaccins de la DI requiert un transfert des compétences nécessaires au maintien opérationnel des équipements et des stocks afin d'assurer la continuité de l'activité. En date de l'audit, aucune disposition formalisée encadrant le transfert d'activités de la PNA vers le nouveau dépôt n'était en place. L'ensemble des moyens matériels et humains nécessaires à ce plan d'accompagnement reste à définir, au même titre que les mesures de transition y afférentes.</p>	<p>Recommandation (importante)</p> <p>Le MSAS, à travers la section logistique de la DI et en lien avec la PNA, devra encadrer de manière formelle le transfert des activités entre la PNA et le nouveau dépôt et s'assurer de l'effectivité du plan de transition (à l'aune des décisions organisationnelles, revoir les contrats de service liant les différentes parties intéressées et établir un calendrier détaillant les étapes de la transition).</p>	
	<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>Voir annexe 9</p>	
<p>Risques / Implications</p> <p>Rupture dans l'activité de gestion des stocks de vaccins pouvant se traduire par l'indisponibilité des vaccins aux niveaux inférieurs de la pyramide sanitaire.</p>	<p>Responsabilités</p> <p>Voir annexe 9</p>	<p>Délai / Chronogramme</p> <p>Voir annexe 9</p>

4.6.2. Déploiement limité des pratiques de gestion efficace des vaccins

<p>Contexte</p> <p>Les procédures opératoires normalisées pour la gestion efficace des vaccins de l'OMS stipulent que chaque fois qu'une expédition de vaccins est reçue, les données à enregistrer dans le système de contrôle des stocks doivent comprendre (i) le type de vaccin et le fabricant ; (ii) les doses par flacon ; (iii) le ou les numéros de lot ; (iv) la date d'expiration ; (v) le nombre de doses et (vi) le niveau de la pastille de contrôle.</p> <p>Les directives de gestion efficace des vaccins précisent également qu' « <i>un des objectifs fondamentaux de la gestion de la chaîne d'approvisionnement est d'éliminer le gaspillage de vaccins pendant le stockage</i> » en limitant au maximum le risque de perte par péremption (flacon fermé). Dans ce but, « <i>le personnel responsable doit savoir comment stocker correctement les vaccins</i> » dans les équipements de la chaîne du froid et que « <i>des pratiques de stockage appropriées garantissent que tous les vaccins sont clairement identifiables et accessibles et peuvent être facilement distribués selon le principe du premier expiré, premier sorti</i> ».</p>			
<p>Description</p> <p>Des faiblesses opérationnelles ont été relevées au niveau central par l'équipe d'audit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'analyse des registres de stock de vaccins et consommables (fichiers SMT) a mis en évidence des incohérences dans les mouvements de seringues. En effet, les registres font état d'un écart positif de 1 420 200 seringues autobloquantes, entre l'inventaire de clôture de l'année 2016 et le solde d'ouverture de l'année 2017, dû à des manquements d'enregistrement. L'équipe d'audit n'a pas obtenu les documents nécessaires permettant d'expliquer cet écart (bons de livraisons, procès-verbaux de réception des commandes) ; - Le suivi de l'exécution de la maintenance n'est pas opéré de manière efficace. A titre d'exemple, des écoulements significatifs de condensation dans une des chambres froides du dépôt central PNA n'ont pas fait l'objet d'une intervention dans un délai acceptable faute de suivi. <p>L'équipe d'audit, au cours de ses visites de terrain, a constaté que les pratiques en matière de gestion efficace des vaccins au niveau des RM et des DS étaient insuffisamment déployées et harmonisées. Ce constat s'est traduit par les observations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manque de formation du personnel en matière de gestion physique et administrative des stocks de vaccins et consommables, se traduisant notamment par : <ul style="list-style-type: none"> • Une gestion des espaces de rangement des vaccins et consommables inadaptée, donnant lieu, entre autres, à la présence de produits inappropriés (aliments, produits médicaux hors vaccins, vaccins périmés dans certaines chambres froides et réfrigérateurs) ; • La présence significative de vaccins périmés non répertoriés ; • La tenue incomplète et erronée des registres de stocks (retards d'enregistrement, erreurs de report, absence de numéros de lots et dates de péremption, inventaires non documentés) ; - Présence de nombreux équipements de chaîne du froid hors service, entreposés à l'extérieur des structures de santé, mobilisant parfois de l'espace utile. Des mesures de retraitement de ces équipements sont détaillées dans le plan CCEOP. 		<p>Recommandation (importante)</p> <p>Le MSAS devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> - S'assurer que tous les mouvements de stocks de vaccins et consommables sont enregistrés en temps réel et supportés par la documentation adéquate (commande et livraison) ; - Veiller à garantir l'exécution des opérations de maintenance des équipements dans les meilleurs délais ; - S'assurer que les personnels chargés de la logistique des vaccins et consommables disposent des compétences nécessaires en la matière, à travers la mise en place de formation dédiée et le déploiement des pratiques recommandées par les procédures opérationnelles normalisées pour la gestion efficace des vaccins. Cette mise à niveau devra être maintenue par des supervisions formatives régulières ; - Mettre en place un plan de recyclage des actifs inutilisés, notamment les équipements de chaîne du froid, prenant en compte les normes environnementales. 	
		<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>Voir annexe 9</p>	
<p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une gestion inadaptée des stocks peut : <ul style="list-style-type: none"> • Affecter la mise à disposition des quantités suffisantes de vaccins et consommables aux activités de vaccination ; • Se traduire par des pertes de vaccins en flacon fermé (péremption, rupture de chaîne du froid) ; - Le manque de suivi de la maintenance des équipements peut conduire à leur détérioration et à la perte de vaccins ; - L'absence de recyclage du matériel non utilisé peut se traduire par un risque environnemental. 		<p>Responsabilités</p> <p>Voir annexe 9</p>	<p>Délai / Chronogramme</p> <p>Voir annexe 9</p>

4.6.3. Exploitation insuffisante des données de la supervision décentralisée

<p>Contexte Des supervisions prévues à chaque niveau de la pyramide sanitaire sont inscrites aux plans d'activités. Ces supervisions comprennent des objectifs spécifiques 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>Description Les rapports des supervisions effectuées aux niveaux décentralisés de la pyramide sanitaire (RM et DS) sont remontés au niveau central uniquement à la DAGE à titre de pièces justificatives des dépenses d'activité. La DI, qui opère également des activités de supervision au niveau national, ne reçoit pas ces rapports. Elle n'est pas en mesure d'en assurer l'exploitation et ainsi d'avoir une vue consolidée et exhaustive des problématiques aux niveaux décentralisés, d'identifier les faiblesses structurelles et de mettre en place les mesures adéquates.</p>	<p>Recommandation (importante) Le MSAS, en lien avec les Directions concernées, devra étendre le mécanisme de remontée des données de supervision au niveau central afin que la DI puisse en assurer l'exploitation. Le projet Coach2PEV en cours de déploiement présente notamment une opportunité d'amélioration du traitement de ces données.</p>	
	<p>Réponses / Engagements du management Voir annexe 9</p>	
<p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perte d'efficacité des moyens investis dans la surveillance continue des activités de vaccination ; - Vue incomplète des problématiques liées à la vaccination au niveau décentralisé ; - Problèmes structurels affectant la performance de la vaccination non adressés. 	<p>Responsabilités Voir annexe 9</p>	<p>Délai / Chronogramme Voir annexe 9</p>

Annexes

Annexe 1 - Acronymes




ACP	Accord-Cadre de Partenariat
AO	Appel d'Offre
BRISE	Bureaux Régionaux de l'Immunisation et de la Surveillance Epidémiologique
CCEOP	Plateforme d'Optimisation des Équipements de la chaîne du froid
CS	Centre de Santé
DAGE	Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement du MSAS
DI	Division de l'Immunisation
DS	District Sanitaire
DP	Direction de la Prévention
ECP	Évaluation de la Capacité des Programmes
GMR	Exigences en matière de Gestion des Subventions
IAAF	Inspection des Affaires Administratives et Financières
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PPM	Procédure de Passation des Marchés

PTA	Plan de Travail Annuel
PTRF	Politique de Transparence et de Responsabilité Financière
RM	Région Médicale
RSS	Renforcement des Systèmes de Santé
UNICEF	Fonds des Nations-Unis pour l'Enfance
USD	Dollar des États-Unis d'Amérique

Annexe 2 – 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.
-  **Partiellement satisfaisant** – Les contrôles internes et les procédures de gestion des risques sont généralement établis et fonctionnent, mais requièrent des améliorations. Un ou plusieurs domaines présentant des risques modérés à élevés ont été identifiés et pourraient empêcher la réalisation des objectifs des programmes soutenus par Gavi.
-  **Insatisfaisant** – Les contrôles internes et les procédures de gestion des risques ne sont pas établis ou ne fonctionnent pas. La majorité des enjeux identifiés présente un risque élevé et a une forte probabilité d’empêcher l’atteinte des objectifs des programmes soutenus par Gavi.

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**

C. NIVEAU DE PRIORITE DES RECOMMANDATIONS

Les recommandations présentées dans ce rapport comprennent des échéances pour leur mise en œuvre, qui ont été discutées au préalable avec le MSP. La priorisation des recommandations est déterminée selon une échelle de priorité à trois niveaux :

- **Essentielle** : une action immédiate est requise pour garantir que le programme ne soit pas exposé à des incidents matériels et significatifs. Si aucune mesure n’était prise, cela pourrait engendrer des conséquences majeures pouvant affecter l’ensemble des activités et les résultats du programme ;
- **Importante** : une action corrective / un plan d’action correctif est requis(e) selon les meilleures convenances mais à commencer au plus tard dans les 6 mois suivant l’acceptation du rapport d’audit. L’absence de mise en œuvre pourrait engendrer des conséquences significatives pouvant affecter des aspects importants des activités et résultats du programme ;
- **Souhaitable** : une action corrective / un plan d’action correctif devrait être envisagée au cours de l’année suivant l’acceptation du rapport d’audit. L’absence de mise en œuvre pourrait perturber ou dégrader des activités et résultats du programme.

Annexe 3 – 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 relatifs :

- 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 4 – Synthèse des dépenses mises en question par l’audit

Les montants en USD sont donnés à titre indicatif, le montant en FCFA faisant foi.

Subvention	Gestion	Montant déclaré dépensé	Montant testé	Classification des dépenses										Total mis en question
				1		2		3		4		5		
				Dépenses justifiées		Dépenses insuffisamment justifiées		Dépenses irrégulières		Dépenses non justifiées		Dépenses inéligibles		
RSS 2015	DAGE	148 714 630 <i>260 228</i>	8 400 000 <i>14 699</i>	8,400,000 <i>14 699</i>	100%	- <i>-</i>	0%	- <i>-</i>	0%	- <i>-</i>	0%	- <i>-</i>	0%	- <i>-</i>
RSS 2016		599 413 248 <i>1 048 881</i>	172,858,810 <i>302 476</i>	158 375 030 <i>277 132</i>	91.6%	6 794 250 <i>11 889</i>	3.9%	7 689 530 <i>13 455</i>	4.4%	- <i>-</i>	0%	- <i>-</i>	0%	14 483 780 <i>25 344</i>
RSS 2017		1 003 684 099 <i>1 756 292</i>	271,200,290 <i>474 559</i>	253 068 870 <i>442 831</i>	93.3%	14 824 500 <i>25 941</i>	5.5 %	3 306 920 <i>5 787</i>	1.2%	- <i>-</i>	0%	- <i>-</i>	0%	18 131 420 <i>31 727</i>
RSS 2018		1 083 334 670 <i>1 895 668</i>	350,939,422 <i>614 090</i>	342 650 072 <i>599 585</i>	97.6%	8 043 000 <i>14 074</i>	2.3%	246 350 <i>431</i>	0.1%	- <i>-</i>	0%	- <i>-</i>	0%	8 289 350 <i>14 505</i>
Total RSS		2 835 146 647 <i>4 961 069</i>	803 398 522 <i>1 405 823</i>	762 493 972 <i>1 334 247</i>	91.7%	29 661 750 <i>51 903</i>	2.6%	11 242 800 <i>19 673</i>	1.4%	- <i>-</i>	0%	- <i>-</i>	0%	40 904 550 <i>71 577</i>
Vaccins 2015		876 649 863 <i>1 534 002</i>	259 594 006 <i>454 249</i>	251 643 006 <i>440 336</i>	96.9%	7 231 000 <i>12 653</i>	2.8%	300 000 <i>525</i>	0.1%	420 000 <i>735</i>	0.2%	- <i>-</i>	0%	7 951 000 <i>13 913</i>
HPV		305 572 560 <i>534 705</i>	92 836 980 <i>162 460</i>	92 836 980 <i>162 450</i>	100%	- <i>-</i>	0%	- <i>-</i>	0%	- <i>-</i>	0%	- <i>-</i>	0%	- <i>-</i>
Total vaccins 2015		1 182 222 423 <i>2 068 707</i>	352 430 986 <i>616 700</i>	344 479 986 <i>602 787</i>	97.7%	7 231 000 <i>12 653</i>	2.1%	300 000 <i>525</i>	0%	420 000 <i>735</i>	0.2%	- <i>-</i>	0%	7 951 000 <i>13 913</i>
Vaccins 2016		63 019 803 <i>110 275</i>	28 909 450 <i>50 587</i>	28 309 450 <i>49 537</i>	97.9%	- <i>-</i>	0%	- <i>-</i>	0%	600 000 <i>1 050</i>	2.1%	- <i>-</i>	0%	600 000 <i>1 050</i>
Total Vaccins 2016		63 019 803 <i>110 275</i>	28 909 450 <i>50 587</i>	28 309 450 <i>49 537</i>	97.9%	- <i>-</i>	0%	- <i>-</i>	0%	600 000 <i>1 050</i>	2.1%	- <i>-</i>	0%	600 000 <i>1 050</i>
Campagne RR 2017	829 435 744 <i>1 451 384</i>	219 325 223 <i>383 785</i>	213 898 728 <i>374 290</i>	97.5%	1 918 875 <i>3 358</i>	0.9%	3 507 620 <i>6 138</i>	1.6%	- <i>-</i>	0%	- <i>-</i>	0%	5 426 495 <i>9 496</i>	
Total INV	829 435 744 <i>1 451 384</i>	219 325 323 <i>383 785</i>	213 898 728 <i>374 290</i>	97.5%	1 918 875 <i>3 358</i>	0.9%	3 507 620 <i>6 138</i>	1.6%	- <i>-</i>	0%	- <i>-</i>	0%	5 426 495 <i>9 496</i>	
Grand Total	4 909 824 617 <i>8 591 435</i>	1 404 064 181 <i>2 456 896</i>	1 349 182 136 <i>2 360 860</i>	96.1%	38 811 625 <i>67 914</i>	2.8%	15 050 420 <i>26 336</i>	1.1%	1 020 000 <i>1785</i>	0%	- <i>-</i>	0%	54 882 045 <i>96 035</i>	

Annexe 5 – Détail des dépenses mises en question par l'audit

a. Dépenses insuffisamment justifiées du programme RSS2 – 2016

Activité / Nature de la dépense	Montant total	Montant insuffisamment justifié	Explication
Pause-café Réseau Siggil Jiggen Trimestre 3 – 2016 Formation des acteurs, communauté de Tamba	4 500 000	2 250 000	- La facture ne comporte pas le numéro d'identification. À la lecture du manuel de procédures, il s'agit du numéro d'identification juridique et fiscal qui n'a pas été porté sur certaines factures ; - D'après la DAFP, il s'agit des prestataires non identifiés, par ex : centre... ; - Cette exemption n'est pas prévue dans une note d'instruction complémentaire au référentiel retenu.
Pause déjeuner Réunion trimestrielle de monitoring – Thiès	705 000	144 000	- Le montant de la pause-café est de 5 000/personne, le guide d'utilisation et de justification des fonds GAVI RSS prévoit un montant de 3000/personne. Le déjeuner est pris en charge par le perdiem. Le dépassement du barème n'est pas suffisamment justifié, soit pour 3 jours et 24 personnes : $2000*24*3=144\ 000$; - Pour les activités : le déjeuner est inclus aussi bien dans le perdiem en référence à la définition du manuel (comportant l'hébergement et les frais de restauration) que dans le montant payé au titre des pauses-café prévu dans le Guide des justifications (pause-café et déjeuner).
Pause-café atelier de formation des ICP sur le DHIS2 PS de Touba – RM de Diourbel	544 000	544 000	- La facture ne comporte pas le numéro d'identification. À la lecture du Manuel de procédures, il s'agit du numéro d'identification juridique et fiscale qui n'a pas été porté sur certaines factures. - D'après la DAFP, il s'agit des prestataires non identifiés, par ex : centre... ; - Cette exemption n'est pas prévue dans une note d'instruction complémentaire au référentiel retenu.
Pause-café atelier de formation des ICP sur le DHIS2 PS de Diourbel – RM de Diourbel	512 000	512 000	- La facture ne comporte pas le cachet de fournisseur ni la mention « payée » ; - La facture ne comporte pas le numéro d'identification. À la lecture du Manuel de procédures, il s'agit du numéro d'identification juridique et fiscale qui n'a pas été porté sur certaines factures. - D'après la DAFP, il s'agit des prestataires non identifiés, par ex : centre... - Cette exemption n'est pas prévue dans une note d'instruction complémentaire au référentiel retenu.
Carburant Stratégie accélérée – Plan ACD DS de Rufisque	446 250	446 250	Les factures ne comportent pas la mention « payée » conformément à l'article 8.3.4 du manuel de procédures du PNDS.
Pause déjeuner – Formation des prestataires privés – Plan ACD DS de Rufisque	460 000	460 000	- La facture ne comporte pas le numéro d'identification. À la lecture du Manuel de procédures, il s'agit du numéro d'identification juridique et fiscale qui n'a pas été porté sur certaines factures ; - D'après la DAFP, il s'agit des prestataires non identifiés, par ex : centre... ; - Cette exemption n'est pas prévue dans une note d'instruction complémentaire au référentiel retenu.
Pause-café – Formation des relais – Plan ACD DS de Rufisque	384 000	384 000	- La facture ne comporte pas le numéro d'identification. À la lecture du Manuel de procédures, il s'agit du numéro d'identification juridique et fiscale qui n'a pas été porté sur certaines factures ; - D'après la DAFP, il s'agit des prestataires non identifiés, par ex : centre... ; - Cette exemption n'est pas prévue dans une note d'instruction complémentaire au référentiel retenu.
Pause-café – Formation des médecins sur le PEV et la surveillance Kaolack	1 728 000	804 000	- Le montant de la pause-café et du déjeuner prévu par le guide d'utilisation et de justifications est de 5000/personne dans les régions ; le montant payé est de 8000/personne. Le dépassement du barème n'est pas suffisamment justifié, soit $3000*6*36=648\ 000$.

Activité / Nature de la dépense	Montant total	Montant insuffisamment justifié	Explication
			<p>- Pour les activités : le déjeuner est inclus aussi bien dans le perdiem en référence à la définition du manuel (comportant l'hébergement et les frais de restauration) que dans le montant payé au titre des pause-café prévu dans le Guide des justifications (pause-café et déjeuner).</p> <p>- Le montant de la pause-café est de 5000/personne (centre Adjana), le guide d'utilisation et de justifications des fonds GAVI RSS prévoit un montant de 3000/personne, le déjeuner est pris en charge par le perdiem. Le dépassement du barème n'est pas suffisamment justifié, soit pour 6 jours et 36 personnes :</p> <p>- Pause-café payée pour 36 personnes :</p> <p>Personnes présentes :</p> <p>31/10/2016 : 35 personnes 01/11/2016 : 35 personnes 02/11/2016 : 33 personnes 03/11/2016 : 34 personnes 04/11/2016 : 33 personnes 05/11/2016 : 33 personnes</p> <p>Soit pour 6 jours un montant insuffisant de $13*6*2000 = 156\ 000$</p>
Location de salle – Trimestre 3 – DP Mise en œuvre du financement Gavi RSS2 – Formation DQS DP	250 000	250 000	<p>- La facture ne comporte pas le numéro d'identification. À la lecture du manuel de procédures, il s'agit du numéro d'identification juridique et fiscal qui n'a pas été porté sur certaines factures.</p> <p>- D'après la DAFP, il s'agit des prestataires non identifiés ex : centre... ;</p> <p>- Cette exemption n'est pas prévue dans une note d'instruction complémentaire au référentiel retenu.</p>
Reprographie – Trimestre 3 DP Mise en œuvre du financement Gavi RSS2 – Supervision Dakar – DP	200 000	200 000	<p>- La facture ne comporte pas le numéro d'identification. À la lecture du manuel de procédures, il s'agit du numéro d'identification juridique et fiscal qui n'a pas été porté sur certaines factures.</p> <p>- D'après la DAFP, il s'agit des prestataires non identifiés ex : centre... ;</p> <p>- Cette exemption n'est pas prévue dans une note d'instruction complémentaire au référentiel retenu.</p>
Pause déjeuner – Trimestre 3 DP Mise en œuvre du financement Gavi RSS2 – Formation DQS DP	800 000	800 000	<p>- La facture ne comporte pas le numéro d'identification. À la lecture du manuel de procédures, il s'agit du numéro d'identification juridique et fiscal qui n'a pas été porté sur certaines factures.</p> <p>- D'après la DAFP, il s'agit des prestataires non identifiés ex : centre... ;</p> <p>- Cette exemption n'est pas prévue dans une note d'instruction complémentaire au référentiel retenu.</p>
Total (FCFA)	10 529 250	6 794 250	

b. Dépenses irrégulières du programme RSS2 – 2016

Activité / Nature de la dépense	Montant total	Montant irrégulier	Explication
Perdiem – Paramétrage des outils révisés de la DP - DS plateforme DHIS2 – Thiès	4 729 920	640 510	L'état de paiement comprend 16 personnes ; la feuille comprend 14 personnes. M. Baduca Ndaye (N° 11) absent pendant 5 jours : soit un montant irrégulier de : $2*49270*6+49270*5= 640 510$;
Perdiem – Réunion trimestrielle de monitoring Kaolack	6 698 640	546 920	- L'état de paiement comprend 49 personnes ; les feuilles de présence comprennent : 47 personnes le 13/07/2016 45 personnes le 14/07/2016 44 personnes le 15/07/2016 Soit un montant irrégulier de $49 720*11 = 546 920$.
Perdiem – Réunion trimestrielle de monitoring dans le cadre du suivi des performances du PEV Ziguinchor	8 553 980	49 270	- L'état de paiement comprend 54 personnes ; La feuille de présence du 3ème jour (15/07/2016) comprend 53 personnes, soit un montant irrégulier de 49270.
Perdiem – Réunion trimestrielle de monitoring Louga	4 821 270	49 270	- Les fiches de paie comprennent 40 personnes (respectivement 4 et 36) ; La feuille de présence du 3ème jour (15/07/2016) ne comprend que 39 personnes, soit un montant irrégulier de 49270.
Perdiems – Trimestre 3 DP – Mise en œuvre du financement Gavi RSS2 – Révision des modules Thiès - DP	1 566 100	999 400	- Blanco sur l'état de paiement (211 080) ; - Absence d'émargement de Nicole Dossou N° 5, Ndeye Amy N°7 et El Hadj M Ndaye (295 620) ; - Nombre de personnes sur l'état de paiement : 15 personnes - Nombre de personnes sur la feuille de présence : 28/07/2016 : 10 personnes 29/07/2016 : 10 personnes Soit un montant irrégulier de $10*49270 = 492 700$.
Perdiems – Trimestre 3 DP – Mise en œuvre du financement Gavi RSS2 – Formation DQS DP	5 276 500	541 970	- Nombre de personnes sur l'état de paiement : 20 personnes ; - Nombre de personnes sur la feuille de présence : 18 personnes ; M Moustapha Ciss absent le 5ème jour ; Soit un montant irrégulier $2*49270*5+49270 = 541 970$.
PEC – Formation des médecins sur le PEV et la surveillance Kaolack	12 748 250	711 410	- Blanco utilisé sur l'état de paiement (70900) ; - L'état de paiement comprend 36 personnes ; Les feuilles de présence comprennent : 31/10/2016 : 35 personnes 01/11/2016 : 35 personnes 02/11/2016 : 33 personnes 03/11/2016 : 34 personnes 04/11/2016 : 33 personnes 05/11/2016 : 33 personnes Soit un montant irrégulier de $49270*13= 640 510$.
Perdiems – Trimestre 3 – Mise en œuvre du financement Gavi RSS2 - ELAB PROCED OPER NORMALIS Gestion des vaccins Thiès – DP	6 288 820	3 081 940	- Blanco sur l'état de paiement (322820) ; - Absence d'émargement de Mme Arame Diallo , et Abdou L Diop (492 700) ; - Nombre de personnes sur l'état de paiement : 25 personnes ; Nombre de personnes sur la feuille de présence : 03/10/2016 : 17 personnes 04/10/2016 : 15 personnes 05/10/2016 : 17 personnes 06/10/2016 : 16 personnes 07/10/2016 : 14 personnes Soit un montant irrégulier $46*49270 = 2 266 420$.
PEC Superviseurs – Atelier de formation des ICP sur le DHIS2 PS de Touba – RM de Diourbel	1 898 320	45 000	M Alilou Faye N° 19 absent les 4 jours ; et M Mouhamadou N° 23 absent les deux derniers jours. Soit un montant irrégulier de $7500*6= 45 000$.
Réunion revue – Atelier de monitoring – PEC participant intra région Centre Diourbel	3 742 440	110 490	Blanco utilisé sur l'état de paiement (110 490).
PEC Participants région – Réunion Monitoring Axe Sud Sédhiou	11 541 050	913 350	Blanco utilisé sur l'état de paiement (913 350).
Total (FCFA)	68 778 640	7 689 530	

c. Dépenses insuffisamment justifiées du programme RSS2 – 2017

Activité / Nature de la dépense	Montant total	Montant insuffisamment justifié	Explication
PEC EC – Stratégie avancée MEO Plan ACD Semestre 1, 2017 DS Oussouye	720 000	720 000	Absence de rapport technique conformément aux dispositions du paragraphe 8.3.4.e du manuel de procédures administratives, financières et comptables du PNDS.
PEC EC – Accélération MEO Plan ACD Semestre 1, 2017 DS de Ziguinchor	495 000	495 000	Absence de rapport de mission conformément aux dispositions du paragraphe 5.2.1.1.1 du manuel de procédures administratives, financières et comptables du PNDS.
Pause-café – Formation MEO Plan ACD Semestre 1, 2017 DS Oussouye	500 000	500 000	- La Facture ne comporte pas les mentions obligatoires (N° d'identification, RC, cachet et signature de fournisseur) conformément au paragraphe 8.3.4 du manuel de procédures administratives, financières et comptables du PNDS ; - D'après la DAFP, il s'agit des prestataires non identifiés ex : centre... ; - Cette exemption n'est pas prévue dans une note d'instruction complémentaire au référentiel retenu ; - 23 personnes présentes ; Pause-café payée pour 30 personnes pour les 5 jours soit un montant insuffisamment justifié de $7*5*4000=140\,000$.
Pause-café – Formation des prestataires – MEO Plan ACD Semestre 1, 2017 DS de Ziguinchor	700 000	700 000	- La facture ne comporte pas les mentions obligatoires (N° d'identification, RC, cachet et signature de fournisseur) conformément au paragraphe 8.3.4 du manuel de procédures administratives, financières et comptables du PNDS ; - D'après la DAFP, il s'agit des prestataires non identifiés ex : centre... ; - Cette exemption n'est pas prévue dans une note d'instruction complémentaire au référentiel retenu ; - 33 personnes présentes ; Pause-café payée pour 35 personnes soit pour 5 jours un montant insuffisamment justifié de $2*5*4000=40\,000$.
Perdiem – Coordination nationale – enquête de couverture vaccinale	10 800 000	10 800 000	Absence de rapport de mission conformément aux dispositions du paragraphe 5.2.1.1.1 du manuel de procédures administratives, financières et comptables du PNDS.
PEC atelier d'élaboration des supports et outils de gestion de la campagne RR Saly	9 011 080	859 500	- Le montant de perdiem prévu par le guide d'utilisation et de justifications des fonds GAVI RSS dans les régions est de 49 270 ; le forfait de séjour est de 55 000/personne, soit un montant insuffisamment justifié de $5\,730*25*6=859\,500$.
Pause-café atelier d'élaboration des supports et outils de gestion de la campagne RR Saly	1 200 000	750 000	- Le montant de la pause-café et du déjeuner dans les régions est de 3 000 à 5 000 ; - Le déjeuner est pris en compte par l'hôtel ; Le montant insuffisamment justifié est de : $5000*25*6=750\,000$.
Total (FCFA)	23 426 080	14 824 500	

d. Dépenses irrégulières du programme RSS2 – 2017

Activité / Nature de la dépense	Montant total	Montant irrégulier	Explication
PEC SUP et chauffeur/superviseurs – inventaire logistique PEV	6 897 800	492 700	Blanco utilisé sur l'état de paiement
PEC EC – Supervision MEO Plan ACD Semestre 1, 2017 DS Oussouye	150 000	37 500	Les états de paie ne comportent que 2 signatures alors qu'il y a 3 personnes payées ; montant irrégulier : 37500 (signature de Gabriel M SENHOR).
PEC EC – Supervision MEO Plan ACD Semestre 1, 2017 RM de Ziguinchor	450 000	112 500	Les états de paie ne comportent que 3 signatures alors qu'il y a 4 personnes payées ; montant irrégulier : $56\,250 \times 2 = 112\,500$ (signature de M Lamine Dieme).
PEC EC MEO DQS – MEO plan ACD Semestre 1, 2017 RM de Ziguinchor	150 000	37 500	L'état de paie ne comporte que 3 signatures alors qu'il y a 4 personnes payées ; montant irrégulier : 37 500 (signature de M Lamine Dieme).
Perdiem – Formation de supervision des enquêteurs – Enquête de couverture vaccinale	23 962 000	781 000	Blanco utilisé sur l'état de paiement.
PEC déplacement sur le terrain – Formation supervision des enquêteurs – Enquête de couverture vaccinale	116 000	1 000	Blanco utilisé sur l'état de paiement.
Forfait transport/formation supervision des enquêteurs – Enquête de couverture vaccinale	717 000	22 000	Blanco utilisé sur l'état de paiement.
PEC agents accélération plan ACD DS de Touba – RM de Diourbel	858 000	9 000	Blanco utilisé sur l'état de paiement.
Perdiem – Réunions trimestrielles de monitoring Kolda – Trimestre 2	12 974 150	98 540	Nombre de personnes sur l'état de paiement : 57 personnes Nombre de personnes sur la liste de présence : 14/07/2017 : 55 personnes Soit un montant irrégulier de $2 \times 49270 = 98\,540$.
Perdiem – Réunions trimestrielles de monitoring Kaffrine - Trimestre 2	8 838 980	640 510	Nombre de personnes sur l'état de paiement : 51 personnes Nombre de personnes sur la liste de présence : 12/07/2017 : 48 personnes 13/07/2017 : 47 personnes 14/07/2017 : 45 personnes Soit un montant irrégulier de $13 \times 49270 = 640\,510$.
PEC atelier d'élaboration du plan stratégique de communication du PEV	10 754 820	1 034 670	Nombre de personnes sur l'état de paiement : 38 personnes Nombre de personnes sur la liste de présence : 18/12/2017 : 35 personnes 19/12/2017 : 34 personnes 20/12/2017 : 34 personnes 21/12/2017 : 33 personnes 22/12/2017 : 33 personnes Soit un montant irrégulier de $21 \times 49270 = 1\,034\,670$.
Perdiem – Réunions trimestrielles de monitoring Thiès – Trimestre 2	5 095 520	40 000	Blanco utilisé sur l'état de paiement.
Total (FCFA)	70 115 270	3 306 920	

e. Dépenses insuffisamment justifiées du programme RSS2 – 2018

Activité / Nature de la dépense	Montant total	Montant insuffisamment justifié	Explication
Formation sur les incinérateurs à Diourbel	12 528 710	1 450 000	<ul style="list-style-type: none"> - La facture ne comporte pas le numéro d'identification ; À la lecture du manuel de procédures, il s'agit du numéro d'identification juridique et fiscal qui n'a pas été porté sur certaines factures ; - D'après la DAFP, il s'agit des prestataires non identifiés ex : centre... ; - Le montant de la pause-café et pause déjeuner est de 5000/personne (facture SOPEY NABY) ; le guide d'utilisation et de justifications des fonds GAVI RSS prévoit un montant de 3000/personne pour la pause-café ; le déjeuner est pris en charge par le perdiem. Le dépassement du barème n'est pas suffisamment justifié, soit $2000*45*5=450\ 000$. - Pause-café payée pour 48 personnes. Personnes présentes : <ul style="list-style-type: none"> 45 personnes le 30 avril 46 personnes le 01 mai 46 personnes le 02 mai 44 personnes le 03 mai 47 personnes le 04 mai Soit un montant insuffisant de $11*5000+1*3000 = 58\ 000$.
Session de formation des MCD sur le PEV et la surveillance à Thiès – Préfinancement sur le trimestre 2	11 912 948	1 690 000	<ul style="list-style-type: none"> - La facture MG Services informatiques ne comporte pas les mentions obligatoires (N° d'identification, mode et référence de paiement) : 96 000 ; - La facture de location CENTRE D'ACCEUIL ne comporte pas les mentions obligatoires (N° d'identification, Mode et référence de paiement) : 250 000 ; - La facture de pause-café CENTRE D'ACCEUIL ne comporte pas les mentions obligatoires (N° d'identification, Mode et référence de paiement) : 1 440 000 ; - Le montant de la pause-café est de 8 000/personne (facture Centre d'accueil), le guide d'utilisation et de justifications des fonds GAVI RSS prévoit un montant de 3000/personne ; le déjeuner est pris en charge par le perdiem. Le dépassement du barème n'est pas suffisamment justifié, soit $5000*36*5 = 900\ 000$; - IBRAHIMA M KEITA absent le 26 mai (5ème jour) ; Pause-café facturée sur la base de 36 personnes le 5ème jour et non pas 35. Soit un montant insuffisant de 5000.
Réunion de monitoring axe sud – Kédougou	16 798 433	362 000	<ul style="list-style-type: none"> - Les factures ne comportent pas la mention « service fait » conformément au paragraphe 9.3.2 du manuel de procédures administratives, financières, et comptables du PNDS. Par ailleurs, les états de paiement des facilitateurs et des participants comportent bien les visas des responsables concernés (le directeur de la DP) ; - Le montant de la pause-café et du déjeuner est de 5 000/personne (facture hôtel Saly Princess). Le guide d'utilisation et de justifications des fonds GAVI RSS prévoit un montant de 3000/personne pour la pause-café. Le déjeuner est pris en charge par le perdiem. Le dépassement du barème n'est pas suffisamment justifié, soit pour 3 jours et 59 personnes : $2000*59*3 = 354\ 000$. Pause-café payée pour 59 personnes : Personnes présentes : <ul style="list-style-type: none"> 57 personnes le 18 avril 57 personnes le 20 avril Soit un montant insuffisant de $4*2000 = 8\ 000$.
Réunion de monitoring PEV axe nord – Saint-Louis	9 086 724	276 000	<ul style="list-style-type: none"> Le montant de la pause-café est de 5 000/personne (facture Djibril Diallo). Le guide d'utilisation et de justifications des fonds GAVI RSS prévoit un montant de 3000/personne. Le déjeuner est pris en charge par le perdiem. Le dépassement du barème n'est pas suffisamment justifié, soit pour 3 jours et 46 personnes : $2000*46*3 = 276\ 000$

Activité / Nature de la dépense	Montant total	Montant insuffisamment justifié	Explication
Réunion gestionnaires dépôts à Thiès	5 388 248	660 000	<ul style="list-style-type: none"> - La facture de centre d'accueil ne comporte pas les mentions obligatoires (N° d'identification, adresse) : 744 000, et 150 000 ; - Le montant de la pause-café est de 8 000/personne (centre d'accueil), le guide d'utilisation et de justifications des fonds GAVI RSS prévoit un montant de 3000/personne. Le déjeuner est pris en charge par le perdiem. Le dépassement du barème n'est pas suffisamment justifié, soit pour 3 jours et 26 personnes : $5000 \times 26 \times 3 = 156\,000$. Pause-café payé pour 31 personnes : Personnes présentes : 27 personnes le 26 mars 27 personnes le 27 mars 27 personnes le 28 mars Soit un montant insuffisant de $12 \times 8000 = 96\,000$.
Atelier de formation des ECR & ECD sur l'équité en immunisation	18 365 757	225 000	La facture de Tropical cash ne comporte pas les mentions obligatoires (N° d'identification, adresse) : 225 000.
Réunion bilan PEV	21 017 510	360 000	La facture de fournitures Tropical Cash ne comporte pas les mentions obligatoires (N° d'identification, adresse) : 360 000.
Formations des chauffeurs sur la maintenance des véhicules	6 976 640	195 000	<ul style="list-style-type: none"> - Le montant de la pause-café et la pause déjeuner est de 5000/personne (Djibril diallo). Le guide d'utilisation et de justifications des fonds GAVI RSS prévoit un montant de 3000/personne pour la pause-café. Le déjeuner est pris en charge par le perdiem. Le dépassement du barème n'est pas suffisamment justifié, soit $2000 \times 30 \times 3 = 180\,000$. *Pause-café payée pour 33 personnes : Personnes présentes : 32 personnes le 11 septembre 32 personnes le 12 septembre 32 personnes le 13 septembre Soit un montant insuffisant de $3 \times 5000 = 15\,000$.
Réunion de monitoring PEV axe centre – Fatick	9 119 809	488 000	<ul style="list-style-type: none"> - La facture de location ne comporte pas les mentions obligatoires (N° d'identification, mode et référence de paiement) : 150 000 ; - Le montant de la pause-café et la pause déjeuner est de 5000/personne (restaurant Kheweul). Le guide d'utilisation et de justifications des fonds GAVI RSS prévoit un montant de 3000/personne pour la pause-café. Le déjeuner est pris en charge par le perdiem. Le dépassement du barème n'est pas suffisamment justifié, soit $2000 \times 51 \times 3 = 306\,000$. - Pause-café payée pour 53 personnes : Personnes présentes : 50 personnes le 18 avril 50 personnes le 19 avril 49 personnes le 20 avril Soit un montant insuffisant de $6 \times 2000 + 4 \times 5000 = 32\,000$.
Réunion monitoring PEV axe Thiès – Dakar	7 201 254	735 000	<ul style="list-style-type: none"> - Les factures de location et de pauses-café ne comportent pas les mentions obligatoires (N° d'identification, mode et référence de paiement) ; bon de commande non consigné dans la liasse. Les montants sont respectivement de 150 000 et 735 000 ; - Le montant de la pause-café et la pause déjeuner est de 5000/personne (centre d'accueil). Le guide d'utilisation et de justifications des fonds GAVI RSS prévoit un montant de 3000/personne pour la pause-café. Le déjeuner est pris en charge par le perdiem. Le dépassement du barème n'est pas suffisamment justifié, soit $2000 \times 47 \times 3 = 282\,000$. - Pause-café payée pour 49 personnes : Personnes présentes : 46 personnes le 20 avril. Soit un montant insuffisant de $2 \times 2000 + 1 \times 5000 = 9\,000$.

Activité / Nature de la dépense	Montant total	Montant insuffisamment justifié	Explication
Atelier de formation sur le SIG – Préfinancement sur le complément du trimestre 2 – 2018	5 602 674	630 000	- La facture Tropical Cash et la facture Top Office ne comportent pas les mentions obligatoires (N° d'identification, mode et référence de paiement) : montant respectivement de 69 000 ; - Le montant de la pause-café et la pause déjeuner est de 8000/personne (facture SOPEY NABY). Le guide d'utilisation et de justifications des fonds GAVI RSS prévoit un montant de 3000/personne pour la pause-café. Le déjeuner est pris en charge par le perdiem. Le dépassement du barème n'est pas suffisamment justifié, soit $5000*21*4 = 420 000$. - Pause-café payée pour 24 personnes : Personnes présentes : 22 personnes le 05 avril 23 personnes le 06 avril 22 personnes le 07 avril 22 personnes le 08 avril Soit un montant insuffisant de $7*8000 = 56 000$.
Formations des chauffeurs sur la maintenance des véhicules	6 968 936	192 000	Le montant de la pause-café et de la pause déjeuner est de 5000/personne (restaurant Gie Gueye Ndioro). Le guide d'utilisation et de justifications des fonds GAVI RSS prévoit un montant de 3000/personne pour la pause-café. Le déjeuner est pris en charge par le perdiem. Le dépassement du barème n'est pas suffisamment justifié, soit $2000*32*3=192 000$.
Formation des chauffeurs sur la maintenance préventive des véhicules du MSAS – axe sud	8 964 810	186 000	Le montant de la pause-café et de la pause déjeuner est de 5000/personne (Aissatou Aboum), le guide d'utilisation et de justifications des fonds GAVI RSS prévoit un montant de 3000/personne pour la pause-café. Le déjeuner est pris en charge par le perdiem. Le dépassement du barème n'est pas suffisamment justifié, soit $2000*31*3=186 000$.
Atelier de formation des agents du SNEIPS	1 396 000	360 000	Le montant de la pause-café et de la pause déjeuner est de 8000/personne (Aissatou Aboum), le guide d'utilisation et de justifications des fonds GAVI RSS prévoit un montant de 3000/personne pour la pause-café. Le déjeuner est pris en charge par le perdiem. Le dépassement du barème n'est pas suffisamment justifié, soit $5000*18*4=360 000$.
Réunion gestionnaires dépôts à Thiès	5 388 248	234 000	Le montant de la pause-café est de 8 000. /personne, le guide d'utilisation des fonds GAVI prévoit un montant de 5000/personne. Montant insuffisamment justifié soit pour 3 jours et 26 personnes : $3000*26*3=234 000$.
Total (FCFA)	146 716 701	8 043 000	

f. Dépenses irrégulières du programme RSS2 – 2018

Activité / Nature de la dépense	Montant total	Montant irrégulier	Explication
Réunion de monitoring PEV – axe centre – Fatick	9 119 809	197 080	La feuille de présence du 1 ^{er} jour (18/04/2018) comprend 50 personnes ; celle du 2 ^{ème} jour (19/04/2018) comprend 50 personnes ; et celle du 3 ^{ème} jour comprend 49 personnes. Cependant, l'état de paiement comprend 51 personnes ; soit un montant de perdiem irrégulier de $49 270*4=197 080$.
Réunion monitoring PEV – axe Thiès Dakar	7 201 254	49 270	La feuille de présence du 3 ^{ème} jour (20/04/2018) comprend 46 personnes alors que l'état de paiement comprend 47 personnes ; soit un montant de perdiem irrégulier de 49270.
Total (FCFA)	21 709 311	246 350	

g. Dépenses insuffisamment justifiées du programme d'introduction du VPI – 2015

Activité / Nature de la dépense	Montant total	Montant insuffisamment justifié	Explication
Carburant évaluation post-introduction VPI – Niveau central	1 437 491	422 000	- Absence de signature du fournisseur sur la facture Total n°0006373 d'un montant de 53000 - Absence de date sur la facture Total n°002578 d'un montant de 106000 - Absence de signature du fournisseur sur les trois factures Shell n°476631, n°89052 et n°884092 - montants : 47000, 86000 et 40000 - Absence de signature du fournisseur sur la facture Total n°4697 d'un montant de 90000
Facture N°001 – Fournitures de bureau – Orientation ECD ECR	729 000	729 000	Facture fournie ne présentant pas tous les éléments attendus selon le manuel de procédures : - Absence de l'adresse et du numéro de téléphone du prestataire ; - Absence du nom et de l'adresse du destinataire. De plus, il a été noté l'absence du reçu / bordereau de livraison indiquant la bonne réception de la marchandise.
Perdiems – atelier de conception et de reprographie support de communication du PEV de routine	5 180 000	5 180 000	Absence de liste de présence conformément à l'article 8.3.4. du Manuel des procédures AFC du PNDS, version juillet 2015. Description et présentation illustrée des pièces justificatives : « L'état de remboursement du transport et l'état de prise en charge des participants aux ateliers dans son alinéa 3 : La feuille de présence des participants (voir modèle en annexe) est obligatoirement annexée à l'état de paiement des participants. En effet, sans les deux documents, la dépense est considérée comme non justifiée ».
Perdiem – Complément orientation ECR/ECD sur le VPI – niveau central	1 320 000	900 000	État de paiement des perdiems d'un montant total de 900 000 CFA insuffisamment justifié en l'absence rapport de mission et des ordres de mission.
Total (FCFA)	8 666 491	7 231 000	

h. Dépense irrégulière du programme d'introduction du VPI – 2015

Activité / Nature de la dépense	Montant total	Montant irrégulier	Explication
Perdiem évaluation post introduction VPI niveau central	6 600 000	300 000	Les ordres de mission fournis présentent des incohérences en terme de dates et de régions visitées vis-à-vis du rapport d'activité fourni.
Total (FCFA)	6 600 000	300 000	

i. Dépense non-justifiée du programme d'introduction du VPI – 2015

Activité / Nature de la dépense	Montant total	Montant non-justifié	Explication
Perdiem – Complément orientation ECR/ECD sur le VPI – niveau central	1 320 000	420 000	420 000 CFA restent non-justifiés : les factures de gasoil fournies ne peuvent pas être reliées à l'activité en raison des dates différentes (factures gasoil datées du 26 au 28 décembre 2014, mission effectuée du 20 au 25 janvier 2015).
Total (FCFA)	1 320 000	420 000	

j. Dépenses non justifiées du programme de changement de présentation du PCV-13 – 2016

Activité / Nature de la dépense	Montant total	Montant inéligible	Explication
Facture N° 00000017 – Montage bande annonce sur la campagne de vaccination – DS Yoff Mekhe	600 000	600 000	Non communiquée
Total (FCFA)	600 000	600 000	

k. Dépenses insuffisamment justifiées du suivi de la campagne Rougeole/Rubéole – 2017

Activité / Nature de la dépense	Montant total	Montant insuffisamment justifié	Explication
Carburant – MEO campagne RR DS Mekhe – RM Thiès	374 850	374 850	Factures carburant non conforme au paragraphe B du Manuel des procédures AFC du PNDS, version juillet 2015. Règles fondamentales relatives à la justification des opérations comptables article 8.3.4 JUSTIFICATION DES DEPENSES DES PROGRAMMES EXECUTES qui pour rappel stipule au 6ème alinéa que la justification des dépenses doit se faire par des factures ou autres pièces comptables (état de remboursement, état justificatif de frais, état de dépenses, état d'épargne) acquittées et sur lesquelles cinq (5) mentions au moins, doivent figurer : <ul style="list-style-type: none"> • Payée ; • Date d'acquittement ; • Mode et références de paiement ; Cachet et signature du fournisseur. (La mention payé fait défaut)
Carburant – Gestion déchet - MEO campagne RR DS de Ziguinchor – RM de Ziguinchor	127 925	127 925	Factures carburant non conforme au paragraphe B du Manuel des procédures AFC du PNDS, version juillet 2015. Règles fondamentales relatives à la justification des opérations comptables article 8.3.4 JUSTIFICATION DES DEPENSES DES PROGRAMMES EXECUTES qui pour rappel stipule au 6ème alinéa que la justification des dépenses doit se faire par des factures ou autres pièces comptables (état de remboursement, état justificatif de frais, état de dépenses, état d'épargne) acquittées et sur lesquelles cinq (5) mentions au moins, doivent figurer : <ul style="list-style-type: none"> • Payée ; • Date d'acquittement ; • Mode et références de paiement ; Cachet et signature du fournisseur. (La mention payé fait défaut)
Carburant – MEO campagne RR CAMPAGNE RR – Mise en œuvre activité DS de Malem Hodar – RM de Kaffrine	499 800	499 800	Factures carburant non conforme au paragraphe B du Manuel des procédures AFC du PNDS, version juillet 2015. Règles fondamentales relatives à la justification des opérations comptables article 8.3.4 JUSTIFICATION DES DEPENSES DES PROGRAMMES EXECUTES qui pour rappel stipule au 6ème alinéa que la justification des dépenses doit se faire par des factures ou autres pièces comptables (état de remboursement, état justificatif de frais, état de dépenses, état d'épargne) acquittées et sur lesquelles cinq (5) mentions au moins, doivent figurer : <ul style="list-style-type: none"> • Payée ; • Date d'acquittement ; • Mode et références de paiement ; Cachet et signature du fournisseur. (La mention payé fait défaut)
Carburant – MEO campagne RR – Mise en œuvre DS de Dagana – RM de Saint Louis	499 800	499 800	Factures carburant non conforme au paragraphe B du Manuel des procédures AFC du PNDS, version juillet 2015. Règles fondamentales relatives à la justification des opérations comptables article 8.3.4 JUSTIFICATION DES DEPENSES DES PROGRAMMES EXECUTES qui pour rappel stipule au 6ème alinéa que la justification des dépenses doit se faire par des factures ou autres pièces comptables (état de remboursement, état justificatif de frais, état de dépenses, état d'épargne) acquittées et sur lesquelles cinq (5) mentions au moins, doivent figurer : <ul style="list-style-type: none"> • Payée ; • Date d'acquittement ; • Mode et références de paiement ; Cachet et signature du fournisseur. (La mention payé fait défaut)

Activité / Nature de la dépense	Montant total	Montant insuffisamment justifié	Explication
Carburant supervision – MEO campagne RR DS Richard Toll – RM Saint Louis	416 500	416 500	Factures carburant non conforme au paragraphe B du Manuel des procédures AFC du PNDS, version juillet 2015. Règles fondamentales relatives à la justification des opérations comptables article 8.3.4 JUSTIFICATION DES DEPENSES DES PROGRAMMES EXECUTES qui pour rappel stipule au 6ème alinéa que la justification des dépenses doit se faire par des factures ou autres pièces comptables (état de remboursement, état justificatif de frais, état de dépenses, état d'épargne) acquittées et sur lesquelles cinq (5) mentions au moins, doivent figurer : <ul style="list-style-type: none"> • Payée ; • Date d'acquittement ; • Mode et références de paiement ; Cachet et signature du fournisseur. (La mention payé fait défaut)
Total (FCFA)	1 918 875	1 918 875	

I. Dépenses irrégulières du suivi de la campagne Rougeole/Rubéole – 2017

Activité / Nature de la dépense	Montant total	Montant non-justifié	Explication
PEC Supervision Coord. et chauffeurs – supervision nationale des activités préparatoires de la campagne RR DP	8 277 360	295 620	Absence émargement M. EL HADJI M. NDAYI sur l'état de paiement des perdiems.
PEC non ICP volon. CHAU et ICP – MEO campagne RR – Mise en œuvre activité DS de Podor – RM de Saint Louis	4 869 000	70 000	Absence émargement M. Laubé Dalt et M. Joseph Patrick sur l'état de paiement des perdiems vaccinateurs.
PEC mise en œuvre des activités – MEO campagne RR DS de Kanel – RM Matam	4 762 500	35 000	Absence d'émargement Fatou Faye sur l'état de paiement des perdiems.
PEC non ICP volontaire chauffeur – MEO campagne RR – Mise en œuvre activité DS de Touba – RM de Diourbel	8 247 000	35 000	L'émargement de M. Thiané Mbaye et son numéro d'identification ne sont pas renseignés sur l'état de paiement des vaccinateurs en date du 20 au 27 Novembre 2017.
PEC COMPT REG et chauffeur – Ramassage des pièces justificatives niveau régional – MEO campagne RR DP	3 030 000	3 030 000	Les émargements sont similaires sur plusieurs états de paiement des perdiems.
PEC ICP, non ICP et volontaire – MEO campagne RR – Mise en œuvre activités DS de Keur Massar – RM de Dakar	4 248 000	42 000	Absence d'émargement de SADIO NDIYAE et FALL MAQUELLE sur l'état de paiement des perdiems.
Total (FCFA)	33 433 860	3 507 620	

Annexe 6 – Achats et Passations de Marchés – Détails des Constats

Cette annexe détaille les observations de l'équipe d'audit sur chaque marché et/ou contrat revu dans l'échantillon sélectionné.

Référence marché / contrat	Description	Montant	Méthode d'acquisition	Pièces manquantes / défauts
Marché 2015 : F_DP_188	Impression d'outils de gestion pour le PEV de routine	8 410 000 FCFA	Demande de Renseignement et de Prix Ouverte (DRPCO)	<ul style="list-style-type: none"> - Absence d'ANO de la cellule de passation de marché sur le DPRCO (article 141 du CMP) ; - Délai minimal de dépôt des offres de 15 jours non respecté (arrêté N° 00107 du 07.01.2015) : l'avis d'appel à la concurrence date du 20 février 2015, et la séance d'ouverture des plis date du 5/03/2015 soit 13 jours ; - Certaines soumissions reçues sont manquantes au dossier (d'après les PV de réception) ; - Les convocations aux réunions de la commission des marchés pour la réunion sur l'attribution provisoire (article 39 du CMP) manquantes ; - Absence de liste de présence pour l'ouverture des plis (article 67 du CMP) ; - PV d'attribution non signé par le Directeur de la Prévention ; - Manque 8 lettres de rejet d'offre aux soumissionnaires non retenus ; - Manque l'ANO de la Cellule de Passation de Marché sur rapport d'analyse comparative des offres ou propositions et sur le PV d'attribution provisoire du marché établis par la Commission des marchés (article 141 du CMP) ; - Manque l'examen juridique et technique du contrat de la cellule de passation de marché (article 141 du CMP) ; - Manque la justification de la publication de l'avis d'attribution définitive sur le portail des marchés publics (article 86 du CMP).
Marché 2016 : S_DP_668	Location d'un camion frigorifique pour la mise en place des vaccins et consommables dans les régions	11 800 000 FCFA	Demande de Renseignement et de Prix Restreinte	<ul style="list-style-type: none"> - Le contrat ne mentionne pas le point de départ du délai d'exécution du marché et sa durée (article 13 du CMP) ; - Manque la justification de la publication de l'avis d'attribution définitive sur le portail des marchés publics (article 86 du CMP).
Marché 2016 : F_DP_638	Reprographie des outils de gestion du PEV de routine	14 725 000 FCFA	Demande de Renseignement et de Prix Restreinte	<ul style="list-style-type: none"> - Le contrat ne mentionne pas le point de départ du délai d'exécution du marché et sa durée (article 13 du CMP) ; - Manque la justification de la publication de l'avis d'attribution définitive sur le portail des marchés publics (article 86 du CMP).
Marché 2017 : T_DP_544	Construction et équipement d'un dépôt de vaccins pour le PEV	148 191 804 FCFA	Appel d'Offres Ouvert	<ul style="list-style-type: none"> - Manque l'examen juridique et technique du contrat par la cellule de passation de marché (article 141 du CMP) ; - Manque la justification de la publication de l'avis d'attribution définitive sur le portail des marchés publics (article 86 du CMP) ; - Retard de livraison : le contrat stipule que le marché doit être exécuté dans un délai de 240 jours à compter de la date de notification du contrat. L'ordre de service de démarrage des travaux est daté du 08/12/2017, soit une fin prévue en juillet 2018. Cependant, à ce jour (le 11/07/2019), le dépôt de vaccins n'a pas encore été livré.
Marché 2017 : F_DP_636	Acquisition de matériel informatique	57 050 000 FCFA	Appel d'Offres Ouvert	<ul style="list-style-type: none"> - Manque l'examen juridique et technique du contrat par la cellule de passation de marché (article 141 du CMP) ; - Manque la justification de la publication de l'avis d'attribution définitive sur le portail des marchés publics (article 86 du CMP) ;

				<ul style="list-style-type: none"> - Non-respect des délais de livraison maximum 45 jours après la date de signature du contrat : contrat approuvé le 16/06/2017, réception des marchandises le 16/10/2017.
<p>Marché 2017 : F_DP_558</p>	<p>Reproduction outils de gestion et impression de supports de communication du PEV</p>	<p>79 902 152 FCFA</p>	<p>Appel d'Offres Ouvert</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Non-respect du délai de 30 jours entre l'avis d'appel d'offre et l'ouverture des plis : l'avis d'appel d'offre est daté du 16/11/2017 et l'ouverture des plis est datée du 27/11/2017. La DP indique qu'il s'agissait d'une urgence, que le délai des 30 jours n'est pas applicable, cependant la DP ne nous a remis aucun élément justifiant la procédure d'urgence ; - Manque la justification de la publication de l'avis d'attribution définitive sur le portail des marchés publics (article 86 du CMP).
<p>Marché 2018 : F_DP_558</p>	<p>Reproduction outils de gestion et impression de supports de communication du PEV</p>	<p>107 991 849 FCFA</p>	<p>Appel d'Offres Ouvert</p>	<p>Le contrat est une redistribution du marché précédent. Aucun appel d'offre n'a été repassé. De ce fait, comme précédemment, les manquements suivants ont été relevés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Non-respect du délai de 30 jours entre l'avis d'appel d'offre et l'ouverture des plis : l'avis d'appel d'offre est daté du 16/11/2017 et l'ouverture des plis est datée du 27/11/2017. La DP indique qu'il s'agissait d'une urgence, que le délai des 30 jours n'est pas applicable, cependant la DP ne nous a remis aucun élément justifiant la procédure d'urgence ; - Manque la justification de la publication de l'avis d'attribution définitive sur le portail des marchés publics (article 86 du CMP).
<p>Marché T_DP_188</p>	<p>Construction d'un poste de santé et équipement</p>	<p>99 290 100 FCFA</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Retard de livraison : le contrat stipule que le marché doit être exécuté dans un délai de 180 jours à compter de la date de notification du contrat. L'ordre de service de démarrage des travaux est daté du 21/09/2018, soit une fin prévue 21/03/2019, Cependant, à ce jour (le 11/07/2019), le poste de santé n'a pas encore été livré.

Annexe 7 – Comptes rendus des visites de sites

COMPTE-RENDU DE VISITE DE SITE	
Région/ District	Dakar/ Rufisque
Sites visités	Région Médicale de Dakar et District Sanitaire de Rufisque
Date	10 juillet 2019
Interlocuteurs rencontrés	<ul style="list-style-type: none"> Région Médicale de Dakar : rencontre de la MCR, du Médecin-chef du Bureau de l'Immunisation, de la superviseuse du PEV, de la gestionnaire et de la coordinatrice logistique ; District Sanitaire de Rufisque : rencontre du MCR, de la coordinatrice du PEV et de son adjointe.
Contexte / Chiffres-clés	<ul style="list-style-type: none"> Dakar concentre 25 % de la population sur 0.28 % du territoire, ce qui en fait une ville très dense avec jusqu'à 6000/ 7000 habitants au km² ; L'essentiel des structures de santé du pays sont concentrées à Dakar ; Il existe un contraste entre l'offre et la demande (l'offre est surtout orientée vers le secteur privé) ; Le secteur privé offre plus de possibilités au niveau des horaires et jours d'ouverture ; Dakar est couverte par l'EDS ; La vaccination est gratuite au Sénégal, mais les populations pauvres ne peuvent pas se permettre de dépenser de l'argent pour les frais annexes tels que le transport (problème d'équité, d'accessibilité financière et géographique) ; Les acteurs communautaires jouent un rôle important car ils aident à retrouver les enfants difficiles d'accès ; 8 programmes prioritaires sont mis en œuvre dans le pays, ce qui implique des conflits d'agenda ; <p>Région Médicale de Dakar :</p> <ul style="list-style-type: none"> Dakar subit beaucoup de déplacements de populations. Les épidémies proviennent souvent de personnes venant de la sous-région. Ceci engendre une contre-performance des indicateurs ; L'exode rural et les déplacements intrarégionaux sont les autres raisons de la faible performance de la RM ; La RM comprend 11 districts ; Il y a 220 postes de vaccination au niveau de Dakar et un besoin de renforcer les personnels de vaccination ; <p>District Sanitaire de Rufisque :</p> <ul style="list-style-type: none"> C'est le plus vaste district de la RM, il s'étend sur 55 % de la surface de la RM, c'est la seule zone d'extension de la région ; Le boom démographique n'est pas suivi par les structures de santé ; Il comprend un Centre de Santé, une maternité, un hôpital et 27 postes de santé ; Une requête, acceptée par le Ministre de la Santé, a été déposée pour scinder le district en deux. Un médecin a déjà été recruté pour le CdS ; Le DS compte 428 847 habitants et la cible mensuelle du PEV est de 1244 habitants.
Remarques générales	<p>Région Médicale de Dakar :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le niveau décentralisé se base sur le plan ACE ainsi que sur les financements de Gavi pour mettre en œuvre les stratégies qui en découlent ; Les PTA sont effectués en début d'année. Les districts fonctionnent sur des PTA trimestriels en prenant en compte ce qui a été réalisé et ce qu'il reste à faire. Les PTA intègrent les plans ACE/ ACD ; Les performances assez faibles de la RM de Dakar sont liées à la problématique de la santé urbaine. Il y a une tendance à utiliser les mêmes approches que pour les autres régions. Une réflexion est en cours pour établir de nouvelles stratégies adaptées au contexte urbain ; Il existe 3 stratégies dans le cadre du plan ACE : la stratégie fixe (moins de 5 km), la stratégie avancée (entre 5 et 10 km) et la stratégie mobile (plus de 10 km) ; Dans le cas de Dakar, la stratégie est fixe car les personnes habitent à moins de 5 km, mais les vaccinations ne se font pas car les femmes travaillent et n'amènent pas leurs enfants se faire vacciner ; L'un de enjeux pour Dakar est l'implication du secteur privé au niveau des formations, de la logistique et du suivi ; <p>District Sanitaire de Rufisque :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le DS est actuellement en plein recensement, seul le PEV et le MCR étaient donc présents lors de la visite de la mission Gavi ; Le district rencontre des problèmes de supervision et d'accessibilité.

Observations	Stockage et gestion physique des vaccins et consommables
	<p>L'un des indicateurs du cadre de performance est la dotation de tous les postes de santé en équipement de CdF homologué. En effet, certains postes de santé sont obligés d'utiliser le réfrigérateur de leur district.</p> <p>Région Médicale de Dakar</p> <ul style="list-style-type: none"> • La RM dote les districts en CdF. Cependant, il apparaît que des postes de santé sont suréquipés en CdF alors que d'autres n'en ont pas ; • Certains postes de santé sont obligés de se munir d'un réfrigérateur domestique ; • Il y a beaucoup de réfrigérateurs qui tombent en panne ce qui pose le problème du recyclage du matériel stockés dans les DS ; • Lorsqu'il y en a besoin, les pièces de rechange des réfrigérateurs ne sont pas disponibles ; • La RM comprend une chambre froide et le rythme d'approvisionnement est régulier (une fois par trimestre) ; • Les DS sont approvisionnés tous les deux mois (sauf un DS qui vient tous les mois pour cause de capacité réduite) et les postes de santé tous les mois ; • Les DS font leur inventaire, ils envoient leurs commandes à la RM qui les traitent et le DS vient récupérer sa commande ; • Les stocks de réserve sont présents à chaque niveau. Pour ce qui est de la RM, le stock de réserve varie en fonction des antigènes mais il est d'environ 25 % ; <p>District Sanitaire de Rufisque</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'approvisionnement se fait en CdF et intrants avec parfois des ruptures de stocks de vaccins et de CdF ; • 2 postes de santé n'ont pas de CdF, d'autres postes fonctionnent avec un équipement de CdF vétustes ; • Parfois il est difficile de contacter la personne qui a installé les frigos ; • Le DS a enregistré une perte de VPO car c'est un vaccin très sensible (480 doses perdues en 2017) ; • La capacité de stockage est réduite et parfois les stocks contiennent des vaccins de stade 2 ; • Il n'y a pas eu de cas de congélation ; • Les rapports de pertes et d'incinérations sont transmis à la RM ; • Le DS possède 3 réfrigérateurs et 1 congélateur ; • Le CdS possède 1 réfrigérateur ; • Les sorties de stocks s'effectuent chaque mois au CdS et le DS s'approvisionne tous les deux mois ; • Le DS possède un véhicule Gavi pour transporter les vaccins ; • Le DS possède 6 glacières qui parfois ne sont pas suffisantes. Dans ce cas, la RM en prête d'autres lors de deux voyages nécessaires pour transporter les vaccins.
	Gestion administrative des stocks
	<p>Région Médicale de Dakar :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La RM supervise les DS qui, à leur tour, supervisent les CdS. Ces derniers supervisent les cases de santé communautaires et les postes de santé.
	Inventaire des stocks
	N/A
	Gestion des pièces justificatives et des avances
	<p>Région Médicale de Dakar :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La gestionnaire est en charge des pièces justificatives ; • Les fonds sont virés par la DAGE qui effectue aussi les vérifications ; • Lorsque des problèmes surviennent avec les PJ, la DAGE ne les renvoie pas à la RM ; • La DAGE vient directement dans les DS pour chercher les PJ, sans passer par la RM ; • Certains DS se voient privés de financements car les PJ originales ont été transmises avec le bordereau à la DAGE qui les demande à nouveau aux DS ; • Le budget du premier semestre 2019 n'a pas encore été débloqué par le niveau central. Ceci entraîne des avances de fonds tardives et des demandes de justifications avec des délais très courts (parfois seulement deux semaines) ; <p>District Sanitaire de Rufisque :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toutes les PJ sont remontées à la RM. Cependant, des retards ont été observés dans leur remontée en raison du manque de personnel ; • Le Plan ACD n'est pas encore financé, le DS attend encore les fonds du premier semestre à ce jour (juillet 2019) ; • Au niveau du PEV, les mises en œuvre sont déléguées à différents pôles (acteurs communautaires, stratégies mobiles, etc.) ; • En ce qui concerne les financements additionnels, Rufisque est un DS particulier. En effet, il y a plus de vaccinations que de population cible ;

- Le DS a proposé au niveau central le parrainage des enfants à hauteur de 1000 FCFA par an, mais celui-ci a été refusé par le MSAS. Le DS estime que les agents communautaires sont plus légitimes à recevoir les FBR que les superviseurs.

Gestion des données de vaccination

Région Médicale de Dakar

- Pour 1 établissement public, il y a 4 établissements privés. Le problème posé est celui de la collecte de données. En effet, le secteur privé ne communique pas ses données vaccinales. De nombreux enfants vaccinés n'ont pas été comptés. Le secteur privé semble ne pas comprendre les enjeux de santé publique et y être réticent.
- Au niveau des cases et des postes de santé, les rapports sont parfois envoyés mensuellement ;
- La qualité des données repose sur le DHIS2 qui comprend la complétude des données (est-ce que toutes les structures ont renseigné leurs données ?), la promptitude (est-ce que les données ont été saisies à temps ?) et la qualité même des données, leur cohérence ;
- La digitalisation devient nécessaire pour rentrer les données en temps réel et neutraliser le sous-reportage. De plus, l'effectif est réduit et tout repose sur les registres ;

District Sanitaire de Rufisque

- La remontée des données se fait par les Infirmiers-chefs de Postes (ICP);
- Les DS remontent leurs données tous les mois ;
- Les ICP saisissent les données dans le DHIS2 jusqu'au 5 du mois suivant. Avant, c'était le PEV qui s'en chargeait.

Contrôles en place

Région Médicale de Dakar :

Contrôle des pièces justificatives et des avances

- Le Ministre de la Santé a mis en place un comité spécial de vérification des PJ (M. Boubacar Sene) ;
- La contre-vérification des PJ par la DAGE prend parfois entre 6 mois et un an (actuellement, la DAGE demande un remboursement d'activités ayant eu lieu en 2016) ;
- Les PV de vérification sont effectués par rapport au budget initial ;
- Il n'existe pas de procédures ni de cadre concernant les PJ à fournir (absence de checklist) ce qui amène la DAGE à refuser certaines PJ ;
- D'autres partenaires fournissent des maquettes renseignant les PJ à remonter. Ils sont présents auprès de la RM pour les appuyer dans la justification des PJ ;

Contrôle des données de vaccination :

- Le travail effectué au niveau de la supervision est la consultation des registres, le dépouillement et la confrontation des données avec ce qui est écrit dans le rapport de zone ;
- Le DQS est effectué deux fois par an, laissant apparaître un écart avec les registres présents dans les structures de santé. Les données des registres sont plus élevées que les données des DQS. Ceci est dû à des oublis et à l'existence de cahiers supplémentaires ;
- Les superviseurs provenant de la RM pour contrôler les DS sont au nombre de 10 et effectuent leurs missions à 5 ;
- La supervision du PEV à lieu tous les trimestres ;

District Sanitaire de Rufisque :

Contrôle des pièces justificatives et des avances :

- Depuis un an, le DS ne fait plus d'avances aux CdS et postes de santé et paye par activité une fois celle-ci validée après obtention du rapport d'activité technique. C'est le gestionnaire qui est en charge d'effectuer le paiement ;
- Lorsque le district organise sa supervision, il envoie un message à la RM pour qu'elle l'appuie dans ce rôle ;

Contrôle des données de vaccination :

- Des supervisions trimestrielles sont effectuées par 3 personnels sur 5 jours au cours desquelles la moitié des structures de santé sont visitées, le nombre total de structures étant trop important (30). Parfois la RM et les partenaires viennent appuyer les supervisions ;
- La supervision est intégrée pour l'ensemble des programmes, tous les trois mois. En revanche, pour le PEV, elle prend un peu plus de temps.

Ressource humaines, matérielles et immobilisations

Région Médicale de Dakar :

- L'équipe cadre de la RM est très réduite, il y a un manque de ressources humaines et de logistique roulante.

- Un pickup a récemment été donné par Gavi et est utilisé pour tous les programmes de santé ;
- Le maintenancier qui opérait a pris sa retraite il y a deux ans et n'a pas encore été remplacé ;
- Il y a 3 maintenanciers pour 11 districts ;
- Des prestataires, soutenus par Gavi, se déplacent dans les DS pour apporter une assistance opérationnelle ;
- Gavi soutient le personnel par le biais de la formation Epivac afin qu'il soit en mesure de mieux gérer le programme de vaccination ;
- Sur le terrain, Gavi apporte son soutien par le biais d'achat de véhicules mais aussi la construction (en cours) d'un poste de santé qui avait été fermé pour cause de défaut de paiement ;
- La RM a reçu des ordinateurs pour effectuer un meilleur suivi des données vaccinales ;

District Sanitaire de Rufisque :

- L'effectif et la logistique roulante restent les mêmes pour tous les districts, même pour Rufisque qui comprend 30 points de santé. De plus, la collectivité territoriale leur a permis d'obtenir des ambulances ;
- Le DS doit se débrouiller pour financer un maintenancier même si celui du niveau central est mis à disposition ;
- Tous les postes de santé sont équipés en ordinateurs et d'une connexion à internet. Lorsqu'il y a un problème de connexion, les ICP viennent rapporter les données directement au DS.

COMPTE-RENDU DE VISITE DE SITE	
Région/ District	Diourbel/ Touba
Sites visités	Région Médicale de Diourbel et District Sanitaire de Touba
Date	11 juillet 2019
Interlocuteurs rencontrés	<ul style="list-style-type: none"> • Région Médicale de Diourbel : rencontre du MCR, du gestionnaire et de l'adjoint à la logistique. • District Sanitaire de Touba : rencontre du MCD, du gestionnaire, du coordinateur PEV et de la logisticienne.
Contexte / Chiffres-clés	<p>La région de Diourbel se situe au centre du pays avec une population sous-estimée de 2 millions d'habitants répartis sur une surface de 6000 km². Un recensement est prévu pour réajuster la cible des enfants à vacciner.</p> <p>Région Médicale de Diourbel :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La région enregistre une croissance démographique de 15 % par an ; • La RM est divisée en quatre districts : Diourbel, Touba, Mbacké et Bambey ; • La RM comprend 3 hôpitaux, 8 CdS et 92 postes de santé. La vaccination se fait au niveau des CdS et des postes de santé, le nombre d'UV s'élevant à 100 ; • Il y a un besoin de prendre en compte des cibles plus justes. Les commandes ne sont pas suffisantes ; • Il n'y a pas de concurrence avec le secteur privé car la vaccination se fait au niveau public ; <p>District Sanitaire de Touba :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le DS compte 29 structures de vaccination dans le public et 5-6 structures dans le privé (clinique et cabinets médicaux) ; • Le DS a la taille d'une RM ce qui pose des problèmes logistiques ; • Les vaccins RR1-2 ne sont pas bien suivis par les enfants ; • Il y a un besoin de renforcer la prise en charge du vaccin VPH ; • La vaccination du VPH a eu lieu à l'école mais pas à domicile ; • Le facteur de perte des seringues est de 1.1 % ; • Touba est un grand district. Officiellement, il y a 900 000 habitants. Mais lors des campagnes de vaccination, le recensement fait état de 1.5 million d'habitants.
Remarques générales	<p>Région Médicale de Diourbel :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La RM rencontre des difficultés pour atteindre tous les enfants non vaccinés. Certaines populations n'ont pris connaissance du PEV que très récemment ; • Les agents communautaires travaillent auprès des populations avec une cible d'enfants à vacciner. Si la cible n'est pas atteinte, des rattrapages sont planifiés ; • Les campagnes de vaccination de rattrapages sont financées sur le budget de la RM car les partenaires ne les financent pas ; <p>District Sanitaire de Touba :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le MCD entendait parler de Gavi en 2003 mais ne voyait pas sa présence. À présent c'est différent, le DS sait que Gavi existe notamment grâce aux dotations de véhicules et les fonds pour l'introduction de nouveaux vaccins arrivés jusqu'au terrain (HepB, RR, Pneumo, Rota, VPH et polio injectable), en plus d'un soutien logistique (voiture, motos, chambre froide positive, groupe électrogène et un incinérateur électrique) ; • L'appui de Gavi intervient au niveau opérationnel ; • Tous les prestataires du domaine connaissent à présent Gavi et son exigence vis-à-vis de la qualité des données, la justification des ressources et les performances ; • Gavi soutient les stratégies avancées ; • Pour atteindre la population, il est nécessaire de développer des stratégies intégrant des plans soumis aux programmes pour renforcer la couverture vaccinale ; • Les plans d'action et les formations sont appuyés par Gavi.
Observations	Stockage et gestion physique des vaccins et consommables
	<p>Région Médicale de Diourbel :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les BRISE (Bureaux Régionaux de l'Immunisation et de la Surveillance Épidémiologique) s'occupent de la gestion de la chaîne de logistique et du PEV dans la RM de Diourbel. Certaines RM n'ont pas de BRISE ; • Les UV sont ravitaillées par les DS qui sont eux-mêmes approvisionnés par la RM ; • Les commandes arrivent tous les 2-3 mois, et des commandes spéciales peuvent être effectuées ; • Les DS viennent tous les mois pour chercher les commandes à la RM ; • La capacité de la CdF n'est pas très élevée ce qui pose un problème au niveau des commandes et du dimensionnement de la cible ; • Il n'y a pas de pertes de vaccins par péremption car les DS viennent rapidement chercher les vaccins ;

- Les vaccins sont ouverts et utilisés rapidement, les DS font en sorte qu'il y ait assez d'enfants à vacciner ;

District Sanitaire de Touba :

- Le DS vient directement chercher les vaccins à la RM avec le pickup Gavi (reçu il y a 2-3 mois) ;
- Le DS est organisé pour vacciner en stratégie fixe (CdS), avancée (postes de santé) et mobile (équipes mobiles) ;
- La chambre froide est en service et les vaccins sont sur place pour fournir tous les postes de santé ;
- En ce qui concerne les structures privées, elles n'ont pas de CdF. Elles se ravitaillent au niveau du DS et pour une journée ;
- Il y a des problèmes de CdF dans certains postes où les réfrigérateurs ne fonctionnent pas ;
- Les nouveaux postes de santé n'ont pas encore de réfrigérateur ;
- Le DS finance la maintenance des équipements ;
- La volonté de doter le secteur privé en CdF existe ;
- L'approvisionnement en vaccins et consommables ne se fait que depuis la RM.

Gestion administrative des stocks

Région Médicale de Diourbel :

- Les ressources sont planifiées en fonction des 2 millions de personnes bien que la RM fasse des demandes à la DP pour ajouter des vaccins ;
- Chaque fois que les quantités commandées sont consommées, la RM commande à nouveau pour éviter une rupture de stock au niveau des DS ;

District Sanitaire de Touba :

- Il y a eu une rupture de stock de seringues BCG qui était dû à un problème de logistique ;
- Il y a eu des ruptures de stocks de VPI (rupture mondiale) et de VAA (niveau central).

Inventaire des stocks

L'équipe d'audit a vérifié les registres de stocks de la RM de Diourbel pour le vaccin Penta, le VPH et le Rota. L'inventaire physique effectué tous les mois n'est pas renseigné dans le registre mais sur une feuille à part (dont le dernier état datait du mois de mai). Les sorties de vaccins aux régions n'avaient pas toutes été renseignées dans le registre (ces sorties auraient dû être renseignées la semaine d'avant).

Les données récupérées à la RM concernaient les sorties faites au DS de Touba, visité l'après-midi.

Au DS de Touba, les registres n'étaient pas à jour. Ils s'arrêtaient à la fin avril 2019 alors que deux livraisons avaient été faites, une en mai et la deuxième en juillet.

Tableau récapitulatif des états des stocks :

	Stock réel	Stock registre	Écart
Pentavalent	12 500	15 100	- 2 600
VPH	7 114	6 950	164
Rota	20 350	20 300	50

Gestion des pièces justificatives et des avances

Région Médicale de Diourbel :

- Toutes les avances ont été justifiées pour la RM de Diourbel pour les années 2018 et précédentes. La DAGE est venue sur place pour assister la RM ;
- Au niveau de la justification des dépenses, la RM dispose d'un compte bancaire sur lequel le niveau central fait un virement. La RM fait ensuite des chèques aux DS qui justifient par la suite les avances ;
- La RM se rend au niveau des districts pour les aider à rassembler les PJ ;
- Le suivi des PJ s'effectue chaque semaine. Parfois, la DP se rend sur place pour les aider ;
- Les DS reçoivent des fonds pour les activités à venir, ce sont des avances. Parfois, des demandes de préfinancement sont établies au niveau central ;
- Le gestionnaire de la RM est en poste depuis longtemps. Il opère sans assistant ;
- Il a une formation de technicien de service de base et une formation en comptabilité. Son poste de gestionnaire lui a permis de suivre des formations supplémentaires en comptabilité et de participer à des séminaires ;
- Il gère les fonds de la RM provenant de l'État et des partenaires ;
- L'achat de fournitures sur le budget de l'État se fait par trimestre et par la passation de marché pour sélectionner le moins-disant. Le fournisseur est ensuite payé par le Trésor. L'argent ne passe pas par la RM ;
- Les partenaires ont demandé à la RM d'ouvrir un compte bancaire dédié à chacun. Ce n'est pas le cas de Gavi dont les fonds se trouvent sur un compte « fourre-tout » ;
- Pour effectuer des avances aux RM, il faut deux signatures : celle du gestionnaire et celle du MCR ;

- Lorsque des fonds Gavi arrivent sur le compte « fourre-tout », la RM n'en connaît la provenance qu'à la fin ;
- La DAGE demande de justifier à nouveau des avances ayant été apparemment justifiées. Pour ce faire, la RM a demandé aux DS de remonter les archives ;
- Le journal de caisse est disponible sur l'ordinateur du gestionnaire, la dernière mise à jour datant du mois de mai. Le journal est rempli sur la base du relevé des chèquiers ;

District Sanitaire de Touba :

- Lorsque le financement arrive, il est viré sur le compte du DS (provenant de la RM et parfois du niveau central) ;
- Les fonds qui proviennent du niveau central sont directement virés suivant l'urgence et l'activité ;
- Le gestionnaire transfère les fonds une fois que l'activité a été faite et vérifie les PJ pour répondre aux exigences des partenaires ;
- Déroulé du financement des activités : le coordonnateur de l'activité prépare la convocation, le nombre de participants, la salle, les présentations, les feuilles de présence, les TdR de l'activité. Après l'activité, si la feuille de présence dépasse le nombre de participants, la prise en charge est effectuée par le DS sur des états de paiements différents.
- En cas de reliquat de fonds, il est reversé à la RM ;
- Les deux comptes bancaires du DS se trouvent à la BCEAO et Ecobank ;
- Les chèquiers sont au nom de la RM de Diourbel qui couvre le DS ;
- Le DS reçoit des chèques qu'il va déposer sur son compte.

Gestion des données de vaccination

Région Médicale de Diourbel :

- Les données sont produites et saisies au niveau des CdS et des postes de santé ;
- Les données sont régulièrement transmises par le PEV. Ce n'est pas le cas des autres programmes nationaux ;
- Chaque poste de santé et CdS dispose d'un ordinateur et d'une connexion internet ;
- Certains postes sont en retard pour la complétude des données ;
- La DP envoie un bulletin sur la situation des données vaccinales tous les 3 mois ;
- Le taux de vaccination de Diourbel est relativement élevé, avec 55 % des enfants qui ont reçu toutes les doses ;

District Sanitaire de Touba :

- Les postes de santé compilent leurs données de vaccination et les enregistrent dans leur rapport global de zone avant de les inscrire dans le DHIS2 ;
- Des réunions sur les données de vaccination ont lieu tous les mois ;
- Les structures privées reversent leurs données de vaccination aux postes de santé (les données provenant du privé sont renseignées dans les rapports des postes de santé) ;
- Parfois, les structures publiques font un sur-reportage en raison de doublons de données par exemple.

Contrôles en place

Région Médicale de Diourbel :

Contrôle des pièces justificatives et des avances :

- La RM devrait superviser les DS tous les trois mois mais en raison d'un déficit récurrent en ressources financières, la RM supervise tous les DS en même temps ;
- Il n'y a plus de monitoring du PEV qui consistait à vérifier le nombre de vaccins utilisés et le nombre d'enfants vaccinés. En effet, les partenaires, qui finançaient cette activité, ont décidé de soutenir les réunions de restitution ;
- Une mission de supervision a eu lieu il y a 2 semaines ;
- Une réunion de coordination a lieu tous les 3 mois (la prochaine aura lieu les 17 et 18 juillet à Touba) ;
- Le contrôle des PJ se fait par rapport au budget de l'activité ;
- La validation des PJ sur les avances s'effectue par rapport au budget planifié ;
- Les chèques transmis sont signés par trois personnes dont le MCD et le gestionnaire ;
- Il arrive que la DAGE ne valide pas les PJ fournies ;
- Certains partenaires demandent de faire des factures proforma ;
- Gavi n'a pas de structure de contrôle des fonds contrairement aux autres partenaires qui sont présents au niveau du MSAS ;

Contrôle des données de vaccination :

- Le DS valide les données de vaccination et les transmet à la RM. Si des erreurs sont faites, le DS les corrige ;
- La RM vérifie aussi les données tous les mois ;

District Sanitaire de Touba :*Contrôle des pièces justificatives et des avances :*

- Le plan de supervision du PEV se fait par l'équipe cadre du district ;
- Les postes de santé sont regroupés lors de la supervision ;
- La supervision se base sur une grille qui évalue le management du PEV, la gestion des intrants, des déchets, de la logistique ;
- La supervision a lieu tous les trimestres et il peut y avoir des supervisions ciblées ;
- Après chaque supervision, une recommandation peut être faite à tous les niveaux dont les relais (agents communautaires) et/ou l'équipe cadre du district, la RM, le niveau central ;
- Le plan ACD n'est plus financé par aucun partenaire. Jusqu'en 2017, c'était Unicef qui le soutenait ;
- La dernière supervision faite par le niveau central date de mars 2019. Les recommandations faites sont les suivantes : utiliser le registre fourni par le niveau central (à la place des feuilles volantes), renseigner les numéros de lots sur le registre (lorsque les DS viennent récupérer les commandes) et respecter la norme FEFO ;
- Le MCD vérifie et signe les PJ (en plus du gestionnaire). Avant de transmettre les pièces originales, des copies sont effectuées et gardées au DS ;
- Le gestionnaire seul est amené à gérer les fonds ;
- Après l'activité, le responsable fait un rapport. Au moment du virement, le gestionnaire fait un état des comptes et vérifie les montants virés pour voir s'ils correspondent au budget. La validation des PJ se fait à la fin de l'activité. Le suivi des activités est hebdomadaire ;

Contrôle des données de vaccination

- Le superviseur PEV et le MCD vérifient la promptitude et la complétude des données ;
- Pour contrôler les données, un DQS a lieu deux fois par an. Une vérification sur le terrain est effectuée à l'aide d'une grille ;
- Le contrôle des données est intégré dans la supervision des districts mais elle n'est pas systématique ;
- Le niveau central insiste pour que ces enquêtes DQS aient lieu au moins deux fois par an.

Ressources humaines, ressources matérielles et immobilisations**Région Médicale de Diourbel :**

- Les CdS possèdent des réfrigérateurs électriques pour la majeure partie et quelques solaires ;
- Un groupe électrogène va être installé ;

District Sanitaire de Touba :

- Les DS ont besoin d'un renforcement de leurs capacités, dont des formations en comptabilité car ce sont souvent des personnes formées sur le tas qui occupent des postes tels que celui de gestionnaire ;
- Un infirmier et une sage-femme sont présents sur tous les postes de santé depuis 2-3 ans (ce sont souvent des contractuels) ;
- Soutien logistique apporté par Gavi : voiture, motos, chambre froide positive, groupe électrogène et incinérateur électrique.

COMPTE-RENDU DE VISITE DE SITE	
Région/ District	Région Médicale (RM) de Ziguinchor et District Sanitaire (DS) de Ziguinchor
Sites visités	Bureau régional et centre de santé de Ziguinchor
Date	15 juillet 2019
Interlocuteurs rencontrés	<p>Au niveau RM :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Médecin-Chef de Région - Gestionnaire - Assistante du gestionnaire - Assistant logistique du dépôt de vaccins et consommables de la RM <p>Au niveau du DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Médecin-Chef de District - Gestionnaire du DS - Logisticienne des vaccins du DS
Contexte / Chiffres-clés	<p>Zone de conflit depuis plusieurs décennies, la situation semble être en voie d'amélioration. La région s'est dépeuplée en raison du climat d'insécurité mais les habitants commencent à revenir.</p> <p>Zone entourée de frontières avec des flux migratoires saisonniers, rendant la gestion de la vaccination complexe pour les enfants moins de 2 ans.</p> <p>Cible vaccinale généralement surestimée, ce qui se traduit notamment par des couvertures vaccinales en deçà des objectifs fixés par le programme.</p> <p>La RM est composée de 5 DS.</p> <p>Le DS de Ziguinchor supervise 36 postes de santé, un centre de santé et 7 cases de santé utilisées en stratégie avancée.</p>
Remarques générales	<ul style="list-style-type: none"> - Taux d'abandon important la 2^{ème} dose du vaccin antirougeoleux, possible besoin accru de sensibilisation - Cadre législatif concernant les vaccins sujet à interprétation (caractère obligatoire ou non de la vaccination), ce qui contribue notamment à pénaliser l'introduction du VPH - Capacité limitée à gérer les déchets de la vaccination : 2 incinérateurs en place mais problème du verre des flacons ? - Le véhicule financé par Gavi et mis à disposition du DS s'avère utile pour les activités de supervision, mais le besoin continue d'être exprimé
Observations	<p>Stockage et gestion des vaccins et consommables</p> <p>Dépôt de la RM :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Salle de stock requérant d'importants efforts de rangement et de ménage. Différents matériels et consommables sont entreposés sans ordre apparent et prennent la poussière - Les réfrigérateurs et congélateurs présents dans la pièce ne sont pas entretenus avec soin et présentent des moisissures sur les joints de porte et une forte accumulation de givre - Présence d'aliments dans certains réfrigérateurs/congélateurs (notamment contenant les doses de VPO) - Présence de vaccins périmés et virés en quantité significative, réunis dans un carton. Une déclaration de perte de vaccins a été fournie mais ne présente pas toutes les informations requises - Présence de produits médicaux (hors vaccins) dans la chambre froide - Boîtes isothermes en polystyrène stockées vides dans la chambre froide - Glacières et portes-vaccins remplis d'eau et présentant de multiples traces de moisissure <p>Stock de vaccin du DS :</p> <p>Stockage bien agencé et équipements bien entretenus. A noter la présence de réfrigérateurs en panne stockés à l'extérieur du bâtiment.</p> <p>Gestion comptable et financière</p> <p>Gestion RM :</p> <p>Le bureau du gestionnaire présente de sérieuses lacunes en matière de rangement et d'archivage. La gestion ne semble pas être à jour (lettres de la banque non ouvertes, contenant les relevés bancaires). Utilisation d'un compte « fourre-tout » non rapproché à un journal de banque.</p> <p>Gestion DS :</p> <p>Gestionnaire expérimenté, états comptables à jour.</p>

Illustrations Présence de produits carnés et autres aliments dans les congélateurs de la RM :



Equipements de chaîne du froid mal entretenus présentant des moisissures



Annexe 8 – Illustrations des constats d’audit



Salle d’archives du MSAS



Congélateur utilisé pour stocker des denrées alimentaires, RM Ziguinchor





Vaccin expiré conservé en chambre froide, RM Diourbel



Moisissures apparentes sur un des réfrigérateurs, RM Ziguinchor

Annexe 9 – Plan d'action correctif aux constats d'audit

Le plan d'action correctif ci-dessous a été élaboré par le MSAS et proposé au Secrétariat de Gavi le 15 janvier 2020.

Réf.	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Délai
4.1	Gouvernance et performance organisationnelle des entités				
4.1.1	<ul style="list-style-type: none"> - Le MSAS, en lien avec les Partenaires Techniques et Financiers, devra lancer une réflexion autour du positionnement de la Direction assurant la mise en œuvre de la politique de prévention sanitaire et d'immunisation vis-à-vis des structures décentralisées et mettre en place les leviers opérationnels adéquats ; - Le MSAS, en lien avec la DP, devra poursuivre le processus de déploiement des BRISE au sein des 12 régions tel que prévu dans le point b) des GMR. 	Souhaitable	<ul style="list-style-type: none"> - Le processus de déploiement des BRISE se poursuit mais il faut cependant noter qu'il se pose un problème de disponibilité de RH qualifiées et motivées pour occuper ces postes. 	MSAS	En cours (échéance non précisée)
4.1.2	<p>Le MSAS, en lien avec la DAGE, devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> - S'assurer de la dotation du Bureau de Contrôle Interne d'une charte d'audit approuvée, et d'un plan d'audit interne ; - Préparer et soumettre un rapport d'audit interne annuel et le partager avec Gavi, conformément au point r) des GMR ; - Formaliser dans le manuel des procédures de gestion et mettre en place une procédure définissant les modalités de suivi de mise en œuvre des recommandations formulées dans les rapports d'audits et les lettres de contrôle interne annuelles émises par les cabinets d'audit externes. 	Importante	<ul style="list-style-type: none"> - La DAGE s'assurera que le Bureau du Contrôle Interne dispose d'une charte d'audit approuvée et d'un plan d'audit interne. - Un rapport d'audit interne sera préparé et soumis à GAVI. - La révision du manuel des procédures administratives et financières PNDS prendra en compte les modalités de suivi de mise en œuvre des recommandations formulées dans les rapports d'audits et les lettres de contrôle interne annuelles émises par les cabinets d'audit externes. 	DAGE	<ul style="list-style-type: none"> - Charte d'audit et plan d'audit interne : Juin 2020 - Révision du manuel PNDS : en cours
4.1.3	Le MSAS devra revoir les attributions de l'IAAF vis-à-vis des Partenaires Techniques et Financiers et, le cas échéant, la doter en moyens suffisants pour l'exercice de ses fonctions.	Souhaitable	Sans réponse	Non précisé	Non précisé
4.2	Gestion comptable et financière				

Réf.	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Délai
4.2.1	Le MSAS devra poursuivre les actions de recrutement et de mise en place de personnel comptable au niveau des RM, comme précisé au point e) des GMR relatif aux postes vacants à pourvoir. Les affectations de ces personnels dans les RM devront s'accompagner de l'outillage logiciel nécessaire à la bonne tenue de comptabilité et des procédures d'archivage structuré des pièces comptables dans chaque RM.	Importante	<p>16 comptables ont été recrutés et mis à la disposition des régions (14) et de la DAGE (02) au courant du mois de septembre 2019. Un atelier d'orientation et de partage des outils de gestion a été tenu sur cette même période. Ils ont aussi été reçu à la DAGE pour des séances d'orientations pratiques sur l'utilisation du logiciel de gestion financière et comptable Tom2pro et des outils de gestion financière ainsi que la méthodologie de classement des pièces comptables.</p> <p>La plateforme est fonctionnelle à ce jour.</p>	DAGE	Réalisé

<p>4.2.2</p>	<p>Le MSAS, en lien avec la DAGE, devra procéder à la mise en œuvre des actions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans le manuel des procédures : <ul style="list-style-type: none"> o 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 ; o Définir et mettre en place un processus de suivi des avances ouvertes, s'appuyant sur une revue périodique de la balance âgée des comptes de tiers et comprenant des actions de relance et d'escalade en cas de dépassement des délais ; o Définir et mettre en place une règle de décaissement d'avance de fonds à toute entité sous-bénéficiaire conditionnée à la justification dans les délais des dépenses de l'entité liées à l'avance précédente octroyée ; o Créer une checklist de contrôle des pièces justificatives des dépenses et d'enregistrement comptable, à déployer au niveau de chaque structure comptable (centralisée et décentralisées) ; - Poursuivre les efforts de collecte des pièces justificatives et d'apurement des avances ouvertes engagés par le comité de suivi des opérations financières, et pérenniser son action, notamment à travers l'adoption des règles et pratiques précédentes listées. Les montants d'avances non apurées devront faire l'objet de remboursement, en accord avec le Secrétariat de Gavi. 	<p>Importante</p>	<ul style="list-style-type: none"> o Les modalités de justification des dépenses liées aux avances de fonds sont spécifiées dans les conventions, au niveau du mécanisme de suivi des avances et connus par tous les acteurs : délai de justification 15 jours à la fin de chaque trimestre. <p>Les enregistrements des pièces comptables sont effectués après vérification et validation des PV de vérification des pièces comptables.</p> <ul style="list-style-type: none"> o Une maquette Excel de suivi des avances existe et est mis à jour par rapport aux données de la comptabilité, avec une colonne action et sont partagés périodiquement avec les MCR et coordonnateurs de projets o Cette règle existe : Tout nouveau décaissement est assujéti à une justification du virement précédent à 100%. Cependant les techniciens ont jugé que c'est une lourdeur et qu'il fallait réduire le taux : fixé à un plafond entre 50% et 80% o La check list des pièces justificatives ainsi que leurs critères de justification existent et est partagée avec toutes les structures concernées. Les schémas d'écritures comptables aussi existent. o La DAGE continue à mener sa mission auprès des bénéficiaires par rapport au suivi des avances ouvertes. <ul style="list-style-type: none"> ✓ La révision du manuel de procédures PNDS prévoit la mise à jour de 	<p>DAGE</p>	<p>Réalisé</p>
--------------	---	-------------------	--	-------------	----------------

Réf.	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Délai
			toutes les sections et l'intégration des nouvelles procédures (décembre 2020)		
4.2.3	<p>Le MSAS, en lien avec la DAGE, 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"> - Intégrer dans le manuel des procédures les modalités précises d'enregistrement, de suivi et du retrait des immobilisations, selon les règles comptables et également les exigences en matière de gestion des subventions Gavi (ACP et GMR) ; - Reclassement des actifs retirés du bilan comptable au 31 décembre 2018 afin de maintenir une continuité dans le suivi des immobilisations acquises sur fonds Gavi ; - Etablir dans les meilleurs délais un registre exhaustif des immobilisations acquises sur fonds Gavi. Ce registre devra comprendre, conformément à l'accord Cadre de Partenariat et aux GMR, l'ensemble des informations nécessaires et suffisantes pour localiser (niveaux central et décentralisé) et identifier précisément les actifs : date d'acquisition, marque, référence, affectation géographique exacte, état, source de financement, coordonnées du fournisseur, le gestionnaire de l'actif... ; - Documenter toute prise d'inventaire par un rapport ou procès-verbal qui devra : <ul style="list-style-type: none"> o Rapprocher les données des prises d'inventaires au registre des immobilisations et entreprendre les recherches explicatives de chaque écart constaté ; o Lister les écarts ou anomalies identifiés ; o Expliciter les écarts ou les recherches entreprises en cas de perte ou dégradation d'immobilisations ; o Valider formellement les conclusions et décisions qui en résultent. 	Importante	<ul style="list-style-type: none"> - A la révision du manuel de procédures du PNDS, les modalités précises d'enregistrement, du suivi et du retrait des immobilisations seront intégrées. - La DAGE a toujours procédé à la comptabilisation de toutes les immobilisations dans la classe 2, pour un meilleur suivi. C'est avec l'audit externe de l'année 2018, qu'une recommandation a été émise en demandant de reclasser en classe 6 comme charge les immobilisations qui ne sont pas liées au fonctionnement du projet (ie les immobilisations acquises pour la mise en œuvre du projet). Cependant, la DAGE procédera à la régularisation des actifs retirés du bilan en 2018 lors des travaux de fin d'exercice de l'année 2019. - Les PV d'inventaire matérialisent toutes les informations nécessaires pour localiser les actifs. Cependant, un registre sera établi comme suggéré lors de l'inventaire des immobilisations de l'exercice 2019 prévu au courant du mois de janvier 2020. 	DAGE	<ul style="list-style-type: none"> - Révision du manuel procédures PNDS : en cours - régularisation des actifs retirés du bilan en 2018 sera effectuée lors des travaux de fin d'exercice de l'année 2019 : 31 janvier 2020

Réf.	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Délai
4.2.4	<p>En soutien aux exigences formulées au point q) des GMR, le MSAS en lien avec la DAGE devra prendre les dispositions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Planifier les audits externes et l'éventuel recrutement du cabinet suffisamment à l'avance afin de respecter les délais prévus à la communication des rapports ; - Formaliser et mettre en place un plan de suivi des recommandations émises par les audits externes, audits internes et les audits de Gavi. Ce plan fera l'objet d'un suivi continu et sera mis à jour et communiqué trimestriellement au Secrétariat de Gavi ; - Poursuivre et appuyer les efforts de mise en œuvre des recommandations des audits externes, notamment par la mobilisation des appuis hiérarchiques et des structures nécessaires, afin que celles-ci soient adressées et clôturées dans des délais raisonnables. Dans ce sens, le Comité de Suivi des Opérations Financières mis en place par le Cabinet du MSAS afin d'apurer les avances ouvertes, faisant l'objet de réserves dans les rapports d'audits externes, a permis une évolution significative et positive. Son action reste à pérenniser à travers son inclusion au système de contrôle permanent. 	Importante	<ul style="list-style-type: none"> - Depuis 2018, les audits externes sont planifiés et les rapports transmis dans les délais (cf portail GAVI). - Un suivi des recommandations émises par les audits externes est systématiquement effectué. Suite à vos recommandations, il sera partagé trimestriellement au secrétariat GAVI. - La DAGE continue à faire un suivi rapproché des avances ouvertes, qui à ce jour a permis d'apurer les soldes antérieurement non justifiés. 	DAGE	Réalisé
4.2.5	<p>Le MSAS, en lien avec la DAGE, devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Effectuer un rapprochement exhaustif des mouvements de trésorerie avec la comptabilité ; - Présenter un rapport expliquant les écarts constatés ; et - Inclure la revue de la régularisation aux Termes de Référence de l'audit externe de l'exercice concerné afin de valider les explications de l'écart. 	Importante	<p>Des rapprochements bancaires mensuels sont systématiquement effectués. Les écarts constatés sont matérialisés sur les états tirés directement à partir du logiciel de gestion financière et comptable TOM2PRO et sont suivis périodiquement</p>	DAGE	Réalisé
4.2.6	<p>Le MSAS, en lien avec la DAGE et la DP, devra prendre les mesures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Privilégier les virements de fonds par transfert bancaire sécurisés (ou autre, comme mobile banking) et refléter ces mesures par la mise à jour du manuel des procédures ; - Mettre en place un registre de caisse au sein de la DP et établir les niveaux de contrôle interne adaptés autour de l'utilisation des espèces (comptages périodiques et rapprochement du registre de caisse avec la comptabilité). Définir ces pratiques dans le manuel des procédures ; - Adopter l'utilisation exclusive des boîtes de courriel sécurisées du MSAS dans le cadre des opérations financières. 	Essentielle	<ul style="list-style-type: none"> - Dans le cadre de la mise en œuvre du projet, les paiements sont effectués par virements de fonds et par chèques bancaires. - La DP ne dispose pas de caisse. - La plateforme de forme officielle n'est complètement fonctionnelle. 	DAGE DP	Echéance non précisée

Réf.	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Délai
4.2.7	<p>Le MSAS, en lien avec la DAGE et le BCI, doit prendre des mesures urgentes afin de mettre à niveau les pratiques de classement, d'archivage et de sauvegarde :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réunir l'ensemble des conditions nécessaires à un classement et archivage pertinents, efficaces et sécurisés des documents ; - Revoir les conditions et le lieu de stockage pour une meilleure sécurité et sauvegarde des archives ; - Compléter par des notes détaillées le manuel de procédures ; - Elaborer et mettre en application une politique informatique traitant des sauvegardes de données comptables et financières liées aux programmes soutenus par Gavi. 	Importante	<ul style="list-style-type: none"> - Un système d'archivage électronique est en cours. - En attendant la révision du manuel de procédures du PNDS, des notes pour complément des procédures sont élaborées au besoin et sont signées par le DAGE. - Le serveur informatique du MSAS est logé au sein de l'ADIE qui gère tout l'informatique de l'Etat. 	<p>DAGE</p> <p>Cellule Informatique MSAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Système archivage : en cours - Révision du manuel PNDS : en cours
4.3	Gestion budgétaire				
4.3.1	<p>Dans le cadre de la gestion de tout programme mis en œuvre avec le soutien financier de Gavi, les entités concernées du MSAS devront :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se conformer aux clauses contractuelles de l'ACP et de ses annexes relatives à l'établissement et à la communication des rapports périodiques, notamment concernant la fréquence et les délais ; - Aligner les informations financières et budgétaires des rapports trimestriels et annuels avec la comptabilité financière tenue par la DAGE dans le logiciel de comptabilité. En accord avec le point h) des GMR, il incombe à la DAGE de valider les données financières et budgétaires présentées dans les rapports, qui doivent faire l'objet d'un audit externe annuel ; - Expliquer tout dépassement de ligne budgétaire de manière précise et détaillée. 	Importante	<ul style="list-style-type: none"> - Tous les rapports périodiques ont été partagés dans le portail de GAVI. - Toutes les informations financières contenues dans les rapports trimestriels sont générées par la comptabilité (logiciel tompro). - Tout dépassement est expliqué de manière précise et détaillé dans les rapports trimestriels soumis. 	DAGE	Réalisé
4.4	Achats et passations de marchés				

Réf.	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Délai
4.4.1	<p>Le MSAS, en lien avec la DP, la DAGE et la Cellule de Passation de Marchés, devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formuler et mieux encadrer les besoins en amont en fonction des activités prévues dans le plan annuel ce qui permettra de planifier les marchés à lancer. Une mutualisation de ce plan annuel avec les autres bailleurs de fonds devrait être envisagée afin de réaliser des économies d'échelle ; - Mettre en place un processus de suivi des plans de passation de marchés sous forme de tableau de bord consolidé regroupant l'ensemble des marchés sous gestion par la Cellule de Passation de Marchés et généraliser les pratiques d'analyse à partir de cet outil ; - Faire respecter les dispositions légales et réglementaires en matière de rapportage périodique de suivi et d'exécution des passations de marchés. 	Importante	<ul style="list-style-type: none"> - Tous les marchés ont été effectués conformément aux textes et règlements en vigueur en matière de passation des marchés publics au Sénégal. La plupart des marchés étant restreints, ont été réalisés conformément à l'article 73.1 du code de marchés publics. La mutualisation est aussi effective. Le plan annuel est partagé par bailleurs et partenaires du ministère. - Le tableau de bord consolidé de l'ensemble des marchés est effectué par la cellule de Passation des Marchés du ministère de la Santé et même que l'analyse de cet outil qui est transmis par la suite à l'Autorité de Régulation des Marchés Publics 	DP/DAGE/CPM	Décembre 2020

Réf.	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Délai
4.4.2	<p>Le MSAS, en lien avec la Cellule de Passation de Marchés, la DAGE et la DP, devra mettre en œuvre les actions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre à jour le manuel des procédures pour refléter les dernières évolutions du Code des Marchés Publics ; - Mettre en place une checklist de contrôles qualitatifs matérialisant les points de vérification de la procédure de passation et la conformité avec le Code des Marchés Publics ; - Mettre en place un registre de tous les bons de commande passés sur financement Gavi, et établir des contrôles périodiques des commandes afin de garantir la conformité avec le Code des Marchés Publics en matière de seuils et de méthode de passation de marché ; - Revoir les règles de constitution, classement et d'archivage des dossiers de marchés. 	Importante	<ul style="list-style-type: none"> - En matière de passation des marchés publics le manuel de procédures prend en compte toutes les dispositions du code des marchés publics en la matière. - Sur chaque marché toute la liasse de pièces est listée pour faciliter le contrôle. - La DP en collaboration avec la DAGE et la CPM mettra en œuvre cette recommandation - La DP en collaboration avec la DAGE et la CPM mettra en œuvre cette recommandation 	Non précisé	Echéance non précisée
4.4.3	Le MSAS devra mettre en place un dossier de suivi d'exécution des contrats et marchés qui intégrera notamment les points de vérification relatifs au respect des clauses administratives.	Souhaitable	Sans réponse	Non précisé	Non précisé
4.5	Engagement des dépenses				

Réf.	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Délai
4.5.1	Le MSAS, en lien avec la DAGE, devra compléter le manuel des procédures et notamment la fiche d'analyse des paiements par la mise en place de mécanismes permettant un contrôle systématique de la qualité de justification des dépenses effectuées tant au niveau central qu'au niveau décentralisé. À cet effet, ces activités de contrôle des dépenses à engager par les personnels compétents concernés devraient être formalisées dans leurs fiches de postes comme dans le manuel de procédures.	Importante	<p>En septembre 2019, un atelier d'orientation et de partage des outils de gestion financière harmonisés a été tenu : une check list des pièces justificatives ainsi que leurs critères de validation ont été élaborés et partagés.</p> <p>L'intégration sera faite dans le manuel de procédures lors de la révision du manuel PNDS.</p> <p>Les vérifications des pièces comptables sont effectuées par deux comptables obligatoirement, validées par le chef BFC et approuvées par le chef DAFP et matérialisées sur des PV de vérification pour chaque activité.</p> <p>Les fiches de poste sont disponibles et matérialisent les tâches effectuées par chaque agent.</p>	DAGE	Réalisé
4.6	Gestion des vaccins				
4.6.1	Le MSAS, à travers la section logistique de la DI et en lien avec la PNA, devra encadrer de manière formelle le transfert des activités entre la PNA et le nouveau dépôt et s'assurer de l'effectivité du plan de transition (à l'aune des décisions organisationnelles, revoir les contrats de service liant les différentes parties intéressées et établir un calendrier détaillant les étapes de la transition).	Importante	- La transition est en cours et les rôles et responsabilités de chaque centre de responsabilité est clairement établi	DP	Avril 2020
4.6.2	<p>Le MSAS devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> - S'assurer que tous les mouvements de stocks de vaccins et consommables sont enregistrés en temps réel et supportés par la documentation adéquate (commande et livraison) ; - Veiller à garantir l'exécution des opérations de maintenance des équipements dans les meilleurs délais ; - S'assurer que les personnels chargés de la logistique des vaccins et consommables disposent des compétences nécessaires en la matière, à travers la mise en place de formation dédiée et le déploiement des pratiques recommandées par les procédures opérationnelles normalisées pour la gestion efficace des vaccins. Cette mise à niveau devra être maintenue par des supervisions formatives régulières ; - Mettre en place un plan de recyclage des actifs inutilisés, notamment les équipements de chaîne du froid, prenant en compte les normes environnementales. 	Importante	<p>Les PON pour la GEV ont été élaborées et les sessions de formations des équipes cadre et des prestataires ont été tenu.</p> <p>Il est prévu une session de formation Logivac de 25 gestionnaires de dépôt de région et de district avec l'AMP en Janvier 2020.</p> <p>Après la mise en œuvre de la deuxième phase du CCEOP, il est prévu de recycler tous les appareils à absorption en prenant en compte les normes environnementales</p>	DP /DIEM	Décembre 2020

Réf.	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Délai
4.6.3	Le MSAS, en lien avec les Directions concernées, devra étendre le mécanisme de remontée des données de supervision au niveau central afin que la DI puisse en assurer l'exploitation. Le projet Coach2PEV en cours de déploiement présente notamment une opportunité d'amélioration du traitement de ces données.	Importante	Recommandation jugée non opérationnelle puisque l'exploitation des données de supervision du niveau opérationnel est du ressort des équipes cadres de district et de région.	Non précisé	Non précisé