

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

Le rapport d'audit ci-joint présente les conclusions de l'audit portant sur les soutiens de Gavi au Programme d'immunisation du Gouvernement du Mali, mis en œuvre par le ministère de la Santé et du Développement Social (MSDS). Les travaux d'audit, menés par l'équipe d'audit des programmes de Gavi entre février et mai 2024, ont porté sur l'utilisation des subventions Gavi versées entre le 1er janvier 2020 et le 31 décembre 2023. Ces subventions ont concerné le renforcement du système de santé (RSS), l'acquisition de vaccins, les coûts opérationnels de la vaccination, ainsi que les soutiens apportés au pays au titre de la facilité COVAX entre 2021 et 2022.

Cet audit fait suite à celui réalisé en 2021, qui avait déjà mis en évidence plusieurs insuffisances dans la gouvernance et la gestion des soutiens Gavi. Malgré certaines avancées, notamment en matière d'infrastructures et d'équipements de la chaîne du froid, les problématiques de gouvernance et de gestion opérationnelle demeurent largement présentes. 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. L'audit a conclu que la gestion des soutiens Gavi par le MSDS **nécessite des améliorations significatives** (page 3), ce qui signifie que « les contrôles internes et les procédures de gestion des risques présentent des faiblesses dans leur nature ou dans leur opérationnalisation qui pourraient affecter négativement la réalisation des objectifs des programmes soutenus par Gavi ».
2. Vingt-quatre recommandations ont été formulées en réponses aux déficiences identifiées dans : (i) la Gouvernance ; (ii) la Gestion comptable et financière ; (iii) la passation des marchés ; (iv) la Gestion des vaccins, et (v) le Suivi-évaluation.
3. Les principaux constats ont mis en évidence notamment les éléments suivants :
 - a. L'absence de mécanismes de suivi des recommandations d'audit a empêché la mise en œuvre satisfaisante des actions correctives décidées par le ministère en réponse à l'audit de 2021, particulièrement celles relatives au fonctionnement des comités de pilotage et à la gestion des ressources humaines du programme. Cette défaillance a affecté négativement la performance globale du programme.
 - b. Bien que la gestion financière et comptable ait connu une amélioration globale par rapport à 2021, des lacunes persistent dans le suivi des avances, la qualité des justificatifs des dépenses, et la traçabilité des subventions Gavi, notamment celles décaissées par l'Unicef aux structures du MSDS.
 - c. Les subventions Gavi CCEOP et COVAX ont permis d'acquérir des équipements importants, mais leur durabilité est compromise en raison d'un plan de maintenance inefficace.
 - d. Le mécanisme de suivi-évaluation du programme présente encore d'importantes faiblesses, telles que l'insuffisance de formation structurée au bénéfice des acteurs à chaque niveau de la pyramide sanitaire, la tenue irrégulière des supervisions formatives, et l'absence d'un plan de transfert de compétence des assistants techniques vers le personnel du MSDS.

Les constats de l'audit des programmes ont été partagés avec le MSDS, et la demande de remboursement du montant de 93 974 USD, correspondant au total des dépenses mises en question, a également été soumise au MSDS par l'équipe Programme de Gavi. Dans son courrier du 19 juin 2025 adressé au Secrétariat de Gavi, le MSDS a accepté d'engager les actions nécessaires pour remédier aux défaillances identifiées, et à rembourser le montant de 93 974 USD.

Le Secrétariat de Gavi continue à travailler avec le MSDS pour s'assurer que les engagements pris sont mis en œuvre, et pour le remboursement effectif du montant susmentionné.

Genève, août 2025

RAPPORT D'AUDIT DES PROGRAMMES

REPUBLIQUE DU MALI

NOVEMBRE 2024

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	6
2.1. Champ de l'audit	6
2.2. Objectifs de l'audit	7
2.3. Déroulement de la mission d'audit	7
2.4. Taux de change appliqués	7
3. Contexte	8
3.1. Introduction	8
3.2. Structures impliquées dans la mise en œuvre des subventions Gavi	9
4. Résultats détaillés	11
4.1. Gouvernance et performance organisationnelle des entités	11
4.2. Gestion comptable et financière	21
4.3. Achats et passations de marchés	27
4.4. Gestion des vaccins	30
4.5. Suivi et évaluation	38

Annexes	43
Annexe 1 – Acronymes	43
Annexe 2 – Définitions : opinion, notes d'audit et priorités	44
Annexe 3 – Classification des dépenses	45
Annexe 4 – Suivi du plan d'actions correctives du MSDS issu de l'audit précédent	46
Annexe 5 – Synthèse des dépenses testées et des conclusions de l'audit	55
Annexe 6 – Détail des dépenses mises en question par l'audit	56
Annexe 7 – Compte-rendu de visites de terrain	61
Annexe 8 – Analyse du suivi des mouvements de seringues	67
Annexe 9 – Plan d'actions correctives aux constats d'audit	74

1. Résumé exécutif

1.1. Constatations d'audit par section

Section*	Constat	Risque*	Page
4.1.	Gouvernance et performance organisationnelle		11
4.1.1.	Absence d'un cadre de suivi formalisé de la mise en œuvre des recommandations	■	11
4.1.2.	Faiblesse de pilotage stratégique du programme	■	12
4.1.3.	Rôles non tenus du comité de pilotage (UMRSS / UGP)	■	14
4.1.4.	Absence de formalisation du cadre organique du CNI	■	16
4.1.5.	Insuffisance de gestion des ressources humaines du CNI	■	17
4.1.6.	Besoin d'amélioration des outils de gestion opérationnelle du CNI	■	19
4.1.7.	Faiblesse du mécanisme de surveillance interne (UMRSS / UGP)	■	20
4.2.	Gestion comptable et financière		21
4.2.1.	Lacunes relevées dans le manuel des procédures en vigueur au sein du MSDS	■	21
4.2.2.	Faiblesses de gestion comptable et de traçabilité des fonds Gavi (DGSHP, DRS)	■	22
4.2.3.	Faiblesse du dispositif de suivi des avances (UMRSS / UGP)	■	23
4.2.4.	Insuffisance du mécanisme de contrôle des paiements aux agents de santé communautaires (ASC)	■	24
4.2.5.	Insuffisance d'identification et de suivi des immobilisations	■	25
4.2.6.	Dépenses mises en question par le présent audit	■	26
4.3.	Achats et passations de marchés		27
4.3.1.	Faiblesse des procédures d'approbation du Plan de Passation de Marchés (UGP / UMRSS)	■	27
4.3.2.	Faiblesses observées dans la gestion des marchés	■	28
4.4.	Gestion des vaccins		30
4.4.1.	Défaut d'exécution du plan d'amélioration de la GEV	■	30
4.4.2.	Faiblesse du cadre gestion des vaccins et de la chaîne du froid	■	31
4.4.3.	Insuffisances liées à la gestion de la chaîne du froid	■	32
4.4.4.	Faiblesses en matière de gestion des stocks de vaccins	■	33
4.4.5.	Faiblesse de suivi et d'analyse des données de stocks (seringues et vaccins)	■	35
4.4.6.	Gestion inefficace des espaces de stockage d'intrants secs	■	37

Section*	Constat	Risque*	Page
4.5.	Suivi et évaluation		38
4.5.1.	Faiblesse du mécanisme de contrôle de la qualité des données	■	38
4.5.2.	Supervisions formatives irrégulières et de faible qualité	■	41
4.5.3.	Insuffisance de conception des plans de transfert de compétence des assistants techniques	■	42

1.2. Opinion d'audit globale

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

Afin de réduire les risques associés aux constats énumérés ci-dessus, l'équipe d'audit a proposé **24 recommandations** nécessitant la mise en œuvre du plan d'actions correctives (**Annexe 9 du présent rapport**).

* 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 à l'Annexe 2 du présent rapport.

1.3. Résumé détaillé

Le présent rapport décrit les résultats de l'audit des programmes Gavi au Mali réalisé en 2024 sur les différents aspects d'appui de Gavi à la République du Mali durant la période de 2020 à 2023. Cet audit fait suite à celui réalisé en 2021 et qui avait constaté plusieurs insuffisances de pilotage stratégique du Programme, impactant la gestion des soutiens de Gavi au pays dans son ensemble. Le suivi et les évaluations réalisés au cours du présent audit ont permis de noter des avancées significatives en termes d'infrastructures et d'équipements de la chaîne du froid avec l'appui de Gavi. Cependant, les problématiques de gouvernance constatées précédemment demeurent d'actualité et continuent d'affecter les différentes composantes (gestion financière, gestion des vaccins, suivi et évaluation) et la performance globale du Programme.

Gouvernance et performance organisationnelle

Faute de mise en place d'un mécanisme de suivi des actions définies par le ministère de la Santé et de Développement Social (MSDS) en réponse aux recommandations de l'audit précédent, la plupart de ces actions correctives n'ont pas été mises en œuvre. Par conséquent, les faiblesses constatées en 2021, telles que l'insuffisance de fonctionnement des organes de pilotages et l'absence de formalisation du cadre organique du Centre National d'Immunisation (CNI), n'ont pas encore été résolues. Particulièrement, au cours de la période revue, le Comité de Coordination Inter-Agences (CCIA) a manqué de régularité dans ses réunions, de consistance dans son ordre du jour et de représentativité de ses participants. Le CCIA n'a ainsi pas pu opérer un suivi adéquat de la performance du programme et les impacts sont ressentis notamment dans l'insuffisance de mise en œuvre du plan d'amélioration de la Gestion Efficace des Vaccins (GEV) et la faiblesse d'appui au CNI dans la gestion opérationnelle du Programme. En effet, en dépit des efforts de la direction du CNI pour assoir une gestion efficace du Programme, des défis demeurent en termes de planification et suivi de la mise en œuvre des activités, ainsi que dans l'organisation des ressources humaines affectées au CNI.

Des insuffisances de pilotage ont également été relevées au niveau de l'unité de mise en œuvre du renforcement du système de la santé (UMRSS). Le Comité de pilotage de cette unité en charge des activités du Renforcement du système de santé (RSS) se réunit certes régulièrement, mais son champ d'intervention au cours des deux années de fonctionnement a été incomplet. En effet, à la date de réalisation de l'audit en 2024, le Comité n'avait pas encore statué sur les états financiers de l'UMRSS au titre des exercices 2021, 2022 et 2023 ni sur le cadre de référence de la cellule audit interne de l'UMRSS. Ce qui constitue un manquement important dans le mécanisme mis en place par le MSDS pour le suivi de la gestion efficiente des ressources allouées par Gavi.

Gestion comptable et financière

Les appuis financiers de Gavi sont reçus par les structures du MSDS en partie à travers l'UMRSS et l'Unité de gestion des projets Fond mondial/GAVI (UGP GAVI/FM) pour ce qui concerne les subventions RSS, et d'autre part, à travers l'Unicef pour toutes les autres subventions suivant l'accord tripartite entre le MSDS, Gavi et l'Unicef. La gestion assurée par l'UGP GAVI/FM a donné des résultats globalement satisfaisants en termes de documentation des dépenses effectuées. Cependant, le dispositif de suivi de l'apurement des avances de fonds faites aux structures déconcentrées du MSDS a été défaillant sur la période et des faiblesses ont été notées dans les

contrôles des paiements aux Agents de Santé Communautaires (ASC).

En ce qui concerne les dépenses exécutées par les structures du MSDS à partir des décaissements reçus de l'Unicef, des faiblesses importantes ont été constatées dans la qualité et la complétude des documents justificatifs. En effet, l'exécution de ces décaissements n'est pas suffisamment encadrée en termes de principes de justifications des différentes catégories de dépenses, le manuel du Programme du Développement Sanitaire et Social (PRODESS) qui sert de cadre de référence étant muet à ce sujet. Ceci a conduit à observer plusieurs insuffisances dans l'échantillon de dépenses revue. En outre, le suivi comptable de ces décaissements présente des défaillances dans l'identification et la traçabilité des subventions Gavi.

Enfin, relativement au suivi des immobilisations octroyées par Gavi au MSDS, les procédures ne sont pas clairement définies pour donner à la Direction des Finances et du Matériel (DFM) du MSDS une vue complète et à jour des immobilisations octroyées aux MSDS et en assurer un suivi satisfaisant.

Achats et passations de marché

L'essentiel des achats et marchés exécutés sur la période de 2020 à 2023 sont intervenus dans le cadre des activités du RSS mises en œuvre par l'UMRSS. La revue d'audit a révélé que l'exigence d'alignement des procédures de gestion des subventions Gavi à celles des subventions Fonds Mondial n'a pas été respectée en ce qui concerne l'approbation des plans de passations de marchés (PPM) annuels. En effet, l'approbation de Gavi n'a pas été formellement sollicitée pour la validation du PPM comme il est de pratique avec le Fonds Mondial.

L'analyse des dossiers de marchés dans le cadre des travaux de construction ou de rénovation des centres de santé communautaires (CSCOM) financés sur fonds RSS Gavi a mis en évidence une insuffisance d'archivage des dossiers relatifs au processus de sélection des prestataires et des retards d'exécution de certains contrats impactant les délais de clôture des projets.

Gestion des vaccins

L'évaluation de la GEV réalisée en 2019 avait mis en évidence de nombreuses faiblesses de gestion du Programme et proposé un plan d'amélioration en conséquence. En 2021, l'audit des programmes Gavi avait constaté la persistance de plusieurs défaillances dans la gestion des vaccins et des équipements de la chaîne du froid, traduisant ainsi un déficit dans la mise en œuvre du plan d'amélioration de la GEV. Il a été observé au cours du présent audit que la plupart de ces faiblesses demeurent d'actualité, autant pour ce qui concerne le déploiement des Procédures Opératoires Normalisées (PON) de gestion du PEV, sous forme de fiches techniques, que pour les pratiques de gestion physique et administrative des stocks de vaccins et d'intrants secs. En effet, l'insuffisance de fonctionnement du CCIA mentionnée plus haut n'a pas permis un suivi adéquat de la mise en œuvre du plan d'amélioration issu de l'évaluation de la GEV en 2019.

De 2021 à 2023, les subventions Gavi CCEOP (Cold Chain Equipment Optimisation Platform) et COVAX (COVID-19 Vaccine Global Access) ont permis de doter le pays d'une quantité importante d'équipements de la chaîne du froid et de matériels roulants pour le transport des vaccins. Cependant, la pérennité de ces investissements est menacée par le plan de maintenance qui manque d'efficacité.

Suivi et évaluation

Les analyses faites lors des visites à différents niveaux de la pyramide sanitaire révèlent une certaine fragilité du mécanisme mis en place pour le contrôle de la qualité des données. Il a été observé au niveau de certains centres de santé, la présence de nouveaux agents non formés ou ayant une faible maîtrise de l’outil de rapportage DHIS2 (District Health Information System, 2ème version). Au niveau central tout comme au niveau déconcentré, la commission qualité des données instaurée par Arrêté ministériel ne se réunit pas à une fréquence régulière. Également, les contrôles généralement effectués sur les données sont par endroit limités à une simple revue de la promptitude et la complétude des données. Des insuffisances demeurent également dans la tenue régulière et la qualité des supervisions formatives.

Enfin, l’audit a noté que le transfert de compétences des assistants techniques ONG CHAI et Muso vers le personnel de l’UMRSS n’est pas documenté et ne fait pas l’objet de suivi. L’analyse des protocoles d’accords entre le MSDS et ces ONG révèle qu’une raison de cette insuffisance est la faible conception des plans de transfert de compétence et l’ambiguïté des accords à ce sujet.

1.4. Impact quantitatif des constatations d’audit

L’impact quantitatif des constatations est récapitulé dans le tableau ci-dessous et constitue le montant total mis en question par l’audit, donc susceptible de faire l’objet d’une demande de remboursement.

Tableau 1 – Résumé des montants totaux mis en question par l’audit

FCFA - USD

Catégorie / Détails (section du rapport)	1. Dépenses insuffisamment justifiées	2. Dépenses non justifiées	3. Dépenses irrégulières	4. Avances ouvertes non justifiées	5. Trop- payé de primes ASC non recouvré	Total mis en question	Proportion des dépenses testées mise en question
	Constat 4.2.6 / Annexes 5 & 6	Constat 4.2.6 / Annexes 5 & 6	Constat 4.2.6 / Annexes 5 & 6	Constat 4.2.3	Constat 4.2.4		
Décaissements fonds Gavi via UNICEF	18 740 364 33 138	138 808 234	31 225 000 50 772			50 104 172 84 144	4,1%
Décaissements fonds Gavi via UGP FM/GAVI				4 801 785 7 808	1 200 000 2 021	6 001 785 9 829	0,4%
Total montant mis en question						56 105 957 93 974	2%

2. Champ et objectifs de l'audit

2.1. Champ de l'audit

Depuis 2001, le Gouvernement de la République du Mali, représenté par le MSDS, a initié un partenariat avec Gavi formalisé par la signature d'un Accord-Cadre de Partenariat le 6 août 2013. Dans le cadre de cet accord, le MSDS a bénéficié à ce jour de plus de 364 millions USD de subventions Gavi pour l'achat des vaccins et équipements et pour le financement de diverses activités en lien avec le programme national d'immunisation établi par le Gouvernement.

Le présent audit a porté sur la période du 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2023 (« période audité »), au cours de laquelle un montant total de 126.6 millions USD en ressources a été fourni au gouvernement du Mali sous forme de versements en espèces (19,9 millions USD) et de soutien à l'acquisition de vaccins (106.7 millions USD). Le tableau suivant détaille par nature et par année les soutiens Gavi aux programmes d'immunisation en République du Mali au cours de la période audité.

Tableau 2 – Détails des soutiens Gavi durant la période audité (en USD)

Type de soutien	Entité en charge	2020	2021	2022	2023	Total
HSS 2	UGP/UMRSS	3 180 000			3 730 311	6 910 311
	UNICEF	3 840 000		3 840 000		7 680 000
	UNICEF SD		1 936 433			1 936 433
	CHAI		675 710	523 916	93 666	1 293 293
	GFA				261 743	261 743
Product Switch Grant ROTA	UNICEF	205 370				205 370
Yellow Fever Diagnostics	Autre	28 072	26 194	12 279	28 809	95 353
IPV project	UNICEF		177 840			177 840
MR Campaign	UNICEF				6 536 820	6 536 820
COVID19-CDS	AEDES			55 929		55 929
	UNICEF			3 501 222	5 671 615	9 172 837
	OMS		124 207		221 221	345 428
	UNSD				3 620 195	3 620 195
COVID19-CCEOP	UNICEF		56 050			56 050
Total Soutiens en espèces		7 253 442	2 996 433	7 933 346	20 164 380	38 347 601
Penta	-	1 085 805	1 470 133	1 382 262	2 053 645	5 991 844
Pneumo (PCV)	-	4 736 118	3 893 559	7 020 808	3 982 966	19 633 450
Rotavirus	-	1 324 717	2 541 139	340 067	2 900 964	7 106 887
Yellow Fever	-	1 579 284	1 392 695	1 402 857	569 238	4 944 075
IPV	-	1 510 453	4 880 875	1 416 570	2 121 382	9 929 281
Men A	-	528 973	554 594	1 051 717	781 127	2 916 412

Type de soutien	Entité en charge	2020	2021	2022	2023	Total
Injection Safety Devices	-	1 069 128				1 069 128
Measles 1&2 doses	-	339 509	67 764	1 121 783	1 237 636	2 766 693
Measles Campaign	-				10 409 756	10 409 756
COVID19-ISR	-		832 911	346 933		1 179 844
COVID19-VAC	-		232 308	27 963 973	15 706 080	43 902 362
Total Soutiens en vaccins		12 173 988	15 865 978	42 046 971	39 762 795	109 849 731
Total Soutiens Gavi		19 427 429	18 862 412	49 980 317	59 927 174	148 197 332

L'audit réalisé a couvert les dépenses exécutées directement par les structures du MSDS à l'aide des décaissements de fonds Gavi qu'elles ont reçus de l'Unicef ou de l'UGP GAVI/FM.

Les données financières reçues de l'Unicef et l'UGP font état d'un montant total de 13 561 825 USD de dépenses sur la période audité, comme détaillé dans le tableau ci-dessous.

Tableau 3 – Soutiens en espèces au MSDS objet de cet audit (en USD)

Bénéficiaire	Fonds décaissés par Gavi 2020 - 2023	Exécution par le MSDS 2020 - 2023	Exécution directe par les Partenaires 2020 - 2023 (hors scope)*	Engagements et soldes non dépensés
MSDS via UNICEF	20 189 088	8 207 430	5 444 838	6 536 820
MSDS via UGP	6 910 311	4 061 102	-	2 849 209
CHAI via UGP	1 293 293	1 293 293		
UNICEF, OMS et autres Assistants Techniques (AT)	9 954 909	-	441 878	9 513 031
TOTAL	38 347 601	13 561 825	5 886 716	18 899 060

(*) Conformément au principe de « single audit » en vigueur avec les partenaires des Nations Unies au sein de l'Alliance Gavi, les montants des subventions exécutées directement par ces partenaires suivant leurs procédures internes sont exclus du périmètre de cet audit. Les honoraires payés directement par Gavi aux assistants techniques sur la base de leurs contrats directs avec Gavi ont été aussi exclues du champ de la revue des dépenses.

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 des subventions Gavi est périodiquement soumis à un audit des programmes, dont l'objectif principal est de s'assurer que les fonds, vaccins et fournitures associées sont utilisés conformément aux conditions convenues avec Gavi et que les ressources sont affectées de manière effective et efficace pour atteindre les objectifs du programme auquel elles se réfèrent.

Par conséquent, l’audit des programmes évalue la robustesse et la pertinence des processus de contrôle relatifs à la fiabilité et à 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 et les exigences de Gavi en matière de gestion des subventions.

2.3. Déroulement de la mission d’audit

L’audit incluait deux phases au Mali, entre février et mai 2024 :

- Mission de planification du 26 février au 1^{er} mars 2024 ; et
- Mission d’audit du 29 avril au 10 mai 2024.

Les travaux d’audit se sont principalement déroulés dans les bureaux de l'UMRSS/UGP GAVI/FM, de la DGS-HP et du CNI (PEV) à Bamako. Des visites de sites ont été effectuées dans les directions régionales de la santé (DRS) de Bamako, de Mopti et de Koulikoro, ainsi que dans certaines Directions Communales de la Santé (DCS) et des centres de santé des régions visitées. Ces visites avaient pour objectif d’évaluer la qualité et l’efficacité de la gestion des vaccins et des subventions Gavi au niveau décentralisé.

2.4. Taux de change appliqués

Les soutiens en espèces de Gavi ont été transférés à l'UNICEF en dollars américains (USD) et à l'UGP dans un compte en FCFA. L'Unicef transfère progressivement dans des comptes en monnaie locale (francs CFA) pour la mise en œuvre des activités. Les virements reçus sont comptabilisés au taux de change en vigueur le jour de la réception des fonds. Pour les besoins de ce rapport, et sauf indication contraire, les taux de change appliqués aux observations correspondent aux taux en vigueur au 31 décembre de chaque année, tels que publiés sur le site de la Banque Centrale des Etats de l’Afrique de l’Ouest (BCEAO) et récapitulés dans le tableau ci-après.

Tableau 4 – Taux de change moyen entre USD et FCFA pour chaque année auditée

ANNEE	FCFA pour 1 USD
2020	534,56
2021	579,16
2022	615,00
2023	593,63

3. Contexte

3.1. Introduction

Contexte Général



Le Mali, officiellement la République du Mali, est un pays enclavé situé en Afrique de l'Ouest. Il est le huitième plus grand pays d'Afrique, couvrant une superficie d'environ 1,24 million de kilomètres carrés selon les Nations Unies. Il partage ses frontières avec sept pays : l'Algérie au Nord-Est, le Niger à l'Est, le Burkina Faso à l'Est, la Côte d'Ivoire au sud, la Guinée au Sud-Ouest, le Sénégal à l'ouest et la Mauritanie au nord-ouest. Le Mali abrite une grande partie du désert du Sahara au Nord, tandis que la région Sud du pays est caractérisée par des savanes et des zones de brousse.

La capitale du Mali est Bamako, située dans le Sud-Ouest du pays, sur les rives du fleuve Niger. Bamako est le centre politique, économique et culturel du Mali. Selon la banque mondiale, la population du Mali est d'environ 22,59 millions d'habitants, avec une grande diversité ethnique et linguistique et le Mali a un Produit Intérieur Brut (PIB) de 18,83 milliards de USD en 2022.

L'économie du Mali repose principalement sur l'agriculture, qui emploie la majorité de la population active. Les principales cultures agricoles comprennent le coton, le mil, le riz et les arachides. Le pays possède également des ressources minérales telles que l'or, qui constituent une source importante de revenus d'exportation.

Le Mali continue de faire face à de graves problèmes de pauvreté exacerbés par des crises multiples et interdépendantes. Près de 42,3 % de la population vit dans une pauvreté extrême, avec une accentuation dans les zones rurales densément peuplées du sud du pays (World Bank).

Contexte sanitaire

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

- le niveau opérationnel ou district sanitaire regroupant un premier échelon représenté par le Centre de Santé Communautaire (CSCOM) qui offre un paquet minimum de services y compris les soins curatifs préventifs et promotionnels ;

- le niveau intermédiaire est représenté par les Etablissements Publics Hospitaliers qui assurent le deuxième niveau de référence pour les soins ;
- le niveau central est représenté par les Centres Hospitaliers Universitaires, et constitue la troisième référence pour les soins et la formation des cadres des professionnels de la santé.

Les principaux indicateurs de santé demeurent préoccupants et la crise nutritionnelle s'aggrave :

- Espérance de vie à la naissance** : l'espérance de vie à la naissance est d'environ 59 ans pour les hommes et 62 ans pour les femmes, selon les données de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour l'année 2022¹.
- Taux de mortalité infantile** : un enfant sur 10 meurt avant d'atteindre l'âge de 5 ans (101 décès pour 1 000 naissances vivantes²).
- Taux de mortalité maternelle** : le taux est élevé, avec environ 587 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, selon les données de l'OMS pour l'année 2022.
- Accès aux services de santé** : l'accès aux services de santé de base reste un défi, en particulier dans les zones rurales. La disponibilité de personnel de santé qualifié, d'infrastructures de santé adéquates et de médicaments essentiels est souvent limitée. Selon l'OMS, en 2018, le Mali comptait environ 0,2 médecin pour 1 000 habitants.
- Prévalence des maladies infectieuses** : le Mali est confronté à un lot important de maladies infectieuses telles que le paludisme, la tuberculose, la diarrhée et les infections respiratoires. Ces maladies contribuent de manière significative à la morbidité et à la mortalité dans le pays.
- Couverture vaccinale** : Bien que des progrès aient été réalisés, la couverture vaccinale reste inégale au Mali, en particulier dans les zones rurales. Des efforts continus sont nécessaires pour améliorer l'accès aux vaccins et renforcer les programmes de vaccination.

Les conditions d'hygiène sont précaires, faute d'assainissement adéquat et de gestion inadéquate des déchets solides et liquides. Cette situation favorise la transmission des maladies, dont plusieurs ont un caractère épidémique. Les incidences des maladies évitables par la vaccination telles que la rougeole, la méningite, les diarrhées à rotavirus, les pneumonies, le cancer du col de l'utérus restent importantes.

¹ OMS : <https://data.who.int/fr/countries/466>

² Institut National de la Statistique (INSTAT), Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018 : Rapport de synthèse. Bamako, Mali. INSTAT, CPS/SSDS-PF et ICF

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

Comité de Coordination Inter-Agences (CCIA)

Le CCIA est créé pour le renforcement des activités de vaccination et de pérennisation de la vaccination. Le CCIA est constitué des partenaires tels que l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), l'Union Européenne, des représentants d'ONG, de Ministères et d'institutions publiques impliquées dans la mise en œuvre de la stratégie nationale de vaccination. Présidé par le ministre de la Santé, il doit se réunir semestriellement en session ordinaire.

Avec l'assistance technique du Cabinet de consultance « AEDES », le CCIA a été révisé par arrêté n°2019-5133/MSAS-SG du 31/12/2019. Il comprend trois sous-comités techniques, à savoir le sous-comité technique chargé de la gestion du programme et de la vaccination, le sous-comité technique chargé de la gestion de la logistique et le sous-comité technique chargé de la mobilisation sociale.

Groupe Technique Consultatif pour la Vaccination au Mali (GTCV-Mali)

Le GTCV- Mali est créé en 2014 par arrêté n°2014-3808 MSHP-SG du 31 décembre 2014. Cet arrêté fournit la qualité des membres qui composent le GTCV. Le mandat du GTCV est de trois ans renouvelable. Il se réunit en session ordinaire tous les quatre (4) mois et en session extraordinaire en tant que de besoin. La Décision (n°2019-323 MSHP-SG) de nomination des membres du GTCV a été prise le 27 février 2019.

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

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

A cet effet, elle est chargée :

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

Le Centre National d'Immunisation (CNI) – Programme Élargi de la Vaccination (PEV)

Selon les textes en vigueur actuellement le CNI est rattaché à la DGS-HP et 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 CNI est dirigé par un Directeur qui est responsable de la programmation des activités liées à la vaccination, qui sont ensuite mises en œuvre par les niveaux décentralisés (Régions sanitaires et Districts sanitaires). Il est composé de six unités techniques que sont :

- L'unité Planification/ suivi/ évaluation et recherche
- L'unité Prestation de services de vaccination
- L'unité Gestion des données
- L'unité Logistique et approvisionnement des vaccins
- L'unité Surveillance des maladies évitables par la vaccination
- L'unité Communication

Cette structure organisationnelle n'est pas encore reconnue par des textes officiels.

La Cellule de Planification et de Statistique (CPS)

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

A ce titre, elle est chargée de :

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

Unité de mise en œuvre du renforcement du système de la santé (UMRSS) et l'Unité de gestion des projets Fond mondial/ GAVI (UGP FM/GAVI)

L'UMRSS, l'UGP FM/GAVI, l'unité Audit interne et le Comité de pilotage de l'UMRSS/UGP-FM-GAVI ont été mis en place par l'arrêté n°2021-0001/MSDS-SG du 07 janvier 2021 pour assurer la gestion des fonds RSS Gavi et Fond Mondial.

L'UMRSS est l'organe technique avec pour mission d'initier la restructuration en profondeur du système de la santé à travers le système d'information sanitaire, les soins de santé primaires, les laboratoires et les services de diagnostic et les services d'achats et la chaîne d'approvisionnement de produits pharmaceutiques et de consommables médicaux.

L'UGP FM/GAVI est l'organe de suivi du plan de travail, d'assurance qualité des données et de gestion fiduciaire de projets FM et GAVI au ministère de la santé. Le comité de pilotage chargé de veiller sur la bonne exécution des subventions, est présidé par le secrétaire général du ministère de la santé. L'UGP est chargée de gérer les fonds RSS additionnels en soutien au RSS FM/Gavi. Les activités financées par les fonds additionnels RSS sont coordonnées par

l'UMRSS avec l'appui des assistances techniques notamment CHAI, pour les travaux de rénovation des 30 CSCOM, et l'ONG MUSO, pour la validation et le paiement des primes des agents de santé communautaires des régions Sikasso, Kayes et Koulikoro avec également l'appui du Fonds Mondial³.

Structures du niveau déconcentré (DRS, DS, CSCOM)

Le découpage sanitaire du Mali distingue au niveau déconcentré 11 Directions Régionales de la Santé (DRS), 75 Districts Sanitaires (DS) et 1681 établissements sanitaires dont 1605 CSCOM (centres de santé communautaires).

³ L'assistance technique de l'ONG Muso a été financé à 100% par le Fonds Mondial en 2022.

4. Résultats détaillés

En application de l'Accord-Cadre de Partenariat (ACP) et de la Politique de Gavi sur la Transparence et la Responsabilité Financière (PTRF), 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 faiblesses constatées par l'audit, leurs impacts, et propose des mesures correctives. Les constats d'audit sont regroupés selon les thèmes décrits dans les sections 4.1 à 4.5 ci-après.

4.1. Gouvernance et performance organisationnelle des entités

4.1.1. Absence d'un cadre de suivi formalisé de la mise en œuvre des recommandations		
<p>Contexte</p> <p>En 2021 l'équipe d'audit des programmes du Secrétariat de Gavi a réalisé un audit des programmes Gavi au Mali à l'issue duquel vingt (20) recommandations ont été formulées pour remédier aux faiblesses constatées. Dans son courrier N°0000751 du 16 août 2021, le MSDS a partagé à Gavi un plan d'actions correctives en réponses à ces recommandations indiquant le premier semestre 2022 comme délai de mise en œuvre des actions correctives.</p> <p>En février 2022, Gavi a partagé au MSDS les exigences en matière de gestion des subventions (GMR) qui conformément à l'article 17.6 « Modification de l'accord » de l'Accord-Cadre de Partenariat (ACP) signé le 06 août 2013, remplacent désormais l'annexe 6 de l'Accord. Il est convenu qu'un suivi de la mise en œuvre des GMR se poursuive jusqu'à ce que toutes les exigences soient remplies et/ou intégrées dans des actions régulières.</p>		
<p>Description</p> <p>L'équipe d'audit a observé qu'il n'a pas été mis en place, au sein du Ministère, un cadre de suivi centralisé et documenté des engagements et plan d'actions du MSDS en réponses aux recommandations résultant des diverses missions d'évaluations internes et externes du secteur de la santé. C'est le cas notamment du plan d'actions correctives établi par le MSDS à l'issue de l'audit des programmes Gavi de 2021 et des GMR partagés en février 2022.</p> <p>Une analyse de l'état de mise en œuvre des GMR effectuée en novembre 2023 par l'équipe pays de Gavi montre que plusieurs exigences n'ont pas fait l'objet de suivi et leur état d'exécution n'est pas documenté. De même, l'analyse de l'état de mise en œuvre du plan d'actions correctives proposé par le ministère en 2021 effectué au cours du présent audit montre que sur les 20 recommandations formulées, seule une (1) a été adressée de manière satisfaisante (voir annexe 4). En effet, faute d'un cadre de suivi formalisé et consolidé des recommandations, le MSDS n'a pas une vue d'ensemble sur les faiblesses constatées dans chaque domaine d'activité et sur l'état de mise en œuvre des recommandations afférentes. Ainsi, il a été observé que plusieurs faiblesses relevées lors de la précédente mission d'audit des programmes Gavi subsistent encore.</p>		<p>Recommandations</p> <p>Le MSDS devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> responsabiliser une entité au sein du MSDS pour la centralisation et la formalisation du suivi de toutes les recommandations issues des missions d'évaluations internes ou externes du MSDS réalisées avec l'appui des différents partenaires ; ainsi que pour le suivi de la mise en œuvre effective des GMR. Cette entité pourra s'appuyer notamment sur les services d'audit interne ou équivalents déjà en place dans certaines structures du MSDS ; établir une présentation formelle de l'état d'avancement de la mise en œuvre des GMR et des principales recommandations issues des différentes évaluations internes et externes lors des forums de coordination existants tels que les réunions du CCIA.
<p>Causes racines</p> <ul style="list-style-type: none"> Défaut de responsabilisation d'une structure du MSDS pour assurer la coordination du suivi des recommandations ; Absence d'un cadre de redevabilité des Directions du MSDS dans la mise en œuvre des recommandations qui leurs sont adressées. 		<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 9)</p>
<p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> Difficultés à déployer une approche systémique dans la résolution des problèmes Persistance des faiblesses non corrigées limitant l'efficacité du programme national d'immunisation. 		<p>Responsabilités</p> <p>Délai / Chronogramme</p>

4.1.2. Faiblesse de pilotage stratégique du Programme

Contexte

L'arrêté n° 2019-5133/MSAS-SG du 31 décembre 2019 portant création du comité de coordination inter agences (CCIA) pour la pérennisation de la vaccination et le renforcement du système de santé pour l'immunisation prévoit que :

- Le CCIA est chargé entre autres : (i) d'effectuer la validation de tous les documents stratégiques et opérationnels du programme ; (ii) de suivre la planification opérationnelle et la supervision de la performance du programme ; (iii) d'évaluer la mise en œuvre des plans stratégiques pluriannuels et annuels ; (iv) de garantir une gestion transparente des fonds destinés au PEV
- Le CCIA se réunit sous la présidence du ministre en charge de la santé
- Le Représentant Résident de l'OMS en est le vice-président et les Représentants résidents de l'UNICEF, USAID, Union Européenne, Mission de Coopération Française et Rotary Club International en sont des membres actifs parmi d'autres.
- Le CCIA se réunit une fois par semestre (en session ordinaire) et peut tenir des réunions extraordinaires sur convocation du Président
- Le CCIA comprend 3 sous-comités techniques à savoir le sous-comité technique chargé de la gestion du programme et de la vaccination, le sous-comité technique chargé de la gestion de la logistique et le sous-comité technique chargé de la mobilisation sociale. Ces sous-comités doivent se réunir une fois par mois.

Selon l'arrêté n°2014-3808 MSHP-SG du 31 décembre 2014 relatif à la création du Groupe Technique Consultatif pour les Vaccins et la Vaccination au Mali (GTCV), ses membres sont nommés pour un mandat de trois (3) ans, renouvelable.

Description

L'audit a relevé qu'au cours de la période sous revue, le programme d'immunisation au Mali n'a pas régulièrement bénéficié de l'accompagnement stratégique et technique attendu des organes établis à cet effet :

Au cours des années 2020 à 2023, le CCIA a manqué d'efficacité tant dans la fréquence des rencontres que dans la représentativité des participants et la complétude des sujets à l'ordre du jour. En effet, il a été constaté que :

- les réunions ordinaires semestrielles prescrites par l'arrêté de création du CCIA n'ont pas été régulièrement tenues ; seulement trois (03) réunions ont été tenues sur les huit (8) minimum attendues.
- la lecture des procès-verbaux indique que seule une (1) réunion sur les trois (03) a été présidée par le ministre en charge de la Santé, et les Représentants Résidents des partenaires ne participent pas non plus en personne aux réunions. Ceci limite la visibilité et la portée des décisions prises lors des réunions du CCIA.
- les trois (03) réunions de CCIA organisées au cours des quatre dernières années (2020 à 2023) étaient axées d'une part, sur l'adoption puis la révision du plan de déploiement de la vaccination contre la Covid 19, et d'autre part, sur la validation du plan d'introduction du vaccin contre la rougeole et la rubéole. Au cours de cette période, il n'y a pas eu de réunions du CCIA portant sur une revue de la performance du programme ou une évaluation de la mise en œuvre des plans stratégiques annuels ou encore une revue de la gestion des fonds destinés au PEV.
- la composition des 3 sous-comités techniques du CCIA n'a pas encore été précisée. Ces sous-comités et le Secrétariat permanent assuré par le CNI ne sont pas encore fonctionnels, ce qui altère l'efficacité de la préparation des réunions du CCIA.

Les mêmes observations avaient été faites sur la période de 2016 à 2019 lors de l'audit des programmes réalisé en 2021. L'impact de cette insuffisance de fonctionnement du CCIA est perçu notamment dans la faible mise en œuvre du plan d'amélioration de la GEV discutée plus bas dans la **section 4.4.1** et dans l'abandon d'activités de certains groupes thématiques du niveau central tels que la Commission de revue de la qualité des données instituée en 2019 par le MSDS.

Par ailleurs, il a été noté que les membres actuels du GTCV ont été nommés par décision n°2019-323 MSHP-SG le 27 février 2019 pour un mandat de trois (3) ans renouvelables. Cependant, la mission n'a pas obtenu de décision formelle de renouvellement de ce premier mandat qui devrait avoir expiré en février 2022.

Recommandations

L'atteinte des objectifs d'immunisation que s'est fixé le Gouvernement de la république du Mali passe inévitablement par un renforcement du pilotage stratégique du PEV. A cet effet, le MSDS devra :

- préciser la composition des 3 sous-comités techniques et organiser les réunions du CCIA et de ses sous-comités selon la fréquence prévue par l'arrêté N°2019-5133 ;
- établir un programme annuel de travail du CCIA avec les dates prévisionnelles qui sera communiqué à toutes les parties en vue de permettre une anticipation suffisante des réunions ;
- s'assurer que le ministre et les Représentants Résidents des partenaires ainsi que les premiers responsables des autres membres actifs soient le plus possible présents aux réunions du CCIA ;
- redynamiser le CNI dans son rôle de Secrétariat Permanent du CCIA et opérationnaliser les sous-comités techniques prévus dans l'arrêté de création afin de garantir une meilleure planification et préparation des réunions du CCIA ;
- prévoir une évaluation périodique de la complétude de l'ordre du jour des réunions du CCA par rapport à ses attributions
- mettre en place un cadre de suivi du renouvellement des mandats des membres du GTCV.

Causes racines <ul style="list-style-type: none">• Manque de priorisation du CCIA en tant qu'instance de gouvernance du Programme ;• Insuffisance d'anticipation dans la planification des sessions du CCIA et dans la mobilisation des participants ;• Manque d'un mécanisme de suivi et de renouvellement du mandat des membres du GTCV.	Réponses / Engagements du management (Voir plan d'actions correctives en annexe 9)	
Risques / Implications <ul style="list-style-type: none">• Organes de gouvernance non fonctionnels pouvant impacter les prises de décisions stratégiques et limiter l'efficacité du Programme• Faible performance des organes de gouvernance résultant d'une clarification insuffisante de leurs attributions.	Responsabilités	Délai / Chronogramme

4.1.3. Rôles non tenus du comité de pilotage (UMRSS / UGP)

Contexte

Un comité de pilotage de l'UMRSS et de l'UGP FM/GAVI ayant pour mission de veiller à la bonne exécution des subventions, a été mis en place par arrêté n°2021-0001/MSDS-SG le 07 janvier 2021. Selon cet arrêté, le comité est chargé entre autres de :

- suivre la mise en œuvre des activités des subventions gérées par l'UMRSS et l'UGP FM/GAVI ;
- approuver les états financiers de l'UMRSS et de l'UGP FM/GAVI ;
- valider le plan de travail de l'unité d'audit interne et suivre la mise en œuvre des recommandations ;
- examiner les différents rapports de progrès et d'évaluation de l'UMRSS et de l'UGP FM/GAVI ;
- suivre la mise en œuvre des recommandations formulées lors des missions de supervisions, de suivi et d'audits ; [...]

Le comité de pilotage est présidé par le Secrétaire Général du ministère en charge de la Santé et se réunit en session ordinaire une fois par semestre et en session extraordinaire chaque fois que de besoin sur convocation de son président. Le Comité est constitué des membres suivants : (1) un représentant du Secrétaire général du Ministère de l'Economie et Finances ; (1) un Conseiller technique du ministère en charge de la Santé ; (3) le Directeur de la Cellule de Planification et de statistique secteur Santé, Développement Social et de la Promotion de la Famille (CPS) ; (4) le Directeur général de la Santé et de l'Hygiène publique ; (5) le Directeur de l'Institut national de santé Publique ; (6) le Directeur de la Pharmacie et des Médicaments ; (7) le Directeur de la CEPRIS ; (8) le Directeur du Laboratoire national de santé ; (9) le Président Directeur Général de la Pharmacie populaire du Mali ; (10) le Président de la FENASCOM.

Le Décret n°2020-0144/PM-RM du 9 novembre 2020 consacre la création d'un Comité de Suivi et d'un Comité Technique du Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS), en marge du Comité de pilotage du PRODESS.

- Le Comité de Suivi est présidé par les ministres chargés de la Santé, de la Solidarité et de la promotion de la famille. Il est chargé, entre autres, (i) d'approuver les plans et programmes de développement socio-sanitaires, (i) d'évaluer l'état d'avancement du PRODESS et d'indiquer des solutions aux problèmes rencontrés dans sa mise en œuvre ; (iii) d'approuver les rapports d'activités et les programmes opérationnels annuels du PRODESS.
- Le Comité Technique est placé sous l'autorité des Secrétaires généraux des ministres chargés de la Santé, de la Solidarité et de la promotion de la famille. Il est chargé, entre autres, (i) de préparer les sessions du Comité de Suivi ; (ii) de s'assurer, sur le plan technique, de la cohérence des Plans de Développement sanitaire et social des Districts sanitaires (PDSSD) ; (iii) d'examiner l'état d'avancement du programme opérationnel et donner des directives pour la préparation des programmes opérationnels ; (iv) d'examiner toutes questions relatives aux programmes spécifiques et d'étudier les conditions de leur intégration, y compris les dossiers d'investissement ; (v) de préparer et soumettre le rapport au Comité de Suivi sur l'ensemble des questions.

Description

L'audit a noté que le comité de pilotage de l'UMRSS et de l'UGP FM/GAVI se réunit à une fréquence régulière. Cependant, l'analyse des procès-verbaux révèle que ce comité n'est pas formellement intervenu pour l'examen et l'approbation des états financiers semestriels ou annuels de l'UGP/UMRSS ni pour la validation du plan de travail de l'unité d'audit interne ou le suivi des recommandations tels que requis dans ses attributions.

Il a été observé, en effet, que les états financiers 2020, 2021 et 2022 de l'UGP/UMRSS n'ont pas encore été formellement approuvés par le Comité de pilotage, de même que la charte d'audit interne et le plan de travail préparés par l'unité d'audit interne de l'UGP/UMRSS. Également, l'analyse des procès-verbaux obtenus montre que le comité n'a pas non plus statué sur l'état de mise en œuvre des recommandations issues des audits internes et externes réalisés sur la période. Ce dernier point rejoint la problématique de suivi des recommandations constatée au niveau global au sein du MSDS et discuté en 4.1.1.

Par ailleurs, le suivi du programme de renforcement du système de la santé supporté par Gavi entre dans l'ordre du jour de plusieurs comités. C'est le cas notamment du Comité de pilotage de l'UMRSS, du Comité de Suivi du PRODESS, du Comité Technique du PRODESS ou du Comité de Coordination inter-Agences (CCIA), tous présidés par le ministre de la Santé ou son Secrétaire Général.

Recommandations

Le MSDS devra veiller à ce que :

- le Comité de pilotage statue sur la validation formelle des états financiers de l'UGP/UMRSS au titre des exercices 2020 à 2023, ainsi que sur la charte et le plan de travail préparés par l'unité d'audit interne de l'UGP/UMRSS ;
- l'approbation des états financiers annuels et le suivi de la mise en œuvre des recommandations soient à l'ordre du jour d'au moins une session ordinaire du Comité de pilotage chaque année ;
- les attributions des différents comités existants et les possibilités d'intégration de certains d'entre eux soient analysées pour un meilleur suivi des subventions Gavi.

Causes racines <ul style="list-style-type: none">• Coexistence de plusieurs comités impliquants les mêmes acteurs avec des ordres du jours similaires ;• Appréhension incomplète des attributions du Comité de pilotage par ses membres ;• Absence d'évaluation de la performance du Comité par rapport à ses attributions.	Réponses / Engagements du management (Voir plan d'actions correctives en annexe 9)	
Risques / Implications <ul style="list-style-type: none">• Insuffisance de monitoring par les instances de gouvernance pouvant favoriser une gestion inefficace des ressources allouées ;• Insuffisance de suivi de la performance pouvant compromettre l'atteinte des objectifs des programmes soutenus par Gavi.	Responsabilités	Délai / Chronogramme

4.1.4. Absence de formalisation du cadre organique du CNI

<p>Contexte</p> <p>Le Centre National d'Immunisation (CNI) provient d'un changement de dénomination de la Section de l'Immunisation (SI) qui est une section de la DGSHP en charge de la coordination du Programme Élargi de Vaccination (PEV). A la lumière d'un diagnostic réalisé par le Cabinet Dalberg en 2020 et dans le but de renforcer les capacités organisationnelles de la SI, le MSDS a initié un projet de transformation structurelle et organisationnelle du SI pour en faire une Direction autonome dénommée Centre National d'Immunisation (CNI). Les projets de textes pour la création, l'organisation et le fonctionnement du CNI ont rédigés et sont en attentes d'adoption depuis lors.</p> <p>Le diagnostic organisationnel réalisé par Dalberg en 2020 suggérait de créer un poste d'Assistant Coordinateur [Directeur Adjoint du CNI] pour alléger la charge du Coordinateur [actuel Directeur du CNI] sur les activités moins stratégiques et focaliser davantage les activités de ce dernier sur la stratégie, l'avancement et la promotion du Programme d'Immunisation.</p>		
<p>Description</p> <p>L'audit a relevé que la Section de l'Immunisation a adopté la dénomination « Centre National d'Immunisation » (CNI) et est placée sous la gestion d'un Directeur. Cependant, les textes légitimant ce statut ne sont toujours pas signés et officialisés. Dans la pratique, le CNI opère encore comme la section de l'immunisation de la DGSHP, sans autonomie financière ni décisionnelle. Ce mode de fonctionnement ne traduit pas encore l'objectif de renforcement des capacités organisationnelles de Programme d'immunisation au Mali que s'est fixé le MSDS. L'absence de formalisation du cadre organique retarde notamment le recrutement d'un directeur adjoint devant alléger la charge du directeur du CNI sur les activités opérationnelles et permettre à ce dernier de se focaliser sur les aspects stratégiques.</p>	<p>Recommandations</p> <p>Le ministère devra finaliser et officialiser le cadre organique du CNI pour renforcer sa légitimité, instaurer un cadre cohérent avec sa structure organisationnelle et lui donner plus d'impact dans la gestion stratégique et opérationnelle du PEV au Mali.</p>	
<p>Causes racines</p> <ul style="list-style-type: none"> Faiblesse de fonctionnement du CCIA (voir constat 4.1.2) ; Absence d'un mécanisme de suivi des recommandations au sein du MSDS (voir constat 4.1.1). 	<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 9)</p>	
<p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> Capacité limitée de gestion du Programme pouvant impacter négativement les objectifs stratégiques ; Manque de légitimité de la structure organisationnelle du CNI pouvant conduire à des interactions conflictuelles avec les autres directions du MSDS. 	<p>Responsabilités</p>	<p>Délai / Chronogramme</p>

4.1.5. Insuffisance de gestion des ressources humaines du CNI

Contexte

Le CNI a opéré jusqu'au quatrième trimestre 2023 sans une organisation formelle des ressources humaines. Pour pallier cette insuffisance, le Directeur du CNI a créé par sa Note de service n°0043/MSDS/SG/SG/DGSHP/CNI du 07 septembre 2023, six (6) unités techniques que sont :

- L'Unité de Planification/ suivi/ évaluation et recherche ;
- L'Unité de Prestation de services de vaccination et AVS ;
- L'Unité de Gestion des données ;
- L'Unité Logistique et approvisionnement des vaccins ;
- L'Unité de Surveillance des maladies évitables par la vaccination ;
- L'Unité Communication.

La note de service décrit les attributions de chaque service et l'effectif de trente-six (36) collaborateurs du CNI a été réparti entre ces six unités techniques et l'administration.

L'évaluation de la GEV réalisée en 2019 a mis en évidence des défaillances importantes en termes de capacité des ressources humaines en charge de la logistique du PEV et a formulé plusieurs recommandations, notamment :

- *Elaborer un plan de renforcement de capacité des agents impliqués dans la gestion de la logistique du PEV à tous les niveaux*
- *Former 10 gestionnaires du niveau central, 22 du niveau régional, 150 au niveau district et 2875 au niveau aire de santé sur l'analyse mensuelle des données de relevé de température*
- *Former 25 gestionnaires (central, régional, et district de dépôt sur la sécurité au travail (risque biologique)*
- *Former 15 gestionnaires de dépôt (central, régional et district) à l'utilisation des extincteurs*
- *Former annuellement 5 acteurs de la chaîne d'approvisionnement du PEV sur le leadership et le management de la chaîne d'approvisionnement.*

Description

L'audit a noté que le CNI ne dispose pas encore d'un cadre organique dûment approuvé. Néanmoins, il est doté d'un effectif de 36 collaborateurs pour la gestion des activités courantes. L'analyse effectuée par l'audit révèle que ces ressources humaines ne sont pas organisées de manière optimale pour permettre une gestion plus efficace du Programme. En effet, deux points d'attention ont été relevés :

- **Définition insuffisante des responsabilités**

Si la note de service du directeur décrit les attributions de chaque unité technique, la définition des rôles et responsabilités individuelles au sein d'une unité donnée est quant à elle floue et non formalisée. Cette situation se traduit par une répartition disproportionnée des tâches au sein de l'Unité. Le diagnostic organisationnel effectué par Dalberg en 2020 révélait déjà que la charge de travail au sein du SI (actuel CNI) reposait sur quelques individus et plusieurs autres étaient affectés à des services ne correspondant pas à leurs domaines de compétence⁴. Le même constat a été fait lors du présent audit.

Cette absence de clarification des rôles et responsabilités individuelles prive également le CNI d'une base d'évaluation des compétences individuelles de son personnel.

- **Absence d'un plan de renforcement de capacités du personnel du Programme**

Diverses évaluations des ressources humaines du Programme réalisées les années intérieures, notamment lors de l'évaluation de la GEV en 2019 ou de l'audit des programmes Gavi en 2021, soulignaient le besoin d'une gestion plus

Recommandations

Le MSDS devra :

- En lien avec la recommandation 4.1.4 relative à la formalisation du cadre organique du CNI, mettre en place une équipe cadre élargie autour de la direction du CNI pour renforcer ses capacités de gestion ;

Le CNI devra :

- procéder à la description des rôles et responsabilités de chaque membre de son personnel et mettre en place des fiches de postes individuelles décrivant les tâches et clarifiant les liens hiérarchiques et de rapportage. Cette description des tâches individuelles constituera une base importante pour une évaluation objective des performances.
- en collaboration avec la DGSHP et les Directions Régionales, procéder à un diagnostic des besoins de formation du personnel impliqué dans la gestion du programme PEV à chaque niveau de la pyramide sanitaire et élaborer un plan stratégique de renforcement des capacités. La mise en place de ce plan permettrait également au MSDS d'identifier les besoins en assistance technique les plus

⁴ Source : Rapport provisoire publié en Été 2020 par le Cabinet Dalberg dans le cadre d'une mission de « renforcement des capacités organisationnelles de la Section d'Immunisation (SI) » sur financement Gavi

<p>structurée des ressources humaines du Programme. Cette gestion impliquait une évaluation approfondie des besoins de formation et l'élaboration d'un plan de renforcement de capacités adressant ces besoins au niveau national, régional et périphérique. Cependant, le présent audit a permis d'observer que ce mécanisme n'a pas encore été mis en place. Des formations ont certes été effectuées mais de manière décousue et n'adressant pas nécessairement les besoins du personnel en charge du PEV à différents niveaux de la pyramide sanitaire. Comme décrit plus bas dans les constats 4.4.4, 4.5.5 et 4.5., les visites effectuées au cours de l'audit ont permis d'observer des défaillances dans les pratiques de gestions des vaccins découlant de cette insuffisance de formation du personnel en charge.</p>	pertinentes pour le Programme.	
<p>Causes racines</p> <ul style="list-style-type: none"> Faiblesse de monitoring de la gestion opérationnelle du Programme par le CCIA (voir constat 4.1.2). 	<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 9)</p>	
<p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> Manque d'efficacité dans la collaboration entre les différentes équipes du CNI du fait d'une absence de maîtrise des rôles et responsabilités ; Difficultés à mettre en place une évaluation objective des performances du personnel ; Utilisation non efficiente des ressources allouées par Gavi pour le financement de formations ne bénéficiant pas au Programme ; Persistance des lacunes dans la gestion du Programme à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. 	Responsabilités	Délai / Chronogramme

4.1.6. Besoin d'amélioration des outils de gestion opérationnelle du CNI

<p>Contexte</p> <p>Le diagnostic organisationnel réalisé par Dalberg en 2020 mettait en évidence un manque de séparation entre les activités opérationnelles et les activités stratégiques au sein de la SI (actuel CNI), ainsi qu'une absence d'outils pratiques de supervision des activités programmatiques et financières du CNI. Pour pallier ce déficit, le CNI a créé une unité « Planification, suivi, évaluation et recherche » qui est une chargée de la planification des activités et du suivi évaluation. Cette unité a élaboré des tableaux pour le suivi périodique des activités du CNI.</p>		
<p>Description</p> <p>L'analyse du tableau de bord actuel du CNI et des tableaux de bord des périodes précédentes révèle que ce tableau nécessite des améliorations importantes pour en faire un outil efficace de planification et de suivi de la mise en œuvre des activités. En effet, l'audit a noté que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le tableau de bord se résume à des fichiers Excel isolés par période, insuffisamment renseignés et ne comportant aucune section d'approbation ni de restriction de modification, - La planification des activités y est faite sur 6 mois, ce qui crée un sentiment d'urgence permanent et limite l'anticipation, le suivi, et la prise de recul nécessaire pour mettre en œuvre les chantiers à long terme. Les difficultés à réunir régulièrement le CCIA ou à respecter la fréquence de supervision formative telles que discutées en 4.1.2 et 4.5.2, illustrent bien cette insuffisance d'anticipation - La description des activités y est très sommaire et le lien entre les activités planifiées par le CNI avec les activités prévues dans le PTA global annuel du ministère de la Santé n'est pas documenté. - Le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre ne sont pas régulièrement faits et formalisés dans le tableau de bord. <p>Ces insuffisances mettent en lumière une insuffisance d'expertise de l'Unité en charge de la planification et du suivi-évaluation et s'inscrivent dans la problématique de renforcement des capacités de l'équipe du CNI discutée en 4.1.5.</p>		<p>Recommandations</p> <p>La Direction du CNI devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> • former les membres de l'unité « Planification, suivi, évaluation et recherche » et tous les chefs d'unités aux techniques de planification et au suivi-évaluation efficace des activités ; • inclure dans le tableau de bord toutes les informations de date, de lieu, d'acteurs, de cibles et de KPIs relatives aux activités planifiées afin de constituer une base suffisante pour leur évaluation a posteriori. • mettre en place un système de formalisation de revue et d'approbation du tableau de bord par les responsables habilités, ainsi que des restrictions de modification du fichier. <p>Avec l'appui de la CPS, la Direction du CNI devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> • établir un plan de travail à court, moyen et long terme découlant du PTA du Ministère et donnant une vue complète sur toutes les subventions Gavi et des autres bailleurs disponibles pour le financement des activités du PEV.
<p>Causes racines</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manque de formation du personnel assigné à la planification et au suivi-évaluation ; • Mauvaise appréhension des outils de gestion opérationnelle et de planification du Programme. 		<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 9)</p>
<p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risque de chevauchements d'agenda empêchant la mise en œuvre de certaines activités ; • Stagnation ou dégradation des performances des équipes du fait d'un suivi-évaluation inopérant ou inefficace ; • Défaut de réalisation des objectifs de performance assignés au Programme. 	<p>Responsabilités</p>	<p>Délai / Chronogramme</p>

4.1.7. Faiblesse du mécanisme de surveillance interne (UMRSS / UGP)

Contexte

En janvier 2021, une unité d'audit interne rattachée au Secrétariat Général du MSDS a été mise en place par arrêté ministériel n°2021 0001/MSDS-SG. L'Arrêté indique que « l'unité d'audit interne évalue les processus de gestion des risques, de contrôle interne, de gestion et de gouvernance, par une approche systématique et méthodique. Elle formule des recommandations pour renforcer la performance de toutes les entités de mise en œuvre des subventions financées par le Fonds mondial et GAVI et gérées par les entités du Ministère en charge de la Santé. » Il indique également que l'Unité est composée d'un Auditeur principal et de deux auditeurs assistants. En 2022, cette unité d'audit interne a pu être mise en place mais avec seulement une auditrice principale et une auditrice assistante au lieu de deux.

L'arrêté de création du Comité de pilotage de l'UMRSS/UGP stipule que le Comité est chargé notamment de valider le plan d'audit interne et de suivre la mise en œuvre des recommandations.

L'UMRSS et l'UGP disposent d'un manuel intégré de procédures administratives, financières et comptables en deux volets : un volet passation des marchés et un volet administration, finance et comptabilité. La dernière révision du manuel date de décembre 2021. Suite à cela, en 2023, une évaluation du risque de fraude en lien avec la gestion des subventions des subventions Gavi par l'UMRSS et l'UGP a été effectuée. Cette évaluation a conduit à la mise en place de mesures renforcées d'autorisation des paiements bancaires et de suivi du compte bancaire abritant les fonds Gavi. Dans le même contexte, l'UMRSS et l'UGP ont procédé à l'élaboration des politiques et procédures de lutte contre la fraude applicables à la gestion des subventions Gavi et Fonds Mondial. Ces procédures sont en attente d'approbation par le Comité de pilotage.

Description

L'audit a relevé une opérationnalisation insuffisante du mécanisme de surveillance interne mis en place pour la gestion des subventions Gavi par l'UMRSS. En effet, depuis juillet 2022 l'unité d'audit interne au sein de l'UMRSS et l'UGP FM/GAVI a démarré ses activités. Cependant, en mai 2024, son cadre de référence, notamment la charte d'audit, la cartographie des risques et le plan de travail annuel n'avait pas encore été formellement approuvé par le comité de pilotage de l'UMRSS désigné pour le faire selon les textes. De plus, l'effectif de l'Unité n'est pas encore complet. Le recrutement d'un(e) second(e) assistant(e) prévu dans son texte de création n'avait pas encore été initié.

Ces insuffisances limitent la légitimité de l'Unité d'audit interne et sa capacité à réaliser efficacement sa mission de surveillance interne de la gestion des subventions Gavi. Cette insuffisance s'illustre notamment à travers la faiblesse du dispositif de suivi des avances de fonds Gavi aux sous-réциpiendaires décrite en 4.2.3.

Par ailleurs, l'audit a relevé que le manuel des procédures intégré de l'UMRSS et l'UGP n'a pas encore fait l'objet de mise à jour à la suite de l'évaluation du risque de fraude et de l'élaboration des politiques et procédures de lutte contre la fraude en 2023.

Recommandations

Le comité de pilotage de l'UMRSS et l'UMRSS devront :

- examiner et valider les documents constituant le cadre de référence de l'unité d'audit interne ;
- accroître les capacités de l'unité d'audit interne en complétant son effectif pour atteindre le minimum requis dans les textes de création ;
- réviser le manuel des procédures en le complétant avec les procédures de lutte contre la fraude et les procédures spécifiques d'autorisations des paiements bancaires.

Causes racines

- Insuffisance de monitoring du processus d'approbation des documents de référence de l'audit interne ;
- Rôles non tenus du Comité de pilotage de l'UMRSS (voir constat 4.1.3).

Réponses / Engagements du management

(Voir plan d'actions correctives en annexe 9)

Risques / Implications

- Limitation de l'efficacité du service d'audit interne ;
- Risques de non-détection ou de correction tardive des risques significatifs, potentiellement préjudiciables à la mise en œuvre des programmes et à l'atteinte des objectifs.

Responsabilités

Délai / Chronogramme

4.2. Gestion comptable et financière

4.2.1. Lacunes relevées dans le manuel des procédures en vigueur au sein du MSDS

Contexte

Le manuel des procédures du Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS), publié en mai 2016 et applicable au sein du MSDS décrit les procédures d'exécution des fonctions suivantes :

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

Il constitue le principal cadre de référence dont disposent les directions centrales et les directions régionales du MSDS pour la gestion de tout type de financement, y compris les subventions Gavi qu'elles reçoivent par le biais de l'Unicef. En ce qui concerne les fonds Gavi qu'elles reçoivent de l'UGP FM/GAVI, les dispositions spécifiques du manuel des procédures de l'UGP complètent celles du PRODESS.

Description

L'audit a relevé que le manuel des procédures du PRODESS qui sert de référence à la gestion des subventions Gavi au sein du MSDS n'est pas suffisamment précis et détaillé en ce qui concerne les documents requis et satisfaisants pour la bonne justification de chaque catégorie de dépenses. En effet, le manuel décrit en grandes lignes, les procédures d'exécution des fonctions suivantes :

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

Mais aucune de ces sections ne fournit une description claire des exigences en termes de documentation des différentes catégories de dépenses. Cette omission du manuel du PRODESS laisse place à une hétérogénéité d'approches de justification des dépenses au sein du MSDS conduisant à des manquements importants comme ceux décrits au **constat 4.2.6**. Le même constat avait été fait sur le manuel du PRODESS lors de l'audit des programmes Gavi en 2021 mais aucune évolution n'a encore été observée.

Recommandations

Le MSDS devra mettre à jour le manuel de procédures du PRODESS en y intégrant toutes les orientations nécessaires à une justification adéquate de chaque catégorie de dépenses pouvant être effectuées sur les financements extérieurs. Cette clarification des procédures est nécessaire pour réduire le risque de mis en question des dépenses.

Causes racines

- Absence d'un cadre de suivi des recommandations (voir constat 4.1.1) ;
- Défaut de planification et de budgétisation de la mise à jour du manuel du PRODESS.

Réponses / Engagements du management

(Voir plan d'actions correctives en annexe 9)

Risques / Implications

- Risque de mise en question des dépenses effectuées pouvant entraîner des demandes de remboursements ;
- Incertitude quant à la fiabilité des états financiers et à l'utilisation appropriée des subventions Gavi, pouvant conduire à des suspensions de décaissements.

Responsabilités

Délai / Chronogramme

4.2.2. Faiblesses de gestion comptable et de traçabilité des fonds Gavi (DGSHP, DRS)

<p>Contexte</p> <p>Le point b) des GMR de 2022 relatif à la gestion des fonds délégués à l'Unicef stipule que : « A l'exception des fonds RSS additionnels en soutien au RSS FM-Gavi qui sont confiés à l'UGP FM/GAVI, les fonds de toutes les subventions en espèces de Gavi au Mali continueront à être décaissés et administrés à travers l'UNICEF dans le cadre de l'accord tripartite conclu entre le Ministère de la Santé et du Développement Social (MSDS), UNICEF et Gavi. » Ainsi, sur la base des requêtes de financement transmises par le MSDS, l'Unicef procède à des décaissements directs aux structures du MSDS.</p> <p>Selon l'article 23 de l'annexe 2 de l'Accord-Cadre de Partenariat (ACP) « <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. Le Gouvernement devra tenir ces comptes et archives et tout 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</i> ».</p> <p>Jusqu'en 2020, la comptabilité des fonds Gavi était tenue manuellement ou sur Excel par les différentes structures bénéficiaires au sein du MSDS. La Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique (DGS-HP) et ses Directions régionales disposent depuis lors du logiciel TomPro pour la tenue de comptabilité. Lors de l'audit des programmes Gavi en 2021, la reprise de la comptabilité des années 2016 à 2019 dans le logiciel était en cours.</p>		
<p>Description</p> <p>L'audit a mis en évidence un suivi comptable insuffisant et une faiblesse de traçabilité des subventions Gavi décaissées par l'Unicef aux Directions du MSDS.</p> <p>Comptabilité non tenue à jour</p> <p>Le présent audit a permis de constater que les comptabilités jusqu'à fin 2023 ont été effectivement reconstituées dans le logiciel TomPro dans la plupart des directions. Cependant, les comptes de l'année en cours (2024) ne sont pas à jour dans les directions visitées. En effet, plusieurs directions continuent à faire un suivi extracomptable sur Excel pour les dépenses effectuées sur fonds Gavi/Unicef plutôt que de faire des saisies quotidiennes directement dans le logiciel.</p> <p>Faible traçabilité des fonds Gavi en provenance de l'Unicef</p> <p>L'équipe d'audit a noté que les structures bénéficiaires des financements Gavi au sein du MSDS ne disposent pas d'un compte bancaire dédié qui permette de tenir des comptes et des dossiers séparés pour les fonds Gavi. Au niveau central, la DGSHP dispose seulement d'un compte libellé « Unicef » et qui reçoit tous les fonds en provenance de l'Unicef sans distinction du bailleur originaire des fonds. Certains fonds Gavi sont groupés par l'Unicef avec les fonds d'autres bailleurs en un virement unique compliquant davantage la distinction et le suivi séparé de la part Gavi. Le même constat est fait au niveau régional à travers les Directions Régionales de la Santé.</p> <p>Aucune communication n'a été mise en place par le MSDS avec l'Unicef pour obtenir l'information sur les sources de financements en vue de distinguer au moins comptablement, les fonds Gavi des fonds des autres bailleurs, à défaut de comptes bancaires dédiés.</p>		<p>Recommandations</p> <p>Le MSDS devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> • convenir avec l'Unicef des informations essentielles à communiquer aux structures bénéficiaires en vue de permettre au MSDS de répondre à ses obligations de tenues de comptes suivant l'Accord de partenariat qui le lie à Gavi ; • mettre en place une procédure de codification budgétaire et de traitement comptable permettant une meilleure traçabilité des fonds Gavi dans les comptes des différentes structures bénéficiaires des décaissements de fonds Gavi provenant de l'Unicef ; • compléter le manuel du PRODESS avec ces procédures spécifiques dans le cadre du développement d'un nouveau PNDS.
<p>Causes racines</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mauvaise appréhension des rôles et responsabilités stipulés dans l'ACP et dans les Accords tripartites MSDS, Gavi, Unicef ; • Absence de procédures comptables explicites pour le traitement des décaissements en provenance de l'Unicef. 		<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 9)</p>
<p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manque de traçabilité des opérations financières effectuées, compromettant la transparence de la gestion ; • Difficultés à satisfaire aux exigences de rapportage à l'égard de Gavi ; • Non-respect des termes de l'Accord-Cadre de Partenariat 		<p>Responsabilités</p> <p>Délai / Chronogramme</p>

4.2.3. Faiblesse du dispositif de suivi des avances (UMRSS / UGP)

<p>Contexte</p> <p>Relativement aux avances de fonds faites aux structures bénéficiaires au sein du MSDS et aux avances pour missions, le manuel des procédures de l'UMRSS et de l'UGP FM/GAVI prévoit que :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Tout décaissement aux Sous Récipiendaires et aux Directions Régionales de la Santé (DRS) se fera selon les procédures de gestion financière de l'UGP FM/GAVI et par un virement bancaire sur le compte ouvert pour le projet. (...) Les avances décaissées aux Sous-Récipiendaires devront être justifiées dans un délai de quatre-vingt-dix (90) jours.</i> • <i>Les perdiems sont justifiés par l'ordre de mission original visé, note ou rapport de mission signé par le superviseur, toutes autres pièces justificatives (par ex. péage, ticket de station d'essence, etc.). [...] La justification, y compris le dépôt du rapport de mission devra se faire dans les 05 jours calendaires après accomplissement effectif de la mission (Activités du niveau central). Aucune nouvelle avance ne sera accordée si l'avance perçue précédemment n'a pas été justifiée, dans les délais requis, après accomplissement effectif de la mission, et le dépôt du rapport de mission.</i> <p>Dans son rapport de décembre 2022, l'Unité d'audit interne de l'UMRSS/UGP faisait remarquer que</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>« La revue a relevé des avances à fortes antériorités et a permis de noter une faiblesse dans l'application des procédures en matière de recours dans la justification de ces avances comme défini dans le manuel. ».</i> <p>Dans leur rapport de mission conjointe daté d'août 2023, l'Inspection de la Santé et l'Inspection des Finances relèvent que :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>« Les délais de justification des avances faites par l'UGP dans le cadre du renforcement du système de santé au niveau des Directions Régionales sont dépassés de [plus de 145 jours pour la plupart] ». Ils ajoutent que « les retards dans la liquidation des avances [sont] dus au long délai de traitement des pièces justificatives. »</i> 		
<p>Description</p> <p>La mission d'audit a constaté que sur la période de 2021 à 2023, l'UGP FM/GAVI n'avait pas pu mettre en place un dispositif efficace permettant de suivre l'apurement dans les délais des avances de fonds Gavi faites aux structures sous-récipiendaires et des avances de perdiems faites aux particuliers au sein du MSDS. Par conséquent, des retards importants ont été constatés dans la justification des avances par les différents bénéficiaires. A fin 2023, certaines avances avaient plus de deux (2) années d'antériorité. À la suite des alertes données par l'Unité d'audit interne, puis par l'Inspection de la Santé et l'Inspection des Finances, un dispositif de suivi renforcé a été mis en place au premier semestre 2024 par l'UGP et l'UMRSS avec l'appui d'un assistant technique et de l'Assurance Provider, ce qui a permis d'apurer une part importante des avances ouvertes.</p> <p>A la date du présent audit, un reliquat de 4 801 785 de FCFA (7 808 USD) d'avances ouvertes datant de 2022 n'a pas pu être apuré.</p>	<p>Recommandation</p> <p>L'UMRSS devra mettre en place un suivi continue des avances ouvertes incluant des relances périodiques avant la fin du délai de justification et l'escalade des retards au niveau hiérarchique approprié pour actions.</p>	
<p>Causes racines</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faiblesse de fonctionnement des organes de pilotage et de surveillance (cas du Comité de pilotage discuté en 4.1.3 et de l'audit interne décrit en 4.1.7) 	<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 9)</p>	
<p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise en question des montants et demande de remboursement ; • Difficultés dans le suivi comptable des avances et la clôture des comptes ; • Risque de suspension des avances ultérieures à certains acteurs du MSDS occasionnant des perturbations dans la mise en œuvre des activités. 	<p>Responsabilités</p>	<p>Délai / Chronogramme</p>

4.2.4. Insuffisance du mécanisme de contrôle des paiements aux agents de santé communautaires (ASC)

<p>Contexte</p> <p>Dans le cadre des programme RSS, la subvention Gavi gérée par l'UMRSS sert aux paiements de primes mensuelles aux Agents de Santé Communautaires (ASC) des trois régions Sikasso, Kayes et Koulikoro. L'UMRSS bénéficie de l'appui de l'ONG MUSO dans le suivi des activités des ASC et la validation de leurs états de paiements de primes avant le décaissement par l'UGP. Une plateforme informatique dénommée ASA MALI a été conçue par MUSO et sert donc à effectuer les contrôles.</p>		
<p>Description</p> <p>Des défaillances de contrôles à travers le système en place ont conduit à des doubles et triples paiements aux ASC Sikasso, Kayes et Koulikoro, au cours des mois de juin à aout 2022. Les primes sont payées aux ASC sur la base de leurs rapports mensuels individuels d'activités et de leurs listes nominatives soumis par les régions/districts puis revus et validés par l'ONG MUSO. Cependant, les contrôles en place n'ont pas pu permettre de prévenir ou déceler ces doublons. C'est seulement lors d'une mission d'inspection réalisée conjointement par l'Inspection de la Santé et de l'Inspection des Finances qu'elles ont été constatées. Les fonds trop payés ont été régularisés en grande partie à travers des retenues sur les primes des ASC au titre des mois subséquents (avril à juin 2023). Un reliquat de trop perçu par les ASC de 1 200 000 FCFA (2 021 USD) n'a pas pu être recouvré.</p>	<p>Recommandations</p> <p>L'UMRSS devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> • mettre en place un mécanisme rigoureux de contrôle et validation des listes des ASC éligibles aux paiements et des montants à payer chaque mois ; • en ligne avec la responsabilité première qui lui est confiée par le MSDS, renforcer les contrôles à effectuer par les services propres de l'UMRSS comme second rempart avant l'exécution des paiements ; • définir et mettre en place des contrôles a posteriori pour s'assurer que des erreurs ou bugs du système n'ont pu conduire à des paiements indus. 	
<p>Causes racines</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faiblesse de conception des contrôles des paiements effectués aux ASC ; • Rôle de dernier rempart de contrôle insuffisamment tenu par l'UMRSS. 	<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 9)</p>	
<p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risque de dépenses inéligibles pouvant entraîner des demandes de remboursement ; • Démotivation des ASC non payés sur plusieurs mois impactant l'atteinte des objectifs du programme. 	<p>Responsabilités</p>	<p>Délai / Chronogramme</p>

4.2.5. Insuffisance d'identification et de suivi des immobilisations

Contexte	
<p>Le manuel de procédures du Programme du Développement Sanitaire et Social (PRODESS) prévoit que sous la responsabilité de la DFM « un exercice d'inventaire du patrimoine est fait à la fin de chaque année entre novembre et décembre ». Ce manuel prévoit aussi que les inventaires du patrimoine du ministère soient réalisés au niveau central, régional et district. La DFM à travers la section Tenue de la Comptabilité du Matériel en Service et en Approvisionnement (TCMSA) consolide toutes les situations d'inventaires reçues et provenant des régions et les partage avec la Cellule de Planification et de Statistique (CPS).</p>	
Description	Recommandation
<p>L'audit a relevé des insuffisances dans l'identification et le suivi des immobilisations acquises sur financements GAVI et mises à la disposition du MSDS. En effet, la DFM qui a la responsabilité première du suivi du patrimoine du MSDS n'a pas mis en place une procédure qui lui garantisse une vue complète sur tous les équipements et autres matériels qui entrent dans le patrimoine du MSDS. C'est le cas, par exemple, des équipements acquis sur financement Gavi à travers l'Unicef et mis à la disposition des directions régionales. Ainsi, la DFM ne dispose pas d'une base de données complète et à jour des immobilisations financées par Gavi au sein du MSDS.</p> <p>Par ailleurs, la mission a noté une absence de prise d'inventaire régulier de l'ensemble des immobilisations telle que prévue dans le manuel du PRODESS. Le dernier inventaire date de 2018. Selon la DFM, l'absence d'inventaire physique national des immobilisations depuis 2018 est due à des difficultés de mobilisation des financements nécessaires à cette activité. L'audit n'a toutefois pas obtenu de documentation illustrant ce fait. Cette prise d'inventaire irrégulière ne favorise pas une vue exacte sur l'état de détérioration ou de fonctionnement de certains équipements permettant de planifier leur remplacement à temps.</p> <p>Par ailleurs, elle empêche le MSDS d'avoir une meilleure visibilité des besoins de maintenance des équipements de la chaîne du froid dans chaque région en vue d'en assurer une prise en charge efficace (voir constat 4.4.3).</p>	<p>La DFM devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> mettre en place un plan de communication avec toutes les entités impliquées dans la chaîne d'acquisition de matériels sur financement Gavi, notamment l'Unicef, le CNI, l'UMRSS, la DGSHP, etc. afin que ses services soient associés à la réception et/ou que les informations nécessaires soient partagées pour qu'elle procède à l'enregistrement des matériels dans la base de données du MSDS ; en lien avec la recommandation 4.2.1, mettre à jour le manuel du PRODESS en intégrant les procédures qui seront définies pour l'identification et le suivi des immobilisations acquises sur financement bailleurs, notamment Gavi ; mettre en place une planification et une budgétisation adéquates des inventaires et les exécuter suivant la fréquence prescrite par le manuel des procédures du PRODESS. Ceci permettra à la DFM d'avoir continuellement une vue d'ensemble à jour des immobilisations faisant partie du patrimoine du MSDS et en surveiller la gestion.
Causes racines	Réponses / Engagements du management
<ul style="list-style-type: none"> Cadre de suivi des immobilisations incomplet ; Manque d'appréhension des obligations en matière de suivi des immobilisations . 	(Voir plan d'actions correctives en annexe 9)
Risque(s) / Implication(s)	
<ul style="list-style-type: none"> Faible traçabilité des actifs transférés, retirés, ou prêtés d'un site à un autre avec les risques de pertes ou de vols associés non détectés à temps ; Risque de répartition inéquitable des immobilisations le long de la pyramide sanitaire ; Risque de perte précoce de certains équipements occasionnant des dépenses inattendues. 	

4.2.6. Dépenses mises en question par le présent audit

<p>Contexte</p> <p>Ce constat détaille les conclusions des tests substantifs effectués par l'équipe d'audit sur l'échantillon de dépenses ou lors de la revue des processus. Les dépenses testées ont été sélectionnées sur la base de la liste des décaissements que l'UGP FM/GAVI et l'UNICEF ont fournis à l'équipe d'audit durant la phase préparatoire et au cours de la mission d'audit. L'audit a examiné l'ensemble des pièces justificatives mises à disposition par les différentes entités de mise en œuvre et a évalué d'une part, pour l'exécution des programmes Gavi, leur conformité avec les bonnes pratiques en matière de justification des dépenses et, d'autre part, leur recevabilité et leur cohérence avec les activités menées.</p> <p>Le 26 juin 2024, Gavi a partagé les nouvelles exigences en matière de gestion des subventions Gavi (nouvelles GMR) au Gouvernement du Mali, à travers le MSDS.</p>	
<p>Description</p> <p>Les constatations d'audit relatives aux dépenses testées ont été regroupées par catégories d'anomalies, comme présenté dans le tableau de synthèse en annexe 5 du présent rapport (les définitions des catégories qualifiant les dépenses sont définies en annexe 3). L'audit des pièces justificatives des dépenses effectuées sur la période de 2020 à 2023 par les structures bénéficiaires au sein du MSDS a fait ressortir des insuffisances résumées dans les trois catégories de constats ci-dessous et détaillées en annexe 6 :</p> <p>a. Les dépenses insuffisamment justifiées : cette catégorie regroupe les dépenses pour lesquelles l'examen des documents fournis a révélé l'absence d'un ou plusieurs éléments essentiels de preuve documentaire. L'audit a observé notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des cas d'absence de preuves de paiement ; - des cas d'absence de livraisons ou de preuves de réalisation de certains achats et prestations ; - ou des ordres de missions non visés et sans rapports de missions. <p>Un montant total de dépenses de 18 740 364 FCFA (33 138 USD) a été considéré insuffisamment justifié par l'équipe d'audit.</p> <p>b. Les dépenses non justifiées : Les dépenses non justifiées s'élèvent à 138 808 FCFA (234 USD). Elles concernent essentiellement des écarts constatés entre les montants de certaines dépenses et la somme des pièces justificatives mises à disposition.</p> <p>c. Les 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. L'audit a observé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des bénéficiaires de perdiem ne figurant pas sur les listes de présence ; - des états de paiements avec des émargements douteux ; - des discordances d'informations dans les pièces justificatives relatives à une même transaction. <p>Un montant total de 31 225 000 FCFA (50 772 USD) de dépenses irrégulières a été identifié par l'équipe d'audit. Il s'agit essentiellement des états de paiements de perdiem avec des émargements douteux.</p>	<p>Recommandation</p> <p>Le MSDS devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> • mettre à jour le manuel du PRODESS en incluant les processus permettant un contrôle systématique de la qualité de justification des dépenses effectuées tant au niveau central qu'aux niveaux décentralisés (voir constat 4.2.1) ; • divulguer et sensibiliser les différentes entités du MSDS sur les dispositions de l'Accord Cadre de Partenariat et ses annexes, notamment l'Annexe 2 « Dispositions additionnelles relatives aux programmes » et l'Annexe 6 « Conditions de gestion financière » remplacée par les GMR ; • renforcer les missions d'inspection et d'audit interne sur la gestion des programmes Gavi au sein du MSDS conformément au point o) des nouvelles GMR partagées par Gavi le 26 juin 2024 ; • mettre en place un mécanisme de supervision formative et de mentorat des gestionnaires comptables avec l'appui de l'Inspection de la Santé, l'Inspection des Finances ou de la DFM.
<p>Causes racines</p> <ul style="list-style-type: none"> • Absence de procédures claires de justification des dépenses (voir constat 4.2.1) ; • Manque de supervision formative ou de mentorat des gestionnaires comptables. 	
<p>Risque(s) / Implication(s)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise en question des dépenses conduisant à des demandes de remboursement ; • Risque de suspension des financements additionnels engendrant des difficultés de mise en œuvre du programme d'immunisation. 	<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 9)</p>

4.3. Achats et passations de marchés

4.3.1. Faiblesse des procédures d'approbation du Plan de Passation de Marchés (UGP / UMRSS)

<p>Contexte</p> <p>Les GMR stipulent au point k) : « L'UGP FM/GAVI avec le support de l'AGF [Agence de Gestion Fiduciaire] s'assurera de l'adaptation du manuel de procédures déjà en cours d'utilisation aux exigences de Gavi tout en respectant autant que possible l'harmonisation des procédures avec celles du Fonds Mondial (FM) ».</p> <p>Relativement aux procédures du Fonds Mondial, le manuel précise au point I.5.3 que « Après consolidation, finalisation et validation par le coordinateur de l'UGP FM/GAVI, le Plan de Passation des Marchés des Produits Non-Santé (PPM/PNS) est transmis à l'Agence Fiduciaire pour revue avant envoi au Fonds mondial pour approbation définitive ».</p> <p>Les PPM annuels de l'UGP FM/GAVI se présentent sous forme d'un état consolidé des marchés Gavi/Fonds Mondial parmi lesquels certains sont financés exclusivement sur les ressources Gavi ou sur les ressources du Fonds Mondial.</p>		
<p>Description</p> <p>Le manuel de procédures de passation de marchés de l'UGP FM/GAVI prévoit la soumission du PPM au Fonds Mondial pour approbation définitive, cette disposition s'appliquant aux marchés sur financement du Fonds Mondial. L'harmonisation des procédures appliqués aux financements Gavi avec celles du Fonds Mondial requise par les GMR implique donc que les PPM soient aussi soumis à l'approbation de Gavi pour ce qui concerne les marchés sur financement Gavi.</p> <p>Cependant, l'audit a observé que les PPM des années 2021 à 2023 n'ont pas été soumis à la validation formelle de Gavi pour ce qui concerne les marchés prévus et exécutés sur fonds Gavi. Bien que le Fonds Mondial ait donné son approbation pour les PPM consolidés, l'approbation de Gavi demeure nécessaire pour les marchés exécutés exclusivement sur fonds Gavi, dans une approche d'harmonisation des procédures.</p>	<p>Recommandation</p> <p>L'UMRSS devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> • mettre en évidence dans les PPM, les marchés cofinancés par les deux bailleurs Gavi, Fonds Mondial, et les marchés financés exclusivement par chaque bailleur ; • soumettre les PPM à la fois à la validation écrite de Gavi et du Fonds Mondial et archiver les preuves de validation avant d'entamer l'exécution de ces PPM. 	
<p>Causes racines</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mauvaise interprétation des GMR ; • Faiblesse du mécanisme de surveillance interne de l'UGP/UMRSS. 	<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 9)</p>	
<p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> • Non-conformité aux dispositions des accords et au code des marchés ; • Risque de rejet des dépenses relatives aux marchés n'ayant pas reçu les approbations préalables requises dans le manuel. 	<p>Responsabilités</p>	<p>Délai / Chronogramme</p>

4.3.2. Faiblesses observées dans la gestion des marchés

Contexte

Les passations de marchés sont régies en République du Mali par le décret n°2015-0604/P-RM du 25 septembre 2015 portant code des marchés publics et des délégations de service public. Un arrêté n° 2015-3721/MEF-SG a été pris le 22 octobre 2015 pour fixer les modalités d'application dudit décret. Le manuel de procédures de passation des marchés de l'UGP FM/GAVI intègre les dispositions de ces textes. Ce manuel prévoit les dispositions suivantes :

- 1.3.3 Pièces à conserver : « [...] Le tableau ci-après énumère les documents qui doivent être conservés dans les dossiers relatifs aux marchés passés :
 - 7°/ La décision de nomination du Comité d'analyse et d'ouverture des offres
 - 9°/ Copie complète de chaque soumission reçue et évaluée ainsi que des éclaircissements demandés et des réponses fournies
 - 12°/ Les enveloppes des soumissions »
- 1.3.4 Classement et archivage des documents « Chaque demande d'acquisition ou de Passation de Marchés conduit à un processus d'acquisition encadré par les procédures qui régissent les opérations spécifiques à chaque type d'acquisition. Les dossiers afférents à chacun des marchés du plan de passation de marchés (PPM) dans le cadre de la mise en œuvre du Programme seront classés suivant le plan proposé. »

En dehors des primes des ASC, les fonds RSS additionnels de Gavi gérés par l'UMRSS et l'UGP ont aussi servi au financement de travaux de construction ou de rénovations/ réhabilitations de 30 Centres de Santé Communautaires (CSCOM) au Mali. Ces CSCOM ont été regroupés par lots et attribués aux entreprises retenues à l'issue d'un processus concurrentiel. Les contrats signés avec les entreprises prévoient un délai de 120 jours à compter de la date d'émission de l'ordre de service pour l'exécution des travaux. La section 4 du manuel des procédures de passation des marchés de l'UGP FM/GAVI intitulé « Evaluation de Performance du Fournisseur/ Entreprise/ Consultant » prévoit l'évaluation des prestataires seulement au stade de la réception définitive des travaux, biens ou services.

L'audit a analysé huit (8) marchés exécutés par l'UGP FM/GAVI entre 2021 et 2023, représentant un montant total de 2 143 364 465 FCFA (valeur contractuelle des marchés) et inscrits dans le PPM.

Description

La revue des dossiers de passation des marchés révèle des insuffisances dans l'archivage des dossiers et une faiblesse de gestion des contrats.

Insuffisance d'archivage des dossiers de passation de marchés

L'équipe d'audit lors de la revue des marchés échantillonnés, a constaté l'absence de plusieurs documents dans les dossiers. Certains de ces documents ont finalement été fournis à la mission après de multiples relances et recherches. D'autres documents tels que les décisions de mise en place de la commission ad hoc, les réponses écrites aux soumissionnaires pour donner suite à leurs plaintes, et les enveloppes des soumissions contenant les offres n'ont pas pu être fournis. L'absence de ces documents ne remet certes pas en question l'exécution effective des marchés et donc les montants concernés, mais constitue un manquement aux obligations d'archivage prévues dans le manuel et peut jeter des doutes sur la transparence du processus de sélection.

Par ailleurs, les lettres de notification aux attributaires ne précisent pas les sites concernés par les lots attribués.

Retards d'exécution de certains contrats

La revue des contrats liés aux marchés a mis en évidence des retards dans l'exécution de certains travaux de construction, rénovation/ réhabilitation de CSCOM. C'est le cas notamment des lots attribués à l'entreprise Afrique Travaux BTP Hydraulique qui connaissent un retard de plus de 340 jours, soit presque 3 fois le temps nécessaire à l'exécution des travaux (120 jours selon le contrat). Selon la dernière situation présentée par l'UMRSS à la date du 6 mai 2024, les travaux de ce prestataire étaient à l'arrêt avec une réalisation à seulement 50.48%. Nous comprenons de nos échanges avec l'UMRSS que la suspension temporaire de l'exécution des subventions Gavi pendant quelques mois en 2023 a retardé dans une certaine mesure l'exécution des travaux. Cependant, le retard particulièrement élevé de ces lots traduit l'insuffisance d'évaluation continue de la capacité des prestataires au cours de l'exécution des contrats et l'absence de mise en place d'un plan d'actions concrètes en réponse à ce retard significatif.

Recommandation

L'UMRSS devra :

- veiller à respecter la procédure d'archivage décrite dans le manuel de procédures et s'assurer de la disponibilité en temps voulu de toute la documentation rentrant dans le processus de passation de marchés. Il est crucial que les documents liés à un même marché soient classés ensemble, suivant les différentes étapes du processus, conformément aux dispositions du manuel de procédures. Une checklist de tous les documents à archiver pourrait être jointe à l'ouverture de chaque dossier ;
- faire le point et documenter les capacités des entreprises retardataires à poursuivre l'exécution des marchés suivant les termes du contrat, et en accord avec Gavi et le MSDS, prendre les mesures nécessaires pour la bonne fin des travaux et la clôture du programme ;
- mettre en place un mécanisme d'évaluation des performances des prestataires de manière intermittent tout le long de l'exécution des contrats. Les procédures d'application de ce mécanisme devront être intégrées dans une version actualisée du manuel des procédures de passations des marchés.

Causes racines <ul style="list-style-type: none">• Insuffisance de structuration de l'archivage des dossiers de passation des marchés ;• Absence de procédure d'évaluation des prestataires en phase d'exécution des contrats.	Réponses / Engagements du management (Voir plan d'actions correctives en annexe 9)	
Risques / Implications <ul style="list-style-type: none">• Non-respect des termes d'exécution des contrats préjudiciable au Programme et occasionnant des coûts additionnels ;• Risque de rejet des dépenses relatives aux marchés non finalisés suivant les termes du contrat.	Responsabilités	Délai / Chronogramme

4.4. Gestion des vaccins

4.4.1. Défaut de suivi d'exécution du plan d'amélioration de la GEV

<p>Contexte</p> <p>Une évaluation de la Gestion Efficace des Vaccins (GEV) a été effectuée au Mali en 2019. En dépit d'un score optimiste de 81% contre 74% en 2014, plusieurs faiblesses significatives ont été constatées. Les résultats de cette évaluation ont abouti à l'élaboration d'un plan d'amélioration qui devrait permettre de corriger les insuffisances constatées à chaque niveau de la pyramide sanitaire et renforcer durablement la chaîne d'approvisionnement en vaccins. Le plan d'amélioration est généralement basé sur une stratégie sur 5 ans devant conduire à une nouvelle évaluation de la GEV.</p>		
<p>Description</p> <p>La revue de l'état d'avancement du plan d'amélioration issu de l'évaluation de la GEV de 2019 révèle que la plupart des actions correctives prévues n'ont pas été mises en œuvre. En effet, au terme des cinq (5) années indiquées pour la mise en œuvre du plan (2019-2023) seulement 52% des actions ont été mises en œuvre. En outre, les activités non réalisées comprennent des actions à fort impact telles que l'élaboration et la diffusion des Procédures Opératoires Normalisées (PON), la formation des acteurs du PEV à différents niveaux de la pyramide sanitaire ou le renforcement de la capacité de SEPAUMAT à assurer la maintenance des équipements de la chaîne du froid.</p> <p>Cette insuffisance du suivi de la GEV est à mettre en lien avec les faiblesses de gouvernance du Programme discutées plus haut dans la section 4.1.2. Elle est aussi la principale cause de la persistance des défaillances décrites dans les constats suivants qui, pour la plupart, avaient déjà été constatées lors de l'audit de 2021.</p>	<p>Recommandation</p> <p>Le MSDS devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> • s'assurer de la mise en place d'un mécanisme de suivi et évaluation du plan d'amélioration de la GEV précisant notamment les rôles et responsabilités en la matière, les modalités de ce suivi ainsi que la fréquence ; • requérir un rapport périodique au CCIA sur l'état d'avancement de la mise en œuvre du plan d'amélioration de la GEV. Cela permettra à cette insistance de se prononcer sur les performances réalisées et définir des éventuels plans d'actions. 	
<p>Causes racines</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faiblesse de monitoring par les organes de gouvernance (voir constat 4.1.2) ; • Défaut de mise en place d'un mécanisme de suivi des plans d'actions (voir constat 4.1.1). 	<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 9)</p>	
<p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manque de visibilité sur les besoins de financement du plan en vue d'une mobilisation des partenaires financiers ; • Manque de suivi d'exécution du plan conduisant à un faible taux d'exécution des activités ; • Persistance des défaillances du Programme. 	<p>Responsabilités</p>	<p>Délai / Chronogramme</p>

4.4.2. Faiblesse du cadre gestion des vaccins et de la chaîne du froid

<p>Contexte</p> <p>L'efficacité des vaccins dans la prévention des maladies infectieuses peut être moindre par des mauvaises conditions d'entreposage et de manutention. Il est donc crucial que tous les intervenants responsables du maintien de la qualité des vaccins, que ce soit au moment de l'entreposage ou de la manutention, connaissent et appliquent fidèlement les normes de gestion des vaccins.</p> <p>Dans ce sens, les Procédures Opératoires Normalisées (PON) de la chaîne d'approvisionnement en vaccins et autres produits de vaccination, décrivent de manière précise les modalités d'accomplissement des tâches dans le cadre de la gestion des vaccins. Selon l'OMS, la mise en place systématique et l'utilisation de PON sont indispensables à la gestion de la qualité du programme d'immunisation.</p> <p>En 2020, le CNI a élaboré les PON sous forme d'un document de 240 pages décrivant les procédures de gestion des vaccins et consommables, de gestion de la chaîne du froid, de gestion des données vaccinales et de surveillance épidémiologique. Ce document est disponible seulement en format numérique auprès de certains acteurs du niveau central.</p>		
<p>Description</p> <p>L'audit a relevé que les PON élaborées en 2020 par la direction du CNI n'ont pas encore été éditées et diffusées sous forme de fiches techniques physiques (copies dures) plus accessibles aux acteurs des niveaux intermédiaire et périphérique.</p> <p>Les visites de sites effectuées à l'occasion de l'audit au Mali ont permis de constater que les différents acteurs du PEV à chaque niveau de la pyramide sanitaire ne disposent pas de guides opérationnels qui puissent leur servir de référence dans la gestion efficace des équipements et des vaccins. Cette absence de cadre de référence sur les bonnes pratiques justifie en grande partie plusieurs défaillances observées au cours de ces visites en matière de gestion des stocks de vaccins et autres intrants (voir constat 4.4.4).</p> <p>Le plan d'amélioration de la GEV prévoyait de multiplier et rendre disponible 2000 exemplaires de procédures opératoires normalisées⁵. Comme discuté en 4.4.1, le défaut de suivi du plan n'a pas permis de planifier et mettre en œuvre cette action.</p>	<p>Recommandation</p> <p>Le CNI doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • éditer chaque Procédure Opératoire Normalisée (PON) sous forme d'une fiche technique dont la compréhension sera plus facile pour les acteurs du PEV à chaque niveau de la pyramide sanitaire (différencier les fiches par niveau) ; • organiser des formations de recyclage sur l'utilisation de ces fiches ; • imprimer plusieurs copies des fiches et les mettre à la disposition de tous les acteurs du PEV à chaque niveau de la pyramide sanitaire. 	
<p>Causes racines</p> <ul style="list-style-type: none"> • Défaut de mise en place d'un mécanisme de suivi des plans d'actions (voir constat 4.1.1) ; • Faiblesse dans le processus d'élaboration et de diffusion des PON 	<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 9)</p>	
<p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> • Institutionnalisation d'une interprétation erronée de certaines pratiques non-conformes ; • Mauvaise gestion des équipements de la chaîne du froid aboutissant à des pannes récurrentes ; • Mauvaise manipulation des vaccins conduisant à des pertes importantes de doses de vaccins ; 	<p>Responsabilités</p>	<p>Délai / Chronogramme</p>

⁵ Action N°12 du plan d'amélioration de la GEV avec pour délai d'achèvement décembre 2021.

4.4.3. Insuffisances liées à la gestion de la chaîne du froid et des entrepôts secs

<p>Contexte</p> <p>La chaîne du froid Mali est structurée en trois niveaux : le dépôt central, les dépôts intermédiaires et les dépôts du niveau périphérique. Le dépôt central comprend 20 chambres froides positives, 2 chambres froides négatives, et 2 containers ultra-froid. Le niveau intermédiaire comprend neuf (9) régions avec des chambres froides de 10m3 et deux (2) régions avec des chambres froides de 30 m3. Ces dépôts régionaux reçoivent les vaccins du dépôt central au moyen de véhicules frigorifiques. Ils livrent les vaccins et consommables aux dépôts de districts. Les structures du niveau périphérique (districts et centres de santé) disposent de réfrigérateurs électriques (districts) et solaires (centres de santé). Un système de suivi à distance des températures des chambres froides a été installé au niveau central et dans les régions. Le niveau périphérique effectue un suivi manuel à l'aide de fridge-tags.</p>					
<p>Description</p> <p>L'audit a noté que grâce aux efforts du MSDS et avec l'appui des subventions CCEOP de Gavi, le Mali a été doté d'importants équipements pour le stockage des vaccins. Le pays a désormais une dotation relativement satisfaisante en équipements de la chaîne du froid au niveau central, régional et périphérique. Cependant, la gestion de ces équipements présente des défaillances qui menacent la pérennité des investissements réalisés.</p> <p>Défis de certaines régions à assurer le fonctionnement continu des chambres froides</p> <p>Certaines régions du pays éprouvent des difficultés à assurer le fonctionnement continu de leur chambre froide. En raison des coupures fréquentes d'électricité, les partenaires ont financé l'acquisition de générateurs électriques pour les chambres froides dans certaines régions. Cependant, plusieurs chambres froides fonctionnelles sont à l'arrêt faute d'opérationnalisation de ces générateurs électriques. C'est le cas, par exemple, de la chambre froide de la DRS de Koulikoro et celle de la DRS du District de Bamako (voir annexe 7). Les raisons énoncées sont notamment l'insuffisance de fonds pour l'achat de carburant ou des travaux d'installations en attente.</p> <p>Les stocks de vaccins de ces 2 régions ont été transférés au dépôt central, ce qui rompt la chaîne d'approvisionnement des vaccins et annule l'effort de proximité aux centres de vaccination qu'offraient ces dépôts intermédiaires. En outre, l'arrêt prolongé des chambres froides est susceptible d'engendrer de nouvelles pannes et occasionner la perte totale des investissements réalisés.</p> <p>Faiblesse du plan de maintenance des équipements de la chaîne du froid</p> <p>Le plan de maintenance des équipements de la chaîne du froid repose essentiellement sur les prestations de SEPAUMAT (service d'entretien du parc auto et matériel), une structure nationale rattachée à la Direction Générale de la Santé et de l'hygiène Publique (DGSHP). Cependant, SEPAUMAT ne parvient pas à répondre de manière satisfaisante aux besoins de maintenance des équipements de la chaîne du froid du fait d'une couverture territoriale insuffisante de techniciens spécialisés.</p> <p>De plus, les procédures de sollicitation des agents de SEPAUMAT par les structures dans le besoin ne sont pas suffisamment clarifiées, particulièrement en ce qui concerne les frais de déplacement des agents. Les responsables de certains sites visités indiquent n'avoir pas pu bénéficier des services de SEPAUMAT faute de ressources pour financer le déplacement de l'agent. La GEV prévoyait des actions de renforcement de la capacité de SEPAUMAT qui n'ont pas pu être menées faute de suivi.</p>	<p>Recommandation</p> <p>Le MSHP devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> • veiller à la remise en marche des chambres froides à l'arrêt dans les différentes régions et doter les DRS des moyens nécessaires pour en assurer un fonctionnement continu; • établir un plan formel de maintenance des équipements de la chaîne du froid clarifiant les voies et modalités de recours à chaque niveau de la pyramide sanitaire. 				
<p>Causes racines</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de suivi par les organes de gouvernance (voir constat 4.1.2) ; • Défaut de mise en place d'un mécanisme de suivi du plan d'amélioration de la GEV (voir constat 4.4.1) ; • Défaillance du monitoring des équipements non financés sur budget état (voir constat 4.2.5). 	<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 9)</p>				
<p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risque de rupture de la chaîne du froid occasionnant des pertes importantes de doses de vaccins et autres intrants ; • Raccourcissement de la durée de vie utile des équipements nécessitant leur remplacement prématuré. 	<table> <tr> <td>Responsabilités</td> <td>Délai / Chronogramme</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Responsabilités	Délai / Chronogramme		
Responsabilités	Délai / Chronogramme				

4.4.4. Faiblesses en matière de gestion physique des stocks de vaccins et intrants

Contexte

Selon les directives de l'OMS⁶ le personnel chargé de surveiller les vaccins doit savoir comment stocker correctement les vaccins dans les chambres froides, comment utiliser et interpréter les dispositifs de contrôle de la température, et connaître les mesures d'urgence à prendre en cas de défaillance du matériel de la chaîne du froid.

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 ;
- les vaccins non résistants au gel sont stockés dans des zones non exposées ;
- l'air frais peut circuler librement autour des produits ;
- les vaccins destinés à des activités supplémentaires peuvent être stockés temporairement sans gêner l'accès au stock de routine.

Selon le Manuel des politiques de sécurité des Nations Unies⁷ les incendies causent chaque année un grand nombre de blessures et de morts et une perte d'actifs dans différentes organisations. Il indique qu'il est cependant possible de prévenir les pertes attribuables aux incendies en appliquant des principes élémentaires de prévention des incendies et en se préparant face aux situations d'urgence.

Description

L'absence de mise en œuvre satisfaisante du plan d'amélioration de la GEV telle que discuté au point 4.4.1 a eu entre autres répercussions, l'insuffisance de formation des nouveaux agents du PEV et d'actualisation des connaissances des autres agents. Cette insuffisance ajoutée à l'absence de procédures opératoires normalisées (PON) adaptées aux utilisateurs du niveau périphérique telle que mentionnée au point 4.4.2, sont parmi les principales causes des insuffisances de gestion physiques des stocks de vaccins et intrants constatées lors des visites de sites.

En effet, les visites de certains districts et centres de santé dans le District de Bamako, la région de Mopti et dans la région de Koulikoro ont permis d'observer les insuffisances suivantes :

Faiblesses de gestion physique des stocks (niveau intermédiaire et périphérique)

- Suivi irrégulier des températures des chambres froides et des réfrigérateurs et absence d'analyse périodique des tendances pouvant révéler des défaillances du matériel de chaîne du froid (voir annexe 7) ;
- Rangement confus des vaccins dans les chambres froides et les réfrigérateurs ne facilitant pas le respect de l'utilisation des vaccins suivant la proximité de leur date de péremption (certains agents rencontrés effectuent les sorties de stocks suivant le lot le plus accessible dans les rayons) ;
- Absence de suivi de l'état du PCV des vaccins (la plage réservée au contrôle de l'état du PCV sur les bordereaux de livraisons de vaccins n'est presque jamais renseignée) ;
- Méthodes disparates de traitement physique des doses de vaccins périmées ou endommagées.

Insuffisance du mécanisme de prévention des incendies

Les visites effectuées au niveau des locaux du PEV à Bamako et dans les DRS du District de Bamako et de Koulikoro ont permis de constater d'importantes défaillances dans le mécanisme de prévention des incendies. En effet, il a été observé plusieurs pratiques à risques telles que des installations électriques vieillies et mal protégées, des résidus de carburant de générateur électrique non asséchés, des extincteurs hors d'usage ou dont l'état de fonctionnement n'a pas été testé depuis plusieurs années. De plus, la plupart des personnes en charges des installations n'ont jamais de bénéficié de formation sur la gestion des risques incendies.

Recommandation

En lien avec la recommandation 4.4.2, le CNI devra :

- organiser dans un bref délai, les formations de mise à niveau des nouveaux agents sur les bonnes pratiques de gestion des vaccins ;
- accentuer les supervisions formatives et s'assurer lors de ces supervisions que les PON adaptés sont disponibles, accessibles et régulièrement consultés par tous le personnel en charge du PEV au niveau intermédiaire et périphérique ;
- faire un diagnostic des risques d'incendies sur les différents sites du PEV et mettre en œuvre le plan de mise aux normes. Ce plan devra inclure la formation et la sensibilisation des acteurs sur chaque site à la prévention des incendies.

⁶ Manuel d'utilisation des procédures opératoires normalisées du modèle de GEV, version consolidée, avec mode d'emploi.

⁷ Chapitre VII « Dispositions en matière de sûreté », section B « Sécurité incendie », promulgué en avril 2012 et révisé en mai 2017.

Causes racines <ul style="list-style-type: none">• Défaut de mise en place d'un mécanisme de suivi du plan d'amélioration de la GEV (voir constat 4.4.1) ;• Défaut de formation continue des acteurs et insuffisance de supervision formative ;• Mauvaise appréhension des risques incendie ou connaissance limitée des mécanismes de prévention.	Réponses / Engagements du management (Voir plan d'actions correctives en annexe 9)	
Risques / Implications <ul style="list-style-type: none">• Risque de pertes des vaccins dont les dates de péremption n'ont pas été suivies ;• Altération de la qualité des vaccins administrés occasionnant des dommages sur la santé des individus ;• Risque de déclenchement d'incendies pouvant occasionner d'importants dégâts matériels et humains.	Responsabilités	Délai / Chronogramme

4.4.5. Faiblesse de suivi et d'analyse des mouvements de stocks (seringues et vaccins)

Contexte

L'approvisionnement de certaines régions en vaccins constitue un défi majeur pour le PEV. Les régions du Sud sont plus facilement approvisionnées par la route à l'aide des camions frigorifiques tandis que les régions du Centre, de l'Est et du Nord sont approvisionnées par avion avec des vols UNHAS ou de Médecins Sans Frontières. Le coût d'approvisionnement s'en trouve plus élevés et contraint le CNI à faire des approvisionnements moins fréquents mais en quantité plus ou moins importantes selon les capacités de l'aéronef et les capacités de stockage de ces régions.

Le suivi des stocks de vaccins des niveaux central, régional et district est effectué à travers les fichiers Excel Stock Management Tool (SMT) et les stocks des niveaux inférieurs sont suivis dans des registres manuels.

Description

Lors des visites au niveau central et décentralisé l'audit a observé des défaillances dans le suivi des données de stocks.

Faiblesses constatées au niveau central (CNI) et intermédiaire (DRS)

- Les fichiers SMT du dépôt national (SMT 2024), des régions et des districts visités n'étaient pas à jour en ce qui concerne les mouvements de stocks
- Plusieurs informations essentielles telles que les doses de vaccins périmés ne sont pas renseignées. Par conséquent, le CNI n'a pu fournir aucunes statistiques sur les pertes de vaccins (périmés, virés, cassés) dans les régions, tant pour la vaccination de routine que pour la Covid 19.
- Certains centres visités utilisent à la fois le SMT et des registres manuels mais aucun des deux outils n'était à jour.
- Les paramètres et les formules dans certains fichiers SMT ont été écrasées empêchant ainsi l'affichage de certaines données essentielles.
- Plusieurs erreurs, omissions et doublons ont été identifiées dans les fichiers SMT du niveau central et dans les régions. L'analyse des stocks de seringues révèle par exemple que plusieurs livraisons effectuées ne sont pas enregistrées dans les SMT, tant au niveau du CNI qu'au niveau des DRS (**voir annexe 8**).

Faiblesses constatées au niveau périphérique (Districts et CSCOM)

- Absence de registres de stock homologués (la présentation et la qualité des registres de stocks varient d'une localité à l'autre) (voir annexe 7);
- Inventaires de stocks irréguliers ou non-rapportés dans les registres de stock ;
- Registres de stock non mis à jour depuis plusieurs mois ou avec des ruptures de séquences inexplicables (voir annexe 7).

Certaines causes à ces défaillances ont pu être identifiées au niveau central et au niveau déconcentré.

Causes au niveau central (CNI)

- La mauvaise répartition des tâches discutées en 4.1.6 entraîne une concentration de la charge de travail au niveau de certains individus occasionnant des retards ou un traitement inefficace de certaines tâches.
- La faiblesse de monitoring de la qualité remontée des données des SMT provenant des régions.
- L'absence de contrôle périodique des SMT par un supérieur hiérarchique.

Causes au niveau déconcentré (régions et districts)

- Manquement des chargés de PEV des régions et districts à l'égard de leurs rôles et responsabilités dans le remplissage des données des SMT. Le remplissage des SMT est souvent abandonné à la charge des assistants techniques déployés par l'Unicef. Ce qui ne favorise pas l'appropriation de l'outil par le personnel du ministère.
- Absence de contrôle périodique des SMT par un supérieur hiérarchique.

Recommandation

Pour trouver l'équilibre entre le risque de pertes de vaccins dues au surstockage ou le risque d'une faible couverture vaccinale due aux ruptures de stocks, une maîtrise des données de stocks s'impose au CNI. Le CNI devra donc en collaboration avec la DGSHP :

- compléter les PON avec une description claire des procédures et exigences de remplissage des outils de gestion des stocks disponibles à chaque niveau de la pyramide sanitaire ;
- former les acteurs des niveaux intermédiaire et périphérique sur les procédures de gestion des stocks. Cette formation devra permettre d'explicitier les procédures d'inventaires physiques, leur fréquence, les modalités de rapprochement et de mise à jour des registres du stock ;
- responsabiliser des agents pour la saisie des données dans les SMT au niveau du CNI et dans les DRS et Districts ;
- responsabiliser des cadres au niveau du CNI et dans les DRS et Districts pour la supervision et le contrôle des données renseignées par les agents dans les SMT et pour le suivi de la collecte des SMT des niveaux inférieurs ;
- lors des réunions de direction, inclure régulièrement une présentation des résultats d'analyse périodique des données de stocks, y compris des informations pertinentes sur la disponibilité des stocks, les capacités de consommation, les pertes de vaccins flacons fermés, etc.

Causes racines <ul style="list-style-type: none">• Mauvaise appréhension de l'utilité et de la portée des informations demandées dans les fichiers SMT et registres de stocks ;• Défaillance dans l'organisation du personnel et manque de clarté des rôles et responsabilités (voir constat 4.1.5) ;• Insuffisance de formation et de supervision.	Réponses / Engagements du management (Voir plan d'actions correctives en annexe 9)	
Risques / Implications <ul style="list-style-type: none">• Risque de pertes de vaccins résultant des surstockages ou d'une faible couverture vaccinale du fait de ruptures de stocks• Dépendance à l'égard des assistances techniques et absence de transfert de compétence.	Responsabilités	Délai / Chronogramme

4.4.6. Gestion inefficace des espaces de stockage d'intrants secs

<p>Contexte</p> <p>La GEV de 2019 avait souligné l'insuffisance des capacités de stockages d'intrants secs au niveau central et dans les régions. En réponse à cela, un nouveau bâtiment a été construit pour le CNI avec le soutien de Gavi. Le CNI dispose désormais d'un (1) magasin de stockage secs et loue deux (2) entrepôts dans la ville pour compléter ses capacités de stockage. Au niveau régional, des financements ont été acquis pour doter tous les dépôts régionaux et intermédiaires en magasins secs pour le stockage du matériel d'injection. Les études sont en cours.</p> <p>Ces investissements illustrent les efforts du Gouvernement du Mali, de Gavi et des autres partenaires pour doter le CNI des capacités nécessaires à une gestion efficace du PEV. Toutefois des défis demeurent.</p>		
<p>Description</p> <p>Les visites effectuées sur les différents sites de stockage de secs du CNI à Bamako montrent que la faiblesse de la capacité de stockage provient notamment d'une mauvaise gestion des espaces disponibles. En effet, l'équipe d'audit a observé que l'espace de stockage d'intrants secs disponible n'est pas utilisé de manière optimale.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au niveau du magasin sec appartenant en propre au CNI, les cartons de seringues sont rangés de manière confuse sans aération et sans racks d'entreposage. Les couloirs de circulations ne sont pas dégagés pour faciliter les travaux de manutention. • Au niveau des deux entrepôts secs en location, l'un est quasi à l'abandon et encombré de vieux meubles, et le rangement dans l'autre n'est pas adéquat. En effet, les éléments de stocks y sont supportés les uns sur les autres formant des hautes piles mal ordonnées. Des racks d'entreposage acquis sur financement des bailleurs y sont entreposés depuis plusieurs mois, en attente d'être installés. • Par ailleurs, des débris de cartons et autres emballages encombrent certains espaces des entrepôts et la cour du CNI. 	<p>Recommandation</p> <p>Les défis actuels d'espace de stockage de secs peuvent être atténués par une optimisation de l'espace disponible. A cet effet, le CNI devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> • assainir les différents entrepôts disponibles et tous les espaces encombrés de déchets et matériels hors d'usage ; • installer et mettre à profit les racks d'entreposage acquis et stockés dans le second entrepôt ; • organiser des formations de renforcement des compétences du personnel en charge de la gestion des espaces de stockage d'intrants secs ; • améliorer le rangement dans les différents entrepôts en dégagant des couloirs d'accès afin de faciliter les travaux de manutention et réduire le risque d'endommagement des intrants et autres matériels. 	
<p>Causes racines</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faiblesse de monitoring de la gestion des espaces de stockage par la Direction du CNI ; • Formation insuffisante du personnel en charge de la gestion des stocks d'intrants secs. 	<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 9)</p>	
<p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacité limitée de stockage pour une réponse efficace à certaines urgences ; • Risque d'endommagement des intrants secs et autres matériels ; • Risque financier découlant de demande de remboursements des coûts des matériels et produits ainsi endommagés. 	<p>Responsabilités</p>	<p>Délai / Chronogramme</p>

4.5. Suivi et évaluation

4.5.1. Besoin de redynamisation du mécanisme de contrôle de la qualité des données

Contexte

Depuis 2020 le Mali a migré totalement de l'outil manuel de gestion des données vaccinales appelé DVDMT à la plateforme DHIS2 qui est désormais la source unique de collecte des données vaccinales. La mise en place du DHIS2 a été précédée par des formations en cascade des différents utilisateurs à chaque niveau de la pyramide sanitaire. Les données sont saisies dans les aires de santé qui vaccinent et des contrôles sont effectués par niveau hiérarchique supérieur.

Le 29 avril 2019 le MSDS a pris la décision N°2019 913/MSHP/SG portant création, composition et modalités de fonctionnement de la commission d'amélioration de la qualité des données du PEV et de la surveillance des notifications des cas de paralysie flasque aigüe au Mali. Cette commission est présidée par le Directeur de la DGSHS et est chargée entre autres de:

- coordonner et mutualiser les interventions sur l'amélioration de la qualité des données des équipes régionales,
- élaborer les outils standards de suivi de la qualité des données,
- faire le point périodique de la mise en œuvre du plan d'amélioration de la qualité des données, décrypter et analyser les problèmes liés à la qualité des données, i
- présenter au CCIA une fois par trimestre le tableau de bord des principaux indicateurs du PEV,
- mobiliser des fonds pour les activités d'amélioration de la qualité des données.

La commission doit se réunir une fois par mois sur convocation de son président.

Description

En dépit des mécanismes de contrôles mis en place par le MSDS, la qualité des données de couverture vaccinale demeure problématique. Les visites effectuées à différents niveaux de la pyramide sanitaire au cours de l'audit révèlent des défaillances dans le fonctionnement des comités de revue des données et dans la pertinence des contrôles effectués. Les constats sont notamment :

AU NIVEAU DECONCENTRE

Nouveaux agents non formés ou ayant une faible maîtrise de l'outil DHIS2 : plusieurs agents initialement formés à l'utilisation du DHIS2 ont quitté ou été affectés à d'autres postes. Les nouveaux agents affectés ou leurs suppléants ont une faible maîtrise de l'outil et ne parviennent pas à renseigner de manière fiable les données de vaccination. Faute de formation, ceux parmi ces nouveaux agents qui ont la responsabilité de contrôler la qualité des données ne peuvent le faire de manière efficace.

Groupes de qualité des données inopérants dans plusieurs régions : la décision N°2019 913/MSHP/SG du MSDS devrait se traduire par la mise en place d'une commission d'amélioration de la qualité des données aux niveau de chaque région. Certaines DRS, telles que la DRS du District de Bamako ont pu mettre en place cette commission et elle se réunit régulièrement et ses membres communiquent de manière interactive à travers des groupes WhatsApp. Mais, ces commissions qualité des données n'ont pas encore été mis en place ou ne sont pas fonctionnels dans plusieurs DRS.

Absence de contrôles approfondis sur les données : les entretiens avec les acteurs en charge des contrôles sur la qualité des données dans le DHIS2 révèlent que ces contrôles sont limités à la vérification de la promptitude de la saisie et de la complétude des données. Des analyses plus approfondies ne sont pas effectuées.

AU NIVEAU CENTRAL

Fonctionnement irrégulier de la Commission d'amélioration de la qualité des données du PEV :

La commission créée par décision N°2019 913/MSHP/SG du 29 avril 2019 qui devait se réunir mensuellement a connu un début de fonctionnement pendant quelques mois puis ne s'est plus réunie jusqu'à ce jour.

Recommandation

La DGSHS devra en collaboration avec le CNI :

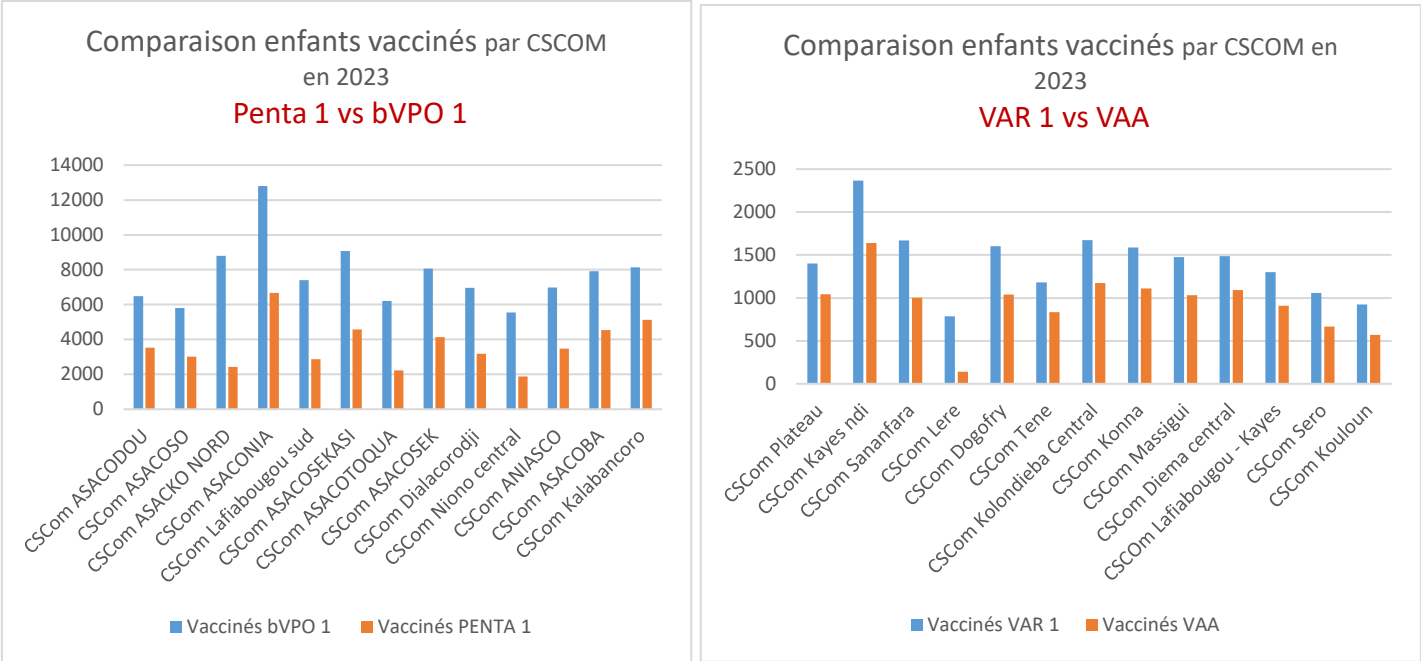
- redynamiser au niveau central la commission d'amélioration de la qualité des données du PEV et de la surveillance mise en place en 2019
- coordonner la mise en place d'une représentation de cette commission dans les régions où elle n'est pas encore fonctionnelle.

Le CNI devra :

- inclure dans les PON des guides ou procédures claires sur les contrôles de triangulation à mettre en œuvre à chaque niveau de la pyramide sanitaire sur les données remontées dans le DHIS2 et en faire une large diffusion;
- à l'aide de ces guides, organiser des formations de mise à niveau des agents en charge de la revue de la qualité des données à chaque niveau.

La même observation sur l’insuffisance de contrôles approfondis sur les données est faite au niveau central. La promptitude de soumission des données et leur complétude sont suivies avec attention par l’Unité Gestion des Données. Néanmoins, des analyses approfondies de triangulation de sont pas opérées de manière régulière.

L’insuffisance de mise en œuvre des contrôles attendus à chaque niveau de la pyramide sanitaire conduit à la persistance de données de couvertures non fiables. A titre d’exemple, les tests effectués au niveau centre de santé (CSCOM) révèlent des discordances entre le nombre d’enfants vaccinés pour des antigènes en principe administrés au même âge, à l’occasion de la même visite (voir graphique ci-dessous).



<div><div><div>Comparaison enfants vaccinés par CSCOM en 2023</div><div>Penta 2 vs bVPO 2</div><table><thead><tr><th>CSCOM</th><th>Vaccinés bVPO 2</th><th>Vaccinés PENTA 2</th></tr></thead><tbody><tr><td>CSCOM Koko</td><td>2650</td><td>2100</td></tr><tr><td>CSCOM Soye</td><td>1000</td><td>500</td></tr><tr><td>CSCOM Konna</td><td>1100</td><td>650</td></tr><tr><td>CSCOM Sidosoninkoura</td><td>2400</td><td>2050</td></tr><tr><td>CSCOM Toguel</td><td>1300</td><td>950</td></tr><tr><td>CSCOM N'Goutijina</td><td>1300</td><td>950</td></tr><tr><td>CSCOM Ascotam</td><td>1400</td><td>1100</td></tr><tr><td>CSCOM Komoguel 1</td><td>1750</td><td>1400</td></tr><tr><td>CSCOM De</td><td>850</td><td>550</td></tr><tr><td>CSCOM Pel-Maoude</td><td>1050</td><td>800</td></tr><tr><td>CSCOM Sendegue</td><td>900</td><td>600</td></tr><tr><td>CSCOM Severe 3</td><td>800</td><td>550</td></tr><tr><td>CSCOM Diema central</td><td>1600</td><td>1300</td></tr></tbody></table></div><div><div>Comparaison enfants vaccinés par CSCOM en 2023</div><div>Penta 3 vs bVPO 3</div><table><thead><tr><th>CSCOM</th><th>Vaccinés bVPO 3</th><th>Vaccinés PENTA 3</th></tr></thead><tbody><tr><td>CSCOM Komoguel 1</td><td>1550</td><td>1000</td></tr><tr><td>CSCOM Konna</td><td>1150</td><td>650</td></tr><tr><td>CSCOM Koko</td><td>2400</td><td>2000</td></tr><tr><td>CSCOM Soye</td><td>900</td><td>500</td></tr><tr><td>CSCOM Ascotam</td><td>1300</td><td>850</td></tr><tr><td>CSCOM Severe 3</td><td>900</td><td>550</td></tr><tr><td>CSCOM Toguel</td><td>1250</td><td>950</td></tr><tr><td>CSCOM Severe 2</td><td>1050</td><td>750</td></tr><tr><td>CSCOM Diema central</td><td>1650</td><td>1400</td></tr><tr><td>CSCOM Sidosoninkoura</td><td>2100</td><td>1800</td></tr><tr><td>CSCOM Koro central</td><td>1300</td><td>1100</td></tr><tr><td>CSCOM Sangarebougou</td><td>1900</td><td>1650</td></tr><tr><td>CSCOM Korientze</td><td>800</td><td>550</td></tr></tbody></table></div></div>	CSCOM	Vaccinés bVPO 2	Vaccinés PENTA 2	CSCOM Koko	2650	2100	CSCOM Soye	1000	500	CSCOM Konna	1100	650	CSCOM Sidosoninkoura	2400	2050	CSCOM Toguel	1300	950	CSCOM N'Goutijina	1300	950	CSCOM Ascotam	1400	1100	CSCOM Komoguel 1	1750	1400	CSCOM De	850	550	CSCOM Pel-Maoude	1050	800	CSCOM Sendegue	900	600	CSCOM Severe 3	800	550	CSCOM Diema central	1600	1300	CSCOM	Vaccinés bVPO 3	Vaccinés PENTA 3	CSCOM Komoguel 1	1550	1000	CSCOM Konna	1150	650	CSCOM Koko	2400	2000	CSCOM Soye	900	500	CSCOM Ascotam	1300	850	CSCOM Severe 3	900	550	CSCOM Toguel	1250	950	CSCOM Severe 2	1050	750	CSCOM Diema central	1650	1400	CSCOM Sidosoninkoura	2100	1800	CSCOM Koro central	1300	1100	CSCOM Sangarebougou	1900	1650	CSCOM Korientze	800	550		
CSCOM	Vaccinés bVPO 2	Vaccinés PENTA 2																																																																																				
CSCOM Koko	2650	2100																																																																																				
CSCOM Soye	1000	500																																																																																				
CSCOM Konna	1100	650																																																																																				
CSCOM Sidosoninkoura	2400	2050																																																																																				
CSCOM Toguel	1300	950																																																																																				
CSCOM N'Goutijina	1300	950																																																																																				
CSCOM Ascotam	1400	1100																																																																																				
CSCOM Komoguel 1	1750	1400																																																																																				
CSCOM De	850	550																																																																																				
CSCOM Pel-Maoude	1050	800																																																																																				
CSCOM Sendegue	900	600																																																																																				
CSCOM Severe 3	800	550																																																																																				
CSCOM Diema central	1600	1300																																																																																				
CSCOM	Vaccinés bVPO 3	Vaccinés PENTA 3																																																																																				
CSCOM Komoguel 1	1550	1000																																																																																				
CSCOM Konna	1150	650																																																																																				
CSCOM Koko	2400	2000																																																																																				
CSCOM Soye	900	500																																																																																				
CSCOM Ascotam	1300	850																																																																																				
CSCOM Severe 3	900	550																																																																																				
CSCOM Toguel	1250	950																																																																																				
CSCOM Severe 2	1050	750																																																																																				
CSCOM Diema central	1650	1400																																																																																				
CSCOM Sidosoninkoura	2100	1800																																																																																				
CSCOM Koro central	1300	1100																																																																																				
CSCOM Sangarebougou	1900	1650																																																																																				
CSCOM Korientze	800	550																																																																																				
<div>Causes racines</div> <ul style="list-style-type: none">• Insuffisance de suivi par les organes de gouvernance (voir constat 4.1.2) ;• Insuffisance du cadre de contrôle de la qualité des données rapportées ;• Formation insuffisante du personnel en charge de la gestion des données.	<div>Réponses / Engagements du management</div> <div>(Voir plan d'actions correctives en annexe 9)</div>																																																																																					
<div>Risques / Implications</div> <ul style="list-style-type: none">• Rapportage erroné de la couverture vaccinale dans le pays ;• Prise de décisions stratégiques fondées sur des données erronées ;• Résurgence de cas d'épidémie de maladie évitables par la vaccination.	<div>Responsabilités</div>	<div>Délai / Chronogramme</div>																																																																																				

4.5.2. Supervisions formatives irrégulières et de faible qualité

<p>Contexte</p> <p>Le PPAC 2017-2021 a défini entre autres activités principales pour atteindre les objectifs de couverture vaccinale :</p> <ul style="list-style-type: none"> Organiser le monitoring semestriel des activités Appuyer la supervision formative trimestrielle des régions vers les districts et des districts vers les aires de santé dans les régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao et le District de Bamako ; Réaliser les supervisions formatives semestrielles du niveau central vers les structures déconcentrées ; Organiser les supervisions formatives trimestrielles pour le suivi de la mise en œuvre des activités de la surveillance au niveau régional en prenant en compte la région de Bamako 		
<p>Description</p> <p>Les visites effectuées dans certaines DRS, Districts et Centre de santé ont permis de constater que les supervisions formatives attendues de chaque niveau supérieur ne sont pas effectuées régulièrement et ne sont pas correctement formalisées. L'observation des registres ou cahiers de supervision et les échanges avec les acteurs révèlent une moyenne de moins d'une supervision formative par année des régions vers les districts et des districts vers les aires ou centres de santé au lieu de quatre (4) supervisions par année selon le PPAC. De plus, dans certains Districts et Centres de santé l'équipe de supervision ne formalise pas la supervision. Les observations et recommandations sont rarement écrites dans les cahiers de supervision tenus par les supervisés, ce qui ne leur laisse pas suffisamment de mémoire des pratiques à améliorer.</p> <p>Lorsqu'il y a lieu, les constats et les recommandations écrites dans les cahiers de supervision restent très standards. Ce qui ne facilite pas la mise en place d'un plan d'actions pour l'amélioration des pratiques de gestion du Programme.</p> <p>Par ailleurs, l'audit a observé que les responsables des différents sites visités y compris le CNI central, ne détiennent pas un calendrier annuel des supervisions formatives avec des dates prévisionnelles pour permettre une meilleure préparation des supervisions. Ceci est à mettre en lien avec le constat 4.1.6 relatif au besoin d'amélioration des outils de gestion opérationnelle du CNI.</p>		<p>Recommandation</p> <p>La conduite régulière des supervisions formatives est essentielle pour accroître la performance du programme d'immunisation et atteindre les objectifs de couverture vaccinale définis par le MSDS. Le CNI avec l'appui du MSDS devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> élaborer des guides de supervision formative du PEV par niveau de la pyramide sanitaire et former les équipes du CNI central, des DRS et des Districts à leur utilisation ; mettre en place un calendrier annuel de supervision formative et intégrée avec des dates indicatives afin de permettre une anticipation suffisante et la mobilisation à temps des ressources ; inclure la régularité des supervisions formatives parmi les critères d'évaluation des performances du CNI, des DRS et des Districts.
<p>Causes racines</p> <ul style="list-style-type: none"> Insuffisance de planification des supervisions ; Absence de cadre de référence adéquat pour les supervisions formatives du PEV ; Insuffisance de formation des superviseurs. 		<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 9)</p>
<p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> Faible performance du programme ; Pratiques de gestion des vaccins à risque ; Absence de remontée des problèmes rencontrés pour une réponse efficace et en temps voulu. 		<p>Responsabilités</p> <p>Délai / Chronogramme</p>

4.5.3. Insuffisance de conception des plans de transfert de compétence des assistants techniques

<p>Contexte</p> <p>Le MSDS a contractualisé avec les deux sociétés à but non lucratif Clinton Health Access Initiative, Inc. (CHAI) et ONG Muso afin d'apporter, sur financement Gavi et Fonds Mondial, une assistance technique à l'UMRSS dans la mise en œuvre des activités du RSS. Les protocoles d'accord signés à cet effet indiquent respectivement à leur article 5 relatif aux engagements des parties :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Protocole CHAI</u> : <ul style="list-style-type: none"> « Le prestataire s'engage à : <ul style="list-style-type: none"> - Fournir l'expertise des AT correspondant aux services à fournir exprimés dans l'article 4 ; - Veiller à la bonne exécution du contrat par les AT sélectionnés ; - Veiller à ce que ces missions d'appui technique intègrent un (ou plusieurs) objectif(s) de renforcement des compétences et des capacités du MSDS • <u>Protocole ONG Muso</u> : <ul style="list-style-type: none"> « Le prestataire s'engage à : <ul style="list-style-type: none"> - Fournir une équipe possédant les expertises correspondantes aux services à fournir exprimés dans l'article 4 ; - Veiller à la bonne exécution du contrat par l'équipe ; - Veiller à ce que le travail fait par l'équipe AT intègre un (ou plusieurs) objectif(s) de renforcement des compétences et des capacités des structures du MSDS - Veiller à ce que l'équipe AT détachée auprès de l'UMRSS puisse l'appuyer et mettre à sa disposition toute son expertise ; - Fournir un rapport trimestriel d'activités » 		
<p>Description</p> <p>La revue des protocoles d'accords montre que la définition des engagements des Assistants Techniques (AT) ONG CHAI et Muso relatifs au renforcement de capacité des équipes de l'UMRSS est très imprécise. Les protocoles d'accords ne clarifient pas sur quels aspects le renforcement de compétence est attendue ni les catégories de personnel qui devront bénéficier de ce renforcement. Ainsi, le protocole d'accord ne fournit pas une base suffisante pour évaluer le respect de cet engagement des prestataires et pour établir un plan de clôture des assistances et de prise de relève par les équipes propres du MSDS.</p> <p>Ce constat rejoint celui discuté en 4.1.5 relativement à la nécessité d'élaborer un plan de renforcement de capacité du personnel en charge du Programme afin de mieux appréhender les besoins d'assistances techniques et les compétences à transférer.</p>	<p>Recommandation</p> <p>Le MSDS devra veiller à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • améliorer le processus de rédaction des protocoles d'accords avec les missions d'assistance technique en s'assurant notamment que les objectifs de renforcement de capacité et de transfert des compétences y sont suffisamment explicités ; • mettre en place un mécanisme d'évaluation de la réalisation des engagements des AT relatifs au transfert de compétence. 	
<p>Causes racines</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faible visibilité sur les besoins de renforcement de capacité du personnel du Programme ; • Elaboration des protocoles d'accords à partir de modèles standards ne favorisant pas une réflexion approfondie sur les besoins de transfert de compétence ; • Faiblesse de monitoring des performances des AT par les organes de gouvernance. 	<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 9)</p>	
<p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prolongement indéfini des missions d'assistance technique ; • Persistance des lacunes et manque d'autonomie des équipes du MSDS. 	<p>Responsabilités</p>	<p>Délai / Chronogramme</p>

Annexes

Annexe 1 – Acronymes


ACP	Accord-Cadre de Partenariat
ASC	Agents de santé communautaires
AT	Assistant(ce) technique
BCEAO	Banque Centrale des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CCIA	Comité de Coordination Inter-Agences
CCEOP	Cold Chain Equipment Optimization Platform
COVAX / CDS	Initiative ayant pour but d'assurer un accès équitable à la vaccination contre le Covid-19
CNI	Centre National d'Immunisation
CPS	Cellule de Planification et de Statistique
CSCOM	Centre de santé communautaire
DGS-HP	Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique
DHIS 2	District Health Information System, 2ème version
DRS	Directions Régionales de Santé
DS	District Sanitaire
FCFA	Francs CFA
FENASCOM	Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire
FM	Fonds Mondial
GEV	Gestion Efficace des Vaccins
GMR	Grant Management Requirements, Exigences en Matière de Gestion des Subventions Gavi


GTCV	Groupe Technique Consultatif pour la Vaccination
HSS/RSS	Subvention Gavi pour le Renforcement du Système de la Santé
IPV / VPI	Vaccin antipoliomyélique inactivé
MSDS / MSHP	Ministère de la Santé et du Développement Social
OMS / WHO	Organisation Mondiale pour la Santé
PENTA / Penta	Vaccin Pentavalent
PEV	Programme Elargi de la Vaccination
Pneumo	Vaccin contre le pneumocoque
PON	Procédures Opératoires Normalisées
PPM	Plan de Passation des Marchés
PRODESS	Programme du Développement Sanitaire et Social
PTF	Partenaires techniques et financiers
Rotavirus / Rota	Vaccin contre le Rotavirus
SMT	Stock Management Tool (outil Excel de gestion des stocks de vaccins et consommables)
UGP FM/GAVI	Unité de gestion des projets Fonds mondial
UMRSS	Unité de mise en œuvre du renforcement du système de la santé
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USD	United States dollar (dollars américains)


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. En général, les objectifs de l'entité ont une forte probabilité d'être réalisés.




 **Partiellement satisfaisant** – Les contrôles internes et les procédures de gestion des risques sont généralement établis et fonctionnent, mais requièrent des améliorations. Au moins dans un domaine présentant un risque modéré quant à la réalisation des objectifs de l'entité a été identifié.

 **Améliorations significatives nécessaires** – Les contrôles internes et les procédures de gestion des risques présentent des faiblesses dans leur nature ou dans leur opérationnalisation qui pourraient affecter négativement la réalisation des objectifs de l'entité.

 **Insatisfaisant** – Les contrôles internes et les procédures de gestion des risques ne sont pas établis ou ne fonctionnent pas. La majorité des problèmes identifiés présente un risque élevé et pourrait compromettre de manière significative l'atteinte des objectifs de l'entité.

B. NIVEAUX DE RISQUE DES CONSTATS D'AUDIT

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

 **Faible**
 **Modéré**
 **Elevé**

Annexe 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 non justifiées

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

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.

Annexe 4 – Suivi du plan d'actions correctives du MSDS issu de l'audit précédent (audit réalisé en 2021)

Suivi du plan d'actions correctives issu de l'audit réalisé par Gavi en 2021							
Réf.	Constat	Recommandation	Réponses / Engagements du management	Responsabilité	Délai	Commentaires MSDS	Commentaires Audit 2024
4.1	Gouvernance et performance organisationnelle des entités						
4.1.1	Dysfonctionnement du CCIA et du comité de suivi RSS	<ul style="list-style-type: none"> Appliquer les dispositions des termes de référence du CCIA en tenant les réunions régulièrement, en prenant des recommandations nécessaires au succès des programmes Gavi et en faisant le suivi approprié. S'assurer que le ministre et les représentants résidents des partenaires ainsi que les premiers responsables des autres participants soient le plus possible présents aux réunions du CCIA. S'assurer de la tenue régulière des réunions du comité de suivi RSS (bimensuelles – selon les TDR), définir formellement les rôles et responsabilités en matière de mise en œuvre des recommandations au sein de ce comité et en assurer le suivi. 	<p>Le ministère adhère aux constats relatifs à la Gouvernance. En effet depuis 2018 avec l'appui de GAVI à travers AEEDS les documents normatifs ont été révisés et adoptés. A la suite de ce processus les membres du CCIA devraient être formés, cette formation a été perturbée par l'avènement de la COVID-19.</p> <p>S'agissant du comité de suivi les TDRs ont été adoptés dans un contexte de démarrage difficile de la mise en œuvre de la subvention. Ce qui avait motivé le choix des réunions bimensuelles qui devrait être revu plus tard.</p> <p>Par conséquent, le ministère s'engage :</p> <ul style="list-style-type: none"> à tenir les réunions du CCIA conformément aux TDRs, en s'assurant que le ministre et les représentants résidents des partenaires ainsi que les premiers responsables des autres participants soient le plus possible présents le Secrétariat permanent du CCIA veillera au suivi des recommandations issues des différentes réunions à réviser les TDRs du comité de suivi et à tenir les réunions au plus mensuellement. 	<p>Secrétariat Général Section Immunisation</p> <p>Section Immunisation</p> <p>CPS</p>	<p>1^{er} trimestre 2022</p> <p>1^{er} trimestre 2022</p> <p>4^{ème} trimestre 2021</p>	<p>Les textes réagissant le nouveau format du CCIA sont disponibles (décision portant modification de l'arrêté du CCIA, règlement intérieure, TDR et les modules de formations des membres du CCIA et du Secrétariat permanent).</p> <p>Les TDR du comité de suivi n'ont pas été formellement révisés mais les réunions ont été élargis aux autres administrateurs de fonds GAVI (UMRSS et CRS) (Cf un CR ci-joint).</p> <p>Ce CR permet de vérifier que le comité procédait effectivement au suivi de l'exécution programmatique des fonds.</p>	<p>Mise en œuvre insuffisante</p> <p>Au cours des années 2020 à 2023, le CCIA a manqué d'efficacité</p> <ul style="list-style-type: none"> Les réunions ordinaires semestrielles prescrites par l'arrêté de création du CCIA n'ont pas été régulièrement tenues ; seulement trois (03) réunions ont été tenues sur les huit (8) minimum attendues La lecture des procès-verbaux indique que seule une (1) réunion sur les trois (03) a été présidée par le ministre en charge de la Santé, et les Représentants Résidents des partenaires ne participent pas non plus en personne aux réunions Pas de suivi formalisé des recommandations.
4.1.2	Faiblesses dans le processus de planification des activités programmatiques	<ul style="list-style-type: none"> S'assurer de l'approbation de tous les PTAs à tous les niveaux du processus tel que défini par les ACP (comité technique, comité de pilotage et CCIA). S'assurer que tous les PTAs sont ensuite soumis à l'approbation de Gavi à temps afin d'obtenir la lettre de décision de Gavi pour toutes les périodes concernées par le programme. S'assurer d'une définition claire des rôles et responsabilités pour les suivis d'exécution budgétaires au comité de suivi RSS. S'assurer que le point (f) des GMR est mis en œuvre (inscription du budget dans la loi des Finances). 	<ul style="list-style-type: none"> Les PTAs seront préparés par le comité de suivi (équivalent comité technique) et approuvés par le CCIA. Le comité de suivi veillera sur la transmission dans le délai des PTAs validés par le CCIA au Secrétariat de Gavi. Comme son nom l'indique, le comité de suivi est chargé du suivi de l'exécution programmatique et financière de la subvention. <p>A l'intérieur du comité de suivi, la responsabilité du suivi de l'exécution budgétaire incombe à l'administrateur du fonds (UNICEF en ce moment) qui est le seul à autoriser les dépenses.</p> <ul style="list-style-type: none"> Au cours de la mise en œuvre des PTAs validés par le CCIA et approuvés par le Secrétariat de Gavi, des insuffisances constatées par l'audit quant aux rôles et responsabilités dans l'exécution budgétaire 	CPS	4 ^{ème} trimestre 2021	<p>Bien sûr, les PTA ont été élaborés par le comité, validé par le CCIA et ensuite transmis à GAVI pour approbation. Cependant, à partir de 2021 (après l'audit), c'était juste des demandes d'extension sans coût additionnel sur la base du PTA antérieur puis que le RSS2 prenait fin en 2019</p>	<p>Mise en œuvre suffisante</p>

Suivi du plan d'actions correctives issu de l'audit réalisé par Gavi en 2021							
Réf.	Constat	Recommandation	Réponses / Engagements du management	Responsabilité	Délai	Commentaires MSDS	Commentaires Audit 2024
			méritent une attention particulière. C'est pourquoi le comité de suivi RSS insistera auprès de l'administrateur de fonds un rapport financier mensuel afin de permettre une lisibilité des fonds alloués aux régions.				
4.1.3	Positionnement inadéquat de la SI au sein du MSDS et insuffisance d'organisation et de moyens	<ul style="list-style-type: none"> Accélérer la transformation de la SI pour lui donner les ressources et moyens d'une organisation leader au niveau du PEV. Veiller à formaliser et à mettre en œuvre au sein de la SI un plan de main d'œuvre et un plan de développement du personnel. 	<ul style="list-style-type: none"> Le ministère de la Santé va envoyer les projets de textes au CDI pour le visa dans la semaine prochaine. Après le visa du CDI les textes iront au secrétariat général du Gouvernement pour la réunion interministérielle. Après cette étape les textes pourront être examinés en réunion des Secrétaires Généraux. Ensuite c'est le conseil des ministres. 	Secrétariat Général	1 ^{er} semestre 2022	Néant	Non mise en œuvre Cadre organique du CNI non formalisé.
4.1.4	Cadre du contrôle interne insatisfaisant	<ul style="list-style-type: none"> S'assurer que le plan de contrôle, les rapports d'audit et les recommandations de l'IS sont partagés avec Gavi conformément aux points 1 (f) et 24 de l'annexe 2 de l'ACP. Doter la SI d'un point focal audit interne pour une meilleure mise en place des contrôles et des suivis, et pour la mise en place d'une charte d'audit. A travers la DGS-HP, prendre toutes les dispositions afin de tenir un plan de suivi des recommandations prenant en compte celles émises par les auditeurs externes, l'IGF et les auditeurs Gavi (point (v) des GMR) et les audits selon l'accord HACT. 	<ul style="list-style-type: none"> Les rapports de IS sont soumis par le sceau de confidentialité par contre les rapports d'audit peuvent être soumis à Gavi. L'audit interne du PRODESS prend en compte tous les sous programmes, y compris le PEV, et s'assure du suivi de la mise en œuvre de recommandations des différents audits. A la suite de chaque audit du PRODESS, un plan de suivi des recommandations est élaboré. Les audits selon l'accord HACT sont du ressort de l'UNICEF. 	MSDS DFM DFM	1 ^{er} semestre 2022 1 ^{er} semestre 2022 1 ^{er} semestre 2022	Néant	Non mise en œuvre Pas de point focal audit interne au CNI ni de mission récente d'audit du CNI par l'audit interne du PRODESS. Absence d'un suivi formalisé des recommandations.
4.2	Gestion comptable et financière						
4.2.1	Lacunes relevées dans le manuel de procédures PRODESS en vigueur au sein du MSDS	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place un manuel de procédures décrivant les procédures comptables de justification et de comptabilisation des dépenses ou recommander la mise à jour du manuel PRODESS, afin d'inclure les procédures de gestion comptable. Harmoniser les traitements comptables et les procédures de justification des dépenses au sein de toutes les Directions Régionales de la Santé et des districts sanitaires. 	<ul style="list-style-type: none"> Après la validation du document du PRODESS IV, les dispositions sont en cours en vue de l'élaboration d'un nouveau manuel. Une réunion de partage des TDR a été faite avec les membres du Groupe d'appui aux DFM (PTF, DGSHP, CPS, DFM des trois composantes). Les procédures comptables décrites dans le manuel de procédure s'appliquent à toutes les structures y compris les DRS et les districts sanitaires. 	DFM DFM	1 ^{er} semestre 2022 1 ^{er} semestre 2022	Néant	Non mise en œuvre Le manuel du PRODESS n'a pas connu d'améliorations.
4.2.2	Insuffisances en matière d'identification	<ul style="list-style-type: none"> S'assurer de l'ouverture des comptes bancaires dédiés Gavi conformément au point (g) des GMR. 	<ul style="list-style-type: none"> Cette disposition ne s'applique plus à la gestion des fonds délégués à l'UNICEF (RSS 2) (cf. nouvelle version GMR). 			Néant	Non mise en œuvre Pas d'amélioration de l'identification des fonds Gavi.

Suivi du plan d'actions correctives issu de l'audit réalisé par Gavi en 2021							
Réf.	Constat	Recommandation	Réponses / Engagements du management	Responsabilité	Délai	Commentaires MSDS	Commentaires Audit 2024
	n des fonds Gavi	<ul style="list-style-type: none"> Collaborer avec l'UNICEF dans le but d'obtenir les informations sur les sources de financement lors des transferts de fonds reçus de l'UNICEF. 	<ul style="list-style-type: none"> Cette recommandation doit plutôt revenir à l'UNICEF qui doit préciser les sources de financement lors des différents transferts des fonds pour éviter toute confusion. 				Aucun mécanisme n'a été discuté avec l'Unicef pour faciliter l'identification des fonds Gavi dans le système comptable des structures du MS.
4.2.3	Insuffisance dans la comptabilité des fonds Gavi	<p>La DFM devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> mettre en œuvre un système de comptabilisation des avances, afin de pouvoir produire les états financiers consolidés des subventions Gavi conformément aux GMR ; produire les rapports périodiques de gestions internes sur l'utilisation des fonds Gavi ; faire ressortir clairement dans le tableau emplois et ressources des états consolidés du PRODESS, les subventions obtenues de Gavi. <p>La DGS-HP et toutes les DRS concernées devront prendre les dispositions afin :</p> <ul style="list-style-type: none"> d'accélérer le processus de reprise de la comptabilité pour les années antérieures (2016 à 2019) ; de tenir une comptabilité régulière et quotidienne dans le logiciel TOM2PRO ; de tenir une comptabilité analytique permettant de distinguer les différences sources de financement et d'établir à n'importe quel moment les états financiers de Gavi. 	<ul style="list-style-type: none"> La comptabilité du PRODESS est conçue pour prendre en compte plusieurs conventions de financement de partenaires multiples. Le système de comptabilisation des avances existe mais c'est l'UNICEF qui est répertorié dans la base comme Partenaire. Comme attestent les ordres de virement ou avis de crédit de la banque. A ce niveau nous n'aurons aucun problème si l'UNICEF fourni l'information sur la source de financement. A ce jour, l'ensemble des sites sont à jour dans la tenue de la comptabilité y compris la DGSHP. En effet, le regroupement des comptables de la DGSHP et des DRS, courant Juin – Juillet 2021 a permis de mettre à jour la comptabilité Jusqu'en Décembre 2020 pour l'ensemble des structures dans le logiciel TOM 2 PRO. <p>Par ailleurs il est précisé au point 7.1 de l'Accord Tripartite que : « L'UNICEF est tenu de fournir un Etat Financier certifié par le Contrôleur de l'UNICEF faisant apparaître les recettes et les dépenses au 31 décembre de chaque année en rapport avec la subvention ».</p>	DFM/DGSHP	Régulièrement	Néant	<p>Mise en œuvre insuffisante</p> <ul style="list-style-type: none"> Pas de rapports financiers des subventions Gavi produit par la DFM ; Le présent audit a permis de constater que les comptabilités jusqu'à fin 2023 ont été effectivement reconstituées dans le logiciel TomPro dans la plupart des directions. Cependant, les comptes de l'année en cours (2024) ne sont pas à jour dans les directions visitées.
4.2.4	Défaillance dans le suivi des avances	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en œuvre un dispositif formel de suivi des avances (par ex : balance âgée, tableau comparatif, état des suivis des avances). Clarifier les modalités de justification des dépenses liées aux avances de fonds, en précisant notamment les délais à respecter entre la réception des fonds et la remontée des pièces justificatives et leur enregistrement comptable. Mettre en place un plan de sauvegarde des données. 	<ul style="list-style-type: none"> L'une des nouveautés de cette nouvelle configuration de la base comptable du PRODESS est la création d'un journal intitulé AJ « Avance à Justifier » créé avec les spécificités d'un journal de trésorerie. Toutes les avances accordées ainsi que leur justification sont saisies dans ce journal. L'objectif est d'assurer un bon suivi de chaque avance et son apurement. Quant aux modalités et délais de justification les procédures (HACT) de l'Unicef sont celles en vigueur Les données de base seront sauvegardées sur les disques durs et les serveurs de la DFM Les copies dures seront archivées au niveau des différents sites comptables. 	DFM/DGSHP	Parachevé et sera régulièrement suivi	Néant	<p>Mise en œuvre insuffisante</p> <ul style="list-style-type: none"> Pas de dispositif formel de suivi des avances au niveau de la DGS-HP ; Le dispositif de suivi des avances de l'UGP et l'UMRSS a manqué d'efficacité ; Les modalités de justifications des dépenses liées aux avances de fonds faites par l'Unicef aux DRS ne sont pas clarifiées dans le manuel du PRODESS.

Suivi du plan d'actions correctives issu de l'audit réalisé par Gavi en 2021							
Réf.	Constat	Recommandation	Réponses / Engagements du management	Responsabilité	Délai	Commentaires MSDS	Commentaires Audit 2024
4.2.5	Faiblesses constatées dans le classement et l'archivage des pièces comptables	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer le classement, rangement et archivage des pièces comptables en distinguant notamment les années comptables, les bailleurs de fonds et les bénéficiaires. Réduire les risques de pertes de pièces justificatives et de doubles saisies de dépenses à travers un système de réception et de numérotation unique et chronologique des pièces comptables reçues pour comptabilisation. Saisir promptement les pièces justificatives, et entreprendre régulièrement les rapprochements bancaires, les reportages et les autres tâches comptables assignées à la DGS-HP et à la DFM. 	<ul style="list-style-type: none"> La DGSHP dispose désormais d'une salle d'archivage aménagée à travers l'appui de l'Unicef ; aussi l'utilisation du logiciel a permis un classement par journal des pièces justificatives. La saisie et le classement systématique des pièces a réduit considérablement ces risques évoqués. Le regroupement des comptables de Juin-Juillet a permis de mettre à jour la comptabilité et l'ensemble des tâches assignées. 	DGSHP	Parachevé et sera régulièrement suivi	Néant	Mise en œuvre insuffisante La revue d'un échantillon de dépenses a montré que l'archivage des pièces comptables par les différents bénéficiaires au sein du MSDS présente encore des défaillances.
4.2.6	Comptabilisation et suivi des immobilisations défaillants	<p>La DFM devra poursuivre les efforts engagés dans la mise en conformité avec le point (i) des GMR, notamment à travers les actions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> Intégrer dans le manuel des procédures les modalités précises d'enregistrement, de suivi et de sorties des immobilisations, selon les règles comptables et également l'ACP et les GMR ; effectuer régulièrement les inventaires physiques des équipements acquis sur fonds Gavi ; renseigner les sources de financement pour les immobilisations acquises sur fonds Gavi ; documenter tout écart relevé lors des prises d'inventaires physiques ; enregistrer dans le logiciel TOM2PRO toutes les immobilisations acquises sur les subventions Gavi conformément aux GMR. 	<ul style="list-style-type: none"> A ce sujet le logiciel dispose d'une fenêtre dédiée à la gestion des immobilisations. L'inventaire, le rapprochement des immobilisations à la comptabilité, les fiches individuelles par immobilisation, l'emplacement, les sources de financement, le taux d'amortissement sont configurés pour permettre la mise à disposition des informations fiables sur les acquisitions d'immobilisation. <p>La division comptabilité matière procède annuellement à l'inventaire des biens des structures centrales. L'inventaire effectuée en 2018 n'a pu être fait en 2019 et 2020 faute de financement. Cependant chaque structure y compris les DRS et les districts sanitaires fait l'inventaire de l'ensemble des biens y compris ceux de GAVI de façon annuelle.</p> <p>Ce travail est faisable chaque fois que l'UNICEF, à la mise à disposition des matériels, fournit tous les renseignements nécessaires.</p>	DFM	Parachevé et sera régulièrement suivi	Néant	Non mise en œuvre L'audit a relevé des insuffisances dans l'identification et le suivi des immobilisations acquises sur financements GAVI et mises à la disposition du MSDS. En effet, la DFM qui a la responsabilité première du suivi du patrimoine du MSDS n'a pas mis en place une procédure qui lui garantisse une vue complète sur tous les équipements et autres matériels qui entrent dans le patrimoine du MSDS.

Suivi du plan d'actions correctives issu de l'audit réalisé par Gavi en 2021							
Réf.	Constat	Recommandation	Réponses / Engagements du management	Responsabilité	Délai	Commentaires MSDS	Commentaires Audit 2024
4.3 Suivi budgétaire							
4.3.1	Faiblesses relevées dans le suivi budgétaire	<ul style="list-style-type: none"> Saisir les PTAs dans le logiciel TOM2PRO pour permettre le suivi de l'état d'exécution et l'édition budgétaire à tout moment de l'année. Définir une codification permettant de distinguer les bailleurs des activités programmatiques, y compris celles financées par Gavi. S'assurer de porter sur les requêtes de financement la description exacte des activités prévues dans les PTAs afin de favoriser un bon suivi du plan budgétaire. 	<ul style="list-style-type: none"> Des efforts seront faits dans ce sens, dans la mesure où le logiciel permet la saisie du budget une fois adopté. La saisie dans le logiciel se fait en fonction du code Financier de chaque partenaire, ce qui permet de faire une distinction entre les différents financements. 	DGSHP/DFM	4 ^{ème} trimestre 2021	Néant	Mise en œuvre insuffisante Le suivi d'exécution budgétaire des activités par le CNI présente des insuffisances : <ul style="list-style-type: none"> Le tableau de bord du CNI servant à la planification et au suivi de la mise en œuvre des activités n'est correctement renseigné ; La description des activités y est très sommaire et le lien entre les activités planifiées par le CNI avec les activités prévues dans le PTA global annuel du ministère de la Santé n'y est pas documenté ; Le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des activités ne sont pas régulièrement faits et formalisés.
4.4 Achats et passations de marchés							
4.4.1	Archivage des dossiers de passation des marchés à parfaire	<ul style="list-style-type: none"> Classement et archivage de tous les documents entrant dans le processus de passation des marchés dans le respect des procédures applicables. 	<ul style="list-style-type: none"> Une commission d'archivage existe à la DFM depuis 2006. Tous les dossiers de marchés ont basculé vers l'archivage numérique depuis 2008. 	DFM	Parachevé	Néant	Mise en œuvre insuffisante La revue des dossiers de passation des marchés au niveau de l'UGP/UMRSS révèle des insuffisances dans l'archivage des dossiers. De nombreux documents ne sont pas joints aux dossiers de passation de marchés.
4.5 Engagement des dépenses							
4.5.1	Dépenses mises en question	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place un manuel de procédures comptables, ou initier la mise à jour du manuel PRODESS en incluant les processus permettant un contrôle systématique de la qualité de justification des dépenses effectuées tant au niveau central qu'aux niveaux décentralisés. 	<ul style="list-style-type: none"> Au-delà du manuel du PRODESS qui est en cours de relecture la DGSHP a initié la mise en œuvre d'un manuel de procédure qui lui est propre. Le premier Draft est déjà disponible. Ce manuel traitera tous les aspects de gestion : financière, comptable, matérielle ainsi que les ressources humaines. 	DFM/DGSHP	2 ^{ème} semestre 2022	Néant	Mise en œuvre insuffisante Les faiblesses suivantes demeurent : <ul style="list-style-type: none"> Le manuel du PRODESS n'a pas été mis à jour ;

Suivi du plan d'actions correctives issu de l'audit réalisé par Gavi en 2021							
Réf.	Constat	Recommandation	Réponses / Engagements du management	Responsabilité	Délai	Commentaires MSDS	Commentaires Audit 2024
		<ul style="list-style-type: none"> Définir clairement les activités à réaliser, aussi bien sur les fiches de postes des agents concernés que dans le manuel de procédures. Confier les activités de contrôle des dépenses à des collaborateurs expérimentés en matière de vérification et indépendants des opérations de saisie et de rapprochement comptable. 	<ul style="list-style-type: none"> Le contrôle interne se matérialise par des missions de spot check initiées par l'Unicef et les services de contrôle du ministère de la Santé. 				<ul style="list-style-type: none"> Les fiches de postes au sein du CNI ne sont pas encore établies ; Au regard des résultats de la revue des dépenses, le contrôle des pièces justificatives des dépenses au sein des entités du MSDS manque d'efficacité.
4.6	Gestion des vaccins						
4.6.1	Absence de procédures opérationnelles normalisées	<p>Harmonisation de pratiques de gestion des stocks de vaccins et autres intrants par le biais :</p> <ul style="list-style-type: none"> de PON propres au contexte Mali, rédigées par la SI et parrainées par le MSDS ; d'un renforcement des PON applicables à chaque niveau de la chaîne d'approvisionnement au moment de leur distribution ; d'un monitoring routinier de la mise en pratique des PON. 	<ul style="list-style-type: none"> Les PON pour le PEV du Mali ont été élaborées et validées à l'issu de l'atelier qui s'est tenu du 21 au 26 juin à Koulikoro Les PON seront disséminées à tous les niveaux Les questionnaires du PEV seront formés sur les PON Les Supervisions spécifiques formatives régulières seront tenues 	SI /DGSHP	1 ^{er} trimestre 2022	Les PON pour le PEV du Mali ont été élaborées et validées à l'issu de l'atelier qui s'est tenu du 21 au 26 juin à Koulikoro	<p>Mise en œuvre insuffisante</p> <p>L'audit a relevé que les PON élaborées en 2020 par la direction du CNI n'ont pas encore été éditées et diffusées sous forme de fiches techniques physiques (copies dures) plus accessibles aux acteurs des niveaux intermédiaire et périphérique.</p>
4.6.2	Outil de gestion des stocks non fiable	<p>A tous les entrepôts</p> <ul style="list-style-type: none"> Améliorer la ségrégation des tâches à travers le personnel logistique existant. Instaurer un niveau de contrôle indépendant en amont et en aval de la saisie des données dans l'outil SMT, comprenant un rapprochement systématique des différentes sources de données en place. Investiguer et élucider les erreurs et incohérences de saisies. Compléter et faire approuver par la direction de la SI des fiches de sortie des stocks expirés ou perdus de vue. Renseigner les stocks expirés ou perdus de vue en tant que tel dans les fichiers SMT. Systématiser l'archivage et la préservation des outils de gestion, suivi et rapprochement. <p>Aux niveaux décentralisés</p> <p>En sus de la mise en œuvre à leur échelle des recommandations ci-dessus, les directeurs régionaux et médecins chefs districts devraient :</p>	<ul style="list-style-type: none"> Les descriptions de tâches seront élaborées et affichées pour tous les logisticiens et le suivi de l'exécution de ces tâches seront assurés par le chef de la section <p>Nous nous engageons également à :</p> <ul style="list-style-type: none"> Tenir les réunions mensuelles du groupe logiste sur la qualité des données Mettre en place un registre manuel de mouvement des vaccins Former l'ensemble des gestionnaires des stocks à tous les niveaux sur le SMT Documenter toutes les pertes en vaccins Renforcer les procédures et le système d'archivage des outils de gestion du programme <p>Veiller à la transmission régulière des SMT par les dépôts régionaux et districts.</p>	SI /DGSHP DRS/MCD/S I/ DGSHP	1 ^{er} trimestre 2022 1 ^{er} trimestre 2022	<p>Une description de tâches est disponible pour l'équipe logistique.</p> <p>Les réunions du groupe logistique sont tenues au niveau national et régionaux.</p> <p>Les SMT sont transmis régulièrement au niveau central.</p>	<p>Mise en œuvre insuffisante</p> <p>Les faiblesses suivantes demeurent :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les fiches de postes n'ont pas encore été produites ; Le remplissage des SMT ne bénéficie pas de contrôles satisfaisants : des données incomplètes et des erreurs récurrentes relevées ; Fiches de stocks non à jour dans les localités visitées.

Suivi du plan d'actions correctives issu de l'audit réalisé par Gavi en 2021							
Réf.	Constat	Recommandation	Réponses / Engagements du management	Responsabilité	Délai	Commentaires MSDS	Commentaires Audit 2024
		<ul style="list-style-type: none"> mettre en place un système de vérification ou de revue des données saisies dans l'outil SMT ; rendre obligatoire la tenue et l'envoi mensuel des SMT vers le niveau supérieur de la chaîne d'approvisionnement ; assurer un contrôle de qualité et renforcement des capacités permettant de mettre en pratique les PON-GEV. 					
4.6.3	Tenue irrégulière et non protocolée des inventaires physiques de stocks	A tous les entrepôts <ul style="list-style-type: none"> Tenue régulière et protocolée d'inventaires physiques des stocks. Il est proposé mensuellement à tous les niveaux jusqu'à ce que les écarts entre les inventaires physiques et théoriques des stocks diminuent à un seuil tolérable. La périodicité pourra ensuite être ramenée à la périodicité formellement prévue. Tout écart constaté entre un inventaire physique et les registres de stocks doit être investigué et, si possible, rapproché avec tout document source et, si nécessaire, avec le fournisseur et/ou bénéficiaire des stocks concernés avec pour but d'identifier la source de l'erreur et ainsi apporter les corrections correspondantes. Tout écart restant inexplicable au terme des recherches et rapprochements entrepris doit être clairement rapporté et chiffré en doses et en dollars US dans le rapport d'inventaire physique correspondant. Tout rapport d'inventaire physique doit être signé par personnel ayant entrepris l'inventaire physique puis approuvé par un responsable hiérarchique. 	<ul style="list-style-type: none"> Diligenter le décaissement des fonds dédiés aux inventaires <p>Les Chargés PEV régionaux, des districts intermédiaires seront astreint à :</p> <ul style="list-style-type: none"> Tenir systématiquement les inventaires physiques des vaccins et consommables de vaccination à tous les niveaux du programme : <ul style="list-style-type: none"> semestriellement, au niveau central trimestriellement au niveau des régions et des dépôts intermédiaires mensuellement au niveau des districts et aires de santé Produire un rapport d'inventaire complet et détaillé de tous ce qui est constaté (écarts, casses, PCV virés, vaccins périmés les quantifier et les valoriser). 	DRS	Selon la périodicité définie dans l'engagement du management	Néant.	Mise en œuvre insuffisante Les visites effectuées dans certaines localités montrent que les inventaires physiques de stocks ne sont régulièrement effectués dans certaines localités.
4.6.4	Maintenance préventive et curative irrégulière des équipements de la chaîne du froid	A tous les entrepôts <ul style="list-style-type: none"> Respecte les plans de maintenance prévues. Réaliser mensuellement la maintenance préventive des équipements de la chaîne du froid. Mette en place les cahiers d'entretien pour tous les véhicules et les renseigner correctement et systématiquement. 	<p>Les dispositions seront prises pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> Instaurer le système de suivi interne de l'exécution des tâches Réaliser les tâches quotidiennes et hebdomadaires de maintenance préventive de tous les équipements de la chaîne du froid 	SEPAUMAT/ DRS	4 ^{ème} trimestre 2021	Le suivi est fait par le président des ASACO et les DTC. Cette tâche est assurée par les agents vaccinateurs une formation des techniciens et utilisateurs (Agents vaccinateurs) sur les différentes phases de la maintenance préventive des	Mise en œuvre insuffisante Le plan de maintenance des équipements de la chaîne du froid repose essentiellement sur les prestations de SEPAUMAT. Cependant, celle-ci ne parvient pas à répondre de manière satisfaisante aux besoins de maintenance des

Suivi du plan d'actions correctives issu de l'audit réalisé par Gavi en 2021							
Réf.	Constat	Recommandation	Réponses / Engagements du management	Responsabilité	Délai	Commentaires MSDS	Commentaires Audit 2024
			<ul style="list-style-type: none"> Assurer la maintenance selon la périodicité définie de tous les équipements de la chaîne du froid Mettre en place un carnet de bord pour chaque véhicule et le tenir à jour. 			<p>équipements de la chaîne du froid</p> <p>La maintenance des chambres est assurée par les techniciens des régions et du niveau central tous les 6 mois</p> <p>Mettre en place un carnet de bord pour chaque véhicule et le tenir à jour. Un draft est disponible il y a un manque de financement pour la multiplication</p>	<p>équipements de la chaîne du froid du fait d'une couverture territoriale insuffisante de techniciens spécialisés.</p>
4.6.5	Insuffisance dans la gestion de la chaîne du froid	Aux niveaux décentralisés <ul style="list-style-type: none"> S'assurer que le personnel logistique dispose des EPI. Entreprendre des audits de sécurité des entrepôts. Relever régulièrement et documenter les prises de températures de stockage des vaccins, conformément au critère E2 de l'EGEV. Assurer l'approvisionnement en carburant des groupes électrogènes prévus pour assurer le fonctionnement des équipements de chaîne du froid durant les pannes prolongées du réseau électrique. L'installation en lieu approprié et sécurisé des équipements de la chaîne du froid. 	<p>Le Ministère s'engage à:</p> <ul style="list-style-type: none"> Doter tous les dépôts des Equipements de Protection Individuelle (EPI) Entreprendre un audit de sécurité des entrepôts Poursuivre le suivi des relevées des température des équipements et assurer la documentation 	SEPAUMAT DRS/SEPAUMAT DRS/SEPAUMAT	1 ^{er} semestre 2022	<p>Tous les dépôts régionaux, centraux et intermédiaires ont été dotés en équipements de Protection Individuelle (EPI)</p> <p>Le suivi des relevés des températures et la documentation est effectué et affiché à tous les niveaux à travers les responsables des dépôts</p> <p>L'approvisionnement en carburants pour le fonctionnement des groupes électrogènes des dépôts est pris en charge sur le fonctionnement des services sur le budget d'état et les partenaires techniques et financiers</p> <p>Les équipements sont installés conformément selon les normes de L'OMS et L'UNICEF à tous les niveaux de la pyramide sanitaire</p>	<p>Mise en œuvre insuffisante</p> <p>Certaines régions du pays éprouvent des difficultés à assurer le fonctionnement continu de leur chambre froide. Plusieurs chambres froides fonctionnelles sont à l'arrêt faute d'opérationnalisation des générateurs électriques. C'est le cas, par exemple, de la chambre froide de la DRS de Koulikoro et celle de la DRS du District de Bamako. Les raisons énoncées sont notamment l'insuffisance de fonds pour l'achat de carburant ou des travaux d'installations en attente.</p>
4.7	Suivi et évaluation						
4.7.1	Supervisions irrégulières	A tous les niveaux <ul style="list-style-type: none"> Veiller à une supervision régulière en vue d'une amélioration continue des pratiques. Lors des supervisions, incorporer un suivi des recommandations. Définir les responsables de la mise en œuvre et du suivi des recommandations dans les rapports de supervision. 	<ul style="list-style-type: none"> Les différentes missions de suivi du RSS effectuées dans les différentes régions ont permis de déceler une insuffisance de mobilisation des fonds alloués à la supervision. Ce qui justifie l'irrégularité de ses supervisions. En outre on note un conflit de programmation d'activités entre les différents niveaux. Les outils de supervision révisés seront partagés à tous les niveaux. Les 	DGSHP	1 ^{er} trimestre 2022	<p>Supervision du niveau central vers la région la région de Ségou pour le suivi des activités.</p>	<p>Mise en œuvre insuffisante</p> <p>Les visites effectuées dans certaines DRS, Districts et Centre de santé ont permis de constater que les supervisions formatives attendues de chaque niveau supérieur ne sont pas effectuées régulièrement et ne sont pas correctement formalisées.</p>

Suivi du plan d'actions correctives issu de l'audit réalisé par Gavi en 2021							
Réf.	Constat	Recommandation	Réponses / Engagements du management	Responsabilité	Délai	Commentaires MSDS	Commentaires Audit 2024
			<p>supervisions seront faites conformément au guide de supervision qui prend déjà en compte le rythme par niveau, le suivi des recommandations et les responsables de mise en œuvre. Les rapports de supervision seront partagés à tous les niveaux et un point focal sera désigné par niveau pour le suivi des recommandations.</p>				
4.7.2	Manque d'analyse des données DVD-MT et d'actions correctives	<p>A tous les niveaux</p> <ul style="list-style-type: none"> Veiller à une revue indépendante, régulière et approfondie des données saisies. Modéliser/normaliser le rapport d'analyse des données saisies, de sorte à faire ressortir un état de mise en œuvre des incohérences relevées dans le rapport précédent. <p>Au niveau de la DRS de Kidal</p> <ul style="list-style-type: none"> Assurer la complétude systématique et régulière des données saisies. 	<ul style="list-style-type: none"> Un groupe qualité des données est mis en place au niveau central par la décision N° 2019_000913_/MSHP/SG du 29 Avril 2019. Ce groupe se réunit mensuellement, analyse les données et produit un bulletin qui prend en compte les incohérences des données saisies et la retro-information aux régions. Par ailleurs les ateliers des revues des données sont réalisés au niveau des régions et des districts sanitaires. il est également prévu la mise en place des groupes qualités des données au niveau régional et district sanitaire. La région de Kidal comme les autres régions du nord est confrontée à une insécurité persistante. Le personnel de santé dans ses régions en général et celui chargé des données en particulier à souvent peur d'être dépossédé des ordinateurs. En outre la couverture réseau internet n'est pas effective dans ces régions si bien que la complétude des données pose problème. Pour pallier cette insuffisance le personnel s'appuie sur les ONGs humanitaires locales pour transmettre les données ou profite de leurs séjours dans les localités desservir de réseau de communication et d'internet. Le problème pourra être résolu avec la saisie des données dans le DHIS2 en of lin ou encore renforcé la collaboration avec les ONGs humanitaires locales. 	DGSHP	1 ^{er} trimestre 2022	<p>Le taux de complétude de saisie des données de vaccination dans le DHIS2 a connu une amélioration en 2022 passant de 87 en 2021, 93% en 2022 et 84% en 2023. A noter que certains CSCOM de la région ont été fermés pour des raisons sécuritaires en 2023. La région est confrontée à une insuffisance/absence de couverture de réseau internet. Le groupe qualité des données existe dans les régions et districts mais ne sont pas fonctionnel à tous les niveaux. Les réunions du groupe qualité des données du niveau central ne se sont pas régulières et la dernière date de mars 2022. Cependant, les données sont suivies distance par les gestionnaires de données du niveau central à travers le tableau de bord élaboré à cet effet en termes de complétude, promptitude et cohérence. Un rapport d'analyse est partagé avec les acteurs de terrain pour action.</p>	<p>Mise en œuvre insuffisante</p> <ul style="list-style-type: none"> Nouveaux agents non formés ou ayant une faible maîtrise de l'outil DHIS2 : plusieurs agents initialement formés à l'utilisation du DHIS2 ont quitté ou été affectés à d'autres postes. Les nouveaux agents affectés ou leurs suppléants ont une faible maîtrise de l'outil et ne parviennent pas à renseigner de manière fiable les données de vaccination. Fonctionnement irrégulier de la Commission d'amélioration de la qualité des données du PEV au niveau central.

Annexe 5 – Synthèse des dépenses testées et des conclusions de l’audit

Les montants repris au tableau ci-dessous sont exprimés en FCFA (en noir) et en USD (*en bleu*).

Année	Montant des dépenses	Montant testé	Proportion de dépenses testées	Dépenses insuffisamment justifiées	Dépenses non justifiées	Dépenses irrégulières	Avances ouvertes non justifiées	Trop-payé de primes ASC non recouvré	Total mis en question *	Part des dépenses mises en question
Décaissements fonds Gavi via UNICEF										
2020	159 511 163	25 189 229	16%	5 417 165					5 417 165	22%
	298 397	47 121		10 134					10 134	
2021	1 252 502 624	360 224 865	29%	13 323 199					13 323 199	4%
	2 162 619	621 978		23 004					23 004	
2022	2 428 997 178	711 941 414	29%			31 225 000			31 225 000	4%
	3 949 589	1 157 628				50 772			50 772	
2023	1 066 648 769	127 618 086	12%		138 808				138 808	0,1%
	1 796 824	214 979			234				234	
Décaissements fonds Gavi via UGP FM/GAVI										
2020	21 879 560	13 588 160	62%							
	40 930	25 419								
2021	28 906 875	8 655 000	30%							
	49 912	14 944								
2022	1 547 558 356	846 013 753	55%				4 801 785		4 801 785	1%
	2 516 355	1 375 632				7 808		7 808		
2023	1 630 819 058	563 205 617	35%					1 200 000	1 200 000	0,2%
	2 747 198	948 749						2 021	2 021	
Total Fcfa	8 136 823 583	2 656 436 124	33%	18 740 364	138 808	31 225 000	4 801 785	1 200 000	56 105 957	2%
Total USD	13 561 824	4 406 451		33 138	234	50 772	7 808	2 021	93 974	

Annexe 6 – Détail des dépenses mises en question par l'audit

Les montants repris aux tableaux ci-dessous sont exprimés en FCFA. Ces tableaux incluent les dépenses mises en question suite à la revue des dossiers de passation de marchés.

a) Dépenses insuffisamment justifiées

Année 2020

Entité	Description	Montant	Constatations	Commentaire MSDS	Commentaire Audit Gavi
FENASCOM	APPUI REALISATION STRATEGIE AVANCE DE VACCINATION au niveau de FENASCOM	5 417 165	Aucune autre pièce justificative n'est jointe à l'état de paiement attestant l'utilisation effectif des fonds. 28 mars - échantillon 8 mai 10 mai	Les activités de vaccination ont bien été réalisés sur le terrain. Les pièces justificatives sont disponibles au niveau des ASACO et FELASCOM. La FENASCOM a pris des dispositions pour la remonté de ces pièces justificatives à Bamako.	Documents non recevables Comme convenu lors de la réunion de restitution de l'audit au Cabinet du Ministère de la Santé le 10 mai 2024, la mission d'audit Gavi a accordé le temps nécessaire aux différentes entités de mise en œuvre pour fournir les documents justifications. Un suivi a été effectué après la mission, avec l'appui de l'Inspection de la Santé du MSDS, pour examiner les documents additionnels fournis par certaines directions. Mais aucun retour n'a été fait par FENASCOM dans le délai imparti.
Montant insuffisamment justifié		5 417 165			

Année 2021

Entité	Description	Montant	Constatations	Commentaire MSDS	Commentaire Audit Gavi
FENASCOM	ACT 1.1.15 CONTRIBUER À LA RESILIENCE DU SYSTEME	6 324 565	Aucune autre pièce justificative n'est jointe à l'état de paiement attestant l'utilisation effectif des fonds.	Les activités de vaccination ont bien été réalisés sur le terrain. Les pièces justificatives sont disponibles au niveau des ASACO et FELASCOM. La FENASCOM a pris des dispositions pour la remonté de ces pièces justificatives à Bamako	Documents non recevables Voir commentaires ci-dessus.
FENASCOM	CAMPAGNE DE VACCINATION CONTRE LA COVID19	6 573 633	Aucune autre pièce justificative n'est jointe à l'état de paiement attestant l'utilisation effectif des fonds.	Les activités de vaccination ont bien été réalisés sur le terrain. Les pièces justificatives sont disponibles au niveau des ASACO et FELASCOM. La FENASCOM a pris des dispositions pour la remonté de ces pièces justificatives à Bamako	Documents non recevables Voir commentaires ci-dessus.
DRS GAO	Supervision formative des agents PEV dans 45 CSCOM et 35 sites ASC dans les DS (Gao, Ansongo, Bourem et Almoustarat)	7 789 359	Cumul d'informations discordantes : - 4 véhicules de locations facturés pendant 3 mois alors que le budget prévoit de 2 véhicules, - nous avons obtenu les attestations de service fait pour 2 mois, absence d'attestation de service pour le 3e mois facturé - le médecin chef de la DRS de Gao mentionne dans ces attestations avoir reçu 3 véhicules de la part du fournisseur au lieu des 4 véhicules facturés. - les véhicules loués sont du type 4x4 alimenté au diesel mais les documents justificatifs de carburant incluent des achats combinés de Gasoil et d'Essence.	•1 ^{er} point : les preuves de 04 véhicules ont été loué au lieu de deux véhicules prévus sur le budget. En effet le district a effectivement utilisé 4 véhicules de location pour la réalisation de l'activité soit dix jours d'activité pour chaque équipe par mois ce qui a permis aux districts atteindre les populations des aires non fonctionnelles et les personnes déplacées interne qui sont en situation d'urgence en raison de la situation d'insécurité. Par des aléas d'archives, les ordres de mission des deux autres véhicules se sont retrouvés dans un autre classeur et ont été omis pendant l'acheminement des documents pour la session d'audit. Il est important de noter que la prise en charge des perdiems des 6 agents a été faite sur les ressources propres du CSREF en raison de l'insuffisance de la ligne budgétaire des perdiems alloués à l'activité. En tenant compte des aspects sécuritaires et aussi pour plus d'efficacité nous avons préféré utiliser 04 véhicules pour dix jours	OK. Point levé au regard des circonstances atténuantes expliquées par le MSDS et en tenant compte du contexte particulier de Gao.

Entité	Description	Montant	Constatations	Commentaire MSDS	Commentaire Audit Gavi
				<p>chacun au lieu de deux véhicules de 20 jours de terrains. Ceci permettra de diminuer le nombre de jour sur le terrain avec l'augmentation du nombre d'équipe.</p> <p>Nous attestons avec foi que 04 véhicules ont été utilisé comme l'atteste l'attestation de service fait à la date du 23 juin 2021.</p> <p>2ieme point Concernant l'utilisation du gasoil et essence Sur le point le district a effectivement paye du gasoil et de l'essentiel du fait que certains véhicules étaient de type essence pendant la mission. Le fournisseur dispose des deux types de véhicules : gasoil et essence.</p>	
DRS MOPTI	Appui réalisation stratégie avancée de vaccination	425 000	<p>- District de YOUWAROU : états de paiement des relais communautaires avec émargements douteux 350 000 FCFA.</p> <p>- District de TENENKOU : deux vaccinateurs sont payés sur 20 jours pour la campagne CSCOM de Malimana, alors que suivant l'ordre de mission et les décharges endossées aux ordres de missions ils ont travaillé sur 18 jours. Deux autres vaccinateurs sont payés sur 18 jours pour la campagne CSCOM de Malimana, alors que suivant l'ordre de mission et les décharges ils ont travaillé 14 jours. Excédent 40 000 FCFA</p> <p>- District de DJENNE, deux vaccinateurs sont payés sur 13 jours pour la campagne CSCOM de MOUGNA alors que suivant l'ordre de mission et les décharges endossées aux ordres de missions ils ont travaillé 11 jours. Excédent 20 000 FCFA.</p> <p>- District de KORO: double paiement de motivation à un vaccinateur 15 000 FCFA.</p>	<p>District de YOUWAROU : La plupart des relais communautaires sont des demis lettrés utilisés pour faciliter les activités de santé communautaire à travers la mobilisation sociale, la distribution des médicaments et la vaccination. La signature pour certains d'entre eux est une vraie gymnastique. C'est pour cela que certains ont du mal à reprendre la même signature sur les documents comptable. Encore pour certains, ils essayent d'imiter la signature de leur précédent.</p> <p>District de TENENKOU Les décharges endossées aux ordres de missions des vaccinateurs est fait pour la plupart par le chef de village ou leurs conseiller qui ne sont pas toujours attentifs concernant les jours de voyages, aussi par inattention des missionnaires (Vaccinateurs). Si non ils ont bien et belle travaillés pendant le nombre de jours qu'ils ont émargés.</p> <p>District de DJENNE, Les vaccinateurs Baba S. MAIGA et Elmedye ont effectivement réalisés des sorties en stratégie avancée de vaccination pendant 13 jours allant du 19 au 31/12/2020. La décharge endossée à l'ordre de mission à Para est du 23 au 25/12/2020, mal lisible et créant la confusion dans de décompte du nombre de jour de la mission.</p> <p>District de KORO Garibou TOGO est un mobilisateur de proximité dans l'aire de santé de Zon. Il a travaillé pendant 3 mois et a bénéficié de 3 paiements de 15 000 F CFA. Il n'y a donc pas double paiement.</p>	<p>Observations maintenues</p> <p>La mission d'audit ne dispose pas de documents probants pour valider le montant de 425 000 FCFA.</p>
Montant insuffisamment justifié		13 323 198			

b) Dépenses non justifiées

Année 2023

Entité	Année	Echantillon	Dépenses revues	Dépenses non justifiées	Constatations	Commentaire MSDS	Commentaire Audit Gavi
DRS SIKASSO	2023	34 566 153	34 427 345	138 808	L'audit a relevé un écart de 138 808 FCFA entre le montant du FACE et celui des pièces justificatives contrôlées. Aucune pièce justificative complémentaire n'a été fournie pour justifier l'écart.	Par rapport à cette activité, nous avons reçu un montant de 42 399 750 voir Advice (Annexe I), ce montant a été réparti entre les districts voir les ordres de Virements (annexe II et III) pour un montant total de 34 566 152 FCFA, le montant justifié 34 511 152 f CFA voir rapport financier (annexe IV), la différence entre le montant reçu par les districts et le montant justifié s'élève à 55 000 FCFA. Ce solde est reversé voir bordereau de versement (Annexe V). Le montant non exécuté (activité annulée) est de 7 833 598, ce montant aussi est reversé voir bordereau de versement (annexe V). En définitif cette différence de 138 808 F CFA notifié dans le rapport comme avance non justifié ne ressort pas dans notre situation.	Constat maintenu Les pièces justificatives reçues par l'audit font un total de 34 427 345 FCFA, soit un manque de 138 808 FCFA par rapport au montant à justifier qui est de 34 566 153 FCFA selon le FACE reçu de l'Unicef.
Montant non justifié				138 808			

c) Dépenses irrégulières

Année 2022

Entité	Description	Montant	Constatations	Commentaire MSDS	Commentaire Audit Gavi
DRS KOULIKORO Campagne de vaccination contre covid-19 (1 ^{er} & 2 ^{ème} passage)	CSRef DIOILA : perdiems des agents vaccinateurs.	4 800 000	<u>Pièces justificatives non probantes</u> : - états de paiements avec des émargements douteux (tous les noms sont inscrits par un seul individu dans un état préimprimé et les signatures sont très similaires) - absence de contact téléphonique - absence de liste de présence journalier (les listes de présence sont groupées) - absence de pièce d'identité (Carte d'identité, passeports, carte d'électeur, etc.) des participants	<u>Réponses du CSRef de DIOILA</u> <input type="checkbox"/> Les absences de contact téléphonique, les absences de liste de présence journalier (les listes de présences regroupées par CSCOM) et les absences des pièces d'identités des participants, nous allons en tenir compte pour les campagnes à venir. Sinon nous n'avons pas connaissance des deux constats à savoir, les pièces d'identités et les contacts téléphoniques, mais pour la liste de présence nous pensons qu'une liste regroupée et émargée par jour est la même valeur que le journalier. <input type="checkbox"/> Par rapport aux états d'émargement avec signatures et état de paiement visiblement sont douteux et semblent être simulés par une même personne dans tous les aires de santé pour le paiement des Perdiems des agents vaccinateurs. Les fonds sont transférés aux DTC par le CSRef pour payer les vaccinateurs donc il se trouve que l'état de paiement est écrit par une personne pour éviter les ratures et les erreurs sur l'état de paiement mais signer par les intéressés eux même et par aire de santé. Nous ne pensons pas qu'il y est de doute à ces signatures.	Constat maintenu Les listes de présence distinctes par jour offrent renforcent les mesures de contrôle des présences des participants pour le nombre de jour de perdiem qui leur ai payé. La faible qualité des états de paiements examinés par l'audit ne fournit pas d'assurance sur le paiement effectif des montants dus aux participants. De plus, l'absence de documents d'identité et de contacts téléphoniques empêche les auditeurs d'identifier les bénéficiaires et de faire des confirmations téléphoniques.
	CSRef de BANAMBA: perdiems des agents vaccinateurs et de la coordination des aires de santé.	5 200 000	<u>Pièces justificatives non probantes</u> : - états de paiements avec des émargements douteux (tous les noms sont inscrits par un seul individu dans un état préimprimé et les signatures sont très similaires) - absence de contact	<u>Réponses du CSRef de BANAMBA</u> Dans le contexte de la campagne, généralement nous n'avons pas l'habitude de demander les copies des pièces d'identité des acteurs et de mentionner leurs numéros de téléphones sur les pièces justificatives. Mais nous avons	Constat maintenu La faible qualité des états de paiements examinés par l'audit ne fournit pas l'assurance nécessaire pour la validation de ces montants. De plus, l'absence de documents d'identité et de contacts téléphoniques empêche les

Entité	Description	Montant	Constatations	Commentaire MSDS	Commentaire Audit Gavi
			<p>téléphonique</p> <ul style="list-style-type: none"> - absence de liste de présence journalier (les listes de présence sont groupées) - absence de pièce d'identité (Carte d'identité, passeports, carte d'électeur, etc.) des participants 	<p>pris bonne note des observations faites pour les intégrer ou les ajouter dans les documents de justification des prochaines campagnes afin d'améliorer la qualité des documents. Sur les états de paiement, les prénoms et noms sont généralement renseignés par une seule personne pour éviter les problèmes de lisibilité et de ratures sur les états. Après renseignement, les états sont soumis aux acteurs pour qu'ils signent devant leur nom. Nous vous rassurons que les insuffisances relevées feront l'objet de correction lors des prochaines campagnes.</p>	<p>auditeurs d'identifier les bénéficiaires et de faire des confirmations téléphoniques.</p>
	<p>CSRéf de BANAMBA : Campagne de vaccination contre covid-19 du 19 au 28/08/2022 pour le deuxième passage</p>	5 850 000	<p><u>Pièces justificatives non probantes</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - états de paiements avec des émargements douteux (tous les noms sont inscrits par un seul individu dans un état préimprimé et les signatures sont très similaires) - absence de contact téléphonique - absence de liste de présence journalier (les listes de présence sont groupées) - absence de pièce d'identité (Carte d'identité, passeports, carte d'électeur, etc.) des participants 	<p><u>Réponses du CSRéf de BANAMBA</u></p> <p>Dans le contexte de la campagne, généralement nous n'avons pas l'habitude de demander les copies des pièces d'identité des acteurs et de mentionner leurs numéros de téléphones sur les pièces justificatives. Mais nous avons pris bonne note des observations faites pour les intégrer ou les ajouter dans les documents de justification des prochaines campagnes afin d'améliorer la qualité des documents. Sur les états de paiement, les prénoms et noms sont généralement renseignés par une seule personne pour éviter les problèmes de lisibilité et de ratures sur les états. Après renseignement, les états sont soumis aux acteurs pour qu'ils signent devant leur nom. Nous vous rassurons que les insuffisances relevées feront l'objet de correction lors des prochaines campagnes.</p> <p>La liste de présence a été groupée dans le seul but de réduire le nombre de support à produire pendant la campagne.</p>	<p>Constat maintenu</p> <p>La faible qualité des états de paiements examinés par l'audit ne fournit pas l'assurance nécessaire pour la validation de ces montants.</p> <p>De plus, l'absence de documents d'identité et de contacts téléphoniques empêche les auditeurs d'identifier les bénéficiaires et de faire des confirmations téléphoniques.</p>
	<p>CSRéf de BANAMBA : Campagne vaccination covid19 Banamba Diola et Fana deuxième passage</p>	5 850 000	<p><u>Pièces justificatives non probantes</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - états de paiements avec des émargements douteux (tous les noms sont inscrits par un seul individu dans un état préimprimé et les signatures sont très similaires) - absence de contact téléphonique - absence de liste de présence journalier (les listes de présence sont groupées) - absence de pièce d'identité (Carte d'identité, passeports, carte d'électeur, etc.) des participants 	<p><u>Réponses du CSRéf de BANAMBA</u></p> <p>Dans le contexte de la campagne, généralement nous n'avons pas l'habitude de demander les copies des pièces d'identité des acteurs et de mentionner leurs numéros de téléphones sur les pièces justificatives. Mais nous avons pris bonne note des observations faites pour les intégrer ou les ajouter dans les documents de justification des prochaines campagnes afin d'améliorer la qualité des documents. Sur les états de paiement, les prénoms et noms sont généralement renseignés par une seule personne pour éviter les problèmes de lisibilité et de ratures sur les états. Après renseignement, les états sont soumis aux acteurs pour qu'ils signent devant leur nom. Nous vous rassurons que les</p>	<p>Constat maintenu</p> <p>La faible qualité des états de paiements examinés par l'audit ne fournit pas l'assurance nécessaire pour la validation de ces montants.</p> <p>De plus, l'absence de documents d'identité et de contacts téléphoniques empêche les auditeurs d'identifier les bénéficiaires et de faire des confirmations téléphoniques.</p>

Entité	Description	Montant	Constatations	Commentaire MSDS	Commentaire Audit Gavi
				insuffisances relevées feront l'objet de correction lors des prochaines campagnes. La liste de présence a été groupée dans le seul but de réduire le nombre de support à produire pendant la campagne.	
	Réponses du CSRéf de KANGABA: perdiens des agents vaccinateurs.	3 550 000	<u>Pièces justificatives non probantes</u> : - états de paiements avec des émargements douteux (tous les noms sont inscrits par un seul individu dans un état préimprimé et les signatures sont très similaires) - absence de contact téléphonique - absence de liste de présence journalier (les listes de présence sont groupées) - absence de pièce d'identité (Carte d'identité, passeports, carte d'électeur, etc.) des participants - les ordres de missions semblent être renseignés par une seule personne et absence du cachet du DTC sur les vu à l'arrivée et départ	<u>Réponses du CSRéf de KANGABA</u> Les numéros de téléphone figurent sur la liste de présence et les états de paiement, les listes de présence sont approuvées au niveau des aires de santé par les DTC ainsi les décisions de recrutement des agents vaccinateurs établies par les ASACO et les DTC. Les listes de présence sont établies par Aire de santé et par jour pendant la durée de la campagne. La plupart des participants à ladite campagne ne possédaient pas de pièce d'identité (carte d'identité, carte NINA) Explication : les états de paiement au niveau des Aires de santé et district ont été signés par les intéressés ; Lors de cette campagne il n'y pas de supervision de proximité c'est-à-dire niveau Aire de santé et les ordres de mission niveau district sont signés par le Préfet. Il existe les cachets des DTC sur les ordres de mission avec les vu à l'arrivée et au retour dans les aires de santé.	Constat maintenu Les listes de présence et états de paiement examinés par l'audit ne comportaient de contacts téléphoniques et les ordres de missions ne comportent pas de cachet, comme rapporté. Par ailleurs, la faible qualité des états de paiements examinés par l'audit ne fournit pas l'assurance nécessaire pour la validation de ces montants. L'absence de documents d'identité et de contacts téléphoniques empêche les auditeurs d'identifier les bénéficiaires et de faire des confirmations téléphoniques.
	CSRéf de FANA: Campagne de vaccination contre covid-19 du 09 au 23/05/2022	5 975 000	<u>Pièces justificatives non probantes</u> : - états de paiements avec des émargements douteux (tous les noms sont inscrits par un seul individu dans un état préimprimé et les signatures sont très similaires) - absence de contact téléphonique - absence de liste de présence journalier (les listes de présence sont groupées) - absence de pièce d'identité (Carte d'identité, passeports, carte d'électeur, etc.) des participants - les ordres de missions semblent être renseignés par une seule personne et absence du cachet du DTC sur les vu à l'arrivée et départ	<u>Réponses du CSRéf de FANA</u> Au démarrage de l'activité, nous n'avons pas reçu de checklist par rapport aux livrables, aussi nous estimons que ces pièces dont vous doutez de la qualité sont correctes, faites avec foi donc aucun doute de leurs moralités	Constat maintenu La faible qualité des états de paiements examinés par l'audit ne fournit pas l'assurance nécessaire pour la validation de ces montants. De plus, l'absence de documents d'identité et de contacts téléphoniques empêche les auditeurs d'identifier les bénéficiaires et de faire des confirmations téléphoniques.
Montant irrégulier		31 225 000			

Annexe 7 – Compte-rendu de visites de terrain

Site visité :	DEPOT NATIONAL DU PEV - BAMAKO	ILLUSTRATIONS	
Date :	Mercredi 28 février 2024		
Interlocuteurs rencontrés :	<ul style="list-style-type: none">- Directeur du CNI- Chef de section logistique et assistants- Equipe logistique		
Observations	<p><u>CHAINE DU FROID:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- 20 chambres froides positives et 2 négatives et 2 containers ultra-froid.- Le suivi à distance des températures des chambres froides est fonctionnel. Un nouveau dispositif de suivi à distance des températures prévu avec Beyond Wireless.- des dépôts intermédiaires dans les régions : 9 régions avec des chambres froide de 10m3 et 2 régions (Sikasso et Mopti) avec des CF de 30 m3.- des réfrigérateurs dans les districts (électrique) et solaires dans les centres/aires de santé. <p><u>MAINTENANCE :</u></p> <ul style="list-style-type: none">- SEPAUMAT (service d'entretien du parc auto et matériel), une structure nationale rattachée à la Direction nationale de la santé y compris les équipements de la chaine du froid. Des agents SEPAUMAT sont déployés dans certaines régions avec l'appui financier de Gavi. Mais elle n'a pas de présence dans certaines régions, notamment à Mopti, ainsi que dans les districts et centre de santé. Les agents sont donc amenés à se déplacer quelque fois depuis Bamako, pour aller effectuer des réparations. Gavi a doté plusieurs de ces agents de véhicules pour leurs déplacements.- Difficultés de pièces de rechanges pour effectuer les réparations majeures. <p><u>ENTREPÔTS SECS PEV NATIONAL :</u></p> <p>Entrepôt sec du PEV central mal rangé, extincteurs acquis non installés ou obstrués par des cartons, pas de racles d'entreposage.</p>		
		Encombrement et faiblesse de rangement dans l'entrepôt sis dans les locaux du CNI	
			
		Rangement inadéquat dans le second entrepôt sec loué du CNI (PEV Central)	

OUTILS DE GESTION DES STOCKS:

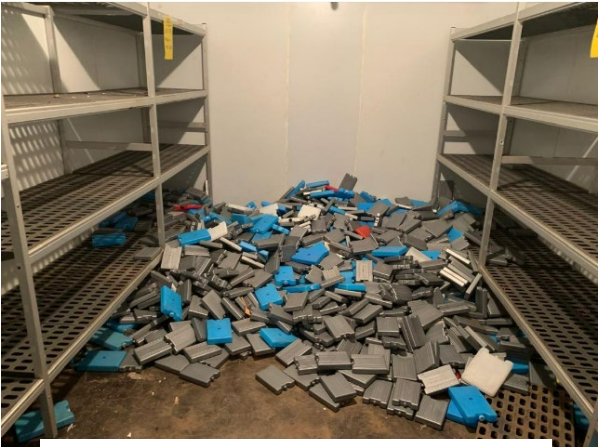
Le SMT est utilisé aux niveaux central, régional et district. Il a été observé lors des visites que les SMT n'étaient pas à jour.



Racks d'entreposage stockés non exploités CNI (PEV Central)



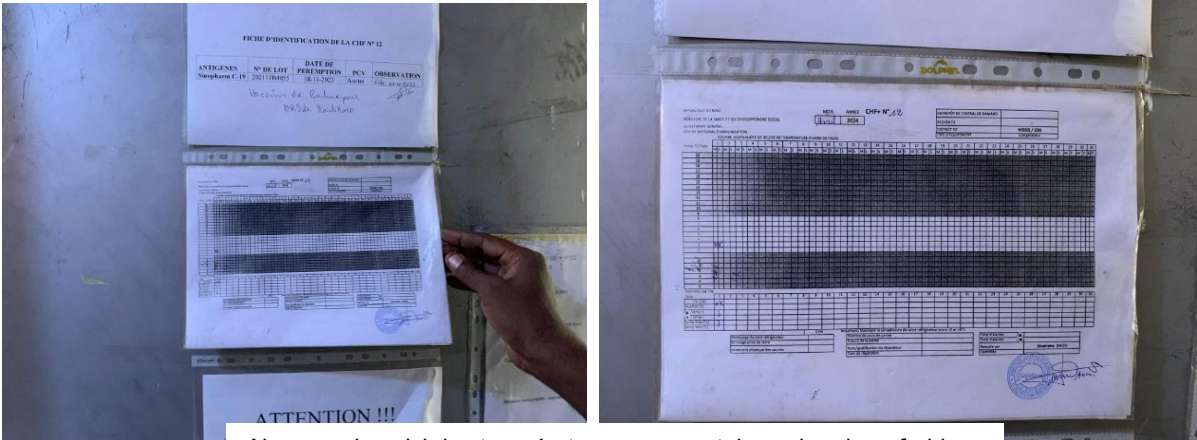
Détritus de cartons jonchant la cour du CNI







Mauvais rangement des accumulateurs dans une chambre froide



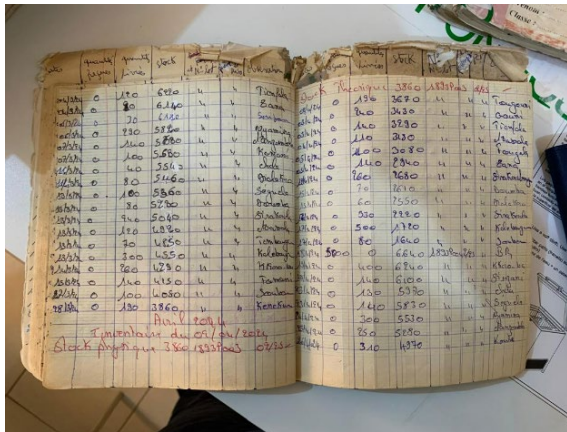
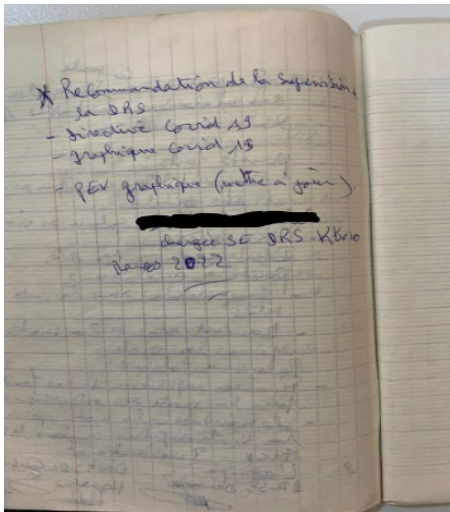


Installations électriques et autres pratiques à risque



Absence de suivi des températures pour certaines chambres froides

Site visité :	DRS DU DISTRICT DE BAMAKO	ILLUSTRATIONS	
Date :	Jeudi 29 février 2024		
Interlocuteurs rencontrés :	<ul style="list-style-type: none"> - Directrice Régionale de la Santé du District de Bamako - Gestionnaire PEV - Gestionnaire des données - Magasinier 		
Observations	<p>CHAINE DU FROID ET ENTREPOT SEC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les 3 chambres froides de la DRS du District de Bamako en arrêt faute de financement de l'achat de carburant. Les stocks de vaccins de la DRS sont entreposés au dépôt national. - Magasins secs du District de Bamako dépourvus d'extincteurs et de détecteurs de fumées, présence d'une bouteille de gaz pleine à usage inconnu du personnel. <p>OUTILS DE GESTION DES STOCKS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il a été observé lors des visites que les SMT n'étaient pas à jour. Certains centres visités utilisent à la fois le SMT et des registres manuels. Mais aucun des deux outils n'était à jour. - Des bordereaux de livraison de vaccins n'avaient pas encore été saisis. De plus certains SMT sont mal paramétré ou des formules ont été écrasées empêchant l'affichage de certaines données. - Des erreurs de rapportage de numéro de lot et de date de péremption ont été constatées à la CSCOM ANIASCO. Quoiqu'ayant 2 assistantes, le point focal PEV de l'hôpital de référence secteur 3 est seule à tout faire. Cette situation a déjà été relevé dans le rapport d'audit effectué par Gavi en 2021. <p>GESTION DES DONNEES:</p> <p>Au niveau de la DRS de Bamako, une plateforme a été créé sur WhatsApp regroupant les communes et les CSCOM du District de Bamako. La gestionnaire des données effectue des analyses hebdomadaires et communique les observations dans le groupe WhatsApp pour que les corrections soient effectuées. La Directrice de la DRS de Bamako a mis en place un groupe qualité des données en juillet 2023. Les réunions de ce groupe voient la participation du CNI central.</p>	 <p>Cartons de seringues et autres intrants secs entreposés dans la cour de la DRS</p>	 <p>Entrepôt sec encombré</p>
		 <p>Chambre froide en arrêt.</p>	

Site visité : Date :	DRS DE KOULIKORO Vendredi 3 mai 2024	ILLUSTRATIONS	
Interlocuteurs rencontrés :	<ul style="list-style-type: none">- Médecin chargé de la lutte contre les maladies- Responsable PEV et adjoint		
Observations	<ul style="list-style-type: none">- Chambre froide est à l'arrêt depuis novembre 2023, stocks de vaccins ramenés à Bamako au CNI.- Générateur acquis installé mais non opérationnel.- 1 seul extincteur pour le local de la chambre froide et non testé depuis longtemps- Mauvaise tenue des registres de stocks- Supervision irrégulière et inefficace.	 Chambre froide de Koulikoro à l'arrêt	 Générateur installé non opérationnel
		 Registre de stock	 Recommandations de supervision peu explicites

Site visité :	DRS DE MOPTI
Date :	Lundi 29 avril 2024
Interlocuteurs rencontrés :	Chef de section logistique et assistants
Observations	<p>DRS Mopti</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les capacités de stockage des intrants sec sont suffisantes mais sont distantes du site - La DRS a deux camions pour le ravitaillement des vaccins (ainsi que pour d'autres intrants et médicaments de la région) - Coupures d'électricité très fréquentes et prolongées, augmentation des dépenses pour le carburant, - Les supports de gestion suivants : bordereaux de livraisons, les cahiers de mouvements des vaccins et des autres intrants, le cahier de bord des camions de transport des vaccins, etc. ne sont pas remplis correctement (des cellules ou des colonnes prévues ne sont pas renseignées). <p>CSREF Mopti</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de PON - La chargé PEV n'a pas reçu de formation structurée sur le PEV - L'extincteur disponible, bien accroché dans un endroit approprié n'est pas testé régulièrement et sa fonctionnalité est affirmée comme telle sans traçabilité - SEPAUMAT a laissé un numéro pour qu'on l'appelle en cas de besoin, - La colonne correspondant à l'état du PCV est laissée vide sur les bordereaux de livraison de vaccins - discordance entre le stock physique compté à la date de la visite et le stock théorique dans le cahier de mouvement. - Livraisons de vaccins souvent inférieures à la quantité commandée, ruptures de courte durée pour certains antigènes - les supervisions sont rares. <p>CSCOM Sevare 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - La chargée PEV a été formée sur le DHIS2 mais pas sur le SMT - Les inventaires de stocks se font par à coup chaque fois que le niveau supérieur le demande - Le CSCOM a un réfrigérateur solaire - Le CSCOM dit n'avoir jamais reçu de visite de SEPAUMAT pour une maintenance préventive ou curative, - La colonne correspondant à l'état du PCV est laissée vide sur les bordereaux de livraison de vaccins - Les numéros de lots et les dates de péremption respectives des stocks physiques et des stocks théoriques ne correspondent pas - pas de de pertes de vaccins depuis 4 ans.

Annexe 8 – Analyse du suivi des mouvements de seringues

La comparaison des quantités de seringues transmis par le CNI et les quantités enregistrées comme reçues par les régions sur la base des SMT révèle des écarts. Les investigations des écarts réalisées par l'équipe du CNI à la demande de l'audit révèle que ces écarts sont dus à un manque de régularité dans l'enregistrement des mouvements de seringues autant au niveau du CNI qu'au niveau des DRS.

	2022 Seringues 0.5 ml distribués			2023 Seringues 0.5 ml distribués		
Mois	Selon SMT CNI	Selon SMT DRS Bamako	Gap	Selon SMT CNI	Selon SMT DRS Bamako	Gap
Jan	365 000	363 000	2 000	230 400	207 000	23 400
Feb	178 500	88 000	90 500	100 800	199 800	-99 000
Mar	230 500	94 000	136 500	300 100	283 900	16 200
Apr	244 000	326 000	-82 000	279 400	263 200	16 200
May	4 000		4 000	250 000	158 200	91 800
Jun	156 000	140 000	16 000	159 000	155 000	4 000
Jul	54 500	194 000	-139 500	249 925	42 000	207 925
Aug	202 800	163 800	39 000	105 000	186 000	-81 000
Sep	107 800	72 000	35 800	90 000		90 000
Oct	133 600	88 300	45 300	234 000	108 400	125 600
Nov	259 300	178 500	80 800		320 000	-320 000
Dec	61 200	5 400	55 800			0
Grand Total	1 997 200	1 713 000	284 200	1 998 625	1 923 500	75 125

	2023 Seringues 0.5 ml distribués		
Mois	Selon SMT CNI	Selon SMT DRS Koulikoro	Gap
Jan	320 400	169 900	150 500
Feb	225 000		225 000
Mar	110 600		110 600
Apr	176 000	180 000	-4 000
May	112 000		112 000
Jun	66 000		66 000
Jul	165 000	90 000	75 000
Aug	42 000		42 000
Sep	30 600		30 600
Oct	240 200	150 000	90 200
Nov	52 300		52 300
Dec	22 400		22 400
Grand Total	1 562 500	589 900	972 600

1. Résultat de l'analyse des écarts pour le dépôt régional de Bamako en 2022

Périodes de sortie	Nombre d'unités livrées par le dépôt central	Nombre d'unités enregistrées par le dépôt de Bamako	Ecart	Commentaires
Jan-22	365 000	363 000	2 000	Les 2000 unités de Gap correspondent aux quantités livrées au CSRéf de CI suivant le BL N°1439 non enregistrées dans le SMT de Bamako
Feb-22	178 500	88 000	90 500	Les 90500 unités correspondent aux quantités directement livrées aux structures affiliées à Bamako suivant les BL N°1445, 1355, 1367, 1373, 1374, 1383. Il s'agit respectivement de : CRLD 4000 unités, CSRéf CI 17000 unités, CSRéf CII 4000 unités, CSRéf CV 4000 unités et CSRéf CVI 60000 unités non enregistrées dans le SMT de Bamako.
Mar-22	230 500	94 000	136 500	Les 136500 unités de Gap correspondent aux quantités livrées au dépôt de Bamako (52000 unités) et aux structures affiliées à Bamako mais qui n'ont pas été enregistrées dans le SMT de Bamako. Il s'agit de : CVD MALI 500 unités, CSRéf CVI 84000 unités suivant les BL N° 1386, 1389, 1393 et 1394
Apr-22	244 000	326 000	- 82 000	Les 244000 unités livrées sont conformes aux BL émis en avril par le dépôt central. Il s'agit du BL N° 80903 à la date du 04/04/2022 correspondant à 146000 unités et du BL N° 80910 à la date du 11/04/2022 correspondant à 96000 unités. Les BL des 82000 unités n'ont été retrouvés ni au dépôt central ni au dépôt de Bamako.
May-22	4 000	-	4 000	Les 4000 unités de Gap correspondent aux quantités livrées au CSCom Yirimadio en CVI suivant le BL N°80941 non enregistrées dans le SMT de Bamako
Jun-22	156 000	140 000	16 000	Les 16000 unités de Gap correspondent aux quantités livrées au CSRéf de la CIV (4000 unités) suivant le BL N°80843 à la date du 16/06/2022, au CSRéf de la CVI (6000 unités) suivant le BL N°80845 à la date du 17/06/2022 et le BL N°80845 à la date du 24/06/2022 (6000 unités) non enregistrées dans le SMT de Bamako
Jul-22	54 500	194 000	- 139 500	On note une insuffisance d'enregistrement à deux niveaux: - 30500 unités livrées aux au CSRéf de la CII suivant le bordereau N°80021 (6000 unités), CSRéf CVI BL N°80026 et N°80029 (16000 unités) et CSRéf CIV BL N°80045 et N°80045 (4000 unités), au CVD MALI BL N°80031 (500 unités) et une partie du BL N°80023 (4000 unités) livrées à Bamako, n'ont pas été enregistrées dans le SMT de Bamako. - 170000 unités livrées à Bamako suivant le BL N°8008 (160000 unités) et une partie du BL N° 80034 (10000 unités) à la date du 05/07/2022, n'ont pas été enregistrées dans le SMT du dépôt central.
Aug-22	202 800	163 800	39 000	Les 39000 unités de Gap correspondent aux quantités livrées aux CSRéf de la CIII respectivement suivant les BL N°80049 (4000 unités), CSRéf CIV BL N°80051 (2000 unités), CSRéf CV BL N°80054 (4000 unités), CSRéf CII BL N°80060 (20000 unités) et CSRéf CVI BL N°80073 (9000 unités) non enregistrées dans le SMT de Bamako
Sep-22	107 800	72 000	35 800	Les 35800 unités de Gap correspondent aux quantités livrées au CSRéf de la CIV suivant les BL N°80111 et N°80146 (14400 unités), CSRéf CII BL N°80112 et N°80156 (9200), CSRéf CV BL N°80130 et N°80141 (12200 unités) qui n'ont pas été enregistrées dans le SMT de Bamako

Périodes de sortie	Nombre d'unités livrées par le dépôt central	Nombre d'unités enregistrées par le dépôt de Bamako	Ecart	Commentaires
Oct-22	133 600	88 300	45 300	Les 45300 unités de Gap correspondent aux quantités livrées aux CSRéf de la CV suivant les BL N°80167, N°80183, N°80190 (20000 unités), CSRéf CI BL N°80168 (700 unités), CSRéf CII BL N°80169, N°80174 et N°80184 (18600 unités), CSRéf CIV BL N°80189 (6000 unités) non enregistrées dans le SMT de Bamako
Nov-22	259 300	178 500	80 800	Les 80800 unités de Gap correspondent aux quantités livrées aux CSRéf de la CV suivant les BL N°80227, N°80243, N°80518 et N°80525 (48600 unités), CSRéf CIII BL N°80236 et N°80517 (16000 unités), CSRéf CI BL N°80520 (10800 unités) CIV N°80529 (5400 unités) non enregistrées dans le SMT de Bamako
Dec-22	61 200	5 400	55 800	Les 55800 unités de Gap correspondent aux quantités livrées aux CSRéf de la CII suivant les BL N°80532 (14400 unités), CSRéf CV BL N°800542 (18000 unités), CSRéf CIII BL N°80543 (10800 unités), CSRéf CVI BL N°80570 (3600 unités) et CSRéf CI BL N°80575 (9000 unités) non enregistrées dans le SMT de Bamako
TOTAL	1 997 200	1 713 000	284 200	

Commentaires

Synthèse de Gaps Bamako 2022	Nombre de doses
Nombres d'unités de seringues livrées directement aux structures affiliées à Bamako, mais non enregistrées dans le SMT de Bamako	536 200
Nombres d'unités de seringues livrées à Bamako mais non enregistrées dans le SMT du dépôt central	170 000
Nombres d'unités de seringues enregistrées sans BL dans le SMT de Bamako dont le BL reste introuvable	82 000

2. Résultat de l'analyse des écarts pour le dépôt régional de Bamako en 2023

Périodes de sortie	Nombre d'unités livrées par le dépôt central	Nombre d'unités enregistrées par le dépôt de Bamako	Ecart	Commentaires
Jan-23	230 400	207 000	23 400	D'abord on constate une erreur du nombre d'unités de seringues enregistrées dans le SMT de Bamako déclarées lors de l'audit. Au lieu de 207000 unités, c'était plutôt 187200 unités. Les 19800 unités de plus constituent un report du début d'année et ne devraient pas être prises en compte. En réalité, le Gap est de 43200 unités correspondant aux quantités livrées au CSRéf de la CIV suivant le BL N°80595 (3600 unités), au CSRéf CVI suivant BL N°80598 (3600 unités) et BL N°1504 (3600 unités), au CSRéf CII suivant BL N°1502 (9000 unités), au CSRéf CII suivant BL N°1503 (3600 unités), au CSRéf CV suivant BL N°1506 (7200 unités) et BL N°1507 (12600 unités) non enregistrées dans le SMT de Bamako
Feb-23	100 800	199 800	- 99 000	Erreur d'enregistrement dans le SMT du dépôt central du BL N°1525 (144000 unités) au lieu de (14400 unités) soit un écart 129600 unités. Des quantités livrées à Bamako correspondant à 30600 unités suivant les BL N°1528 (12600 unités), BL N°1530 (7200 unités) et BL N°1531 (10800 unités) ne sont pas enregistrés dans le SMT de Bamako.
Mar-23	300 100	283 900	16 200	Les 16200 unités de Gap correspondent aux BL non enregistrés d'une part dans le SMT du dépôt central BL N°80631 (3000 unités) et d'autre part, celui N°80639 (19200 unités) dans le SMT de Bamako.
Apr-23	279 400	263 200	16 200	Les 16200 unités de Gap correspondent aux quantités livrées au dépôt de Bamako suivant les BL N°80722 (12000 unités) et BL N° 80718 (7200 unités) non enregistrées dans le SMT de Bamako
May-23	250 000	158 200	91 800	Les 91800 unités de Gap correspondent aux quantités livrées au dépôt de Bamako suivant les BL N°80717 (9000 unités), BL N° 80733 (1000 unités), BL N° 80734 (46800 unités), BL N° 80746 (6000 unités), BL N° 80750 (20000 unités) et BL N° 80751 (6000 unités) non enregistrées dans le SMT de Bamako
Jun-23	159 000	155 000	4 000	12000 unités de seringues livrées au dépôt de Bamako suivant les BL N°80269 (6000 unités), BL N° 80280 (6000 unités) ne sont pas enregistrées dans le SMT de Bamako De même, 8000 unités livrés suivant le BL N° 80255 ne sont enregistrées dans le SMT du dépôt central.
Jul-23	249 925	42 000	207 925	Les 207925 unités de Gap correspondent aux quantités livrées au dépôt de Bamako suivant les BL N°80285 (14125 unités), BL N° 80286 (14000 unités), BL N° 80287 (6000 unités), BL N° 80288 (10000 unités), BL N° 80295 (6000 unités), BL N° 80296 (15000 unités), BL N° 80301 (6000 unités), BL N° 80318 (21000 unités) et BL N° 80320 (58400 unités), au CSRéf CII BL N° 80302 (9000 unités), CSRéf CV BL N° 80306 (20000 unités), CSRéf CI BL N° 80307 (14000 unités) et BL N° 80321 (14400 unités) non enregistrées dans le SMT de Bamako
Aug-23	105 000	186 000	- 81 000	Les 81000 unités de surplus correspondent aux quantités livrées au dépôt de Bamako suivant les BL N°80339 (81000 unités) non enregistrées dans le SMT du dépôt central.
Sep-23	90 000	-	90 000	Les 90000 unités de surplus correspondent aux quantités livrées au Centre de Vaccination des Voyageurs suivant le BL N°80355 (90000 unités) non enregistrées dans le SMT de Bamako.

Périodes de sortie	Nombre d'unités livrées par le dépôt central	Nombre d'unités enregistrées par le dépôt de Bamako	Ecart	Commentaires
Oct-23	234 000	108 400	125 600	<p>Les 125600 unités de Gaps sont dues :</p> <p>- D'une part aux non-enregistrement dans le SMT de Bamako, les livraisons reçues suivant les BL N°80379 (15000 unités), BL N° 80389 (45000 unités), BL N° 80393 (30000 unités), BL N° 80397 (9000 unités), BL N° 80399 (9000 unités), BL N° 80400 (21600 unités), BL N° 80401 (18000 unités) et BL N° 80404 (5400 unités). Il faut noter aussi une erreur de quantité de la livraison du 19 octobre 2023 suivant le BL N°80405 qui est de 27000 unités au lieu de 27400 unités dans le SMT de Bamako.</p> <p>- D'autre part au non-enregistrement dans le SMT du dépôt central, les quantités livrées au dépôt de Bamako suivant les BL N°80381 (27000 unités).</p>
Nov-23	-	320 000	- 320 000	<p>Aucune livraison n'a été émise au dépôt de Bamako au mois de novembre 2023. Le bordereau de livraison citée en référence enregistrée dans le SMT de Bamako sous le N°80144 concerne une livraison faite au dépôt de Bamako à la date du 05/09/2022 (54000 unités)</p> <p>Donc il s'agit d'une erreur d'enregistrement par Bamako.</p>
Dec-23	-	-	-	RAS
TOTAL	1 998 625	1 923 500	75 125	

Commentaires

Synthèse de Gaps Bamako 2023	Nombre d'unités
Nombres d'unités de seringues livrées directement aux structures affiliées à Bamako, mais non enregistrées dans le SMT de Bamako	663 925
Nombres d'unités de seringues livrées à Bamako non enregistrées dans le SMT du dépôt central	119 000
Gap sur erreurs de quantités livrées dans le SMT du dépôt central	129 600
Surplus sur erreurs de saisie du nombre d'unités livrées dans le SMT de Bamako	4 000
Nombres d'unités de seringues enregistrées sans BL dans le SMT de Bamako dont le BL reste introuvable	320 000
Gap sur erreurs de comptage de la part des auditeurs (un report du début d'année pris comme un approvisionnement)	19 800

3. Résultat de l'analyse des écarts pour le dépôt régional de de Koulikoro en 2023

Périodes de sortie	Nombre d'unités livrées par le dépôt central	Nombre d'unités enregistrées par le dépôt de Koulikoro	Ecart	Commentaires
Jan-23	320 400	169 900	150 500	Les BL N°80594 et N°1519 pour un total de 190800 unités sont livrées au dépôt intermédiaire de Kati et non Koulikoro sélectionné par erreur, donc devraient être soustraites de Koulikoro. La quantité livrée à Koulikoro suivant le BL N°80600 à la date du 12/01/2023 est de 108000 unités au lieu de 138000 unités enregistrés dans le SMT de Koulikoro.
Feb-23	225 000	-	225 000	Les 225000 unités de gap correspondent aux quantités livrées aux CSRéf de Ouélessebouougou suivant le BL N°1534 (18000 unités), au CSRéf de Kalaban Coro BL N°1535 (27000 unités) et au dépôt de Koulikoro BL N°1539 (180000 unités) non enregistrées dans le SMT de Koulikoro.
Mar-23	110 600	-	110 600	Les 110600 unités de gap correspondent aux quantités livrées au dépôt de Koulikoro suivant les BL N°80608 (9000 unités), BL N°80617 (21600 unités) et BL N°80634 (80000 unités) non pas enregistrées dans le SMT de Koulikoro.
Apr-23	176 000	180 000	- 4 000	La quantité livrée au dépôt de Koulikoro suivant les BL N°80649 à la date du 05/04/2023 correspond à 90000 unités au lieu de 180000 unités dans le SMT de Koulikoro. Les BL N°80707 livrées à Koulikoro (32000 unités), BL N°80712 (24000 unités) livrées au CSRéf de Kolokani et BL N°80715 (30000 unités) livrées au CSRéf de Kalaban Coro ne sont pas enregistrées dans le SMT de Koulikoro. Donc la quantité totale livrée correspond à 176000 unités.
May-23	112 000		112 000	Les 112000 unités de gap correspondent aux quantités livrées au CSRéf de Kangaba suivant le BL N°80721 (18000 unités), au dépôt de Koulikoro suivant les BL N°80742 (46000 unités) et BL N°80743 (48000 unités) non enregistrées dans le SMT de Koulikoro.
Jun-23	66 000		66 000	Les 66000 unités de gap correspondent aux quantités livrées au CSRéf de Kalaban Coro suivant le BL N°80253 (30000 unités), au dépôt de Koulikoro suivant les BL N°80266 (30000 unités) et BL N°80271 (6000 unités) non enregistrées dans le SMT de Koulikoro.
Jul-23	165 000	90 000	75 000	Les 75000 unités de gap correspondent aux quantités livrées au CSRéf de Kalaban Coro suivant le BL N°80312 (45000 unités) et une partie du BL N°80328 (30000 unités) livrée au dépôt de Koulikoro non enregistrées dans le SMT de Koulikoro.
Aug-23	42 000		42 000	Les 42000 unités de gap correspondent aux quantités livrées au CSRéf de Ouélessebouougou suivant le BL N°80340 (6000 unités) et au CSRéf de Kalaban Coro suivant le BL N°80345 (36000 unités) non enregistrées dans le SMT de Koulikoro.
Sep-23	30 600		30 600	Les 30600 unités de gap correspondent aux quantités livrées au CSRéf de Ouélessebouougou suivant le BL N°80359 (10800 unités), au CSRéf de Kangaba suivant le BL N°80360 (16200 unités) et au CSRéf de Kalaban Coro suivant le BL N°80362 (3600 unités) non enregistrées dans le SMT de Koulikoro.
Oct-23	240 200	150 000	90 200	Les 90200 unités de gap correspondent aux quantités livrées au dépôt régional de Koulikoro suivant le BL N°80390 (21000 unités), au CSRéf de Ouélessébougou suivant le BL N°80416 (18000 unités), au CSRéf de Kalaban Coro suivant le BL N°80418 (51200 unités) non enregistrées dans le SMT de Koulikoro.
Nov-23	52 300		52 300	Les 52300 unités de gap correspondent aux quantités livrées au CSRéf de Kangaba suivant le BL N°80446 (12300 unités) et au CSRéf de Kalaban Coro suivant le BL N°80449 (40000 unités) non enregistrées dans le SMT de Koulikoro.

Périodes de sortie	Nombre d'unités livrées par le dépôt central	Nombre d'unités enregistrées par le dépôt de Koulikoro	Ecart	Commentaires
Dec-23	22 400		22 400	Les 22400 unités de gap correspondent aux quantités livrées au CSRéf de CSRéf Ouélessebouyou suivant le BL N°80459 (22400 unités) non enregistrées dans le SMT de Koulikoro.
TOTAL	1 562 500	589 900	972 600	

Commentaires

Synthèse de Gaps Koulikoro 2023	Nombre d'unités
Nombres d'unités de seringues livrées directement aux structures affiliées à Koulikoro mais non enregistrées dans le SMT de Koulikoro	912 100
Surplus sur erreurs de saisie du nombre d'unités livrées dans le SMT de Koulikoro	120 000
Livraisons destinées au Dépôt Intermédiaire de Kati, mais enregistrées par erreur à Koulikoro, donc devraient être soustraites de Koulikoro	190 800

4. Conclusions

Au regard de toutes ces insuffisances notées, le groupe national de travail sur la logistique a pris des mesures pour améliorer la gestion au niveau des différents dépôts.

Annexe 9 – Plan d'actions correctives aux constats d'audit

Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
4.1	Gouvernance et performance organisationnelle des entités					
4.1.1	Absence d'un cadre de suivi formalisé de la mise en œuvre des recommandations	<p>Le MSDS devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> Responsabiliser une entité au sein du MSDS pour la centralisation et la formalisation du suivi de toutes les recommandations issues des missions d'évaluations internes ou externes du MSDS réalisées avec l'appui des différents partenaires ; ainsi que pour le suivi de la mise en œuvre effective des GMR. Cette entité pourra s'appuyer notamment sur les services d'audit interne ou équivalents déjà en place dans certaines structures du MSDS ; Établir une présentation formelle de l'état d'avancement de la mise en œuvre des GMR et des principales recommandations issues des différentes évaluations internes et externes lors des forums de coordination existants tels que les réunions du CCIA. 	Elevée	<ul style="list-style-type: none"> Le comité de suivi du RSS sera mandaté pour le suivi de la mise en œuvre de toutes les recommandations issues des missions d'évaluations internes ou externes du MSDS réalisées avec l'appui des différents partenaires. Le comité de suivi du RSS se chargera d'établir une présentation formelle de l'état d'avancement de la mise en œuvre des GMR et des principales recommandations issues des différentes évaluations internes et externes lors des forums de coordination existants tels que les réunions du CCIA. 	<p>Directeur de la CPS/ Cabinet</p> <p>Directeur de la CPS/ Cabinet</p>	Trimestriel à partir de janvier 2025
4.1.2	Faiblesse de pilotage stratégique du Programme	<p>L'atteinte des objectifs d'immunisation que s'est fixé le Gouvernement de la république du Mali passe inévitablement par un renforcement du pilotage stratégique du PEV. A cet effet, le MSDS devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> préciser la composition des 3 sous-comités techniques et organiser les réunions du CCIA et de ses sous-comités selon la fréquence prévue par l'arrêté N°2019-5133 ; établir un programme annuel de travail du CCIA avec les dates prévisionnelles qui sera communiqué à toutes les parties en vue de permettre une anticipation suffisante des réunions ; s'assurer que le ministre et les Représentants Résidents des partenaires ainsi que les premiers responsables des autres membres actifs soient le plus possible présents aux réunions du CCIA ; 	Elevée	<ul style="list-style-type: none"> Les membres des 3 sous-comités techniques seront définis et seront désignés parmi les membres actifs et associés du CCIA. La décision mettant en place des 3 sous-comités techniques sera révisée pour préciser la composition de chaque sous-comité Un chronogramme de travail du CCIA pour l'année 2025 est déjà établi avec comme première réunion ordinaire fixée en juin 2025 et la seconde prévue en décembre 2025. Les dates de tenue des sessions du CCIA seront fixées en fonction de l'agenda du Ministre. Il est prévu un renforcement de capacités des membres du SP CCIA du 13 au 17 janvier 2025 et une rencontre extraordinaire est programmée le 30 janvier 2025 à l'issue de la 	<p>Directeur du CNI/ Cabinet</p>	<p>Fin mars 2025</p> <p>Décembre 2024</p>

Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
		<ul style="list-style-type: none"> redynamiser le CNI dans son rôle de Secrétariat Permanent du CCIA et opérationnaliser les sous-comités techniques prévus dans l'arrêté de création afin de garantir une meilleure planification et préparation des réunions du CCIA ; prévoir une évaluation périodique de la complétude de l'ordre du jour des réunions du CCA par rapport à ses attributions mettre en place un cadre de suivi du renouvellement des mandats des membres du GTCV. 		<p>formation des membres du SP CCIA.</p> <ul style="list-style-type: none"> Le SP CCIA passera en revue les différents points inscrits à l'ordre du jour des réunions du CCIA et élaborera un compte-rendu qui sera partagé à tous les membres. La durée du mandat du GTCV est prévu dans le règlement intérieur. Le suivi du renouvellement du mandat du GTCV sera assuré par le Ministre. 		
4.1.3	Rôles non tenus du comité de pilotage (UMRSS / UGP)	<p>Le MSDS devra veiller à ce que :</p> <ul style="list-style-type: none"> le Comité de pilotage statue sur la validation formelle des états financiers de l'UGP/UMRSS au titre des exercices 2020 à 2023, ainsi que sur la charte et le plan de travail préparés par l'unité d'audit interne de l'UGP/UMRSS ; l'approbation des états financiers annuels et le suivi de la mise en œuvre des recommandations soient à l'ordre du jour d'au moins une session ordinaire du Comité de pilotage chaque année ; les attributions des différents comités existants et les possibilités d'intégration de certains d'entre eux soient analysées pour un meilleur suivi des subventions Gavi. 	Modérée	<ul style="list-style-type: none"> L'UMRSS prend acte de ces recommandations. Cependant, le nouvel arrêté ne prévoit pas la validation des états financiers par le Comité de suivi. L'UMRSS s'engage à présenter les états financiers au Comité de Suivi lors de ces réunions. 	UMRSS	1 ^{er} semestre 2025
4.1.4	Absence de formalisation du cadre organique du CNI	Le ministère devra finaliser et officialiser le cadre organique du CNI pour renforcer sa légitimité, instaurer un cadre cohérent avec sa structure organisationnelle et lui donner plus d'impact dans la gestion stratégique et opérationnelle du PEV au Mali.	Modérée	<ul style="list-style-type: none"> Les Assises des Etats Généraux sur la Santé sont en cours. La thématique concernant la gouvernance et la coordination a déjà pris en compte l'érection de certaines structures en Directions, notamment le CNI. Les conclusions de ces Assises rendront officiel le cadre organique du CNI pour renforcer sa légitimité en lui donnant plus d'impact dans la gestion stratégique et opérationnelle du PEV. 	MSDS	Juin 2025
4.1.5	Insuffisance de gestion des	<p>Le MSDS devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> En lien avec la recommandation 4.1.4 relative à la 	Elevée	<ul style="list-style-type: none"> Une fois le cadre organique opérationnel, le MSDS s'engagera à fournir les ressources 	MSDS	Juin 2025

Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
	ressources humaines du CNI	<p>formalisation du cadre organique du CNI, mettre en place une équipe cadre élargie autour de la direction du CNI pour renforcer ses capacités de gestion ;</p> <p>Le CNI devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> procéder à la description des rôles et responsabilités de chaque membre de son personnel et mettre en place des fiches de postes individuelles décrivant les tâches et clarifiant les liens hiérarchiques et de rapportage. Cette description des tâches individuelles constituera une base importante pour une évaluation objective des performances ; en collaboration avec la DGSHP et les Directions Régionales, procéder à un diagnostic des besoins de formation du personnel impliqué dans la gestion du programme PEV à chaque niveau de la pyramide sanitaire et élaborer un plan stratégique de renforcement des capacités. La mise en place de ce plan permettrait également au MSDS d'identifier les besoins en assistance technique les plus pertinentes pour le Programme. 		<p>humaines pour renforcer les capacités de gestion du CNI</p> <ul style="list-style-type: none"> Les fiches de postes disponibles seront revues et adaptées au cadre organique. Un plan de renforcement des capacités du personnel impliqué dans la gestion du PEV sera élaboré sur la base d'un diagnostic des besoins en formation à chaque niveau de la pyramide sanitaire. 	<p>Directeur du CNI</p> <p>Directeur du CNI/Direction des Ressources Humaines</p>	<p>Février 2025</p> <p>Mars 2025</p>
4.1.6	Besoin d'amélioration des outils de gestion opérationnelle du CNI	<p>La Direction du CNI devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> former les membres de l'unité « Planification, suivi, évaluation et recherche » et tous les chefs d'unités aux techniques de planification et au suivi-évaluation efficace des activités ; inclure dans le tableau de bord toutes les informations de date, de lieu, d'acteurs, de cibles et d'indicateurs clés de performance (<i>KPIs – Key Performance Indicators</i>) relatives aux activités planifiées afin de constituer une base suffisante pour leur évaluation a posteriori. mettre en place un système de formalisation de revue et d'approbation du tableau de bord par les 	Elevée	<ul style="list-style-type: none"> Les membres de l'Unité « Planification, suivi, évaluation et recherche » seront formés après la validation du plan de renforcement des capacités des ressources humaines. La nouvelle subvention FPP sera mise à profit pour cette formation. En plus, une assistance technique est déjà disponible pour appuyer l'Unité. Le tableau de bord disponible sera amélioré en prenant en compte les informations de date, de lieu, d'acteurs, de cibles et de KPIs relatives aux activités planifiées. Les indicateurs seront 	<p>Directeur du CNI</p> <p>Directeur du CNI</p>	<p>Février 2025</p> <p>Décembre 2024</p>

Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
		responsables habilités, ainsi que des restrictions de modification du fichier. Avec l'appui de la CPS, la Direction du CNI devra : <ul style="list-style-type: none">établir un plan de travail à court, moyen et long terme découlant du PTA du Ministère et donnant une vue complète sur toutes les subventions Gavi et des autres bailleurs disponibles pour le financement des activités du PEV.		renseignés périodiquement. <ul style="list-style-type: none">L'Unité « Planification, suivi, évaluation et recherche » identifiera les responsables et définira les modalités de revue et d'approbation du tableau de bordLe Plan de Travail 2025 du CNI est en cours d'élaboration en collaboration avec la CPS. Un draft est déjà disponible fixant les échéances trimestrielles, semestrielles et annuelles.	Directeur du CNI/ DGSHP	Décembre 2024
4.1.7	Faiblesse du mécanisme de surveillance interne (UMRSS / UGP)	Le comité de pilotage de l'UMRSS et l'UMRSS devront : <ul style="list-style-type: none">examiner et valider les documents constituant le cadre de référence de l'unité d'audit interne ;accroître les capacités de l'unité d'audit interne en complétant son effectif pour atteindre le minimum requis dans les textes de création ;réviser le manuel des procédures en le complétant avec les procédures de lutte contre la fraude et les procédures spécifiques d'autorisations des paiements bancaires.	Modérée	<ul style="list-style-type: none">L'UMRSS présentera la charte ainsi que le plan d'audit interne au Comité de Suivi.L'UMRSS est preneur de l'augmentation de l'effectif de personnel de l'Unité d'audit interne sur le financement en cours de GAVI.L'UMRSS a élaboré une politique de gestion anti-fraude et corruption validé par le comité de pilotage.Le manuel de procédures a été révisé et harmonisé prenant en comptes les procédures spécifiques d'autorisation des paiements bancaires.	UMRSS	1 ^{er} Semestre 2025
4.2	Gestion comptable et financière					
4.2.1	Lacunes relevées dans le manuel des procédures en vigueur au sein du MSDS	Le MSDS devra mettre à jour le manuel de procédures du PRODESS en y intégrant toutes les orientations nécessaires à une justification adéquate de chaque catégorie de dépenses pouvant être effectuées sur les financements extérieurs. Cette clarification des procédures est nécessaire pour réduire le risque de mis en question des dépenses.	Elevée	<ul style="list-style-type: none">Un premier draft a été soumis à l'approbation des acteurs lors d'un atelier tenu en 2024 qui a fait l'objet de beaucoup d'observations et suggestions.Un même schéma d'écriture comptable est mis à la disposition de l'ensemble des sites comptables pour une application harmonieuse en attendant le manuel finalisé.Un appui de GAVI est sollicité pour accompagner l'organisation de l'atelier de finalisation et de validation	DFM/DGSHP/DRS	2 ^{ème} semestre 2025
4.2.2	Faiblesses de gestion comptable et de traçabilité des fonds Gavi (DGSHP, DRS)	Le MSDS devra : <ul style="list-style-type: none">convenir avec l'Unicef des informations essentielles à communiquer aux structures bénéficiaires en vue de permettre au MSDS de	Modérée	<ul style="list-style-type: none">La comptabilité du PRODESS est conçue pour prendre en compte plusieurs conventions de financement de partenariat. Le système de comptabilisation des avances existe mais c'est l'UNICEF qui est répertorié dans la base	DFM/DGSHP/UNICEF	2 ^{ème} semestre 2025

Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
		<p>répondre à ses obligations de tenues de comptes suivant l'Accord de partenariat qui le lie à Gavi ;</p> <ul style="list-style-type: none"> mettre en place une procédure de codification budgétaire et de traitement comptable permettant une meilleure traçabilité des fonds Gavi dans les comptes des différentes structures bénéficiaires des décaissements de fonds Gavi provenant de l'Unicef ; compléter le manuel du PRODESS avec ces procédures spécifiques dans le cadre du développement d'un nouveau PNDS. 		<p>comme Partenaire. Comme attestent les ordres de virement ou avis de crédit de la banque.</p> <ul style="list-style-type: none"> Une notification sera adressée à l'UNICEF pour indiquer la source de financement sur les ordres de virement Les procédures spécifiques dans le cadre du développement d'un nouveau PNDS seront intégrées dans la prochaine révision du Manuel. 		
4.2.3	Faiblesse du dispositif de suivi des avances (UMRSS / UGP)	L'UMRSS devra mettre en place un suivi continue des avances ouvertes incluant des relances périodiques avant la fin du délai de justification et l'escalade des retards au niveau hiérarchique approprié pour actions.	Modérée	<ul style="list-style-type: none"> L'UMRSS a mis en place un fichier de tracking des avances faites aux EMO/PMO avec un suivi bi-hebdomadaire. Parallèlement, un module a été paramétré dans le logiciel TOM2PRO pour suivre l'âge des avances. 	UMRSS	Immédiat
4.2.4	Insuffisance du mécanisme de contrôle des paiements aux agents de santé communautaires (ASC)	<p>L'UMRSS devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> mettre en place un mécanisme rigoureux de contrôle et validation des listes des ASC éligibles aux paiements et des montants à payer chaque mois ; en ligne avec la responsabilité première qui lui est confiée par le MSDS, renforcer les contrôles à effectuer par les services propres de l'UMRSS comme second rempart avant l'exécution des paiements ; définir et mettre en place des contrôles a posteriori pour s'assurer que des erreurs ou bugs du système n'ont pu conduire à des paiements indus. 	Modérée	<ul style="list-style-type: none"> L'application ASA-MALI a différentes fonctionnalités. Celle de permettre le suivi de la supervision des ASC à travers les données saisies par les superviseurs dédiés, et une autre permettant la vérification de la disponibilité des rapports des ASC sur la plateforme. <p>Le dispositif de contrôle et validation des listes des ASC se présente comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> Un atelier a été organisé pour faire la triangulation des données de la liste maitresse des ASC avec celle de la cartographie validée par les régions et l'extraction des informations des sites ASC dans DHIS2. Cet atelier a permis de retenir une liste définitive mise à jour chaque mois avec l'appui des régions et transmise à Orange pour confirmation. La liste validée est transmise par l'AT MUSO à l'UMRSS à travers une requête qui fait l'objet de contrôle par l'Unité programmatique, l'Unité finance et l'AF. L'UMRSS a pris en main le processus de paiement à travers la plateforme d'Orange qui permettra de mitiger le risque de double paiement. Par ailleurs, l'UMRSS procède au 	UMRSS	Immédiat

Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
				rapprochement mensuel du compte Orange.		
4.2.5	Insuffisance d'identification et de suivi des immobilisations	<p>La DFM devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> mettre en place un plan de communication avec toutes les entités impliquées dans la chaîne d'acquisition de matériels sur financement Gavi, notamment l'Unicef, le CNI, l'UMRSS, la DGSHP, etc. afin que ses services soient associés à la réception et/ou que les informations nécessaires soient partagées pour qu'elle procède à l'enregistrement des matériels dans la base de données du MSDS ; en lien avec la recommandation 4.2.1, mettre à jour le manuel du PRODESS en intégrant les procédures qui seront définies pour l'identification et le suivi des immobilisations acquises sur financement bailleurs, notamment Gavi ; mettre en place une planification et une budgétisation adéquates des inventaires et les exécuter suivant la fréquence prescrite par le manuel des procédures du PRODESS. Ceci permettra à la DFM d'avoir continuellement une vue d'ensemble à jour des immobilisations faisant partie du patrimoine du MSDS et en surveiller la gestion. 	Modérée	<ul style="list-style-type: none"> Le plan de communication incluant toutes les entités impliquées dans la chaîne d'acquisition de matériels sur financement Gavi, notamment l'Unicef, le CNI, l'UMRSS, la DGSHP sera élaboré Le processus de validation du manuel prendra en compte l'identification et le suivi des immobilisations. La planification et la budgétisation adéquates des inventaires et leurs exécutions suivant la fréquence prescrite dans le manuel des procédures du PRODESS seront mis en place 	DFM/DGSHP	2eme semestre 2025
4.2.6	Dépenses mises en question par le présent audit	<p>Le MSDS devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> mettre à jour le manuel du PRODESS en incluant les processus permettant un contrôle systématique de la qualité de justification des dépenses effectuées tant au niveau central qu'aux niveaux décentralisés (voir constat 4.2.1) ; divulguer et sensibiliser les différentes entités du MSDS sur les dispositions de l'Accord-Cadre de Partenariat et ses annexes, notamment l'Annexe 2 « Dispositions additionnelles relatives aux programmes » et l'Annexe 6 « Conditions de gestion financière » remplacée par les GMR; renforcer les missions d'inspection et d'audit interne sur la gestion des programmes Gavi au 	Elevée	<ul style="list-style-type: none"> Un premier draft [du manuel du PRODESS révisé]a été soumis à l'approbation des acteurs lors d'un atelier tenu en 2024 qui a fait l'objet de beaucoup d'observations et suggestions. Un appui de GAVI est sollicité pour accompagner l'organisation l'atelier de finalisation et de validation 	DFM/DGSHP	2ème semestre 2025

Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
		<p>sein du MSDS conformément au point o) des nouvelles GMR partagées par Gavi le 26 juin 2024 ;</p> <ul style="list-style-type: none"> mettre en place un mécanisme de supervision formative et de mentorat des gestionnaires comptables avec l'appui de l'Inspection de la Santé, l'Inspection des Finances ou de la DFM. 		<ul style="list-style-type: none"> Les dispositions seront prises pour mettre en place un mécanisme de supervision formative et de mentorat des gestionnaires comptables au moins une fois par an. 		
4.3	Achats et passations de marchés					
4.3.1	Faiblesse des procédures d'approbation du Plan de Passation de Marchés (UGP / UMRSS)	<p>L'UMRSS devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> mettre en évidence dans les PPM, les marchés cofinancés par les deux bailleurs Gavi, Fonds Mondial, et les marchés financés exclusivement par chaque bailleur ; soumettre les PPM à la fois à la validation écrite de Gavi et du Fonds Mondial et archiver les preuves de validation avant d'entamer l'exécution de ces PPM. 	Modérée	<ul style="list-style-type: none"> L'UMRSS prend note. Cependant, il importe de préciser que le Plan de Passation des Marchés est aligné à chaque subvention et est validé par le Bailleur de fonds. Etant donné que les subventions ne démarrent pas à la même période, ceci rend difficile la mise en œuvre de cette recommandation. Toutefois, l'UMRSS veille toujours à mettre en évidence la part du marché financée par chaque bailleur. Les PPM sont élaborés par subvention. Il y'a donc un PPM pour la subvention GAVI qui est distinct du PPM de la subvention Fonds mondial. C'est la pratique en cours actuellement. Aucun PPM n'est exécuté avant l'obtention de l'ANO. 	UMRSS	Immédiat
4.3.2	Faiblesses observées dans la gestion des marchés	<p>L'UMRSS devra:</p> <ul style="list-style-type: none"> veiller à respecter la procédure d'archivage décrite dans le manuel de procédures et s'assurer de la disponibilité en temps voulu de toute la documentation rentrant dans le processus de passation de marchés. Il est crucial que les documents liés à un même marché soient classés ensemble, suivant les différentes étapes du processus, conformément aux dispositions du manuel de procédures. Une checklist de tous les 	Modérée	<ul style="list-style-type: none"> L'UMRSS prend note de cette recommandation. L'archivage physique est fait par dossier de passation et par mode de passation. Chaque processus possède sa propre boîte d'archives qui contient tous les éléments afférant au marché en question suivant une checklist conformément au Manuel de Procédures. En plus de l'archivage physique, un archivage électronique existe également pour avoir plusieurs sauvegardes des dossiers de passation. Par ailleurs, pour un meilleur suivi, 	UMRSS	Immédiat

Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
		documents à archiver pourrait être jointe à l'ouverture de chaque dossier ; <ul style="list-style-type: none"> faire le point et documenter les capacités des entreprises retardataires à poursuivre l'exécution des marchés suivant les termes du contrat, et en accord avec Gavi et le MSDS, prendre les mesures nécessaires pour la bonne fin des travaux et la clôture du programme ; mettre en place un mécanisme d'évaluation des performance des prestataires de manière intermittent tout le long de l'exécution des contrats. Les procédures d'application de ce mécanisme devront être intégrées dans une version actualisée du manuel des procédures de passations des marchés. 		l'Unité passation de marché dédie chaque mois une journée à l'archivage des dossiers. <ul style="list-style-type: none"> L'UMRSS prend note de la recommandation. Cependant, un dispositif de suivi a été mis en place à travers un outil de gestion des contrats. Cet outil permet de faire à intervalles réguliers, le point à date sur l'évolution de l'exécution des contrats. Il permet de prendre les mesures nécessaires et anticiper sur les éventuels blocages ou entraves qui peuvent survenir. 		
4.4	Gestion des vaccins					
4.4.1	Défaut de suivi d'exécution du plan d'amélioration de la GEV	Le MSDS devra : <ul style="list-style-type: none"> s'assurer de la mise en place d'un mécanisme de suivi et évaluation du plan d'amélioration de la GEV précisant notamment les rôles et responsabilités en la matière, les modalités de ce suivi ainsi que la fréquence ; requérir un rapport périodique au CCIA sur l'état d'avancement de la mise en œuvre du plan d'amélioration de la GEV. Cela permettra à cette instance de se prononcer sur les performances réalisées et définir des éventuels plans d'actions. 	Elevée	<ul style="list-style-type: none"> Le groupe national logistique assurera le suivi et l'évaluation du plan d'amélioration de la GEV à travers les réunions mensuelles. Un responsable sera désigné dont le rôle consiste à donner le niveau d'exécution du plan au cours de chaque réunion. Au regard de ces informations des décisions d'orientations seront prises pour la mise en œuvre du plan. Un rapport périodique incluant le niveau d'exécution du plan et les décisions prises par le groupe national logistique sera discuté lors des réunions du CCIA. Il fera l'objet d'un point à l'ordre du jour. 	Directeur du CNI Directeur du CNI/ Cabinet	D'ici fin janvier 2025 Juin & décembre 2025
4.4.2	Faiblesse du cadre gestion des vaccins et de la chaîne du froid	Le CNI doit : <ul style="list-style-type: none"> éditer chaque Procédure Opératoire Normalisée (PON) sous forme d'une fiche technique dont la compréhension sera plus facile pour les acteurs du PEV à chaque niveau de la pyramide sanitaire (différencier les fiches par niveau). organiser des formations de recyclage sur l'utilisation de ces fiches 	Modérée	<ul style="list-style-type: none"> Les PON sur la GEV sont disponibles depuis Février 2021. Les ateliers de dissémination à l'intention des utilisateurs ont été organisés dans les régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti et Bamako par le niveau central avec l'appui des PTF du 28 au 29 novembre 2024. Les fiches techniques ont été actualisées et 	Groupe Logistique/ Directeur du CNI Groupe Logistique/ CNI	D'ici fin premier trimestre 2025 Décembre 2024

Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
		<ul style="list-style-type: none"> imprimer plusieurs copies des fiches et les mettre à la disposition de tous les acteurs du PEV à chaque niveau de la pyramide sanitaire. 		seront reproduites et partagées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire		
4.4.3	Insuffisances liées à la gestion de la chaîne du froid et des entrepôts secs	<p>Le MSDS devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> veiller à la remise en marche des chambres froides en arrêt dans les différentes régions et doter les DRS des moyens nécessaires pour en assurer un fonctionnement continu; établir un plan formel de maintenance des équipements de la chaîne du froid clarifiant les voies et modalités de recours à chaque niveau de la pyramide sanitaire. 	Elevée	<ul style="list-style-type: none"> Les chambres froides en arrêt au niveau des régions ont été mises en marche. Des installations solaires ont été réalisées au niveau de certaines régions pour le fonctionnement des chambres froides (ex : Koulikoro) Le plan de maintenance des ECF sera réactualisé à travers un atelier prévu mi-janvier 2025 	<p>Directeur SEPAUMAT/ CNI</p> <p>Groupe Logistique/Directeur du CNI</p>	<p>D'ici fin premier trimestre 2025</p> <p>Janvier 2025</p>
4.4.4	Faiblesses en matière de gestion physique des stocks de vaccins et intrants	<p>En lien avec la recommandation 4.4.2, le CNI devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> organiser dans un bref délai, les formations de mise à niveau des nouveaux agents sur les bonnes pratiques de gestion des vaccins ; accentuer les supervisions formatives et s'assurer lors de ces supervisions que les PON adaptés sont disponibles, accessibles et régulièrement consultés par tous le personnel en charge du PEV au niveau intermédiaire et périphérique ; faire un diagnostic des risques d'incendies sur les différents sites du PEV et mettre en œuvre le plan de mise aux normes. Ce plan devra inclure la formation et la sensibilisation des acteurs sur chaque site à la prévention des incendies. 	Modérée	<ul style="list-style-type: none"> La formation des nouveaux agents est prévue dans la SNV 2023-2027. Les sessions de formations seront organisées dans les 75 districts sanitaires sur la gestion efficace des vaccins. La mise en œuvre de la GEV permettra de vérifier l'application des PON. En outre, les supervisions formatives seront organisées par tous les niveaux pour s'assurer de l'utilisation des PON. Un état des lieux des installations électriques sera fait à tous les niveaux. Et la maintenance des locaux du PEV sera planifiée à différents niveaux. Un atelier de formation sera organisé sur l'utilisation des extincteurs. 	<p>Groupe Logistique/Directeur du CNI</p> <p>Directeur du CNI /CEPRIS</p>	<p>2^e trimestre 2025</p>
4.4.5	Faiblesse de suivi et d'analyse des mouvements de stocks (seringues et vaccins)	<p>Pour trouver l'équilibre entre le risque de pertes de vaccins dues au surstockage ou le risque d'une faible couverture vaccinale due aux ruptures de stocks, une maîtrise des données de stocks s'impose au CNI. Le CNI devra donc en collaboration avec la DGSHP :</p> <ul style="list-style-type: none"> compléter les PON avec une description claire des procédures et exigences de remplissage des outils 	Elevée	<ul style="list-style-type: none"> Au cours de la réactualisation des PON, le 	Unité logistique /Directeur du CNI	Décembre 2024

Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
		<p>de gestion des stocks disponibles à chaque niveau de la pyramide sanitaire ;</p> <ul style="list-style-type: none"> former les acteurs des niveaux intermédiaire et périphérique sur les procédures de gestion des stocks. Cette formation devra permettre d'explicitier les procédures d'inventaires physiques, leur fréquence, les modalités de rapprochement et de mise à jour des registres du stock ; responsabiliser des agents pour la saisie des données dans les SMT au niveau du CNI et dans les DRS et Districts ; responsabiliser des cadres au niveau du CNI et dans les DRS et Districts pour la supervision et le contrôle des données renseignées par les agents dans les SMT et pour le suivi de la collecte des SMT des niveaux inférieurs ; lors des réunions de direction, inclure régulièrement une présentation des résultats d'analyse périodique des données de stocks, y compris des informations pertinentes sur la disponibilité des stocks, les capacités de consommation, les pertes de vaccins flacons fermés, etc. 		<p>remplissage des outils de gestion de stocks sera pris en compte</p> <ul style="list-style-type: none"> Au niveau de chaque de dépôt de vaccin, le chargé PEV est désigné comme responsable de l'utilisation de SMT. A cet effet ils ont bénéficié de formation sur l'utilisation de cet outil. Pour le niveau central, le SMT est régulièrement renseigné et un rapport mensuel de gestion de stock est élaboré et partagé avec les partenaires. Un atelier de formation et de mise à niveau sera organisé à l'intention des nouveaux agents Pour les niveaux région et district, un suivi régulier sera fait pour s'assurer du remplissage correct de l'outil à travers la supervision formative. Le suivi sera également fait pour la transmission des SMT au niveau central pour analyse. Des réunions trimestrielles en ligne seront organisées avec les responsables PEV des régions et districts pour partager les stocks des vaccins et consommables. 		D'ici fin premier trimestre 2025
4.4.6	Gestion inefficace des espaces de stockage d'intrants secs	<p>Les défis actuels d'espace de stockage de secs peuvent être atténués par une optimisation de l'espace disponible. A cet effet, le CNI devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> assainir les différents entrepôts disponibles et tous les espaces encombrés de déchets et matériels hors d'usage ; installer et mettre à profit les racks d'entreposage acquis et stockés dans le second entrepôt ; organiser des formations de renforcement des compétences du personnel en charge de la gestion des espaces de stockage d'intrants secs ; améliorer le rangement dans les différents entrepôts en dégagant des couloirs d'accès afin de faciliter 	Modérée	<ul style="list-style-type: none"> Une optimisation de l'espace de stockage des magasins sec sera faite en respectant les normes d'entreposage des intrants par l'utilisation des racks. A cet effet, au cours de l'inventaire des matériels prévu en fin d'année les produits seront rangés selon les normes. Il est prévu la construction de 9 magasins de stockage de secs dans les régions de Sikasso, Bougouni, Koutiala, Koulikoro, Nioro, Bandiagara, Kita, Ségou et Kayes. Un atelier de formation sur la gestion des espaces de stockage des intrants sera organisé pour le renforcement des compétences du 	Directeur du CNI /Responsable du dépôt central	<p>D'ici fin décembre 2024</p> <p>D'ici fin premier semestre 2025</p>

Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
		les travaux de manutention et réduire le risque d'endommagement des intrants et autres matériels.		personnel en charge des magasins secs.		
4.5	Suivi et évaluation					
4.5.1	Besoin de redynamisation du mécanisme de contrôle de la qualité des données	<p>La DGSHP devra en collaboration avec le CNI :</p> <ul style="list-style-type: none"> redynamiser au niveau central la commission d'amélioration de la qualité des données du PEV et de la surveillance mise en place en 2019 coordonner la mise en place d'une représentation de cette commission dans les régions où elle n'est pas encore fonctionnelle. <p>Le CNI devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> inclure dans les PON des guides ou procédures claires sur les contrôles de triangulation à mettre en œuvre à chaque niveau de la pyramide sanitaire sur les données remontées dans le DHIS2 et en faire une large diffusion; à l'aide de ces guides, organiser des formations de mise à niveau des agents en charge de la revue de la qualité des données à chaque niveau. 	Elevée	<ul style="list-style-type: none"> Les réunions mensuelles du Groupe Qualité des données sont reprises depuis octobre 2024. Une assistance technique a été fournie par Gavi pour appuyer le Groupe Qualité des données au niveau national et mettre en place ceux des régions. En outre, le District de Bamako et les régions de Mopti et Tombouctou ont bénéficié des assistances techniques de l'OMS pour l'amélioration de la qualité des données. Les drafts de décisions de mise en place des comités Qualité des données régionaux ont été déjà transmis aux différentes régions. Au cours de la réactualisation des PON, les contrôles de triangulation des données remontées dans le DHIS2 seront pris en compte. Des formations de mise à niveau des agents en charge de la revue de la qualité des données à chaque niveau seront organisées et soutenues à travers les fonds des autres partenaires. 	Directeur du CNI	Immédiat
4.5.2	Supervisions formatives irrégulières et de faible qualité	<p>La conduite régulière des supervisions formatives est essentielle pour accroître la performance du programme d'immunisation et atteindre les objectifs de couverture vaccinale définis par le MSDS. Le CNI avec l'appui du MSDS devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> élaborer des guides de supervision formative du PEV par niveau de la pyramide sanitaire et former les équipes du CNI central, des DRS et des Districts à leur utilisation ; mettre en place un calendrier annuel de supervision formative et intégrée avec des dates indicatives afin 	Modérée	<ul style="list-style-type: none"> Un guide de supervision formative du PEV est disponible par niveau de la pyramide sanitaire. Une mise à jour de ce document sera faite et sanctionnée par une formation des équipes du CNI central, des DRS et des Districts à leur utilisation. Dans le cadre des innovations, l'outil C2P sera utilisé pour la supervision formative dans les formations sanitaires. Un Chronogramme semestriel est en cours d'élaboration prenant en compte la supervision formative et intégrée avec des dates précises (juin et décembre 2025) pour permettre une 	Directeur du CNI	D'ici fin mars 2025

Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
		<p>de permettre une anticipation suffisante et la mobilisation à temps des ressources ;</p> <ul style="list-style-type: none"> inclure la régularité des supervisions formatives parmi les critères d'évaluation des performances du CNI, des DRS et des Districts. 		<p>anticipation suffisante de la mobilisation des ressources.</p> <ul style="list-style-type: none"> La supervision formative sera retenue comme critère d'évaluation des performances du CNI, des DRS et des Districts et sera intégrée dans les indicateurs du tableau de bord. 		
4.5.3	Insuffisance de conception des plans de transfert de compétence des assistants techniques	<p>Le MSDS devra veiller à :</p> <ul style="list-style-type: none"> améliorer le processus de rédaction des protocoles d'accords avec les missions d'assistance technique en s'assurant notamment que les objectifs de renforcement de capacité et de transfert des compétences y sont suffisamment explicités ; mettre en place un mécanisme d'évaluation de la réalisation des engagements des AT relatifs au transfert de compétence. 	Modérée	<ul style="list-style-type: none"> Le MSDS s'appropriera des TDR des AT, participera à leurs recrutements et veillera à la prise en compte de l'aspect transfert des compétences dans l'élaboration des TDR. Cependant cette recommandation doit être adressée aussi aux partenaires. Le MSDS mettra en place un mécanisme d'évaluation de la réalisation des engagements des AT relatifs au transfert de compétence. 	Directeur du CNI/CPS	1 ^{er} semestre 2025