

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

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

L'audit a été conduit par l'équipe d'Audit des Programmes de Gavi entre juillet et octobre 2019 et portait sur la période du 1er janvier 2015 au 31 décembre 2018. Le champ de l'audit comprenait la gestion par le MSP des soutiens de Gavi, du Programmes Elargi de Vaccination et des procédures de gestion des vaccins. Le rapport d'audit définitif a été transmis au MSP du Niger le 13 mars 2020.

Le Résumé Exécutif du rapport d'audit (pages 3 à 5) fournit les principales conclusions, décrites de manière détaillée dans le corps du rapport d'audit :

1. De manière générale, la gestion des soutiens Gavi a été jugée Partiellement Satisfaisant (page 3), ce qui signifie que « les contrôles internes et les procédures de gestion des risques sont généralement établis et fonctionnent, mais requièrent des améliorations. Un ou plusieurs domaines présentant un risque élevé ont été identifiés et pourraient empêcher la réalisation des objectifs de l'entité».
2. Vingt et une déficiences ont été relevées en lien avec certaines défaillances en matière de gouvernance, de suivi et d'exécution des opérations ainsi que le non-respect de certaines dispositions de l'Accord-cadre de Partenariat en vigueur.
3. Ci-après, les points saillants (pages 4 et 5 du Résumé Exécutif) :
 - a. Retards dans l'élaboration des Plans Annuels des Activités se répercutant sur la mise en œuvre en temps voulu des activités programmées ;
 - b. Faiblesses dans les dispositifs de surveillance du fait du poste d'audit interne à pourvoir et la non mise en œuvre d'Exigences en matière de gestion des subventions, notifiées par Gavi en novembre 2017, visant le renforcement de l'Inspection Général des Services de Santé ;
 - c. Registres d'immobilisations incomplets et inexacts et absence de plans et historiques des maintenance à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement des vaccins ;
 - d. Faiblesses en matière de suivi des avances de fonds programmatiques à justifier, rapprochements peu fréquents de comptes de caisse et de banques et recours réguliers à des transactions en espèces ;
 - e. Contrôles non documentés des factures fournisseurs et l'absence de conformité de certaines de ces factures au regard du Code Général des Impôts en vigueur au Niger ;
 - f. Non identification d'erreurs et d'incohérences de saisie des registres de stock de vaccins et de données de vaccination au travers les différents niveaux de la chaîne d'approvisionnement ;
 - g. Des pratiques de gestion des stocks de vaccins non-conformes au principe fondamental de premier expiré premier sorti dans plusieurs sites de stockage, y compris le dépôt national;
 - h. 1 150 US\$ de dépenses programmatiques et passations de marchés, insuffisamment justifiées ou non justifiées.

Les résultats de l'audit des programmes ainsi que les recommandations issues de l'audit ont été discutés et convenus avec le MSP. Dans une lettre datée du 22 mai 2020, le MSP s'engage à engager les actions nécessaires pour remédier aux défaillances identifiées. Le Secrétariat de Gavi a renoncé à demander remboursement des dépenses et passations de marchés mises en question par l'équipe d'audit de Gavi.

Le Secrétariat de Gavi continue à travailler avec le MSP pour s'assurer que les engagements pris sont mis en œuvre.

NIGER

Secrétariat de Gavi, Genève, Suisse

(Ci-après Gavi)

Rapport d'audit définitif – 13 mars 2020

Sommaire

1. Résumé exécutif	3	Annexes	35
1.1. Constatations d'audit par section	3	Annexe 1 – Acronymes	35
1.2. Opinion d'audit globale	3	Annexe 2 – Définitions : opinion, notes d'audit et priorités	36
1.3. Résumé détaillé	4	Annexe 3 – Classification des dépenses	37
1.4. Impact quantitatif des constatations d'audit	5	Annexe 4 – Dépenses sur fonds Gavi mises en question à l'issu du présent audit des programmes Gavi	38
2. Champ et objectifs de l'audit	6	Annexe 5 – Dépenses du PTF-FC mises en question à l'issu des audits annuels externes 2017 et 2018	40
2.1. Champ de l'audit	6	Annexe 6 – Extraits du Code Général des Impôts applicables au constat 4.4.3	41
2.2. Objectifs de l'audit	6	Annexe 7 – Exemples des défaillances constatées dans la gestion des vaccins	42
2.3. Déroulement de la mission d'audit	7	Annexe 8 – Comptes rendus des visites de sites	44
2.4. Taux de change appliqués	7	Annexe 9 - Plan d'action correctif aux constats d'audit	60
3. Contexte	8		
3.1. Introduction	8		
3.2. Structures impliquées dans la mise en œuvre des subventions Gavi	9		
4. Résultats détaillés	10		
4.1. Gouvernance et performance organisationnelle des entités	10		
4.2. Gestion comptable, financière et budgétaire	16		
4.3. Gestion des immobilisations	25		
4.4. Achats et passation de marché	28		
4.5. Gestion des vaccins	31		

1. Résumé exécutif

1.1. Constatations d'audit par section

Section*	Constat	Risque*	Page
4.1	Gouvernance et performance organisationnelle des entités		10
4.1.1	Insuffisance de coordination technique des PTF-FC	■	10
4.1.2	Manque d'efficacité du processus d'élaboration et de validation des PAA	■	12
4.1.3	Cadre de contrôle interne insuffisant et incompatibilité de certaines tâches de vérification	■	13
4.1.4	Cadre d'audit interne insuffisant	■	14
4.1.5	Faiblesses du cadre de fonctionnement de l'Inspection Générale des Services (IGS)	■	15
4.2	Gestion comptable, financière et budgétaire		16
4.2.1	Encadrement insuffisant des dépenses non justifiées ou mises en question	■	16
4.2.2	Suivi insuffisant des avances de fonds	■	17
4.2.3	Absence de hiérarchisation dans la mise en œuvre des recommandations des audits	■	19
4.2.4	Absence de documentation du processus de détermination du reliquat à verser sur le compte bancaire dédié aux fonds Gavi ouvert en 2017	■	20
4.2.5	Retards dans l'élaboration des rapprochements de comptes de caisses et de banques	■	21
4.2.6	Manque d'encadrement et recours trop fréquent aux règlements en espèces	■	22
4.2.7	Dispositif de contrôle des dépenses liées aux séminaires, ateliers et formations à renforcer	■	23
4.2.8	Insuffisance des dispositions de sauvegarde des données au DRSP Dosso	■	24
4.3	Gestion des immobilisations		25
4.3.1	Insuffisance générale concernant la gestion des immobilisations	■	25
4.3.2	Insuffisances du cadre de gestion des équipements de chaîne du froid	■	27

Section*	Constat	Risque*	Page
4.4	Achats et passation de marché		28
4.4.1	Approbation non-matérialisée de factures fournisseurs	■	28
4.4.2	Non-conformité de factures fournisseurs avec le Code Général des Impôts	■	29
4.4.3	Manque de cohérence entre le mode de référencement des marchés et leur enregistrement comptable	■	30
4.5	Gestion des vaccins		31
4.5.1	Manque de fiabilité des données de stock de vaccins	■	31
4.5.2	Manque de fiabilité des données de la vaccination	■	33
4.5.3	Insuffisances en matière de gestion des supervisions et de suivi des plans d'amélioration	■	34

1.2. Opinion d'audit globale

L'équipe d'audit de Gavi a évalué que la gestion des soutiens Gavi par le Ministère de la Santé du Niger pendant la période audité était globalement **partiellement satisfaisant**, ce qui signifie que les contrôles internes et les procédures de gestion des risques sont généralement établis et fonctionnent, mais requièrent des améliorations. Un ou plusieurs domaines présentant un risque élevé ont été identifiés et pourraient empêcher la réalisation des objectifs de l'entité.

Afin de réduire les risques associés aux constats énumérés ci-dessus, l'équipe d'audit de Gavi a proposé **21** recommandations, dont **10 (48%)** sont qualifiées d'essentielles, nécessitant la mise en œuvre d'un plan d'action correctif (défini en Annexe 9 du présent rapport).

Les tests réalisés par l'audit ont abouti à la mise en question **672 620 FCFA (1 150 US\$)** de dépenses programmatiques détaillés dans la section 1.4 ainsi que dans l'Annexe 4 du présent rapport.

De plus, les audits externes des comptes annuels 2017 et 2018 ont également mis en question des dépenses de 19 165 355 FCFA (34 113 US\$) sur fonds Gavi (voir Annexe 5).

* La note d'audit attribuée à chaque section, le niveau de risque évalué pour chaque constat d'audit et le niveau de priorité des recommandations sont définis en Annexe 2 du présent rapport.

1.3. Résumé détaillé

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

Gouvernance et performance organisationnelle des entités

La gestion des subventions Gavi s'appuie sur un ensemble de cadres et processus qui couvrent à la fois les aspects financiers et programmatiques et visent tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

La coordination des partenaires techniques et financiers à travers le Comité de Coordination Inter-Agence (CCIA) fait partie intégrante de ces éléments constitutifs du cadre de gouvernance. Plusieurs *Exigences en matière de gestion des subventions (GMR)* notifiées par Gavi en novembre 2017, visant à clarifier les responsabilités et à renforcer son fonctionnement, n'avaient pas été mises en œuvre, ou avaient été récemment implantées au moment de l'audit, ne permettant pas d'en valider l'effectivité. Ces GMR concernaient, entre autres, des volets de coordination techniques dont l'implication du CCIA dans le processus de détermination des *Plan Annuel des Activités (PAA)*.

Ce processus de détermination des PAA, qui joue un rôle déterminant quant à la bonne exécution et l'atteinte des objectifs du programme, souffre encore d'un manque d'efficacité se traduisant par des retards dans l'élaboration des PAA, lesquels se répercutent sur la mise en œuvre des activités.

L'encadrement des aspects financiers bénéficie, quant à lui, de la mise en place et de la large diffusion par le Fonds Commun d'Appui à la mise en œuvre du Plan de Développement Sanitaire (FC-PDS), d'un *Manuel de procédures administratives, financières et comptables (Manuel de procédures)*. Celui-ci pose le socle d'un environnement de contrôle globalement satisfaisant.

Toutefois, certaines faiblesses identifiées par l'audit des programmes Gavi doivent être adressées afin de ne pas le fragiliser. Ainsi, le cadre de contrôle interne doit être renforcé par la clarification des rôles et responsabilités en la matière et une ségrégation adéquate des tâches de vérification.

En outre, la fonction d'audit interne devra être comblée et remplir l'ensemble des missions qui lui sont attribuées. Enfin, afin de disposer d'un dispositif de surveillance complet, l'Inspection Générale des Services (IGS) doit être renforcée par la mise en œuvre du plan déjà prévu à cet effet dans les dispositions des GMR.

Par ailleurs, il convient de noter que la Direction des Immunisations (DI) a récemment fait l'objet d'une première phase d'un audit organisationnel et fonctionnel, financé par Gavi dont les conclusions ne sont pas reprises dans le présent audit des programmes Gavi. Ce dernier a davantage abordé cette entité à travers l'analyse de la gestion administrative et physique des vaccins (cf. Rubrique *Gestion des vaccins*).

Gestion comptable, budgétaire et financière

L'audit des programmes Gavi ainsi que les conclusions basées sur les travaux des audits annuels externes ont permis de noter qu'en ce qui concerne les dépenses réalisées sur financement Gavi, celles-ci étaient dans leur majorité suffisamment justifiées et en ligne avec les plans d'activités budgétés.

Bien qu'elles ne remettent pas en cause l'efficacité générale des contrôles à postériori, certaines dépenses ont néanmoins été remises en question à l'issue de chaque audit précité. Aussi, le Manuel de procédures ne précise pas les modalités de gestion ou de régularisation des dépenses mises en question.

De plus, l'audit a relevé des faiblesses en matière de suivi des avances de fonds à justifier dont les montants se sont accrus de manière exponentielle au cours des deux dernières années pour atteindre la somme au 706 KUS\$ au 31 décembre 2018, puis 5,9 millions US\$ au 30 juin 2019, tous bailleurs du FC-PDS confondus.

Le traitement de ces insuffisances, qui avaient déjà fait l'objet de recommandations par le passé, n'a pas encore été priorisé. Cette situation illustre de manière plus générale l'absence de hiérarchisation dans la mise en œuvre des recommandations des audits.

Par ailleurs, l'audit a pu noter que les outils de gestion de trésorerie permettant la traçabilité des flux sur les différents comptes bancaires utilisés pour la mise en œuvre des programmes étaient pleinement fonctionnels. Néanmoins, la détermination des reliquats de fonds à verser sur les comptes Gavi au même titre que tout processus comptable aurait dû être documentée. Les rapprochements de comptes de caisses et de banques devront également être réalisés à bonne fréquence.

De plus, des mesures doivent être prises afin de limiter et encadrer les transactions en espèces qui restent encore la norme en dépit des GMR formulées par le passé. Enfin, les dispositifs de contrôle des listes de présence journalière et des états émargés des participants à des ateliers pourraient bénéficier d'un renforcement.

Gestion des immobilisations

L'examen du dispositif de gestion des immobilisations met en évidence plusieurs insuffisances tant au niveau de la qualité de l'information sur la disponibilité et l'état des équipements, que sur leur cadre de maintenance.

Le FC-PDS ne dispose d'aucun état d'inventaire consolidé intégrant l'ensemble des équipements, dont ceux de la chaîne du froid sous la responsabilité de la DI. Cette dernière ne dispose pas non plus d'inventaire fiable sur ces équipements à travers le pays. L'audit a notamment identifié des incohérences entre l'inventaire et la situation actuelle sur les sites visités. En outre, à l'exception de celui pour les camions du dépôt national, il n'existe aucun plan ou suivi documenté de la maintenance des équipements de chaîne du froid et des moyens de transport des vaccins.

Cette situation place la gestion des immobilisations acquis sur fonds Gavi en deçà des engagements pris par le MSP à travers les accords en vigueur et empêche une anticipation des réparations et des remplacements d'équipements, tant par la DI que par les Partenaires Techniques et Financiers participants au Fonds Commun (PTF-FC).

Achats et Passations de marché

Les procédures des passations de marchés sont décrites et, dans leur ensemble, correctement mises en œuvre selon le Manuel de procédures et les GMR.

Certains points d'amélioration méritent toutefois d'être soulevés. Ils visent principalement le manque de formalisation des contrôles de factures fournisseurs et l'absence de conformité de certaines de ces factures au regard du *Code Général des Impôts (CGI)* en vigueur au Niger. De plus, à des fins de traçabilité et d'archivage, une mise en cohérence entre le mode de référencement des marchés et leur enregistrement comptable s'avère nécessaire.

Gestion des vaccins

La gestion des vaccins et des programmes de vaccination au Niger incombe à la DI. À chaque niveau de la chaîne d'approvisionnement, l'audit des programmes Gavi a évalué trois axes interdépendants et complémentaires :

- la fiabilité des données de stock de vaccins et de la vaccination ;
- l'effectivité des supervisions et du monitoring ; et
- la mise en œuvre des recommandations issues de l'Évaluation de la Gestion Efficace des Vaccins (GEV) menée en juin-juillet 2014 et de l'auto-GEV menée en février 2019, ainsi que des GMR.

Durant la période audité, la complétude des données de stock de vaccins et notamment de la vaccination s'est améliorée. Toutefois, la fiabilité des données provenant des différentes structures sanitaires reste préoccupante et très variable. L'incapacité à détecter des erreurs et incohérences de saisie des données empêche la réalisation d'actions correctrices, tant sur les opérations de saisie que sur les données rapportées.

Certaines erreurs mettent en question la capacité du personnel dans certains sites de stockage, y compris le dépôt national, à maintenir une gestion des stocks de vaccins selon le principe fondamental de premier expiré premier sorti. D'autres saisies ont conduit à des pertes théoriques ou effectives de doses de vaccins qui n'ont jamais été investiguées ou expliquées.

La qualité des données de vaccination constitue également un enjeu important et reste tributaire du manque de supervision en la matière, et de l'insuffisance des contrôles des saisies réalisées dans les sites décentralisés.

La gestion des supervisions, doit être renforcée dans son ensemble, que ce soit en termes de fréquence ou d'exploitation des données issues des supervisions réalisées par les structures décentralisées.

Enfin, la gestion efficace du programme de vaccination doit s'accompagner d'un meilleur suivi par la DI des différents plans d'amélioration en cours issus des études, évaluations et supervisions.

Depuis la mission de réalisation des travaux d'audit, la DI a entamé un travail visant à identifier et corriger des erreurs et incohérences de saisie des données au niveau du dépôt national et a partagé avec Gavi des registres de stock de vaccins révisés pour 2016, 2017 et 2018, mais pas pour 2015.

1.4. Impact quantitatif des constatations d'audit

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

Subvention	Mise en œuvre par	Montant testé (FCFA)	Montant mis en question (FCFA)	Montant mis en question (US\$)	Part de dépenses testées mises en question
MEN A	MSP	58 249 264	672 620	1 150	1,15%
RSS 2	MSP	2 498 713 031	0	0	0,00%
SWITCH	MSP	42 397 943	0	0	0,00%
TOTAL		2 599 360 238	672 620	1 150	0,03%

Le tableau ci-dessus inclue les résultats des tests sur les passations de marchés faites sur fonds Gavi.

Tableau 2 – Résumé des dépenses mises en question par l'audit, par catégorie de constat :

Catégorisation des dépenses mises en question	Montants mis en question (FCFA)	Montants mis en question (US\$)	Détails (section du rapport)
Dépenses insuffisamment justifiées	637 477	1 090	Annexe 4
Dépenses non justifiées	35 143	60	Annexe 4
Dépenses irrégulières	0	0	
Dépenses inéligibles	0	0	
TOTAL	672 620	1 150	

Tableau 3 – Résumé des fonds versés aux entités du MSP et restant à ce jour inutilisés, par subvention au 31.12.18

Subvention	Mise en œuvre par	Subventions Gavi (FCFA)	Subventions Gavi (US\$)	Non utilisé (FCFA)	Non utilisé (US\$)
SSV	MSP	212 242 483	357 907	101 482 126	181 874
ROTA	MSP	379 413 411	639 809	29 537 123	52 936
RSS 1	MSP	1 573 294 984	2 653 067	-	-
HPV	MSP	117 190 035	197 619	75 059	135
PNEUMO	MSP	381 491 490	643 314	10 473 745	18 771
VPI	MSP	457 167 446	770 927	257 011 698	460 611
RSS 2	MSP	13 341 091 429	22 594 492	735 531 667	1 318 207
MEN A	MSP	411 882 890	704 567	88 308 481	158 265
SWITCH	MSP	126 263 680	226 287	10 359 976	18 567
TOTAL		17'000'037'848	28 787 989	1 232 779 875	2 209 366

2. Champ et objectifs de l'audit

2.1. Champ de l'audit

Gavi a conclu un partenariat en 2002 avec le Gouvernement de la République du Niger et, à fin 2018, avait financé 183 786 351 dollars US en vaccins et soutiens en espèces. A cet effet, un Accord-cadre de Partenariat (ACP) a été signé le 8 janvier 2014 entre le Ministère de la Santé Publique (MSP), le Ministère des Finances et Gavi.

Entre le 1^{er} janvier 2015 et le 31 décembre 2018 (« période auditée »), un montant total de 93 512 696 US\$ en ressources a été accordé au Niger, sous forme de versements en espèces (15 638 646 US\$) et de soutien à l'acquisition de vaccins (77 874 050 US\$). Le Gouvernement du Niger, représenté par le MSP, a bénéficié du soutien de Gavi pour les subventions suivantes :

Nature \ Année des soutiens	Total des soutiens (2002-2018)	Sous-total (2002-2014)	PERIMETRE DE L'AUDIT DES PROGRAMMES GAVI				Sous-total (2015-2018)
			2015	2016	2017	2018	
TOTAL	183 919 992	90 273 655	30 523 434	23 319 394	26 133 196	13 670 313	93 646 337
Total vaccins	142 421 684	66 396 098	29 759 434	16 734 718	16 215 443	13 315 991	76 025 586
Total CCEOP	1 848 464				1 848 464		1 848 464
Total espèces à travers:	39 649 844	23 877 557	764 000	6 584 677	8 069 289	354 322	15 772 287
VPH Démo - soutiens en espèces	235 000	235 000					
Renforcement du Système de Santé	28 189 560	13 525 692		7 241 318	7 308 558	113 992	14 663 868
Soutiens aux Services de Vaccination	7 398 724	8 055 365		- 656 641			- 656 641
Soutiens au Changement de Produit	240 330					240 330	240 330
Introduction aux Nouveaux Vaccins	3 586 231	2 061 500	764 000		760 731		1 524 731

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

Conformément au principe de « single audit » en vigueur avec les partenaires des Nations Unies au sein de l'Alliance Gavi, les processus d'achat et d'approvisionnement de vaccins et équipements de chaîne du froid effectués par la division *Approvisionnements et logistique* de l'UNICEF, ainsi que les fonds exécutés directement par les partenaires OMS et UNICEF, sont exclus du champ de l'audit des programmes Gavi. Au cours de la période auditée, aucune des subventions figurant dans le tableau ci-dessus n'a été exécutée directement par ces partenaires.

Le présent audit des programmes est le premier audit entrepris par le Secrétariat de Gavi depuis qu'il a confié en 2012 la gestion de ses soutiens en espèces au FC-PDS. Toutefois, des audits annuels ainsi que des instances d'audit et de contrôle interne fournissent à Gavi et aux autres PTF-FC une certaine assurance quant à l'existence et l'efficacité des mécanismes de contrôle interne du FC-PDS.

Dans la mesure où elles auraient un impact sur les structures impliquées dans la mise en œuvre des subventions Gavi, les conclusions des évaluations, études et audits internes et externes, ainsi que le niveau de mise en œuvre des recommandations faites, sont considérés dans la détermination du

périmètre du présent audit. Le champ de l'audit des programmes Gavi s'est également gardé de ne pas chevaucher le champ de l'audit organisationnel et fonctionnel en cours au sein de la DI ; la phase diagnostic de cet audit a été menée en juillet 2019.

A la conclusion de la deuxième mission d'audit des programmes, la prochaine phase visant à codévelopper avec la DI des pistes d'amélioration n'avait pas encore débuté. De ce fait, le présent audit des programmes Gavi a pris connaissance du Rapport final détaillé issu de la première phase et a adapté son propre champ d'audit pour ne pas interférer avec le champ de l'audit organisationnel.

2.2. Objectifs de l'audit

Conformément aux accords de programme et à la Politique de Gavi sur la Transparence et la Responsabilité Financière, tout pays bénéficiaire de subventions Gavi est périodiquement soumis à un audit des programmes, dont l'objectif principal est de fournir l'assurance raisonnable que les ressources programmatiques ont été utilisées conformément aux conditions convenues avec Gavi et ont été affectées aux objectifs prévus.

Par conséquent, l'audit des programmes évalue la robustesse et la pertinence des processus de contrôle relatifs à la fiabilité et l'intégrité des données financières, les informations de gestion et les informations opérationnelles, l'efficacité des opérations, la sécurité du patrimoine immobilisé, et la conformité avec les règlements et procédures nationaux. Pour ce faire, l'audit des programmes procède à une vérification d'un échantillon des dépenses effectuées pendant la période auditée et revoit les mécanismes de gestion des ressources programmatiques (vaccins et espèces).

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

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

2.3. Déroulement de la mission d'audit

La mission d'audit au Niger s'est déroulée en deux étapes comme suit :

Dates	Nature de la mission
22 au 26 juillet 2019	Mission de planification : Revue des différents processus de gestion au sein des entités auditées afin d'évaluer l'existence et l'efficacité des mécanismes de contrôle interne.
7 au 18 octobre 2019	Mission de réalisation des travaux d'audit : Appréciation de la qualité de la gestion administrative et physique des vaccins reçus par le pays. Tests substantifs sur un échantillon de dépenses relatives aux programmes retenus dans le périmètre de l'audit.

Les travaux d'audit se sont principalement déroulés à Niamey dans les bureaux du FC-PDS au sein du Ministère de la Santé et auprès de la Direction des Immunisations. Des visites de sites ont également été réalisées aux Directions Régionales de Santé Publique (DRSP) de Dosso et Niamey, dans les Directions Sanitaires (DS) de Niamey I et Niamey IV, et à l'Hôpital National de Niamey.

2.4. Taux de change appliqués

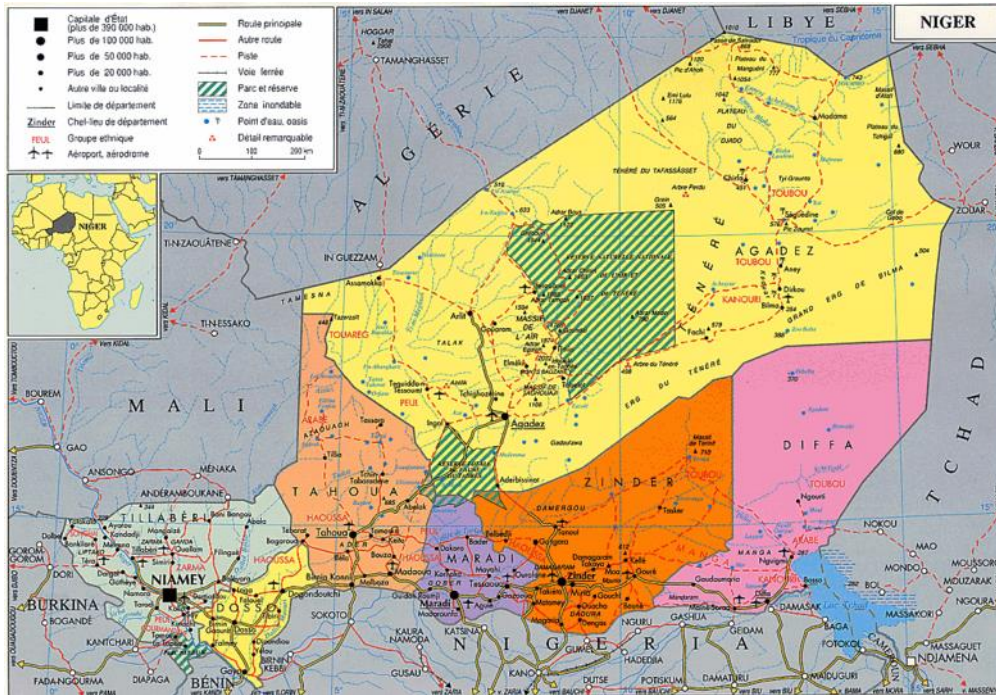
Les soutiens en espèces de Gavi ont été déboursés et comptabilisés en francs CFA d'Afrique Centrale (FCFA). Pour les besoins de ce rapport d'audit, les taux de change moyen annuels suivants ont été appliqués :

Année	FCFA /US\$
2015	591,45
2016	593,01
2017	584,59
2018	557,98

3. Contexte

3.1. Introduction

Le Niger est un pays enclavé de la sous-région ouest africaine et de la zone sahélo-saharienne d’une superficie de 1 266 491 km². Les conditions climatiques y sont difficiles avec une pluviométrie en baisse sur les 30 dernières années aggravant une désertification de plus en plus importante du pays. Sur le plan administratif, le pays est divisé en 8 régions, 54 départements et 265 communes.



Bien que le pays reste stable grâce aux efforts consentis par l’Etat et ses partenaires pour faire face à la situation d’insécurité, le Niger connaît des incursions d’attaques récurrentes liées à la situation d’insécurité le long de ses frontières avec le Nigeria (Diffa) et le Mali (Tillabéri). Cette situation engendre des déplacements internes de la population et des flux très importants de réfugiés fuyant les violences au Nigeria et au Mali qui engendrent des ajustements nécessaires.

Environ 80% de sa population, estimée en 2018 à 21 466 863 habitants, vivent en milieu rural et environ 15% de la population est nomade. Le taux d’accroissement naturel (excluant l’immigration et les

populations déplacées) est de 3% par an, ce qui prédit un doublement de la population tous les 23 ans. Il est ainsi projeté que la population nigérienne atteindra 53 millions d’habitants à l’horizon 2050.

Sur le plan sanitaire, la situation a favorablement évolué pour certains indicateurs. Toutefois, le pays fait régulièrement face à plusieurs urgences parmi lesquelles se trouvent les épidémies (la méningite, le choléra, la rougeole etc.) et les crises alimentaires et nutritionnelles. En plus de ces urgences d’autres catastrophes naturelles viennent s’ajouter comme les inondations et des poches de sécheresse. Depuis deux ans il se voit également confronté à des besoins de ripostes à des alertes polio principalement dans les régions proches de la frontière du Nigeria.

Le Ministère de la Santé Publique en tant que partie prenante de la Politique de la Nation est investi d’une mission régalienne de garantie de l’accès équitable à la santé de tous les nigériens. Cependant, sur le plan sanitaire, et malgré les progrès significatifs ces dernières années en matière de réduction des taux de mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile, la situation reste préoccupante et le secteur fait face à plusieurs défis. La couverture sanitaire nationale, soit l’accès pour la population aux soins et services de santé dans un rayon de 5 km, est de 48% (source : Annuaire statistique 2016). Cette couverture sanitaire varie de 39% à Zinder à 98% à Niamey. 75% des régions (Diffa, Dosso, Maradi, Tahoua, Tillabéri et Zinder) sont en deçà de la moyenne nationale. Seulement 30% des enfants sont compléments vaccinés (source : l’EDSN 2017). 45% des enfants souffrent de malnutrition chronique et système de santé la faiblesse du de manière générale.

Le Secrétariat de Gavi a entrepris en janvier 2011 une Evaluation de la Gestion Financière au Niger. Cette évaluation a identifié un ensemble de faiblesses et anomalies dans la gestion du programme Soutien aux Services de Vaccination (SSV) au MSP ainsi que des indices de fraude. En accord avec le MSP, une investigation plus étendue a été menée au Niger. A l’issu de ces travaux, le rapport d’investigation de mars 2012 énonçait des fraudes, anomalies et irrégularités identifiées dans les dépenses sur fonds SSV s’élevant à FCFA 1 149 032 338 (US\$ 2 335 432).

En réponse aux faiblesses et anomalies identifiées, le MSP s’était engagé à entreprendre plusieurs actions correctives, Gavi a aussi réagi en conférant la gestion de l’intégralité de ses soutiens en espèces au FC-PDS du MSP, une instance mise en place et cofinancée depuis de nombreuses années par plusieurs PTF-FC. Parallèlement, le reliquat des financements Gavi auprès du MSP avait été transféré sur le compte bancaire unique du FC-PDS.

En 2017, à la suite des GMR, des comptes bancaires spécifiques aux soutiens en espèces de Gavi ont été ouverts au niveau central et dans chaque DRSP. Le reliquat des financements Gavi sur le compte unique FC-PDS y ont été transférés.

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

Comité de Coordination Inter-Agences (CCIA)

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 Publique (MSP), il est censé se réunir trimestriellement en session ordinaire.

Fonds Commun d'Appui à la mise en œuvre du Plan de Développement Sanitaire (FC-PDS)

Le FC-PDS constitue le point focal des financements des Partenaires Techniques et Financiers participants au Fonds Commun (PTF-FC), y compris Gavi depuis 2012, au sein du MSP. Il supervise et traite la soumission des demandes de fonds provenant des directions de l'Etat qui bénéficie des financements des PTF-FC. Plus largement, il est redevable de la gestion des fonds des PTF-FC octroyés aux différents organes du MSP.

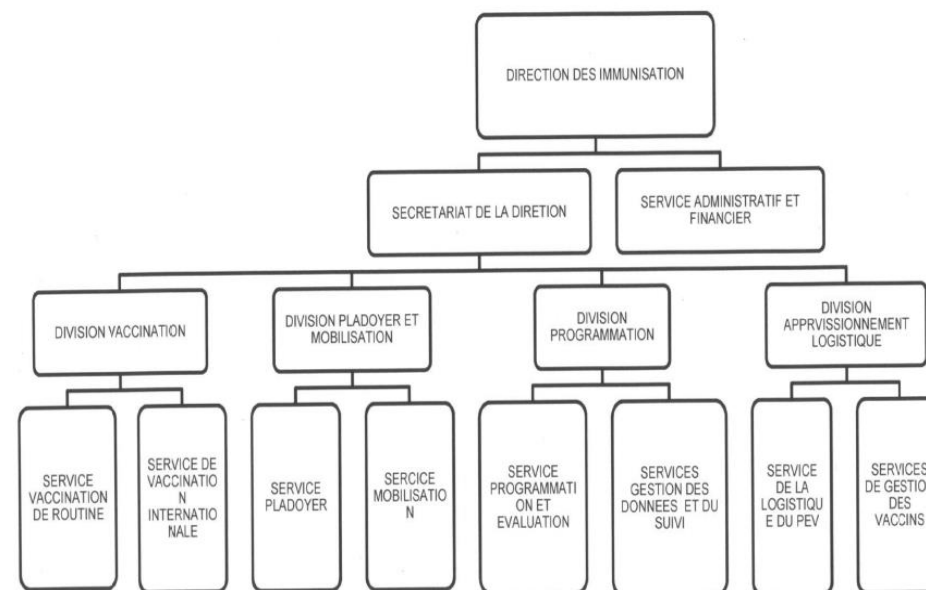
Le FC-PDS a pour mission de coordonner les directions centrales en charge d'appuyer la mise en œuvre des divers programmes de santé publique et de superviser leur exécution financière. Il est opérationnellement rattaché au Secrétariat Général du MSP et rapporte fonctionnellement au CCIA.

Le Secrétaire Général du MSP (SG) est nommé Coordonnateur du FC-PDS. Le FC-PDS compte plus de vingt collaborateurs au niveau central et un Comptable Régional dans chacune des 8 Directions Régionales de Santé Publique (DRSP). Le niveau central intègre les services de comptabilité, trésorerie, informatique, ressources humaines, passations de marchés, contrôle de gestion, contrôle interne et audit interne.

Direction des Immunisations (DI)

La DI est l'une des trois Directions qui rapporte à la Direction Générale de la Santé de la Reproduction. Cette dernière rapporte au Secrétariat Général du MSP (<http://www.sante.gouv.ne/lorganigramme-du-ministere/>).

La DI est responsable de la mise en œuvre des programmes de vaccination de routine, des campagnes de vaccination, ainsi que des stratégies avancées et foraines visant à atteindre les enfants non-vaccinés. Au moment de la rédaction de ce rapport et conformément à l'organigramme ci-après, elle est organisée en quatre divisions rapportant à la Directrice, un Secrétariat de la Direction et un Service Administratif et Financier.



4. Résultats détaillés

4.1 Gouvernance et performance organisationnelle des entités

4.1.1. Insuffisance de coordination technique des PTF-FC

<p>Contexte</p> <p>La rubrique (b) <i>Comité de Coordination Inter Agence (CCIA)</i> des GMR notifiés au MSP en novembre 2017 définit plusieurs mesures visant à clarifier les responsabilités et à renforcer le fonctionnement du CCIA en tant qu'organe de gouvernance et de surveillance des activités de vaccination. Les exigences se résument à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une mise à jour des termes de référence avec des fonctions de supervision et de coordination claires pour toutes les subventions Gavi y compris celles gérées par les OSC. • Une tenue plus régulière et formelle des réunions ordinaires du CCIA. • La création d'un organe de type de CCIA Technique chargé d'examiner de manière détaillée les plans de travail et les budgets préparés par les directions concernées. • Une plus grande implication dans l'examen et l'approbation des Plans Annuels d'Activité (PAA) et dans le suivi régulier de leurs exécutions. • Rendre fonctionnel le Groupe stratégique consultatif d'Experts sur la Vaccination (GTCV) qui a été mis en place le 28 octobre 2013. <p>Le délai pour la mise en œuvre des GMR précitées avait été fixé à décembre 2017.</p>	
<p>Description</p> <p>L'Arrêté N° 0578 portant création du CCIA/Vaccination est entré en vigueur le 14 juillet 2017 et parachève le projet d'arrêté de fonctionnement du CCIA adopté en 2014. Il précise sa mission, sa composition, son organisation et son fonctionnement.</p> <p>Ainsi, il prévoit que le CCIA/Vaccination doit se réunir une fois par trimestre sur convocation de son Président et lui attribue, entre autres missions, d'assurer un suivi de la validation et de l'exécution des PAA.</p> <p>Or, la revue des supports de consignation des informations (PV et comptes rendus) relatives aux sessions ordinaires du CCIA/Vaccination, révèle certains manquements à ces dispositions.</p> <p>En effet, le CCIA/Vaccination ne s'est réuni en session ordinaire qu'en septembre 2017, janvier et septembre 2018, et en avril 2019.</p> <p>De plus, les comptes rendus de ces sessions ne font nullement mention d'échanges quant à la validation ou le suivi régulier de l'exécution des PAA.</p> <p>Par ailleurs, en ce qui concerne les autres volets de la coordination technique, des retards ont également été constatés. Bien que formellement constitué le 28 octobre 2013 et ayant fait l'objet d'un arrêté le 28 novembre 2018, le GTCV n'a pu être opérationnalisé qu'en septembre 2019 à travers l'installation officielle et la formation de ses membres.</p> <p>Toutefois, il convient de souligner que le CCIA Technique est quant à lui fonctionnel depuis janvier 2018, permettant d'établir des forums d'échanges salués par l'ensemble des PTF-FC. Néanmoins, la clarté du partage des rôles et responsabilités entre le CCIA Technique et le nouveau GTCV n'est pas complètement établie.</p>	<p>Recommandation 1 (Importante)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planifier, convenir et tenir des réunions ordinaires trimestrielles du CCIA/Vaccination. • Inclure dans ces réunions des points formalisés de suivi de la validation et de l'exécution des PAA. • S'assurer de la bonne coordination des différents organes de coordination technique (GTCV, CCIA Technique). <p>Réponses / Engagements du management</p> <p>Un plan d'action correctif est défini en Annexe 9 du présent rapport.</p>

<p>Risque / Impact / Implications</p> <ul style="list-style-type: none">• Inefficacité de la coordination technique entre les PTF-FC.• Retard récurrent dans la finalisation, l'approbation et la mise en œuvre des PAA.• Risque de duplication des missions et interventions entre les différentes instances de coordination technique.	<p>Responsabilités Directrice de la DI</p>	<p>Délai 31/03/2020</p>
---	---	------------------------------------

4.1.2. Manque d'efficacité du processus d'élaboration et de validation des PAA

<p>Contexte La rubrique (h) Budgétisation des GMR exige, entre autres, que « Le MSP utilisera le mécanisme de planification et coordination budgétaire des fonds tel que décrit au point b)1) c) des GMRs et en ligne avec le calendrier budgétaire du Fonds Commun. Cette planification intégrera le calendrier de préparation, de discussion, de validation des budgets et réalisation, et de mise à disposition des tranches semestrielles/annuelles de financement pour permettre le début de la mise en œuvre des activités en janvier de chaque année. » La mise en œuvre de cette GMR devait contribuer à améliorer le taux de réalisation des activités des Plan d'Action Annuel (PAA).</p>		
<p>Description L'élaboration des PAA est un processus dit ascendant qui fait intervenir différents acteurs au sein du MSP, le FC-PDS et les PTF-FC. Ce processus répond à un calendrier précis qui permet de fixer les échéances majeures et les dates clés à respecter avant d'aboutir à l'élaboration de la note d'orientation stratégique et de cadrage budgétaire.</p> <p>L'analyse de ce processus par l'audit des programmes Gavi permet tout d'abord de constater des retards dans son exécution par rapport au calendrier et cela dès les premières étapes. Ainsi, il a été relevé que la note d'orientation stratégique et de cadrage budgétaire n'est pas toujours élaborée et envoyée par le MSP à la date stipulée dans le calendrier. A titre d'exemple, pour la préparation du budget 2020, la note a été envoyée début octobre au lieu du 15 mars 2019.</p> <p>De plus, ce processus, bien qu'il s'appuie sur ce calendrier repris dans le Manuel de procédures, n'est pas cartographié de manière formelle. Ce manque de formalisation ne permet pas d'identifier de manière précise où se situent les goulots d'étranglement et d'agir en conséquence.</p> <p>Par ailleurs, il a été constaté que ces situations de retard ont conduit à l'engagement de certaines dépenses prioritaires en 2018 et 2019, ainsi qu'au lancement de procédures de passation de marché avant l'approbation finale des PAA concernés.</p>	<p>Recommandation 2 (Essentielle)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clarifier les rôles et responsabilités des différentes parties prenantes au processus d'élaboration des PAA et veiller au respect du calendrier défini selon les GMR réf. H) et le Manuel de procédures paragraphe 10.2. • Réaliser une cartographie des principales étapes du processus de l'élaboration des PAA afin d'identifier à quel niveau se situent les goulots d'étranglements et les remédier. 	
	<p>Réponses / Engagements du management Un plan d'action correctif est défini en Annexe 9 du présent rapport.</p>	
<p>Risque / Impact / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retards d'exécution des activités. • Autorisation de dépenses prioritaires qui pourraient potentiellement être non incluses lors des PAA final. • Retards dans l'élaboration et l'approbation des Plans de Passation de marché qui, en principe, ne peuvent être effectifs qu'une fois le PAA final approuvé. • Engagement de procédures de passation de marchés mobilisant des ressources sans garantie d'être incluses dans les PAA finalisés. 	<p>Responsabilités DEP</p>	<p>Délai 31/03/2020</p>

4.1.3. Cadre de contrôle interne insuffisant et incompatibilité de certaines tâches de vérification

<p>Contexte</p> <p>L'attribution des tâches aux « experts et autres membres de l'équipe de gestion du FC » est régie par le chapitre 2.2.3 du Manuel de procédures administratives, financières et comptables révisé en mai 2016. Les sous-chapitres suivants définissent certaines tâches relatives à trois fonctions clés du dispositif de contrôle interne :</p> <p>2.2.3.4 définit les tâches attribuées à l'Auditeur Interne, incluant la tâche de « Vérifier et contrôler les pièces comptables des dépenses effectuées par les services des niveaux régional et départemental, pour l'obtention d'une meilleure qualité des pièces justificatives. »</p> <p>2.2.3.10 définit les tâches attribuées aux Comptables Régionaux. Ils doivent entre autres, « Tenir quotidiennement à jour les livres comptables et, entre autres, s'assurer de la bonne tenue du journal de banque et faire ainsi les états de rapprochement bancaires mensuels des comptes secondaires de sa région », « Contrôler et saisir les pièces comptables et s'assurer de leur conformité avec le plan OHADA et les nomenclatures budgétaires selon les procédures comptables formalisées dans le Manuel » et « ...s'assurer de la qualité des pièces et leurs conformités pour la prise en charge ».</p> <p>2.2.3.11 décrit les tâches et responsabilités du Contrôleur Interne, incluant la tâche de « Vérifier et valider les pièces comptables des dépenses effectuées par les services des niveaux régional et départemental, avant leur comptabilisation. »</p>		
<p>Description</p> <p>La revue par l'audit des programmes Gavi du cadre de contrôle interne met en évidence plusieurs insuffisances :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les chapitres 2.2.3.4 et 2.2.3.11 du Manuel de procédure attribuent certaines tâches similaires au contrôleur interne et à l'auditeur interne, créant une confusion entre ces deux fonctions. Ceci s'est notamment traduit par le soutien du service de l'audit interne au contrôle interne dans la vérification des pièces justificatives au niveau central. Le manque de clarté quant à la définition de ces rôles et responsabilités vient s'ajouter à l'absence de réalisation de certaines tâches par l'équipe de contrôle interne, tel que la vérification et la validation des pièces comptables des dépenses effectuées par les services décentralisés. Ces équipes concentrent davantage leurs efforts sur des audits terrain, lesquels ne sont plus effectués depuis 2017. Ces vérifications incombant à l'équipe de contrôle interne sont par défaut et, dans les faits, réalisées par les comptables régionaux qui contrôlent le livre des dépenses des districts et effectuent ensuite la saisie des transactions pour le compte des Districts dans le logiciel comptable Tom Pro, accomplissant par conséquent des tâches incompatibles. <p>En concertation avec le Secrétariat Général, une étude est en train d'être réalisée pour l'embauche de comptables/contrôleurs régionaux supplémentaires pour ainsi éliminer les tâches incompatibles effectuées par le comptable régional. Une meilleure définition des rôles entre l'auditeur interne et le contrôleur interne est également en cours de réflexion.</p>		
<p>Recommandation 3 (Souhaitable)</p> <ul style="list-style-type: none"> Clarifier le partage des rôles et responsabilités entre le contrôleur interne, l'auditeur interne, et les comptables régionaux, notamment en ce qui concerne les tâches de vérification, contrôle, validation et enregistrement des pièces comptables des dépenses générées à chaque niveau de la pyramide sanitaire, tout en garantissant une ségrégation adéquate. S'assurer que les tâches et responsabilités des comptables/contrôleurs régionaux supplémentaires soient clairement définies dans le Manuel de procédures et les fiches de poste correspondantes. 		
<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>Un plan d'action correctif est défini en Annexe 9 du présent rapport.</p>		
<p>Risque / Impact / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> Inefficience du cadre de contrôle interne et faible niveau d'assurance Affaiblissement du dispositif de contrôle interne par la mauvaise allocation des ressources et la redondance entre les rôles de l'Auditeur Interne et du Contrôleur Interne Absence de séparation des tâches augmentant le risque d'erreurs de saisie comptables et des données financières ou de fraude impliquant des dépenses non autorisées ou non programmées. 		<p>Responsabilités</p> <p>Contrôleur de Gestion Principal</p> <p>Contrôleur Interne</p>
		<p>Délai</p> <p>30/09/2020</p> <p>Avec l'hypothèse de validation tardive du PAA et du PPM 2020</p>

4.1.4. Cadre d'audit interne insuffisant

<p>Contexte</p> <p>Le chapitre 2.2.3.4 du Manuel de procédures administratives, financières et comptables révisé en mai 2016 précise les tâches et fonctions de l'Auditeur Interne, et lui impose, entre autres, de « Participer à l'identification, à l'analyse et au suivi des risques », de « Identifier et évaluer les risques d'anomalies significatives résultants des fraudes. » et de « ...produire un rapport d'audit interne périodique (notamment trimestriel ou toute autre périodicité jugé nécessaire par la coordination) sur les missions effectuées au cours de la période auditée. »</p>		
<p>Description</p> <p>La fonction d'audit interne n'était pas effective au moment de l'audit des programmes Gavi. L'Auditeur Interne, recruté courant 2016, a quitté ses fonctions en juin 2019. Le FC-PDS a lancé les procédures pour identifier et engager son successeur. L'équipe d'audit des programmes Gavi a pu s'entretenir avec le seul représentant de ce département, à savoir l'assistant Auditeur Interne, dont la fonction n'est pas définie dans le Manuel de procédures.</p> <p>Il ressort de l'analyse du cadre de contrôle interne en place sur la période auditée, que les missions attribuées à l'audit interne n'ont pas été exécutées. En effet, aucune identification et analyse des risques n'a été produite. De la même manière, seul un rapport d'audit interne périodique, émis en 2017, a pu être présenté à l'audit des programmes Gavi, alors que le Manuel de procédures impose la production périodique (trimestriel) de ce rapport.</p> <p>De plus, ce rapport ne faisait pas état des éléments suivants : principaux risques identifiés, étendue de l'audit, couverture des procédures d'audit, quantification chiffrée des anomalies.</p>	<p>Recommandation 4 (Importante)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pourvoir les postes clés de l'audit interne de manière permanente. • Faire réaliser par l'audit interne une évaluation des risques. • Produire un rapport d'audit interne périodique en veillant à ce que son contenu présente tous les éléments qualitatifs et quantitatifs nécessaires à une appréciation adéquate des risques, à savoir : les principaux risques identifiés, l'étendue de l'audit, la couverture des procédures d'audit, la quantification chiffrée des anomalies. 	
	<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>Un plan d'action correctif est défini en Annexe 9 du présent rapport.</p>	
<p>Risque / Impact / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> • Non identification ou catégorisation des risques inhérents et incapacité à mettre en place des contrôles et des plans d'actions adéquats. • Inefficacité de la fonction d'audit interne ne fournissant pas le niveau d'assurance attendu par le FC-PDS et les PTF-FC. 	<p>Responsabilités</p> <p>Coordonnateur du FC-PDS (Assistant) Auditeur Interne</p>	<p>Délai</p> <p>30/09/2020</p>

4.1.5. Faiblesses du cadre de fonctionnement de l'Inspection Générale des Services (IGS)

<p>Contexte Le Décret N°2013-070 du Cabinet du Premier-Ministre définit les attributions, organisation et modalités de fonctionnement des IGS propres à chaque département ministériel. L'Arrêté N° 992 du 7 décembre 2017, qui en découle, vise l'organisation et les attributions de l'IGS propre au MSP.</p> <p>La rubrique (t) section 1. Inspecteur Général des Services des GMR notifiés au MSP en novembre 2017 stipule que :</p> <p>« a) Les capacités de l'Inspecteur General des Services feront l'objet d'un plan de renforcement pour lui permettre de réaliser des missions d'audit interne - proprement dites - en plus des activités de contrôle interne qu'il réalise actuellement, et ce sur la base d'un plan d'audit interne annuel convenu avec les PTF du Fonds Commun. Le renforcement inclut : (a) une composition appropriée ; (b) la disponibilité des outils de base : charte d'audit, cartographie des risques, plan d'audit ; (c) un plan de collaboration avec l'Audit interne du FC.</p> <p>b) L'IGS devra soumettre un rapport d'audit interne annuel, évaluant le système de contrôle interne sur les subventions (y compris des vaccins et non-vaccins) et le respect des dispositions du Manuel de procédures en vigueur dans la gestion des financements du FC. Les rapports seront partagés avec le FC. »</p>		
<p>Description Afin d'établir un dispositif suffisant de surveillance, le plan quinquennal 2017-21 des PTF-FC assigne à l'IGS 20 missions d'inspection par an.</p> <p>Ceci s'est traduit par la programmation des plans d'actions annuels 2019 propre à l'IGS du MSP qui planifie dans le temps et budgétise 20 activités, dont 14 seulement font référence à des missions d'audit. Soit un nombre en deçà des exigences du plan quinquennal.</p> <p>De manière opérationnelle, nous avons constaté que l'IGS n'a produit aucun rapport d'audit interne annuel sur les subventions durant cette période.</p> <p>En outre, à l'exception d'une formation des Inspecteurs des Services du MSP sur les passations de marchés, aucune mesure de renforcement de capacités de l'IGS n'a été mise en œuvre conformément aux dispositions prévues dans les GMR.</p> <p>Ainsi, nous avons constaté que l'IGS, ne disposait pas au moment de notre audit du cadre et des outils essentiels afin de mener à bien sa mission, à savoir, une charte d'audit, la cartographie des risques, et un plan d'audit. Elle continue également à souffrir d'insuffisance d'expertise en matière comptable et financière.</p>	<p>Recommandation 5 (Importante)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prioriser la mise en œuvre de l'ensemble des exigences sous rubrique (t) des GMR en référence au renforcement de capacités de l'IGS du MSP. • S'assurer qu'à l'avenir la Programmation des plans d'actions annuels de l'IGS soit en ligne avec le plan de Développement Sanitaire (PDS) 2017-2021. 	
	<p>Réponses / Engagements du management Un plan d'action correctif est défini en Annexe 9 du présent rapport.</p>	
<p>Risque / Impact / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niveau d'assurance insuffisant quant à l'effectivité et l'efficacité de la mise en œuvre des subventions Gavi. • L'absence de missions périodiques de l'Inspection augmente les probabilités de fraude ou d'utilisation irrégulière des fonds. 	<p>Responsabilités Inspecteur Général des Services</p>	<p>Délai 31/03/2020</p>

4.2 Gestion comptable, financière et budgétaire

4.2.1 Encadrement insuffisant des dépenses non justifiées ou mises en question

<p>Contexte</p> <p>Le Manuel de procédures précise à plusieurs reprises la nécessité de tenir des comptabilités, de justifier les dépenses engagées sur financements des PTF-FC et de suivre le remboursement de fonds non engagés.</p> <p>Le suivi des dépenses non justifiées ou mises en question à rembourser aux bailleurs de fonds s'établit à travers un fichier de suivi élaboré par l'auditeur interne. Plusieurs instances de contrôle a posteriori peuvent se prononcer sur des dépenses non justifiées ou mise en question : le contrôle interne, l'audit interne, l'audit annuel externe et l'audit des programmes Gavi.</p>		
<p>Description</p> <p>Le dispositif d'encadrement des dépenses non justifiées ou mises en question demeure incomplet.</p> <p>En effet, le Manuel de procédures ne précise pas :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les délais pour la transmission des pièces justificatives. • Les actions ou conséquences d'un non-respect des délais. • Les critères de mise en question de dépenses et éventuels droits et délais de recours. • Les actions ou conséquences d'une mise en question de dépenses durant leur vérification. • Les procédures et délais propres à chaque niveau d'exécution pour rembourser le montant des dépenses non justifiées ou mises en question. <p>Par ailleurs, la dernière situation de suivi des dépenses non justifiées et mises en question par l'audit annuel externe fait état d'un solde à rapatrier de FCFA 86'556'662 (US\$ 155'125) pour l'ensemble des PTF-FC au 31.12.18. De plus, le suivi des dépenses non justifiées n'est plus mis à jour depuis le départ de l'auditeur interne en juin 2019.</p> <p>Les soldes à rapatrier comprennent jusqu'à FCFA 16'281'722 (US\$ 29'180) et FCFA 2'883'633 (US\$ 4'933) de dépenses engagées respectivement en 2018 et 2017 sur des subventions Gavi (Annexe 5).</p> <p>Cependant, des dispositions sont prises pour le remboursement intégral des montants incriminés. Des lettres de sommation sont adressées par le Coordonnateur du FC à l'ensemble des structures concernées par ce type de dépenses.</p>		<p>Recommandation 6 (Essentielle)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Définir dans le Manuel de procédures les responsabilités et délais relatifs à la transmission et revue des justificatifs des dépenses, ainsi que les modalités d'une détermination de dépenses non justifiées ou mises en question. • Mettre à jour périodiquement l'état de suivi des dépenses non justifiées ou mises en question. • Rembourser ou rapatrier les montants mis en question par les audits annuels externes, et notamment les montants Gavi identifiés en Annexe 5. • Identifier et rapporter le solde à rapatrier par PTF-FC.
		<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>Un plan d'action correctif est défini en Annexe 9 du présent rapport.</p>
<p>Risque / Impact / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risque que des dépenses aient déjà été remboursées par les niveaux décentralisés sans que le niveau central soit au courant ou alors que des fonds destinés à financer des actions futures soient utilisés pour rembourser des dépenses précédemment qualifiées d'inéligibles. • Les dépenses mises en question ne soient jamais signalées puis remboursées. 	<p>Responsabilités</p> <p>(Assistant) Auditeur Interne Comptable Central désigné</p>	<p>Délai</p> <p>30/06/2020</p>

4.2.2 Suivi insuffisant des avances de fonds

Contexte

Le Manuel de procédures administratives, financières et comptables révisé en mai 2016 stipule dans les deux sous-chapitres suivants :

- 2.2.3.2 que l'Assistant au Contrôleur de Gestion doit « S'assurer que l'ensemble des dispositions sont prises afin de favoriser une justification dans les délais raisonnables, des avances effectuées sur FC. »
- 2.2.3.4 que l'Auditeur Interne doit « élaborer trimestriellement un rapport d'audit interne à transmettre au Coordonnateur... » comprenant « la situation des avances à justifier et les pièces justificatives non transmises dans les délais ».

Référence e) des GMR exige « Un système pour le suivi détaillé des avances y compris la fixation d'un délai pour la justification des avances/frais de mission faites, et une pénalité en cas de non-respect du délai devront être mis en place. Ce suivi détaillé devra être fait au niveau central par le Fonds Commun et au niveau des régions par les équipes des régions pour les avances en cours à la date d'effet des exigences et pour les avances futures. »

Il existe également une note officielle du Coordonnateur du FC-PDS datée du 28 Juin 2017 adressée à l'Inspecteur Général des Services, les Directeurs Généraux, les Directeurs Centraux, les Coordonnateurs des Programmes et des Centres, les Directeurs des Etablissements Publics à caractère Administratif, les Directeurs des Etablissements Publics à Caractère Commercial stipulant que « ...tout déblocage sera conditionné par la justification des précédents fonds ».

Description

Ci-dessous l'évolution des balances des comptes d'avances au niveau du FC-PDS sur la période auditée et pour le premier semestre de 2019 :

N°compte	Structure	Solde 2015	Solde 2016	Solde 2017	Solde 2018	Solde Juin 2019
471101	Avce à justifier Agadez	8'688'476	1'064'560	4'126'761	38'325'665	356'419'626
471102	Avce à justifier Diffa	-	1'670'665	243'100	86'612'690	188'567'229
471103	Avce à justifier Dosso	3'580'689	243'100	23'905'800	9'368'673	277'631'743
471104	Avce à justifier Maradi	-	-	-	2'600'000	409'378'003
471105	Avce à justifier Tahoua	84'000	4'839'916	23'045'200	20'688'780	546'762'800
471106	Avce à justifier Tillabéri	1'137'000	199'212	3'550'500	435'161	452'330'511
471107	Avce à justifier Zinder	-	-	-	127'070'606	517'656'160
471108	Avce à justifier Niamey	3'068'758	-	232'513	968'720	29'013'821
471109	Avce à justifier Niv central	158'186'444	11'093'572	126'958'867	137'937'337	753'388'258
Total CFA		174'745'367	19'111'025	182'062'741	424'007'632	3'531'148'151
Total USD		291'242	31'852	303'438	706'679	5'885'247

Les comptes d'avances au bilan comptable du FC-PDS ont augmenté au fil du temps pour atteindre plus de 424 millions de CFA (706'679 US\$), tous bailleurs confondus, selon les états financiers audités au 31 décembre 2018 (cf. Note N° 14 *Débiteurs divers*). Le solde a atteint plus de 3.5 milliards de CFA (près de 5,9 millions US\$), tous bailleurs confondus, au 30 Juin 2019.

Tel que relevé dans la constatation d'audit 4.1.3. *Cadre d'audit interne insuffisant* ci-dessus l'Auditeur Interne n'a pas préparé de rapport trimestriel mais uniquement un rapport annuel, dont le seul disponible, établi à fin 2017, ne contenait aucune analyse sur le suivi des avances comme le stipule le Manuel de procédures. En outre, il n'existe pas de balance âgée permettant de connaître depuis combien de temps les avances n'ont pas été justifiées.

De plus, l'audit des programmes Gavi a constaté que la note d'instruction officielle du Coordonnateur du FC-PDS visant le déblocage conditionnel des fonds n'était pas appliquée de manière systématique.

Recommandation 7 (Essentielle)

- Conformément à la référence e) des GMR Création, dans ou hors système comptable, d'une balance âgée permettant de suivre chaque avance jusqu'à réception des justificatifs et remboursement du solde non dépensé.
- Mettre en place un contrôle et un suivi trimestriel de toutes les avances qu'elles soient effectuées au niveau central, régional, district ou aux fournisseurs.
- Veiller à la mise en application de l'instruction officielle du Coordonnateur du FC-PDS visant le déblocage des fonds par la justification des fonds précédents.

Réponses / Engagements du management

Un plan d'action correctif est défini en Annexe 9 du présent rapport.

<p>Risque / Impact / Implications</p> <ul style="list-style-type: none">• Perte de maitrise d'un suivi régulier et diligent des avances à justifier.• Risque avéré et aggravé au fil du temps que les dépenses ne soient plus justifiables par les différentes structures des niveaux central et régional ainsi qu'aux fournisseurs ayant reçu des avances de fonds, et soient qualifiées en montant à rembourser.• Non application de l'instruction de déblocage conditionnel pouvant causer un accroissement des avances non justifiées par les structures présentant des faiblesses en la matière.	<p>Responsabilités Coordonnateur du FC-PDS (Comptables Centraux et Régionaux) Contrôleur de Gestion Principal</p>	<p>Délai 30/06/2020</p>
--	--	------------------------------------

4.2.3 Absence de hiérarchisation dans la mise en œuvre des recommandations des audits

<p>Contexte Le Manuel de procédures administratives, financières et comptables révisé en mai 2016 stipule dans les deux sous-chapitres suivants :</p> <p>2.2.3.4 stipule entre autres que l’Auditeur Interne doit « Veiller à la mise en œuvre effective des recommandations des missions d’audits internes et externes et des missions de supervision ».</p> <p>2.2.3.12 stipule entre autres que l’Assistant du Contrôleur Interne doit également « Veiller à la mise en œuvre effective des recommandations des auditeurs et des missions de supervision. »</p> <p>D’après le GMR u), « le MSP préparera un plan de suivi des recommandations émises par les auditeurs externes, l’IGF et les auditeurs Gavi, qui sera mis à jour de manière régulière. Le SG sera responsable du suivi de toutes les recommandations des audits y compris ceux menés par les équipes de Gavi. » Pour rappel, le SG est également Coordonnateur du FC-PDS.</p>		
<p>Description Un tableau de suivi de la mise en œuvre des recommandations d’audit externe existe au sein du FC-PDS pour la période 2014 à 2017. Au sein de ce tableau, il est fait état d’un statut décrivant leur degré de mise en œuvre. Néanmoins, aucun niveau de priorité n’est établi en fonction du risque qui leur est associé.</p> <p>Il en ressort des recommandations importantes qui sont toujours en cours de mise en œuvre depuis 2015. À titre d’exemple, la recommandation sur l’analyse des comptes tiers afin de remonter à l’antériorité des mouvements justifiant le solde des comptes demeure toujours ouverte en dépit d’un risque associé élevé notamment au niveau des assertions de l’existence, de l’exhaustivité, de l’évaluation ainsi que pour l’analyse des pièces justificatives.</p> <p>Par ailleurs, l’audit des programmes Gavi a également identifié l’existence d’un suivi de la mise en œuvre de l’ensemble des recommandations émises par l’Auditeur Interne ainsi que des reportages périodiques au Coordonnateur du FC-PDS. Toutefois, ce suivi présente les mêmes insuffisances que le tableau de suivi de la mise en œuvre des recommandations d’audit externe. Depuis le départ de l’Auditeur Interne en juin 2019, le tableau de suivi de la mise en œuvre des recommandations d’audit n’a pas plus été mis à jour.</p>	<p>Recommandation 8 (Importante)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prioriser la mise en œuvre des recommandations en fonction du degré de risque associé. • Maintenir le suivi périodique de la mise en œuvre des recommandations d’audit par l’audit interne et le reportage au Coordonnateur du FC-PDS. 	
	<p>Réponses / Engagements du management Un plan d’action correctif est défini en Annexe 9 du présent rapport.</p>	
<p>Risque / Impact / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les risques significatifs relevés par l’auditeur externe ne sont pas adressés selon un degré de priorité clairement défini. • Des risques élevés demeurent non adressés pendant une période significative pouvant se matérialiser et impacter l’atteinte des objectifs du programme. 	<p>Responsabilités Nouvel Auditeur Interne</p>	<p>Délai 30/06/2020 pour les audits antérieurs</p>

4.2.4 Absence de documentation du processus de détermination du reliquat à verser sur le compte bancaire dédié aux fonds Gavi ouvert en 2017

<p>Contexte Référence j) des GMR exige que « tous les fonds Gavi actuellement disponibles à la BIA (Banque Internationale pour l’Afrique) devront être transférés dans un nouveau compte bancaire dédié aux fonds Gavi ouvert dans une banque commerciale choisie par le Gouvernement. Tous les prochains décaissements réalisés par Gavi au MSP/FC-PDS seront également versés sur ce compte. »</p>		
<p>Description A l’ouverture du compte bancaire dédié aux fonds Gavi en 2017, le Comptable Principal au FC-PDS s’était attelé à identifier le reliquat des projets et activités antérieures ayant été financés par Gavi afin de constituer un solde d’ouverture sur le compte spécifique à Gavi, conformément à l’exigence j) des GMR. Ce travail de reconstitution a nécessité de passer à travers chaque chrono pour identifier les dépenses financées par Gavi parmi toutes les transactions exécutées avant 2017 par le FC-PDS. Bien que la méthodologie suivie par le Comptable Principal soit fondée, son travail n’a pas été documenté.</p>	<p>Recommandation 9 (Souhaitable)</p> <ul style="list-style-type: none"> • A l’avenir, documenter tout type de calcul, réconciliation et travaux de détermination entreprises hors du système comptable ou ne bénéficiant pas d’une trace d’audit automatique. 	
	<p>Réponses / Engagements du management Un plan d’action correctif est défini en Annexe 9 du présent rapport.</p>	
<p>Risque / Impact / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le travail de constitution n’est ni rééritable ni vérifiable. • Risque d’erreur sur la détermination du reliquat versé sur le compte Gavi. • L’exhaustivité du reliquat versé ne peut être garantie. 	<p>Responsabilités Comptables Centraux</p>	<p>Délai Aucun</p>

4.2.5 Retards dans l'élaboration des rapprochements de comptes de caisses et de banques

<p>Contexte Le Manuel de procédures administratives, financières et comptables révisé en mai 2016 gouverne l'élaboration mensuelle de rapprochements de comptes de caisses et de banques au travers les chapitres : 12.5.2 <i>Travaux mensuels</i> (comptables) précise sous : a) <i>Trésorerie : Caisse</i> un « Inventaire physique de la caisse et rapprochement avec le solde comptable » ; c) <i>Trésorerie : Compte secondaire</i> « Etablissement des états de rapprochement bancaire. » 2.2.3.8 <i>Comptable Principal</i> à qui incombe « L'établissement des états mensuels de rapprochement bancaire »</p>		
<p>Description L'audit des programmes Gavi a relevé des écarts quant à la mise en pratique des dispositions du Manuel de procédures relatives à l'élaboration des rapprochements de comptes de caisses et de banques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contrairement au rythme mensuel précisé dans le Manuel de procédures, les inventaires physiques de la caisse et le rapprochement avec le solde comptable ainsi que l'établissement des états de rapprochement bancaire sont préparés semestriellement. • L'établissement des états de rapprochement bancaire s'effectue en moyenne 3 mois après la fin du semestre (date rapprochée). <p>Le rapprochement bancaire du compte bancaire dédié aux fonds Gavi du mois de janvier 2018 n'a été effectué qu'en juillet 2018, soit 6 mois après la date de rapprochement.</p>	<p>Recommandation 10 (Essentielle)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en application le Manuel de procédures en : <ul style="list-style-type: none"> ○ Etablissant des rapprochements bancaires mensuels. ○ Entreprenant mensuellement un inventaire physique de la caisse et son rapprochement avec le solde comptable. • Fixer un délai pour l'accomplissement de ces procédures comptables essentielles, soit au plus 5 jours ouvrés après la fin d'un mois, soit avant l'émission d'une situation des liquidités, selon ce qui arrive en premier. 	
	<p>Réponses / Engagements du management Un plan d'action correctif est défini en Annexe 9 du présent rapport.</p>	
<p>Risque / Impact / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> • Non identification d'erreurs de saisie comptables ou d'écarts de caisse ou de banque dans un délai utile et notamment avant d'établir et de partager des rapports financiers. • Non fiabilité des rapports financiers. • Non fiabilité des informations portant sur le niveau des dépenses encourues et de toute situation des liquidités disponibles à un moment précis. 	<p>Responsabilités Comptables Centraux</p>	<p>Délai 31/03/2020</p>

<p>4.2.6 Manque d'encadrement et recours trop fréquent aux règlements en espèces</p>		
<p>Contexte Référence j) des GMR exige que « Depuis le compte bancaire dédié au fonds Gavi : Les paiements seront uniquement et directement effectués à l'émetteur de la facture. Les règlements par virement bancaire seront, autant que faire se peut, systématisés comme mode de règlement, et lorsque le virement bancaire n'est pas possible, des chèques barrés seront émis. »</p>		
<p>Description Sur la période audité, un nombre important de versements étaient effectués en espèce ou sous la forme de chèques. Bien que cela soit compréhensible pour certains District Sanitaires sans infrastructure bancaire à proximité, ce mode de règlement ne se justifie pas pour tous les cas de figure rencontrés par l'équipe d'audit. De plus, les procédures encadrant les modalités de règlement présentent certaines lacunes. Ainsi, le Manuel de procédures ne définit pas :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les modes de règlement applicables aux différents cas de figure. • Le seuil au-dessus duquel les versements doivent être faits par virement bancaire. • Le montant maximal autorisé pour la caisse au niveau des régions et des districts. <p>Contrairement à l'exigence j) des GMR et aux bonnes pratiques, les règlements en espèces sont la norme plutôt que l'exception.</p>		<p>Recommandation 11 (Essentielle)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en application la référence j) des GMR par : <ul style="list-style-type: none"> ○ L'intégration des éléments de mitigation de risque y étant mentionnés ; ○ La mise en place d'un cadre définissant les modes de règlement applicables aux versements et règlements importants en termes monétaires, en volume et en fréquence. <p>Ces recommandations ne sont pas limitatives, et constituent des axes de réflexion parmi d'autres sur lesquels le FC-PDS peut s'appuyer pour mitiger les risques liés à la manipulation, le transfert et la conservation d'espèces.</p>
		<p>Réponses / Engagements du management Un plan d'action correctif est défini en Annexe 9 du présent rapport.</p>
<p>Risque / Impact / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> • La manipulation, le transfert, et la conservation d'espèces présente un risque de perte ou de vol. • Les mouvements en espèces sont plus difficilement traçables et, souvent, plus onéreux à convoier jusqu'à destination. • Les chèques peuvent être détournés pour le règlement de dépenses non programmatiques par le biais d'une transformation ou falsification d'informations présentes sur le chèque. 	<p>Responsabilités Coordonnateur du FC appuyé par la Conseillère en Gestion</p>	<p>Délai 31/03/2020</p>

4.2.7 Dispositif de contrôle des dépenses liées aux séminaires, ateliers et formations à renforcer

<p>Contexte</p> <p>La section 12.6.3 du Manuel de procédures décrit la chronologie des travaux relatifs aux principales procédures requises pour la tenue des séminaires, ateliers et formations. Les documents justificatifs à présenter y sont également précisés.</p>			
<p>Description</p> <p>Lors des tests sur les dépenses entrepris par l'équipe d'audit des programmes Gavi, il a été constaté que les pièces justificatives requises selon le Manuel de procédures sont en général au complet et pertinentes. Cela comprend des listes de présence journalière et des états émargés des participants arrêtés et signés par le Responsable de la structure hôte. Les Termes de référence (TDR) quant à eux précisent le rôle et le nombre des participants. Ces éléments suffisent à l'élaboration d'un budget détaillé et précis.</p> <p>Toutefois, malgré un inventaire assez exhaustif des pièces justificatives dans le Manuel de procédures, l'audit a constaté que l'identité des participants et l'authentification de leurs signatures ne sont pas requises.</p> <p>Ce contrôle répandu dans d'autres pays bénéficiaires de soutiens en espèces de Gavi, pourrait être également mis en place au Niger. La nécessité pour le personnel de l'Etat de détenir une pièce d'identité pour exercer leur profession et notamment être salarié, pourrait faciliter la mise en place de ce contrôle.</p>		<p>Recommandation 12 (Importante)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au moment de signer toute liste de présence et état d'émargement, s'assurer de la conformité de la signature du bénéficiaire d'un per diem avec celle figurant sur sa pièce d'identité ou autre document d'authentification officielle dont il conviendra de conserver une copie. • Ajouter aux modèles de liste de présence et d'état d'émargement une attestation des vérifications de conformité et intégrité faites, signée par le Responsable de la structure hôte. • Adapter le Manuel de procédures lors de la mise en application de cette recommandation. 	
		<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>Un plan d'action correctif est défini en Annexe 9 du présent rapport.</p>	
<p>Risque / Impact / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'absence d'authentification des participants augmente le risque de fraude non identifiable, soit : <ul style="list-style-type: none"> ○ La collecte abusive des per diems des personnes prévues dans les TDR mais n'ayant pu participer ; ○ La fabrication de signatures pour étoffer les listes de présence et d'émargement. • Présence de participants remplissant des fonctions autre que celles prévus dans les TDR – usurpation d'identité. 		<p>Responsabilités</p> <p>Coordonnateur FC appuyé par le Contrôle Interne</p>	<p>Délai</p> <p>30/06/2020</p>

4.2.8 Insuffisance des dispositions de sauvegarde des données au DRSP Dosso

<p>Contexte</p> <p>Le paragraphe Protection du matériel et des données sous la section 4.2.2 Règles de Gestion du Manuel de procédures élabore les mesures visant à minimiser l'impact d'une perte d'un système ou de données informatiques. Des mesures propres aux niveaux central et décentralisés sont proposées. Pour ces derniers, le Manuel requiert un « Back up journalier : chaque collaborateur effectue une sauvegarde incrémentale de son poste de travail sur clé USB ou CD-ROM qu'il conserve afin de le transmettre en temps opportun à l'archiviste ».</p>		
<p>Description</p> <p>Lors de sa visite du DRSP de Dosso, l'équipe d'audit a constaté l'utilisation de deux ordinateurs par le personnel comptable. Une sauvegarde informatique de ces deux ordinateurs était effectuée quotidiennement sur un disque dur externe. Une sauvegarde hebdomadaire était effectuée sur une clé USB par ordinateur.</p> <p>En dehors des heures de présence, le disque dur externe ainsi que les clés USB n'étaient pas rangés dans un lieu sûr et aucune sauvegarde n'était entreposée sur un site externe.</p> <p>Tous les 6 mois, les données financières des DRSP sont transmises au niveau central pour consolidation.</p> <p>Par ailleurs, Il n'y a pas de transmission de sauvegardes ou de données informatiques à l'Archiviste du niveau central tel que prévu au Manuel.</p>	<p>Recommandation 13 (Souhaitable)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en œuvre les mesures définies à la section 4.2.2 du Manuel de procédures. • Identifier un site d'entreposage à l'écart des bureaux pour les données informatiques et physiques, sensibles et/ou importantes au fonctionnement du DRSP. • S'assurer que le Manuel de procédures est explicite quant aux moyens et procédés propres aux niveaux décentralisés. 	
	<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>Un plan d'action correctif est défini en Annexe 9 du présent rapport.</p>	
<p>Risque / Impact / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une catastrophe physique ou informatique au sein du DRSP de Dosso, notamment en dehors des heures de présence, pourrait résulter en une perte irréversible : <ul style="list-style-type: none"> ○ allant jusqu'à 6 mois de données comptables ; ○ totale de toute autre donnée non-comptables. 	<p>Responsabilités</p> <p>Comptables Centraux, Régionaux, DRSP, DAID/RP du MSP</p>	<p>Délai</p> <p>30/06/2020</p>

4.3 Gestion des immobilisations

4.3.1 Insuffisance générale concernant la gestion des immobilisations

<p>Contexte</p> <p>La référence I) des GMR comprend les exigences suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 « Un inventaire complet de l'ensemble des immobilisations acquises pour le compte du MSP par l'Etat et les PTF avec une présentation de leur état actuel, et l'entité responsable de l'achat. 2 Le Fonds Commun maintiendra dans le logiciel prévu à cet effet une comptabilité des immobilisations pour les acquisitions, y compris celles achetées par des agences des Nations Unies et par ROASSN financées par des subventions Gavi. <ul style="list-style-type: none"> • En étroite coordination avec le service concerné, le FC assurera le marquage de toutes immobilisations achetées avec des fonds Gavi. • Le FC procédera à des vérifications périodiques des actifs avec la réconciliation des actifs physiques au rapport d'inventaire. • Le FC produira l'état des lieux (cartographie) des immobilisations disponibles à tous les niveaux en considérant les investissements déjà faits. • Le FC mettra en place une fiche de détenteur par immobilisation qui contiendra les caractéristiques techniques de l'immobilisation, sa codification propre, le nom, la fonction et la signature du détenteur actuel. » <p>Ces exigences avaient été formulées en novembre 2017 à la suite de la dernière <i>Evaluation de la Capacité du Programme</i> qui avait constaté des manquements quant à la mise en œuvre effective et intégrale des procédures prévues dans la section 6. <i>Gestion des immobilisations</i> du Manuel de procédures.</p>	
<p>Description</p> <p>Le Manuel de procédures continue à ne pas être appliqué en matière de gestion des immobilisations, ainsi les exigences GMR visant à combler les lacunes n'ont pas été mises en application. L'audit des programmes Gavi a notamment relevé le non-respect des dispositions suivantes du Manuel de procédures :</p> <ul style="list-style-type: none"> • section 6.1.3 b) – aucun procès-verbal d'inventaire physique de clôture d'exercice n'était disponible pour consultation sur les sites visités ; • section 6.1.3 c) – le dernier inventaire consolidé de la région de Dosso remontait à 2016 ; • section 6.1.3 c) – à l'exception de l'existence d'un inventaire national de la chaîne du froid fourni par la Direction d'Immunisation, il n'existe pas de tableau récapitulatif consolidant l'ensemble des immobilisations acquises sur les ressources du FC-PDS, • La section 6.2.1 <i>Tenue des carnets de bord des véhicules</i> du Manuel n'est globalement pas en vigueur • il n'y a aucune documentation historique et holistique telle que prévoit la section 6.2.2 <i>Entretiens et réparations des véhicules</i> du Manuel. <p>De plus, La section 6.2 <i>Gestion du matériel roulant</i> du Manuel ne précise ni si les procédures s'appliquent à des véhicules motorisés à deux-roues, ni si les procédures sous 6.1 s'étendent aussi au matériel roulant.</p> <p>Enfin, alors qu'un module immobilisations existe dans le logiciel comptable Tom2Pro, son contenu est rendu obsolète et incomplet par l'absence d'inventaires physiques et de tableaux récapitulatifs des immobilisations à jour.</p>	<p>Recommandation 14 (Essentielle)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en œuvre le GMR réf. I) visant à faire respecter la section 6. du Manuel de procédures pour assurer la traçabilité et la gestion des immobilisations acquises sur les ressources du FC-PDS. • Dans le Manuel de procédures, la section 6.1 <i>Gestion des immobilisations de bureau</i> s'appliquerait à d'avantage de catégories d'immobilisations au regard de la liste d'immobilisations dans la section 6.1.2 <i>Règles de gestion</i>. Si tel est le cas : <ul style="list-style-type: none"> ○ modifier le titre de la section 6.1 afin de ne plus le limiter au matériel de bureau ; et ○ modifier le titre de la section 6.2 pour qu'il reflète les <i>Dispositions complémentaires propres à la gestion du matériel roulant</i>. • Préciser les véhicules concernés par les dispositions de la section 6.2 du Manuel de procédures. <p>Réponses / Engagements du management</p> <p>Un plan d'action correctif est défini en Annexe 9 du présent rapport.</p>

Risque / Impact / Implications	Responsabilités	Délai
<ul style="list-style-type: none"> • La disponibilité et l'état de fonctionnement des immobilisations n'est pas à jour, ayant pour risques ou conséquences : <ul style="list-style-type: none"> ○ L'absence d'information fiable sur des immobilisations acquises, retirées de service, disparues, cédées et transférées. ○ Une répartition inéquitable ou mal informée des immobilisations existantes. ○ De mauvaises décisions d'investissement, de priorisation et d'allocation des ressources. ○ La méconnaissance d'une rupture de chaîne d'approvisionnement de vaccins ○ La méconnaissance d'un ou plusieurs équipements bureautiques défectueux empêchant le suivi administratif ou le reporting programmatique ou financier. ○ Utilisation d'immobilisations à d'autres fins que celles convenues par les PTF-FC. ○ Comptabilité et reporting financier du FC-PDS erroné. 	<p>Auditeur Interne</p>	<p>30/06/2020</p>

4.3.2 Insuffisances du cadre de gestion des équipements de chaîne du froid

<p>Contexte</p> <p>Le paragraphe 5. Comptabilité et Communication Financière de L'Aide-mémoire du 17 juillet 2012 joint à l'ACP cite « Un inventaire de l'ensemble des immobilisations acquises sur financement Gavi sera effectué, avec une présentation de leur état actuel, puis elles seront transférées dans le livre des immobilisations du Fonds Commun qui en assurera le suivi de leur gestion. »</p> <p>La rubrique (l) Registre des immobilisations des GMR exige du Fonds Commun et des services du MSP concernés une tenue plus fiable de registres d'immobilisations, des inventaires physiques réguliers et de mettre « en place une fiche de détenteur par immobilisation qui contiendra les caractéristiques techniques de l'immobilisation, sa codification propre, le nom, la fonction et la signature du détenteur actuel. »</p> <p>Enfin, la rubrique (r) sous la section Achats et Acquisition d'Équipements des GMR exige d « Elaborer un plan national de maintenance des immobilisations y compris celles allouées aux OSC. Dès finalisation du plan et l'établissement d'un inventaire annuel, ventiler et initier les activités de maintenance prioritaires. »</p> <p>L'ensemble de ces dispositions s'accompagne de responsabilités partagées entre le FC-PDS et la DI en ce qui concerne le suivi de l'état et de la disponibilité des équipements de chaîne du froid, et d'un rôle plus dédié à la DI en ce qui a trait à leur maintenance.</p>		
<p>Description</p> <p>La revue des états d'inventaires d'équipements de chaîne du froid ainsi que du dispositif de maintenance au niveau central et dans certains sites décentralisés a mis évidence plusieurs insuffisances :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'inventaire national de la chaîne du froid tenu par la DI n'est pas consolidé au niveau du FC-PDS ne permettant pas d'anticiper les éventuels engagements financiers y afférent, (point développé également dans le constat 4.3.1. Aucun des sites visités par l'équipe d'audit ne tenait un carnet de suivi des maintenances et réparations faites sur leurs équipements de chaîne du froid ou moyens de transport, excepté pour les camions du dépôt central. Aucune facture de maintenance n'était disponible pour consultation par l'équipe d'audit. Il n'existe pas de mécanisme de suivi et de mise à disposition de pièces de rechange pour les équipements de chaîne du froid à destination des sites décentralisés. L'audit a pu relever un cas illustrant l'impact de cette situation, à savoir l'absence de pièces de rechanges dans un des sites visités (District NIM 1). Un des districts visités ne disposait pas de technicien pour assurer la maintenance des équipements (NIM 4). Un des sites visités ne disposait pas de plan de contingence (HNN) et pour un autre site (NIM 1), les informations n'étaient pas à jour. 	<p>Recommandation 15 (Essentielle)</p> <ul style="list-style-type: none"> Prioriser la mise en œuvre des exigences sous rubriques (l) et (r) des GMR afin de se conformer avec le paragraphe 5 de l'ACP. Déployer un dispositif de suivi de la disponibilité des pièces de rechange pour les équipements de chaîne du froid dans l'ensemble des sites concernés. S'assurer de la suffisance des ressources humaines dédiées aux services de maintenance pour l'ensemble des sites décentralisés. S'assurer que les plans de contingence sont à jour pour l'ensemble des sites. 	
	<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>Un plan d'action correctif est défini en Annexe 9 du présent rapport.</p>	
<p>Risque / Impact / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> Absence de visibilité sur l'état des équipements de chaîne du froid pouvant empêcher l'anticipation des éventuels remplacements. Pannes prolongées des équipements pouvant conduire à la détérioration des équipements voire la perte de vaccins. 	<p>Responsabilités</p> <p>Directrice de la DI</p> <p>Contrôleur de Gestion Principal</p>	<p>Délai</p> <p>31/03/2020</p>

4.4 Achats et passation de marché

4.4.1 Approbation non-matérialisée de factures fournisseurs

<p>Contexte</p> <p>Selon le Manuel de procédures section 11.3.1.1 <i>Réception des factures</i> « La facture et autres documents justificatifs du fournisseur sont enregistrés au secrétariat administratif du SG du MSP au niveau central (des DRSP et DS au niveau régional) dans un registre du courrier avec attribution d'un numéro d'ordre. L'ensemble des documents est transmis au SG/MSP (au DRSP et au Médecin Chef de DS au niveau régional). Le SG/MSP transmet la facture au contrôleur de gestion puis au DRFM (au gestionnaire au niveau régional) pour vérification, comptabilisation et règlement. »</p> <p>Selon le Manuel de procédures section 11.3.1.2 <i>Contrôle et vérification</i>, « Le contrôleur de gestion (le gestionnaire du centre de coût au niveau décentralisé), puis le DRFM vérifient l'authenticité et la conformité de la facture avec les autres documents justificatifs avant de l'enregistrer. » Il en résulte un ordre de paiement qui est transmis au SG/MSP (DRSP/DS au niveau régional) pour autorisation.</p>		
<p>Description</p> <p>Le Manuel de procédures ne précise pas que le contrôle et vérification doit être matérialisé. Cependant le Contrôleur de Gestion Principal et le DRFM ont jugé utile et important de le faire dans certaines circonstances et pas d'autres. Sur les 12 factures issues des passations de marchés sélectionnées par Gavi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5 faisaient l'objet d'un contrôle et vérification matérialisés respectivement par le Contrôleur de Gestion Principal et le DRFM ; • 7 ne portaient aucune signature ou tampon attestant de leur contrôle ou vérification. 		<p>Recommandation 16 (Importante)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Matérialiser systématiquement les contrôles et vérifications entrepris respectivement par le Contrôleur de Gestion Principal et le DRFM. • Préciser dans la section 11.3.1.2 <i>Contrôle et vérification</i> du Manuel de procédures la nature des contrôles et vérifications à entreprendre ainsi qu'un mode de matérialisation. • Préciser dans la section 11.3.1.3 <i>Etablissement de l'ordre de paiement</i> du Manuel de procédures un contrôle a posteriori visant à vérifier la matérialisation de la facture par le Contrôleur de Gestion Principal et le DRFM.
		<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>Un plan d'action correctif est défini en Annexe 9 du présent rapport.</p>
<p>Risque / Impact / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> • Difficultés à garantir l'existence d'un contrôle et vérification des factures fournisseurs lorsque ceux-ci ne sont pas matérialisés respectivement par le Contrôleur de Gestion Principal et le DRFM. • Absence de détection des cas de non-conformité de factures fournisseurs avec d'autres documents justificatifs avant de leur enregistrement 	<p>Responsabilités</p> <p>Contrôleur de Gestion Principal DRFM</p>	<p>Délai</p> <p>30/06/2020</p>

4.4.2 Non-conformité de factures fournisseurs avec le Code Général des Impôts

<p>Contexte</p> <p>La plupart des prestations acquises par le FC-PDS sur territoire nigérien sont soumises à la taxe sur la valeur ajoutée (TVA), conformément au Code Général des Impôts (CGI) actuellement en vigueur au Niger. L'Annexe 6 du présent rapport recense les articles du CGI applicables à ce constat d'audit.</p> <p>Le FC-PDS, en tant qu'instance au sein du MSP, est exonéré d'impôts, et ne dispose pas d'un numéro d'identification fiscale (NIF).</p>		
<p>Description</p> <p>L'ensemble des 12 factures découlant des passations de marchés auditées et financées par Gavi provenaient d'entreprises munies d'un NIF. De fait, elles étaient assujetties à la TVA nigérienne pour les affaires faites au Niger. Or, aucune des 12 factures ne faisait mention de la TVA, ainsi leurs prestations fournies au FC-PDS au Niger, n'y étaient pas assujetties.</p> <p>Cette exonération de TVA devrait être portée au bilan du FC-PDS comme contribution de l'Etat du Niger puisque les dépenses financées par Gavi sont exonérées de TVA.</p> <p>La section 11.3.1.2 <i>Contrôle et vérification</i> du Manuel de procédures n'impose pas une vérification de conformité avec la législation fiscale ou commerciale en vigueur au Niger des factures fournisseurs.</p>	<p>Recommandation 17 (Importante)</p> <ul style="list-style-type: none"> Notifier les prestataires nigériens en situation d'irrégularité avec le CGI. Notifier l'autorité compétente (ex. Direction des Impôts) de toute situation d'irrégularité qui perdure. Préciser dans la section 11.3.1.2 <i>Contrôle et vérification</i> du Manuel de procédures qu'une vérification de la conformité avec le CGI en vigueur, et toute autre législation applicable au Niger, de toute facture reçue d'une entreprises nigérienne assujettie à la TVA doit être effectuée. 	
	<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>Un plan d'action correctif est défini en Annexe 9 du présent rapport.</p>	
<p>Risque / Impact / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> La non-conformité avec le CGI des factures fournisseurs exposent le FC-PDS à une : <ul style="list-style-type: none"> situation d'irrégularité tant que les cas de non-conformité ne sont pas notifiés ; sous-évaluation des contributions de l'Etat du Niger portées au bilan du FC-PDS. 	<p>Responsabilités</p> <p>Contrôleur de Gestion Principal</p> <p>DRFM</p>	<p>Délai</p> <p>30/06/2020</p>

4.4.3 Manque de cohérence entre le mode de référencement des marchés et leur enregistrement comptable

<p>Contexte</p> <p>La section 2.2.3.14 <i>Documentaliste – Archiviste</i> du Manuel de procédures précise que « Il a pour mission principale d’archiver, classer et sécuriser toutes les archives et la documentation physique et numérique relatives à l’ensemble de l’activité du programme. Il doit particulièrement [...] concevoir un plan de classification et d’archivage des documents. »</p> <p>Les documents types à conserver pour les passations de marchés sont cités sous la section 9.2.1 <i>Généralités</i> du Manuel de procédures.</p>		
<p>Description</p> <p>L’audit des programmes Gavi a passé en revue un échantillon représentatif de dossiers de passations de Marché financés par Gavi, permettant de conclure sur la conformité des documents conservés vis-à-vis des dispositions de la section 9.2.1 <i>Généralités</i> du Manuel de procédures.</p> <p>Chaque dossier de marché se voit attribuer un numéro du marché au moment de la signature du contrat entre le fournisseur et le FC-PDS. Lors de la comptabilisation de l’engagement financier du FC-PDS envers le fournisseur, la comptabilité attribue un numéro de référence provenant du Ministère des Finances qui n’a aucun lien ou référencement avec le numéro du marché. Ce dernier n’est pas repris lors de la saisie des écritures comptables correspondantes.</p> <p>Le Manuel ne requiert pas la conservation des copies ou des originaux des factures fournisseurs et justificatifs de paiement dans les dossiers de passations de marché.</p> <p>Aucun fichier n’existe pour assurer le lien entre les référencements propres aux passations de marchés et aux écritures comptables. La présence de la Documentaliste – Archiviste est nécessaire pour retrouver les dossiers de passations de marchés correspondants aux écritures comptables d’engagement et de paiement.</p>	<p>Recommandation 18 (Souhaitable)</p> <ul style="list-style-type: none"> Saisir le numéro du marché dans toute écriture comptable faite durant le cycle de vie de l’engagement financier. Pour pallier une panne ou un changement de système comptable, étudier la faisabilité d’une conservation d’une copie des factures fournisseurs et des justificatifs de paiement dans le dossier de passations de marché correspondant, avec l’avantage que cela atteste également de l’adéquation des prestations avec les marchés passés. 	
	<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>Un plan d’action correctif est défini en Annexe 9 du présent rapport.</p>	
<p>Risque / Impact / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> Difficultés à établir un lien entre l’archivage des marchés et les données comptables qui repose uniquement sur les connaissances d’une employée. La traçabilité des marchés passés aux engagements et paiements faits par le FC-PDS est fragilisée. 	<p>Responsabilités</p> <p>Expert en Passation de Marchés</p> <p>Documentaliste – Archiviste</p>	<p>Délai</p> <p>30/06/2020</p>

4.5 Gestion des vaccins

4.5.1 Manque de fiabilité des données de stock de vaccins

<p>Contexte</p> <p>La revue GEV menée en 2014 a donné lieu à un plan d'amélioration dont certaines mesures visaient la gestion des stocks et de manière plus spécifiques les données y afférent. Celles-ci se déclinent comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au niveau national : « Effectuer l'analyse régulière des rapports de gestion de stock généré par le SMT. » ; « Utiliser parallèlement au SMT, les outils manuels de gestion des stocks (fiches et registre de stocks individuels) pour l'enregistrement des vaccins, diluants et consommables. » • Au niveau régional : « Analyser régulièrement les indicateurs de gestion de stocks (stocks critiques, pertes de vaccins, températures des stockages). » ; « Assurer la gestion des diluants, seringues et les boîtes de sécurité dans le registre de gestion de stock. » <p>En 2019, l'auto-GEV menée par la DI est venue confirmer la nécessité de poursuivre les actions en matière de gestion des données de stock à travers le plan d'amélioration qui en a découlé, lequel reprend certaines dispositions déjà prévues pour donner suite à la GEV 2014.</p>	
<p>Description</p> <p>Au dépôt central, dans les DRSP et DS, les mouvements de stock sont saisis en premier lieu dans des registres manuels, et ensuite dans le Stock Management Tool (SMT). Dans les CSI, les mouvements sont quant à eux saisis uniquement dans des registres manuels.</p> <p>L'audit des programmes Gavi a analysé les registres de stock en place dans chaque site visité à différents niveaux de la pyramide sanitaire et a opéré des comparaisons avec les fichiers SMT correspondants. De nombreuses erreurs et retards de saisie, ont été constatés, que ce soit dans les registres manuels ou les fichiers SMT. À titre illustratif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au niveau central, plusieurs erreurs et incohérences dans le renseignement des mouvements de stock, à l'entrée et à la sortie, ont été relevées entre les fichiers SMT, les registres manuels et les bons de commande et de livraison. Plusieurs mouvements renseignés dans les fichiers SMT, et notamment dans les sorties de stock, comprenaient des numéros de lots et, de ce fait, des dates d'expiration erronées. En comparant les soldes de stock dans SMT pour quatre vaccins de routine à chaque clôture annuelle et rapportés dans les fichiers SMT de l'année suivante, de nombreux cas d'écarts significatifs inexplicables ont été identifiés. • Au DS Niamey 1, l'outil SMT de 2015 n'était renseigné que pour les mouvements dans les premiers jours de janvier, 2017 n'était plus renseigné à partir de début février 2017, et aucun fichier SMT n'existait pour 2018 ou 2019. Le SMT 2016 présente plusieurs cas d'écarts inexplicables entre les données SMT, le registre manuel et les bons de commande. • A l'Hôpital National de Niamey (HNN) qui, en tant que CSI, administre des vaccins, des mouvements concernant 3 antigènes n'ont pas été saisis dans le registre manuel sur une période de trois semaines. Une erreur de calcul de 10 doses a également été identifiée à l'occasion d'une récente livraison de vaccins anti-amaril. 	<p>Recommandation 19 (Essentielle)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instaurer des contrôles des données saisies dans les fichiers SMT à travers des réconciliations entre les registres de stock et les bons de commande et de livraison. • Développer une liste de contrôle permettant de standardiser les supervisions et les vérifications des registres de stock utilisés à chaque niveau de la chaîne d'approvisionnement de vaccins. • S'assurer que les écarts de stock identifiés lors des inventaires physiques sont investigués et renseignés de manière appropriée dans le registre de stock. <p>Depuis la mission de réalisation des travaux d'audit, la DI a entamé un travail visant à identifier et corriger des erreurs et incohérences de saisie des données au niveau du dépôt national et a partagé avec Gavi des registres de stock de vaccins (fichiers SMT) révisés pour 2016, 2017 et 2018. Cela n'impacte en rien les constatations faites au moment de ladite mission et les risques/impacts/implications et recommandations demeurent intacts. Toutefois, Gavi salue l'urgence avec laquelle la DI tient à disposer de registres de stock complets et fiables et l'encourage à parachever ce travail correctif.</p>
<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>Un plan d'action correctif est défini en Annexe 9 du présent rapport.</p>	

Risque / Impact / Implications	Responsabilités	Délai
<ul style="list-style-type: none">• Des erreurs de saisie ne sont pas identifiées et corrigées avant que les informations soient retransmises et utilisées à chaque niveau de la chaîne d'approvisionnement de vaccins.• Les fichiers SMT partagés avec les PTF-FC sont matériellement erronés, pouvant induire en erreur des décisions stratégiques sur l'approvisionnement en vaccins ou les financements d'intrants.• Risque de pertes de doses de vaccins inexplicables et non investiguées.• Des estimations des besoins en intrants sont fondées sur des disponibilités de stock erronées pouvant occasionner des situations de sur ou de sous-stock.• Risque de ne pas respecter le principe de premier expiré premier sorti par la saisie de numéros de lots erronés.	Directrice Division Approvisionnement Logistique Directrice de la DI	31/03/2020

4.5.2 Manque de fiabilité des données de la vaccination

<p>Contexte</p> <p>Le Niger a introduit en 2017, avec le soutien du Fonds Mondial et de la Banque Mondiale, l'outil informatique DHIS2 permettant d'intégrer toutes les données des différents programmes de santé en une seule plateforme. Des ordinateurs ont été achetés et mis en place au niveau des structures sanitaires.</p> <p>En marge des travaux de l'évaluation conjointe, le Secrétariat de Gavi a convenu avec la Direction des statistiques (DS) la mise en place d'une assistance technique pour permettre la prise en compte des modules de la vaccination et de qualité des données dans le DHIS2.</p> <p>Une enquête DQS a été effectuée en 2018 mettant en évidence plusieurs insuffisances en termes de qualité des données. Elle fait état, entre autres, de cas de sur ou sous rapportage traduisant notamment des problématiques de maîtrise de la cible. Elle a fait l'objet d'un plan d'amélioration de la qualité des données qui devait être déployé d'ici fin 2018. À la même échéance le gouvernement du Niger devait également conduire une enquête SARA¹ couplée à une « Data Quality Review » (DQR).</p>		
<p>Description</p> <p>L'enquête DQS de 2018 a mis en lumière plusieurs insuffisances quant à la qualité des données de vaccination. Toutefois, le plan d'amélioration qui en découle n'a pas fait l'objet d'un suivi formel.</p> <p>De la même manière, l'enquête SARA et la DQR devant être menées avant fin 2018, selon l'évaluation conjointe 2018, n'avaient au moment de notre audit, pas encore été conduites.</p> <p>Ces faiblesses sont accentuées par l'absence de renseignement de l'outil DHIS2 par de nombreux sites, tel que reporté par la DI, faute de réseau internet fiable, par manque de matériel informatique ou de formation.</p> <p>De plus, l'absence de contrôle de la fiabilité des données de vaccination remontant des CSI aux DS et les insuffisances relevées en matière de supervision (tel que développé au constat 4.5.3) ne permettent pas à ce stade d'obtenir une assurance quant à la qualité de ces données.</p> <p>Il convient toutefois de noter que dans le cadre de la mise en œuvre des PAA 2019, une formation sur l'utilisation de la plateforme DHIS2 sera organisée à destination des agents de la DI.</p> <p>En outre, la DI a fixé pour objectif d'ici fin 2022 le renseignement régulier de DHIS2 pour l'ensemble des sites de saisie du pays.</p>	<p>Recommandation 20 (Essentielle)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etablir un suivi du plan d'amélioration qui reprend les recommandations faites suite à la DQS 2018. • S'assurer de la mise en œuvre d'une vérification et validation appropriée par chaque DS des données de vaccination issues de leurs CSI. • Entreprendre des supervisions routinières par la DI en priorisant les sites rencontrant le plus de difficultés à fournir des données fiables et/ou à atteindre leurs objectifs de couverture vaccinale. • Poursuivre le programme d'opérationnalisation de l'outil DHIS2 à travers tous les sites concernés. 	
	<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>Un plan d'action correctif est défini en Annexe 9 du présent rapport.</p>	
<p>Risque / Impact / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risque que des erreurs de saisie ne soient pas identifiées. • Risque de ne pas mener les actions nécessaires dans les zones de sous couvertures faute de données fiables. 	<p>Responsabilités</p> <p>Directrice de la DI</p>	<p>Délai</p> <p>31/03/2020</p>

¹ Une évaluation visant à apprécier la disponibilité des services et la capacité opérationnelles des formations sanitaires à offrir des soins de santé, initiée par l'OMS et mise en œuvre dans plusieurs pays.

4.5.3 Insuffisances en matière de gestion des supervisions et de suivi des plans d'amélioration

<p>Contexte</p> <p>L'encadrement de la gestion efficace des vaccins est alimenté par différentes sources d'évaluations. Celles-ci se matérialisent tant à travers les conclusions des différents exercices d'évaluation GEV et auto-GEV menés au cours des dernières années, que par celles des activités de supervision devant être conduites à fréquence régulière. La DI a la charge, du fait des missions qui lui sont attribuées et conformément aux accords cadre de partenariat, d'assurer, de coordonner et de réaliser un suivi de ces activités de supervision et des plans d'amélioration qui en découlent.</p> <p>Paragraphe 2 de la rubrique m) sous la section <i>Suivi et évaluation/Qualité des données</i> des GMR précise que « Le MSP devra développer un plan de suivi évaluation/cadre de performance [...]. Ce plan devra intégrer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une description claire des activités de suivi (monitorage, supervision) et de coordination (revue semestrielle) ; [...] • La gestion des données de vaccination ; [...] » <p>De plus, la rubrique n) sous la section <i>Gestion efficace des vaccins et de la chaîne du froid</i> des GMR précise que « Le MSP devra s'assurer du suivi correct et régulier du Plan d'amélioration de l'évaluation GEV 2014 avec une mise à jour du suivi du plan de l'amélioration tous les trois mois. La DI devrait prendre les dispositions pour poursuivre la mise en œuvre des recommandations ; mettre en place les mesures correctives et évaluer l'état d'avancement. »</p>		
<p>Description</p> <p>La revue par l'audit des programmes Gavi des activités de supervision révèle que la DI n'a mené qu'une seule activité de supervision depuis le début de l'année 2018, ne respectant pas la fréquence semestrielle prévue par la rubrique m) des GMR.</p> <p>De plus, les rapports des supervisions entreprises par les niveaux décentralisés ne remontent pas systématiquement à la DI, qui n'est pas en mesure d'en assurer l'exploitation.</p> <p>Cette absence de vue consolidée et exhaustive des enjeux aux niveaux décentralisés, s'inscrit dans un cadre plus large de problématique de pilotage et de suivi par la DI des différentes initiatives et plans d'amélioration en cours issus des études, évaluations et supervisions entreprises dans le cadre de la gestion des vaccins et des activités de vaccination. En effet, la DI n'a développé aucun outil ou support lui permettant d'assurer ce pilotage et ce suivi.</p> <p>De plus, Il convient de noter que le plan d'amélioration issu de l'évaluation GEV 2014 n'a été mis à jour par la DI que durant la mission d'audit et à la demande explicite de l'équipe d'audit des programmes Gavi.</p> <p>Le plan d'amélioration en lien avec l'auto-GEV entreprise en avril 2019 n'est, quant à lui, plus renseigné depuis son élaboration en mai 2019.</p>	<p>Recommandation 21 (Essentielle)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assurer les supervisions par la DI à fréquence semestrielle tel que prévu par les rubriques m) et n) des GMR. • Mettre en place un mécanisme de remontée des données de supervision réalisées au niveau décentralisé, dont la DI devra assurer l'exploitation. • Assurer une mise à jour et un rapportage régulier des divers plans d'amélioration qui sont en cours par le développement d'outils adéquats (de type tableau de bord). 	
	<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>Un plan d'action correctif est défini en Annexe 9 du présent rapport.</p>	
<p>Risque / Impact / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perte d'efficacité des moyens investis dans la surveillance continue des activités de vaccination. • Vue incomplète des problématiques liées à la vaccination au niveau décentralisé. • Problèmes structurels affectant la performance de la vaccination non adressés. 	<p>Responsabilités</p> <p>Directrice de la DI</p>	<p>Délai</p> <p>31/03/2020</p>

Annexes




Annexe 1 – Acronymes

ACP	Accord-cadre de Partenariat	MAPI	Manifestation Adverse Post Vaccinale Indésirable
CCIA	Comité de Coordination Inter-Agence	MEN A	Vaccin contre la Méningite A
CGI	Code Général des Impôts de la République du Niger	MSP	Ministère de la Santé Publique
CSI	Centre de Santé Intégré	OMS	Organisation Mondiale de la Santé
DS	District Sanitaire	PAA	Plan Annuel des Activités
DHIS2	Logiciel District Health Information System 2	PENTA	Vaccin Pentavalent
DI	Direction des Immunisations	PEV	Programme Elargi de Vaccination
DRFM	Direction des Ressources Financières et Matérielles	PTF-FC	Partenaires Techniques et Financiers participants au Fonds Commun
DRH	Direction des Ressources Humaines	RSS	Renforcement du Système de Santé
DRSP	Direction Régionale de Santé Publique	ROASSN	Regroupement des ONG et Associations du Secteur de Santé du Niger
DVD-MT	District Vaccination Data Management Tool (outil de gestion des données vaccinales conçu en Excel par l'OMS)	RR	Vaccin contre la Rougeole et la Rubéole
FC ou FC-PDS	Fonds Commun	SG ou SG/MSP	Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique (également nommé Coordonnateur du FC-PDS)
GEV	Évaluation de la Gestion Efficace des Vaccins	SMT	Stock Management Tool (outil de gestion des stocks vaccins et consommables conçu en Excel par l'OMS)
GMR	Exigences en matière de gestion des subventions	UNICEF	Fonds des Nations-Unies pour l'Enfance
GTCV	Groupe Technique Consultatif National sur la Vaccination	US\$	Dollar des Etats-Unis d'Amérique
IGS	Inspecteur Général des Services du Ministère de la Santé	VAR	Vaccin Anti-Rougeole
INV	Introduction de Nouveau Vaccin		
JSI	John Snow, Inc. ou JSI Research & Training Institute, Inc.		

Annexe 2 – Définitions : opinion, notes d’audit et priorités

A. NOTES D’AUDIT ET OPINION GLOBALE

L’audit des programmes 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. Un ou plusieurs domaines présentant un risque élevé ont été identifiés et pourraient empêcher 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. Par conséquent, les objectifs de l’entité ont une faible probabilité d’être réalisés.

B. NIVEAUX DE RISQUE DES CONSTATS D’AUDIT

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

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

C. NIVEAU DE PRIORITE DES RECOMMANDATIONS

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

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

Annexe 3 – Classification des dépenses

Dépenses suffisamment justifiées

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

Dépenses insuffisamment justifiées

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

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

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

- a) Dépenses non-conformes aux règles en vigueur (réglementation nationale, accords légaux, politiques et procédures de Gavi) ;

- b) Dépenses présentant des justificatifs incomplets ou/et faibles (absence de date, signature, en-tête, etc.) ;

- c) Dépenses ne présentant pas de justificatifs originaux mais uniquement des photocopies.

Dépenses irrégulières

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

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

Dépenses inéligibles

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

Dépenses non justifiées

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

Annexe 4 – Dépenses sur fonds Gavi mises en question à l'issu du présent audit des programmes Gavi

Ci-dessous les dépenses non justifiées et mises en question, en FCFA, à l'issu de l'audit des programmes Gavi portant sur l'emploi des subventions Gavi entre 2015 et 2018 :

Programme	Testées	Suffisamment justifiées	Insuffisamment justifiées	Non justifiées	Irrégulières	Inéligibles
MenA	58 249 264	57 576 644	637 477	35 143		
RSS 2	2 498 713 031	2 498 713 031				
Switch	42 397 943	42 397 943				
TOTAL	2 599 360 238	2 598 687 618	637 477	35 143		

Année	Testées	Suffisamment justifiées	Insuffisamment justifiées	Non justifiées	Irrégulières	Inéligibles
2015	1 835 523 898	1 835 523 898				
2016	595 152 938	595 152 938				
2017	67 492 922	66 820 302	637 477	35 143		
2018	101 190 480	101 190 480				
TOTAL	2 599 360 238	2 598 687 618	637 477	35 143		

Site audité	Programme	Année	Testées	Suffisamment justifiées	Insuffisamment justifiées	Non justifiées
DRSP DOSSO	MenA	2017	2 385 317	2 385 317		
DRSP DOSSO	RSS 2	2018	25 961 107	25 961 107		
DRSP DOSSO	Switch	2018	6 034 175	6 034 175		
DRSP MARADI	MenA	2017	3 813 235	3 813 235		
DRSP MARADI	Switch	2018	6 845 508	6 845 508		
DRSP NIAMEY	RSS 2	2018	21 594 937	21 594 937		
DRSP TAHOUA	MenA	2017	23 531 101	23 531 101		
DRSP TAHOUA	Switch	2018	19 253 831	19 253 831		
DS BOBOYE	Switch	2018	1 050 000	1 050 000		
DS DIFFA	MenA	2017	2 567 400	2 567 400		
DS DIFFA	MenA	2018	1 093 227	1 093 227		
DS DIFFA	Switch	2018	1 436 000	1 436 000		
DS DOUTCHI	MenA	2017	3 989 750	3 989 750		
DS DOUTCHI	Switch	2018	894 000	894 000		
DS FILLINGUE	MenA	2017	3 129 334	2 456 714	637 477	35 143
DS FILLINGUE	Switch	2018	1 106 000	1 106 000		
DS GAYA	MenA	2017	4 848 300	4 848 300		
DS GAYA	Switch	2018	894 000	894 000		
DS GOURE	MenA	2017	1 705 250	1 705 250		
DS GOURE	Switch	2018	1 330 000	1 330 000		
DS GUIDAN ROUMDJI	MenA	2017	1 791 750	1 791 750		
DS GUIDAN ROUMDJI	Switch	2018	1 262 000	1 262 000		
DS MAINE SOROA	MenA	2017	3 649 500	3 649 500		
DS MAINE SOROA	Switch	2018	600 429	600 429		
DS NIAMEY	MenA	2017	1 114 350	1 114 350		
DS TAHOUA	RSS 2	2017	10 898 885	10 898 885		
DS TAHOUA	RSS 2	2018	9 581 266	9 581 266		
DS TANOUT	MenA	2017	2 898 250	2 898 250		
DS TANOUT	Switch	2018	1 218 000	1 218 000		
DS TIBIRI	MenA	2018	562 000	562 000		
DS ZINDER	MenA	2017	1 170 500	1 170 500		
DS ZINDER	Switch	2018	474 000	474 000		
Sous-total			168 683 402	168 010 782	637 477	35 143
	RSS 2	2015	1 835 523 898	1 835 523 898		
Marchés passés	RSS 2	2016	595 152 938	595 152 938		
TOTAL			2 599 360 238	2 598 687 618	637 477	35 143
				99.97%	0.02%	0.00%
					0.03%	

La classification des dépenses utilisée par Gavi est définie en Annexe 3 du présent rapport.

L'audit des programmes Gavi a permis de noter qu'en ce qui concerne les dépenses réalisées sur financement Gavi, celles-ci étaient dans leur majorité suffisamment justifiées, comme le démontre le tableau ci-dessus.

2 430 676 836 de FCFA de passations de marchés faites sur fonds Gavi entre 2014 et 2018 ont également été testées. La section 4.4 du présent rapport soulève trois faiblesses procédurales à remédier. Toutefois, la fiabilité et la complétude des justificatifs des passations de marchés et des dépenses qui en découlent ne sont pas remises en cause.

Les résultats des dépenses testées sont résumés dans la section 1.4 du présent rapport.

L'échantillon testé par l'audit des programmes Gavi n'inclut pas les dépenses non justifiées et mises en question préalablement lors des audits externes des années 2017 et 2018. Celles-ci, reprises en Annexe 5, ont fait l'objet d'un travail d'analyse de la part de l'audit des programmes Gavi afin d'identifier les dépenses spécifiques Gavi mises en question par ces audits externes.

Pour rappel, les audits annuels 2015 et 2016 ne faisaient pas figurer de manière spécifique les dépenses non justifiées et mises en question, ne nous permettant pas d'appliquer la même approche pour ces deux exercices.

Annexe 5 – Dépenses du PTF-FC mises en question à l'issu des audits annuels externes 2017 et 2018

Dépenses non justifiées et mises en question dans les rapports d'audit annuel externe pour l'ensemble des PTF-FC pour les années 2017 et 2018 :

Tous PTF-FC confondus	2017	2018	Total
Catégorisation des dépenses mises en question	FCFA	FCFA	FCFA
Dépenses insuffisamment justifiées	446 156 497	49 065 269	495 221 766
Dépenses non justifiées	90 886 813	23 327 597	114 214 410
Dépenses inéligibles	13 181 297	2 175 099	15 356 396
Total	550 224 607	74 567 965	624 792 572

Proportion financées par Gavi	0.5%	21.8%	3.1%
-------------------------------	------	-------	------

Parmi ces dépenses mises en question, l'audit des programmes Gavi a identifié celles financées par Gavi :

SYNTHESE GLOBALE	2017	2018	Total
Catégorisation des dépenses mises en question	MONTANT	FCFA	FCFA
Dépenses insuffisamment justifiées	1 337 833	8 244 697	9 582 530
Dépenses non justifiées	1 185 800	5 967 841	7 153 641
Dépenses inéligibles	360 000	2 069 184	2 429 184
Total	2 883 633	16 281 722	19 165 355

US\$	4 933	29 180	34 113
-------------	--------------	---------------	---------------

Taux de change moyen annuels	585	558
------------------------------	-----	-----

Détail des dépenses non justifiées et mises en question par les audits externes concernant les subventions Gavi :

Subventions	Année	Année
RSS2 et INV: MEN-A	2017	2018
Catégorisation des dépenses mises en question	FCFA	FCFA
Dépenses insuffisamment justifiées	1 337 833	6 903 697
Dépenses non justifiées	1 185 800	3 112 891
Dépenses inéligibles	360 000	2 049 184
Total	2 883 633	12 065 772

Subvention	Année
SWITCH	2018
Catégorisation des dépenses mises en question	FCFA
Dépenses insuffisamment justifiées	1 341 000
Dépenses non justifiées	2 854 950
Dépenses inéligibles	20 000
Total	4 215 950

Annexe 6 – Extraits du Code Général des Impôts applicables au constat 4.4.3

Art. 215- Sont soumises à la taxe sur la valeur ajoutée les affaires faites sur le territoire de la République du Niger par les personnes physiques ou morales qui, habituellement ou occasionnellement et d'une manière indépendante, accomplissent des actes relevant d'une activité industrielle, commerciale ou artisanale ou effectuent des prestations de services de toute nature.

Art.216-Une affaire est réputée faite au Niger :

- s'il s'agit d'une vente, lorsque celle-ci est réalisée aux conditions de livraison de la marchandise au Niger ;
- s'il s'agit de toute autre opération, lorsque le service rendu, le droit cédé ou l'objet loué sont utilisés ou exploités au Niger.

Art. 235- L'absence du NIF sur les factures entraîne le rejet de la déductibilité de la TVA facturée au client par le fournisseur non identifié au régime réel d'imposition par son NIF.

Art. 243- Le droit à déduction prend naissance lors de l'acquisition des biens, de leur importation ou de leur livraison à soi-même ou de l'accomplissement de la prestation de services.

La taxe ouvre droit à déduction :

- pour les achats, si elle est mentionnée distinctement par le vendeur ou le prestataire de services sur sa facture ou tout document en tenant lieu, notamment les mémoires et demandes d'avance ;
- pour les importations, si elle figure sur la déclaration de mise à la consommation correspondante ou tout autre document délivré par le service des douanes ;
- pour les livraisons à soi-même, si ces livraisons figurent dans les opérations taxées au titre du même mois.

Art. 251- Tout redevable de la taxe sur la valeur ajoutée qui livre des biens ou rend des services à un autre redevable ou qui lui réclame des acomptes, rendant de ce fait la taxe exigible, doit lui délivrer une facture ou un document en tenant lieu.

Les factures ou documents en tenant lieu doivent faire apparaître distinctement :

- le prix hors taxe sur la valeur ajoutée des biens livrés ou des services rendus ;
- le taux et le montant de la taxe sur la valeur ajoutée ;
- l'identification précise du redevable qui délivre la facture, notamment ses raison sociale, nom, adresse, numéro d'immatriculation au registre du commerce et du crédit mobilier, références bancaires et NIF ;
- l'identification du client, notamment ses nom, adresse, raison sociale et NIF.

La facture ou le document en tenant lieu sont libellés dans une forme normalisée disponible auprès de l'Administration fiscale.

Les modalités d'application des dispositions ci-avant sont fixées par voie réglementaire.

Art. 368 bis- Tout industriel, commerçant ou artisan qui livre un bien, ainsi que tout prestataire qui fournit des services pour les besoins d'un autre professionnel ou d'un consommateur ordinaire est tenu de lui délivrer une facture libellée sous la forme normalisée. Tout redevable de la TVA qui livre des biens ou rend des services à un autre redevable ou à toute autre personne est tenu de délivrer une facture. La facture doit obligatoirement être conforme aux mentions prévues à l'article 251 du CGI.

Annexe 7 – Exemples des défaillances constatées dans la gestion des vaccins

L'équipe d'audit a entrepris une analyse des données vaccinales (DVD-MT) croisées avec les données de l'outil de gestion et suivi des stocks (SMT) de vaccins et autres intrants liés à la vaccination. L'analyse portait sur la période 2014-2018 et visait à évaluer la cohérence et la qualité des données saisies par la DI. Les données analysées proviennent uniquement du niveau central. Par la suite, cette analyse a été communiquée à la DI qui y a répondu.

L'équipe d'audit a choisi de mettre en évidence d'autres écarts constatés afin d'illustrer les lacunes, identifiées au préalable, et qui se sont avérées lors de la mission au niveaux central et décentralisé (notamment en triangulant les bons de commandes, les registres physiques de stocks et les fichiers SMT). De plus, nous avons choisi de quantifier les écarts selon les prix des vaccins pratiqués par Unicef en prenant en compte la présentation du produit (doses sorties-doses administrées). Les quantités ont été multipliées par les coûts suivants, variant selon les années : DTC : entre 0,67 \$ et 1,66 \$; PCV-13 : 3,30 \$; Rota : entre 2,07 \$ et 2,37 \$; VPI : entre 0,82 \$ et 1,20 \$; VAA : entre 1,12 \$ et 1.17 \$.

- *Écarts identifiés entre le stock de fermeture et celui d'ouverture de 2014 à 2018 :*

	Écarts entre les valeurs des stocks d'ouverture et de fermeture - Toutes subventions confondues					
	2014	2015	2016	2017	2018	Total
DTC-HepB-Hib	- 478 600	- 39 690	2 250	141 410	7 760	- 366 870
PCV-13		245 819	61 200	- 346 658	- 5 600	- 45 239
Rota-liq		- 159 119	- 650	34 929	- 11 340	- 136 180
VPI			- 2 900	- 16 400	- 6 700	- 26 000
di-Men A					7 274 000	7 274 000
Men A					- 10	- 10
HPV			- 1 500			- 1 500
di-VAA	- 850	700 200	577 090	293 000		1 569 440
VAA	- 34 950	319 150	- 1 610	- 60 180		222 410
SAB 0.5 mL	5 871 400	-3 129 290	535 860	- 588 100	- 891 600	1 798 270
BS SL	34 270		- 205 465	142 817	- 1 590	- 29 968
Sdilution 5 mL			- 217 945	- 249 450	- 18 040	- 485 435
Total	5 391 270	-2 062 930	746 330	- 648 632	6 346 880	9 772 918

Hormis le MenA qui présente un écart immatériel, tous les antigènes et consommables laissent apparaître des écarts importants, notamment les seringues autobloquantes 0.5mL, les diluants (MenA et VAA), le Pentavalent et le Rotarix.

- *Écarts importants relevés entre les doses de vaccins administrées et les doses sorties de Pentavalent en 2017 :*

		DTC		
		Doses administrées	Doses sorties	%
2017	Agadez	67 331	33 200	203%
	Diffa	127 797	54 340	235%
	Dosso	342 735	261 000	131%
	Maradi	611 839	454 920	134%
	Niamey	161 174	159 220	101%
	Tahoua	528 399	372 840	142%
	Tillabéri	443 306	344 960	129%
	Zinder	747 102	532 320	140%
	Total	3 029 683	2 212 800	137%

Seule la région de Niamey présente un pourcentage correct de doses administrées/doses sorties.

- *Écarts significatifs constatés entre les doses de vaccins administrées et les doses sorties de Rotarix en 2018 :*

		Rota		
		Doses administrées	Doses sorties	%
2018	Agadez	38 578	22 850	169%
	Diffa	61 856	57 600	107%
	Dosso	222 958	165 500	135%
	Maradi	392 113	334 500	117%
	Niamey	103 881	107 350	97%
	Tahoua	318 513	243 000	131%
	Tillabéri	303 030	175 150	173%
	Zinder	420 919	331 500	127%
	Total	1 861 848	1 437 450	130%

Les régions d'Agadez, Dosso, Tahoua, Tillabéri et Zinder présentent toutes des incohérences au niveau des doses sorties et/ou des doses administrées.

- Écarts observés pour le PCV-13, pour les années 2015, 2016 et 2017 :

		PCV-13		
		Doses administrées	Doses sorties	%
2015	Agadez	47 347	121 400	39%
	Diffa	68 363	126 000	54%
	Dosso	277 761	693 000	40%
	Maradi	508 727	671 400	76%
	Niamey	139 403	87 100	160%
	Tahoua	414 617	573 800	72%
	Tillabéri	332 895	394 200	84%
	Zinder	556 737	442 800	126%
	Total	2 345 850	3 109 700	75%

		PCV-13		
		Doses administrées	Doses sorties	%
2016	Agadez	62 739	18 000	349%
	Diffa	98 607	50 400	196%
	Dosso	320 845	111 600	287%
	Maradi	570 024	432 000	132%
	Niamey	148 236	105 962	140%
	Tahoua	489 052	309 600	158%
	Tillabéri	422 251	297 000	142%
	Zinder	670 745	637 200	105%
	Total	2 782 499	1 961 762	142%

		PCV-13		
		Doses administrées	Doses sorties	%
2017	Agadez	66 698	35 800	186%
	Diffa	122 098	61 500	199%
	Dosso	342 574	24 000	1427%
	Maradi	596 993	513 000	116%
	Niamey	161 037	139 230	116%
	Tahoua	528 091	508 000	104%
	Tillabéri	440 270	332 650	132%
	Zinder	746 245	334 800	223%
	Total	3 004 006	1 948 980	154%

En 2015, le nombre de doses administrées est très bas pour les trois premières régions. En 2016 et 2017, les données saisies des doses administrées laissent apparaître des quantités bien au-dessus des doses sorties. C'est le cas notamment en 2017 pour la région de Dosso, où les doses administrées représentent 1427% des doses sorties.

Ces quelques exemples illustrent un problème récurrent lors de la saisie des données ainsi que l'absence de contrôle efficace sur les années concernées par l'audit et pour les antigènes testés (DTC, PCV-13, Rota et VPI).

Annexe 8 – Comptes rendus des visites de sites

COMPTE-RENDU DE VISITE DE SITE	
Région	Niamey
Site visité	Direction Régionale de la Santé Publique de Niamey
Date	8 octobre 2019
Interlocuteurs rencontrés	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin-cheffe de la DRSP, détentrice d'un Master Epivac, en poste depuis fin 2017. • Coordonnateur Régional des Immunisations (CRI), en poste depuis fin 2013, a suivi des formations au moment de rentrer dans le système (PEV), n'a pas encore de formation en vaccination, suit les cours de Mid-Level Management. Il est l'intermédiaire entre les DS et la DRSP, supervise les activités, la logistique. Il appuie les formations, les supervisions et agit comme relai en cas de difficultés au niveau des vaccins et de la CdF. Il rapporte à la DI. • Logisticienne de la DRSP, en poste depuis fin 2016, elle travaille sur le thème des vaccins depuis 2002, elle était coordinatrice régionale des immunisations (en études). Elle relève les températures, remplir les registres et les données SMT. Le travail est gérable et elle prend une fierté à bien gérer, y compris venir le weekend contrôler les températures.
Contexte / Chiffres-clés	<ul style="list-style-type: none"> • La DRSP comprend 5 DS, 60 CSI et 5 cases de santé. • Elle utilise comme dénominateur de sa population cible le recensement 2017 de l'INS (auparavant cibles de consensus) que la Médecin-cheffe considère comme sous-estimées par rapport à la réalité. • La DRSP a donc entamé une stratégie urbaine innovatrice dans 23 CSI qui la composent sous forme de recensement fait au porte-à-porte pour comparer les données de l'INES avec la réalité (certaines aires de santé sont sous-estimées tandis que d'autres sont surestimées). • Une réunion avec les DS est prévue fin décembre pour mieux répartir le poids géographique des aires de santé (sans toucher aux données fournies par l'INES). • Des stratégies avancées et foraines sont mises en œuvre pour toucher les enfants non-vaccinés. • Niamey comprend des zones urbaine, périurbaine et rurale (problème d'accessibilité géographique). • Auparavant, beaucoup de villages appartenaient à Niamey puis ont été transférés dans la circonscription de Tillabéri.
Remarques générales	<ul style="list-style-type: none"> • La MC fait partie du comité de pilotage de gestion des outils (elle représente les 8 régions) et estime qu'il y en a trop. De plus, selon elle, plusieurs renseignements sont requis mais pas repris dans la prise de décisions – opportunités d'apurement des outils. • Il n'y a pas non plus de distinction entre la routine et les enquêtes. • Le comité de pilotage émet des recommandations pour éviter une surcharge de travail pour les agents qui empiète sur la vaccination. • Le comité technique met en œuvre les recommandations et forme les agents sur le terrain. • L'OSC ROASSIN est présente pour mobiliser les populations avant que les campagnes démarrent. Elle n'est pas impliquée dans la vaccination. • Le CRI est impliqué dans la revue du draft 0 et rédaction du draft 1 des PON d'immunisation. Ces PON seront à terme transposées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. • La DI entreprend des réunions de coordination des activités de surveillance et de vaccination. • Les passations de postes sont écrites sous forme de contrat. • La DRSP ravitaille normalement les DS, sauf ce mois par manque de financement Gavi. • Archivage des documents de la DRSP laisse à désirer. Il faudrait l'assigner à une personne, pas plus.
Observations	<p>Stockage et gestion physique des vaccins et consommables</p> <ul style="list-style-type: none"> • La chaîne du froid n'est jamais rompue. Les coupures de courant sont fréquentes (au nombre de 3 en l'espace de 5 heures lors de notre venue). En cas de longue coupure, des générateurs prennent le relai (fournis par le FM), les possibilités de se servir des accumulateurs ou de tout transférer à la DI existent. • Existence d'une chambre froide non fonctionnelle pour le moment acquise en 2016 localisée dans le DS 1. Un magasin sec et des bureaux ont été construits et le toit réhaussé pour mieux aérer les entrepôts. Il a fallu mettre un compteur à part pour scinder les consommations du DS 1 et de la DRSP. Actuellement en attente d'une réponse imminente du Ministère de l'énergie au dossier envoyé concernant la prise en charge des dépenses d'électricité. À ce moment-là, la DRSP sera complètement indépendante de la DI. • Il n'y a pas eu de ruptures de stocks ou de surplus depuis la prise de poste de la MC. • La DRSP n'a pas assez de place pour stocker les vaccins. Elle les laisse à la DI (mais effectue la sortie de stocks). • Les commandes s'effectuent tous les trimestres mais vont chercher les vaccins tous les mois à la DI. Dès que la chambre froide sera opérationnelle, la DRSP ira chercher les commandes tous les trois mois. • Il n'y a pas de problème de transition au niveau des stocks (passage d'une année à l'autre). • Lorsque la logisticienne a pris ses fonctions, elle a dû compléter rétroactivement les données du mois de novembre 2016, correspondant à ses débuts. • Le principe PEPS est respecté, la plupart des vaccins sont d'un même lot excepté la Rougeole où ceux de la campagne expireront 1-2 mois après ceux de la routine, ils sont donc séparés pour assurer le PEPS.

- Un dépoussiérage des réfrigérateurs a lieu tous les jours, et les grilles des ventilateurs toutes les deux semaines.
- En cas de givre, elle transfère les vaccins dans autre bahut pour pouvoir dégivrer. En cas de rupture d'espace, elle peut se replier sur les glacières.
- Le format des registres de stock ne permet pas de renseigner le stock par lot et sa chronologie diverge du SMT. Ces défaillances seront corrigées et de nouveaux registres édités.

Gestion administrative des stocks

- Les régions viennent chercher leurs commandes à la DI, les CSI viennent chercher leurs commandes aux régions et enfin les postes et cases de santé viennent se ravitailler auprès des CSI.

Inventaire physique des stocks

- Un inventaire physique des stocks a lieu à la fin de chaque mois.
- Un formulaire d'inventaire standard est en place depuis début 2018, avant c'était plus « libéral ».
- Depuis 2019, un fichier récapitulatif des stocks DRSP et DS est complété par la logisticienne et sert de rapport de stock réel à la DI.

Gestion des données de vaccination

- La DRSP transmet ses données vaccinales tous les mois à la DI.
- Les CSI utilisent le DHIS2, les DS et la DRSP utilisent le DVD-MT.
- Les 5 DS qui rapportent leurs données vaccinales à la DRSP fournissent des rapports mensuels (jusqu'au 10 du mois suivant) réguliers et complets. La DRSP a ensuite jusqu'au 15 pour remonter ses propres données ainsi que celles des DS à la DI.
- Les rapports précisent si la cible a été atteinte. Si non, la DRSP en recherche la source.
- Le taux d'abandon est aussi renseigné dans les rapports.
- En revanche, la qualité n'est pas toujours au rdv, les taux de pertes peuvent atteindre 50%.
- En cas de difficultés de rapportage, la DRSP fait venir les DS pour les accompagner.
- Des réunions de monitoring d'évaluation des indicateurs et surveillance ont lieu 2 fois par an et les rapports de constatations et recommandations sont partagés avec les DS.
- Deux évaluations des indicateurs étaient prévues cette année. Elles n'ont pas eu lieu pour cause de retard dans l'approbation des PAA 2019, décalant à juillet le démarrage de leur mise en œuvre, y compris le déblocage des fonds pour permettre les déplacements. Il arrive que le CRI entreprenne des missions à ses frais, sans garantie de remboursement a posteriori.

Contrôles en place

La médecin-chef qui, pour rappel, est entrée en fonction à fin 2017, n'a pas relevé de gros problèmes particuliers de gestion de la vaccination ou du stock de vaccins.

Contrôle des données de vaccination :

- Par l'intermédiaire des registres des vaccins (entrants, sortants et les consommations des DS et CSI).
- DVD-MT et SMT qui permettent de voir si les normes sont appliquées au niveau des stocks. Avant 2017, leur utilisation était assez timide, la médecin-chef avait donc nommé une personne à la saisie des données SMT mais aussi à la vérification quotidienne des températures.
- La supervision intégrée et la supervision du PEV ont lieu tous les semestres. Le contrôle de la qualité des données se fait dans les DS et dans quelques CSI.
- Des rapports sont écrits après les supervisions.
- Il doit y avoir concordance entre les fiches de comptage, les registres et la gestion des vaccins.
- Parfois, il y a plus de vaccins consommés que sortis selon SMT. Ces erreurs seraient liées au fait que les agents ne sont pas formés à la saisie des données.
- Le registre est renseigné quotidiennement, le DHIS2 mensuellement. La DRSP tient un registre manuel car celui informatique demande beaucoup de temps.
- Les normes de vérification sont connues mais pas écrites. La DRSP se base sur le SMT et DVD-MT.
- Des manuels de formation et des outils existent (OMS, Unicef) mais il n'y a pas encore de manuels nationaux – les PON sont en cours de rédaction en ce moment même.
- Les passations de postes sont vérifiées par les inspecteurs du ministère lorsqu'elles ont lieu à la DI et par les supérieurs lorsqu'elles ont lieu à la DRSP. 3 signatures sont apposées (sortant, entrant et supérieur)

Sauvegarde des vaccins

- Une clé en possession de la logisticienne permet d'accéder à la pièce contenant les réfrigérateurs. Le grillage devant cette porte n'est pas équipé d'une serrure et la moitié supérieure de la porte elle-même est vitrée, toutefois une clé reste le seul moyen de l'ouvrir de l'extérieur comme de l'intérieur.
- Les réfrigérateurs et congélateurs étaient verrouillés par la Logisticienne avant et après notre observation de l'entreposage des vaccins.
- Il n'existe pas de moyens de prévention ou lutte contre des incendies.

Ressource humaines, matérielles et immobilisations

Ressources humaines :

- Un cahier des charges avec les fiches de postes, existe. Après consultations, il s'avère que les tâches et fonctions décrites sont globalement assurées par le personnel rencontré.

	<ul style="list-style-type: none"> Le personnel ne prend pas la peine de lire les fiches de poste. De plus, étant en sous-effectif, une seule personne fait le travail de plusieurs. 28 cadres et 11 auxiliaires (service civique national) composent la DRSP. Les CSI subissent le fait que les femmes nouvellement mariées suivent leurs époux (turn-over élevé). Les DS et la DRSP sont plus stables à ce niveau. Personnes à la DRSP directement impliquées dans les vaccins : administration, communicateur, coordinateur du journal des immunisations, CRI, responsable logistique. La majorité des agents sont polyvalents et interviennent dans les campagnes et les supervisions. Parfois, la mairie fait appel à des contractuels pour compléter les équipes de vaccination. Les volontaires se situent surtout au niveau des CSI, pas/peu de rémunération mais gain d'expérience. <p><i>Matériel de CdF :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> 3 réfrigérateurs en bon état, 2 congélateurs en bon état, 14 réfrigérateurs non-fonctionnels et 1 passable. <p><i>Moyens de transport :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> 3 pick-up 4x4 (état passable) qui servent à s'approvisionner en vaccins à la DI, à la supervision et à la distribution. <p><i>Matériel informatique :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Tout le matériel informatique était sur place lorsque le CRI a pris fonction. Logisticienne dispose également de matériel informatique de l'état. Ceci est supplée par l'utilisation des ordinateurs portables personnels. De nouveaux ordinateurs ont été livrés dans les DS.
Recommandations	<ul style="list-style-type: none"> S'assurer d'une anticipation des moyens à disposition pour desservir une population croissante. Continuer à rectifier la population cible (dénominateur) provenant du dernier recensement (2012) de l'INS et s'assurer que les récents dénominateurs sont utilisés pour planifier la vaccination. Prioriser la réduction du taux d'abandon élevé en identifiant les causes-racines et les remèdes propres à chaque catégorie de la population de la région de Niamey (saisonniers, migrants, urbain, rural...). Formaliser les supervisions formatives des DS et partager systématiquement les comptes-rendus avec la DI.
Travaux effectués	<ul style="list-style-type: none"> Un échantillon de calculs de stock, par lot et en total absolu dans les registres de stock manuels, ont été revérifiés par l'audit et n'ont pas relevé d'erreurs de calcul. La tenue des registres manuels est au complet et à jour (y compris durant la phase de transition de logisticienne en 11/17). 2 vaccins, 1 diluant et SAB 0,05 ont été testés, y compris la concordance entre soldes de clôture et d'ouverture annuelle, ou entre registres.
Illustrations	<ul style="list-style-type: none"> Néant

COMPTE-RENDU DE VISITE DE SITE	
Région	Niamey
Site visité	District Sanitaire de Niamey 1
Date	10 octobre 2019
Interlocuteurs rencontrés	<ul style="list-style-type: none"> La médecin-chef adjointe assure l'intérim depuis que le médecin-chef est entré au MSP. La médecin-chef adjointe rencontrée travaillait dans un CSI pendant 5 ans en tant que responsable puis elle est venue Niamey 1 en novembre 2016. Elle détient un doctorat en médecine et depuis 2011 elle a été intégrée à la fonction publique. La logisticienne, qui gère les vaccins et la CdF, part à la retraite à la fin du mois d'octobre 2019. Elle a commencé à travailler au DS en 2002. Avant elle était dans un CSI (depuis 1990). Une remplaçante a été formée pour reprendre le travail et notamment pour compléter les outils de gestion des données, mais elle était absente lors de notre visite de site. La gestionnaire financière a également été brièvement rencontrée. Nous n'avons pas pu rencontrer la Coordinatrice Départemental des Immunisations qui était à Dosso pour revoir le projet de PON.
Contexte / Chiffres-clés	<ul style="list-style-type: none"> Le DS comprend 15 CSI publiques et 60 privées, dont 5 proposent des services de vaccination à une population de 262 492 habitants. Le DS rencontre un problème d'attribution de la population croissante venant de la migration vers la périphérie ; les CSI peinent à faire face à cette croissance. Un 15^e CSI a ouvert récemment et qui a besoin de ressources humaines et en capacité.
Remarques générales	<ul style="list-style-type: none"> Il arrive que la population soit sous-estimée dans certains CSI du district. Ce n'est que depuis courant août que les fonds prévus dans le PAA 2019 sont mis à disposition et que le DS a pu mener ces activités conformément au PAA. Ceci illustre l'impact de retards dans la validation des PAA au niveau national. Les formations sanitaires privées, qui sont au nombre de 5, tardent à transmettre leurs données DHIS2 de vaccination. L'Hôpital National de Niamey (que l'équipe d'audit visitera prochainement) ne dépend pas du DS 1 mais lui communique ses données vaccinales. Lors des campagnes de vaccination, il y a un engouement de la population (bien que certains quartiers demandent d'autres vaccins tels que le MenA). Les problématiques concernent les manques de moyens. Par exemple, 3-4 CSI ont des circuits électriques mal fait.
Observations	<p>Stockage et gestion physique des vaccins et consommables</p> <ul style="list-style-type: none"> L'enceinte du DS Niamey 1 est entourée d'un mur mais l'accès par l'entrée principale n'est que symboliquement contrôlé. Le stock se situe dans une grande pièce verrouillée par un grillage et une porte vitrée – cette dernière est équipée des deux côtés d'une serrure, réduisant le risque d'effraction en brisant la vitre. Les fenêtres étaient ouvertes à notre passage mais des grillages en bon état général empêche d'y accéder. La seule clé d'accès est posée chez le gardien en fin de chaque journée La situation de la CdF et le plan d'urgence sont affichés dans la fenêtre du bureau de la logisticienne. Le gardien est également formé en cas de panne de courant prolongé (+2h) à remplacer les accumulateurs dans les réfrigérateurs où sont stockés les vaccins par des accumulateurs congelés. La CdF est nettoyée tous les jours en raison des fenêtres ouvertes laissant entrer sable et poussière. La gestion physique du stock de vaccins est globalement très bien. Dans certains CSI du district, les coupures de courant peuvent très occasionnellement durer jusqu'à deux jours et le protocole dicte que les vaccins soient transférés dans un premier temps dans les glacières. La DI est également en mesure de les accueillir, toutefois ceci ne s'est jamais avéré nécessaire à la connaissance de la logisticienne. Des pannes de courant de plus courte durée (de quelques à plusieurs minutes) sont assez fréquentes. Il n'existe pas de moyens de prévention ou de lutte contre des incendies. <p>Gestion administrative des stocks</p> <ul style="list-style-type: none"> Les renseignements dans SMT se sont avérés globalement incomplets – 2015 et 2016 ne renseignent que quelques mouvements en janvier et en janvier et février respectivement. Aucun fichier SMT n'existe pour 2017, 2018 ou 2019. De ce fait, le DS n'a pu partager ses fichiers SMT avec le DRSP depuis au moins 5 ans. Les registres manuels de stock sont au complet et à jour selon les tests menés par l'équipe d'audit. Selon ces derniers, il n'y aurait pas eu de ruptures de stock durant la période auditée, excepté le VAR durant le seul mois de juin 2018. Le personnel a été formé à devancer des ruptures de stock et connaît les seuils d'alerte de niveau de stock pour chaque antigène. Les fiches de suivi des températures sont renseignées deux fois par jour par un manutentionnaire, weekend et jours de congé compris. En l'absence des logisticiennes, il renseigne aussi les bons de commande (colonne livraison) mais pas les registres de stock.

- Certaines structures s'approvisionnent une deuxième fois dans le mois.

Inventaire des stocks

- Un inventaire physique des stocks a lieu à la fin de chaque mois.
- Le formulaire d'inventaire standard, disponible depuis début 2018, n'est pas utilisé par le DS ; à sa place on retrouve une feuille A4 renseignée (photo).
- Le registre du stock ne renseigne pas les éventuelles corrections de stock à la suite de ces inventaires.

Gestion des données de vaccination

- La Coordonnatrice Départemental des Immunisations encourage les CSI à lui transmettre leurs rapports mensuels de vaccination. De ce fait, la promptitude est là mais pas la complétude des données.
- Au niveau de la vaccination de routine, tous les indicateurs sont positifs.
- Le DVD-MT est tenu à jour par des stagiaires mais la saisie n'est pas vérifiée par une tierce personne.
- Des supervisions mensuelles des CSI sont prévues mais le FC-PDS demande de ne plus les effectuer depuis 2 mois afin de prioriser la mise en œuvre d'autres activités retardées par une approbation tardive des PAA 2019.
- La MC adjointe a suivi une formation du 1^{er} au 4 juillet 2019 sur les outils de gestion des données, notamment SMT.

Contrôles en place

Données vaccinales :

- La logisticienne effectue un suivi mensuel des activités du PEV de routine.
- La médecin-chef adjointe a le devoir de revoir la qualité et la complétude des données saisies dans les différents outils. Elle est donc au courant des défaillances de saisies.
- Le DS a effectué 2 des 4 supervisions formatives dans les CSI, la 3^e étant prévue.
- Un ordinateur par chef de santé dans les CSI est prévu pour le renseignement du DHIS2.

Avances et décaissements

- La comptabilité de la caisse se fait manuellement ce qui n'est pas adéquat compte tenu de la fréquence de son utilisation.
- La banque du DS reçoit les fonds de la DRSP. Les chèques sont employés sans exception pour régler des prestations d'entreprises tierces et pour financer des perdiems et frais de carburant au travers des chèques établis au nom de la personne responsable pour l'activité.
- La gestionnaire et la médecin-chef sont cosignataires de chaque chèque émis par le DS. Lors d'absences prolongées programmées de la MC adjointe, la gestionnaire prépare à l'avance des chèques nécessaires pour assurer la continuité des achats et activités.
- Les TdR sont une condition sine qua non dont le contenu est vérifié ainsi que la qualité (taux des perdiems, concordance des prix, km, etc.).
- Le gestionnaire de la DRSP valide ensuite. Ce dernier en a refusé dans l'attente de complément d'informations et insiste à le recevoir.
- Insiste pour que le Manuel de procédures fasse foi mais ce dernier devrait être affiné, ex. carte d'identité (permis de conduire pas valable) que la plupart des fonctionnaires ont (pour toucher leurs salaires).

Ressource humaines, matérielles et immobilisations

Ressources humaines :

- L'équipe est composée de : médecin-chef adjoint, gestionnaire, chargée de la surveillance épidémiologique (CSE), communicateur, logisticienne. Ce sont des titulaires.
- 12 personnels d'appui titulaires viennent compléter l'équipe, dont la logisticienne qui transmet ses données à la CSE et qui joue l'intermédiaire entre les structures périphériques et le DS. Les autres personnels d'appui sont, entre autres, les ASC, la pharmacie, etc.
- 1 maintenancier s'occupe des véhicules et de la CdF au DS et dans les CSI du district.
- Mis à part le poste de médecin-chef vacant, il n'y a pas d'autres postes à pourvoir.

Matériel de la CdF :

- 3 réfrigérateurs positifs, 1 en panne.
- 1 congélateur en bon état, 2 en panne.
- 2 unités d'air conditionné de la pièce de stockage de vaccins ne fonctionnent pas (pour cause de panne compresseur et autre) et qui sont vétustes mais la situation n'est pas urgente. La température demeure supportable et la pièce peut être aérée par les fenêtres et par 2 plafonniers en marche.
- 1 générateur en panne depuis 2016 en raison d'un court-circuit électrique dans le générateur. Il semble que le fabricant/installateur ait laissé s'écouler la période de garantie. Cette panne ne met pas en péril les vaccins étant donnée la nature générale des pannes et la DI qui juxtapose DS NIM1. 2 stabilisateurs en panne, aucun équipement sur stabilisateur.
- 2 panneaux solaires cassés à la livraison par des enfants.
- Le DS détient beaucoup de glacières 24L et quelques 4L.
- Déchets : brûleurs/incinérateurs dans certains CSI, ceux qui n'en ont pas amènent aux 2 incinérateurs du DS 1.

	<ul style="list-style-type: none"> Il manque des pièces de rechange pour tout l'équipement, il n'y a aucun stock, peu importe la marque. <p><i>Immobilisations :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Une liste identifiant les bailleurs nous a été remise par la gestionnaire. La dernière mise à jour date de mai 2018 mais la situation aujourd'hui est « semblable ». Il n'y a pas de séparation selon les bailleurs de fonds, ni de suivi aux formations sur la maintenance, ni de pièces de rechange disponibles. Les motos ne sont pas entretenues régulièrement dans les CSI, les carnets de bord ne sont pas complétés. Les fonds ne sont pas disponibles pour un entretien régulier dans les CS/CSI. Des crédits sont prévus mais n'arrivent pas jusqu'au DS pour l'entretien. Les responsables du DS trouvent les fonds mais le maintenancier ne sait pas comment. Il utilise sa propre moto et se fait rembourser. 																																																																																																																
<p>Recommandations</p>	<ul style="list-style-type: none"> Compléter rétroactivement les fichiers SMT, du moins pour 2019, afin de partir sur une base saine lors de la permutation de logicienne et s'assurer d'un transfert des connaissances (récemment acquises en formation) de la MC adjointe à la nouvelle logicienne. Un plan et processus de contingence existent et sont affichés, mais le n° de téléphone de l'ancien Médecin-Général devrait être changé. Regrouper dans un seul panier de réfrigérateur les cartons entamés et fermés des doses de PCV-13 afin de réduire le risque d'ouvrir un nouveau carton pendant qu'un autre est encore ouvert, surtout que les paniers sont couverts par des accumulateurs. Télécharger et partager avec le DRSP les données des fridge tags. Mettre à disposition du maintenancier un moyen de transport pour lui permettre d'assurer l'entretien des réfrigérateurs au travers les CSI du district. Equiper le DS d'au moins 1 stabilisateur de courant pour protéger les circuits des réfrigérateurs et, idéalement, aussi de l'équipement informatique. 																																																																																																																
<p>Travaux effectués</p>	<ul style="list-style-type: none"> Audit des fiches de température 2017, 2018 et 2019 : il n'y a pas de renseignements manquants et les pics sont expliqués sans exception. On a pu constater quelques coupures de courant sans incidence sur les vaccins et une coupure de plusieurs jours en novembre 2018 avec la mention d'un déplacement à la DI. Comparaison des commandes passées de 4 CSI vers le DS de Niamey 1 en prenant les quantités inscrites sur les bons de commande, les registres et le SMT. <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> <table border="1" data-bbox="555 1070 1265 1563"> <thead> <tr> <th colspan="4">DS vers Magama - BC/Registre/SMT (Pentavalent) 2015</th> </tr> <tr> <th>Mois</th> <th>BC</th> <th>Registre</th> <th>SMT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Janvier</td><td>250</td><td>250</td><td>non indiqué</td></tr> <tr><td>Février</td><td>250</td><td>250</td><td>non indiqué</td></tr> <tr><td>Mars</td><td>240</td><td>240</td><td>non indiqué</td></tr> <tr><td>Avril</td><td>300</td><td>300</td><td>non indiqué</td></tr> <tr><td>Mai</td><td>240</td><td>240</td><td>non indiqué</td></tr> <tr><td>Juin</td><td>200</td><td>200</td><td>non indiqué</td></tr> <tr><td>Juillet</td><td>180</td><td>180</td><td>non indiqué</td></tr> <tr><td>Août</td><td>270</td><td>250</td><td>non indiqué</td></tr> <tr><td>Septembre</td><td>250</td><td>250</td><td>non indiqué</td></tr> <tr><td>Octobre</td><td>240</td><td>240</td><td>non indiqué</td></tr> <tr><td>Novembre</td><td>240</td><td>240</td><td>non indiqué</td></tr> <tr><td>Décembre</td><td>500</td><td>400</td><td>non indiqué</td></tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="608 1590 1212 2056"> <thead> <tr> <th colspan="4">DS vers Goudele - BC/Registre/SMT (Rota) 2016</th> </tr> <tr> <th>Mois</th> <th>BC</th> <th>Registre</th> <th>SMT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Janvier</td><td>184</td><td>184</td><td>184</td></tr> <tr><td>Février</td><td>176</td><td>176</td><td>176</td></tr> <tr><td>Mars</td><td>196</td><td>196</td><td>196</td></tr> <tr><td>Avril</td><td>112</td><td>112</td><td>112</td></tr> <tr><td>Mai</td><td>149</td><td>149</td><td>149</td></tr> <tr><td>Juin</td><td>230</td><td>230</td><td>149</td></tr> <tr><td>Juillet</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>Août</td><td>184</td><td>184</td><td>0</td></tr> <tr><td>Septembre</td><td>151</td><td>151</td><td>149</td></tr> <tr><td>Octobre</td><td>223</td><td>223</td><td>149</td></tr> <tr><td>Novembre</td><td>140</td><td>140</td><td>149</td></tr> <tr><td>Décembre</td><td>203</td><td>153</td><td>198</td></tr> </tbody> </table> </div>	DS vers Magama - BC/Registre/SMT (Pentavalent) 2015				Mois	BC	Registre	SMT	Janvier	250	250	non indiqué	Février	250	250	non indiqué	Mars	240	240	non indiqué	Avril	300	300	non indiqué	Mai	240	240	non indiqué	Juin	200	200	non indiqué	Juillet	180	180	non indiqué	Août	270	250	non indiqué	Septembre	250	250	non indiqué	Octobre	240	240	non indiqué	Novembre	240	240	non indiqué	Décembre	500	400	non indiqué	DS vers Goudele - BC/Registre/SMT (Rota) 2016				Mois	BC	Registre	SMT	Janvier	184	184	184	Février	176	176	176	Mars	196	196	196	Avril	112	112	112	Mai	149	149	149	Juin	230	230	149	Juillet	0	0	0	Août	184	184	0	Septembre	151	151	149	Octobre	223	223	149	Novembre	140	140	149	Décembre	203	153	198
DS vers Magama - BC/Registre/SMT (Pentavalent) 2015																																																																																																																	
Mois	BC	Registre	SMT																																																																																																														
Janvier	250	250	non indiqué																																																																																																														
Février	250	250	non indiqué																																																																																																														
Mars	240	240	non indiqué																																																																																																														
Avril	300	300	non indiqué																																																																																																														
Mai	240	240	non indiqué																																																																																																														
Juin	200	200	non indiqué																																																																																																														
Juillet	180	180	non indiqué																																																																																																														
Août	270	250	non indiqué																																																																																																														
Septembre	250	250	non indiqué																																																																																																														
Octobre	240	240	non indiqué																																																																																																														
Novembre	240	240	non indiqué																																																																																																														
Décembre	500	400	non indiqué																																																																																																														
DS vers Goudele - BC/Registre/SMT (Rota) 2016																																																																																																																	
Mois	BC	Registre	SMT																																																																																																														
Janvier	184	184	184																																																																																																														
Février	176	176	176																																																																																																														
Mars	196	196	196																																																																																																														
Avril	112	112	112																																																																																																														
Mai	149	149	149																																																																																																														
Juin	230	230	149																																																																																																														
Juillet	0	0	0																																																																																																														
Août	184	184	0																																																																																																														
Septembre	151	151	149																																																																																																														
Octobre	223	223	149																																																																																																														
Novembre	140	140	149																																																																																																														
Décembre	203	153	198																																																																																																														

DS vers Recasement - 2018 (MENA)			
Mois	BC	Registre	SMT
Janvier	200	200	non disponible pour ce CSI
Février	50	50	non disponible pour ce CSI
Mars	300	150	non disponible pour ce CSI
Avril	100	100	non disponible pour ce CSI
Mai	100	100	non disponible pour ce CSI
Juin	100	100	non disponible pour ce CSI
Juillet	150	150	non disponible pour ce CSI
Août	100	100	non disponible pour ce CSI
Septembre	70	70	non disponible pour ce CSI
Octobre	100	100	non disponible pour ce CSI
Novembre	100	100	non disponible pour ce CSI
Décembre	100	100	non disponible pour ce CSI

DS vers Yantala Bas- 2017 (PCV-13)			
	BC	Registre	SMT
Janvier	260	260	184
Février	249	249	non indiqué
Mars	209	209	non indiqué
Avril	195	195	non indiqué
Mai	133	133	non indiqué
Juin	173	173	non indiqué
Juillet	227	227	non indiqué
Août	15	15	non indiqué
Septembre	233	233	non indiqué
Octobre	116	116	non indiqué
Novembre	260	260	non indiqué
Décembre	280	0	non indiqué

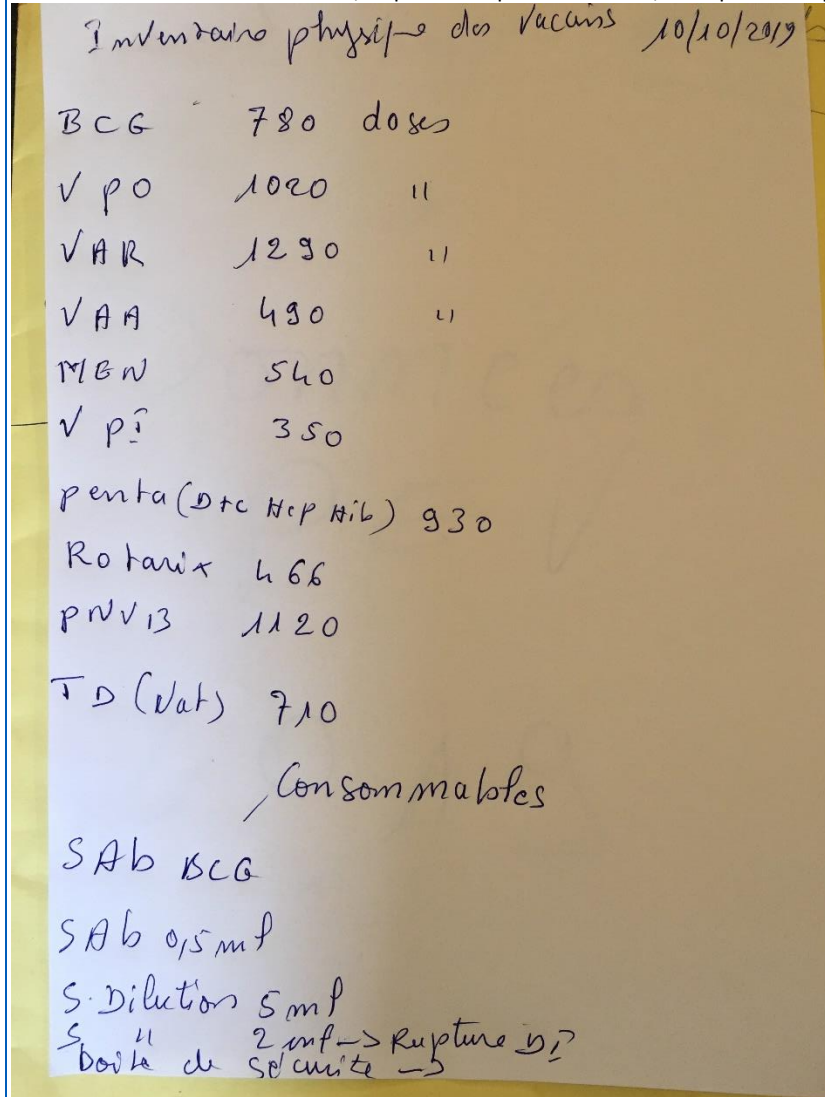
Illustrations Entrée du DS de Niamey 1



Générateur en panne depuis environ 3 ans



Le formulaire d'inventaire standard, disponible depuis début 2018, n'est pas utilisé par le DS



COMPTE-RENDU DE VISITE DE SITE	
Région	Niamey
Site visité	District Sanitaire de Niamey 4
Date	9 octobre 2019
Interlocuteurs rencontrés	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin-chef de district, en poste depuis un an. • La logisticienne, en poste au DS depuis janvier 2019 (responsable CdF depuis mars 2019), elle a une licence en soins infirmiers et a été formée pendant 2 mois avant de commencer. Auparavant, elle était infirmière dans un hôpital puis gestionnaire de la CdF dans un CSI. • Le Coordonnateur Départemental des Immunisations était à Dosso pour revoir le projet de PON.
Contexte / Chiffres-clés	<ul style="list-style-type: none"> • Le DS compte 14 CSI et 2 CS (dont un des CSI qui ne pratique pas de vaccination car c'est un camp militaire). • Les CSI du DS doivent s'adapter aux mouvements de population, notamment les pêcheurs. A titre d'exemple, la vaccination est proposée très tôt le matin ou tard le soir par les CSI.
Remarques générales	<ul style="list-style-type: none"> • Le DS est en attente de construction. Il se situe dans la même enceinte que le CSI de Ndonkalé.
Observations	<p>Stockage et gestion physique des vaccins et consommables</p> <ul style="list-style-type: none"> • La pièce de stockage des vaccins et des produits secs est restreinte mais dispose d'un climatiseur et d'un plafonnier, tous deux en état de fonctionnement. • La seule clé d'accès est posée chez le gardien en fin de chaque journée. • Un plan de contingence existe et est affiché. En cas de problème, les gardiens ont la possibilité d'appeler la logisticienne qui habite à 15 km du DS. • Les vaccins et consommables sont bien rangés et les cartons entamés sont les plus accessibles. • Depuis que la logisticienne est arrivée, un cas d'environ 60 doses de Men-A de routine ont expiré en raison d'une date de péremption courte à leur arrivée au DS. • La logisticienne ne télécharge pas le contenu des fridge tags mais relève les températures deux fois par jour au travers les fiches de suivi des températures apposées sur les réfrigérateurs. • Il y a 1 onduleur pour le PC et 3 onduleurs CdF en panne. • Au niveau de l'état de maintenance des équipements de la CdF, il n'y a pas beaucoup d'espace pour la sécurité des vaccins et matériel de la CdF • Il n'existe pas de moyens de prévention ou de lutte contre des incendies. • Il n'y a pas eu de panne de courant lors de notre visite. Il peut y en avoir jusqu'à 6-7 par jour, de quelques minutes à 4 heures (la logisticienne a dû mettre les vaccins dans une glacière). <p>Gestion administrative des stocks</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le ravitaillement au niveau des CSI se fait chaque fin de mois (sauf en cas de sorties foraines organisées dans le cadre de la stratégie avancée). • Le CSI passent leurs commandes en transmettant l'analyse de leurs données au même moment. • Le camp militaire de Fan se ravitaille au DS car ils n'ont pas de réfrigérateur (en panne). La clinique privée de Fanta se ravitaille au CSI (à côté du DS) où des vaccinations ont lieu 3 fois par semaine. <p>Inventaire des stocks</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'inventaire des stocks du DS a lieu mensuellement et est systématiquement renseigné dans le registre. • Les inventaires physiques mensuels des CSI du district sont directement envoyés au DS. • Le dernier inventaire remonte à il y a 2 jours mais l'équipe d'audit a procédé à un inventaire (voir résultats sous le rubrique <i>Travaux effectués</i>). <p>Gestion des données de vaccination</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le DS collecte les données des CSI. • Globalement le DS est en catégorie 1 au niveau des données vaccinales avec de bons indicateurs. • Au niveau des outils de gestion des données vaccinales, les registres de stocks manuels sont plus à jour que le SMT qui est compliqué pour les non-spécialistes en informatique (selon la logisticienne). • Les outils de gestion sont sauvegardés sur le PC, l'ordinateur portable ainsi que sur l'ordinateur personnel, à la maison. • Le remplissage du SMT et des registres se fait en fin de journée. • Le SMT n'est disponible que depuis 2018, les registres sont disponibles depuis 2014. • L'AMA (association musulmane) appuie le DS au niveau de la logistique et des données de vaccination. <p>Contrôles en place</p> <p><i>Contrôle des données de vaccination :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le DS envoie les registres à la DRSP pour vérification. Le DRSP fait un suivi avec le DS. • Les supervisions, au niveau d'un ou deux CSI, ont lieu tous les trimestres. La supervision des registres de stock de vaccins et registres de vaccination se font surtout lors des campagnes. <p>Ressource humaines, matérielles et immobilisations</p> <p><i>Ressources humaines :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le DS comprend 5 collaborateurs : Médecin-chef, Gestionnaire, Communicateur, Administrateur, Coordonnateur Départemental des Immunisations (CDI) et Logisticienne (vaccins et CdF). • Ce DS ne dispose pas de maintenancier, ni de contrat de maintenance avec un tiers.

	<p><i>Matériel de la CdF :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Un inventaire du matériel de chaîne du froid était disponible, à jour et renseigne l'état des équipements pour l'ensemble du district. Aucun écart n'a été constaté avec les équipements observés. • Les équipements de la CdF du DS sont vérifiés chaque jour. • Pour le nettoyage externe des réfrigérateurs, un carnet de maintenance fait état de maintenances mensuelles jusqu'en juin 2019 et bimensuelles depuis le mois de juillet. Avant l'arrivée de la nouvelle logicienne, il n'y avait pas de carnet de maintenance. • 6 glacières de 24L neuves seraient stockées sur un autre site, à 6km du DS, car la salle de stockage du DS était utilisée à d'autres fins. Ce n'est plus le cas et les glacières seront bientôt rapatriées au DS. • Des réfrigérateurs solaires équipent certains CSI mais le manque de maintenance des panneaux solaires a rendu plusieurs réfrigérateurs inutilisables. <p><i>Immobilisations :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Un véhicule en mauvais état de fonctionnement. 																																																								
<p>Recommandations</p>	<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer d'une maintenance régulière des panneaux solaires dans les CSI, notamment en commençant par leur dépoussiérage et nettoyage. • S'assurer de l'état de fonctionnement des moyens de transport au travers le district pour mener à bien les activités de vaccination et la livraison des vaccins jusqu'aux populations. • Télécharger et partager avec le DRSP les données des fridge tags. • Engager ou contracter un maintenancier. 																																																								
<p>Travaux effectués</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comparaison entre les registres, les bons de commande et le SMT pour le CSI de Wadata (PCV-13), en 2018 : <table border="1" data-bbox="351 862 805 1344"> <thead> <tr> <th colspan="4">CSI de Wadata - PCV-13</th> </tr> <tr> <th>Mois</th> <th>SMT</th> <th>Registre</th> <th>BC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Janvier</td> <td>Ok</td> <td>Ok</td> <td>Ok</td> </tr> <tr> <td>Février</td> <td>Ok</td> <td>Ok</td> <td>Ok</td> </tr> <tr> <td>Mars</td> <td>400</td> <td>400</td> <td>800</td> </tr> <tr> <td>Avril</td> <td>ND</td> <td>ND</td> <td>ND</td> </tr> <tr> <td>Mai</td> <td>Ok</td> <td>Ok</td> <td>Ok</td> </tr> <tr> <td>Juin</td> <td>ND</td> <td>300</td> <td>400</td> </tr> <tr> <td>Juillet</td> <td>300</td> <td>300</td> <td>400</td> </tr> <tr> <td>Août</td> <td>400</td> <td>400</td> <td>300</td> </tr> <tr> <td>Septembre</td> <td>300</td> <td>300</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>Octobre</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>400</td> </tr> <tr> <td>Novembre</td> <td>300</td> <td>300</td> <td>200</td> </tr> <tr> <td>Décembre</td> <td>ND</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> • Comparaison entre les registres, les bons de commande et le SMT pour le CSI d'Aéroport 1 (VPI), en 2018 : Les données correspondent, sauf pour deux sorties (BC) qui ne sont pas égales au registre. Remarque : Les bons de commande ne contenaient pas de ligne VPI jusqu'en avril 2018 → manque de traçabilité des commandes pendant les trois premiers mois. • Revue des bons de commande du DS à la DRSP : Certains bons sont illisibles (voir photo). • Autre test effectué pour le CSI de Tallagué pour le Rota, en 2019 : tout correspond. La logicienne actuelle a rempli les données consciencieusement. • Revue des registres pour le CSI de Saga (Rota), en 2017 : Le SMT n'étant pas disponible pour cette période, seuls les bons de commande et les registres ont été comparés. Tout correspond. En revanche, nous avons pu observer une différence au niveau d'un inventaire mensuel : 350 doses sorties (date de péremption proche) ne comptent pas dans le stock final (voir photo). • En 2017, certains flacons de pentavalent cassés ont bien été renseignés. • Tests effectués sur le registre du Men-A : En octobre 2017, le Men-A a connu une rupture de stock durant 2 jours. Les mouvements divergent systématiquement du DVD-MT entre 2017 et mi-2018. Le registre n'a plus été renseigné après le 6 juin 2018 mais recopié dans le nouveau registre à partir du 31 décembre 2017 jusqu'au 31 décembre 2018. • Lors de l'inventaire physique, aucune divergence d'information n'a été constaté avec les registres et aucun vaccin en stade 2 n'a été identifié. 	CSI de Wadata - PCV-13				Mois	SMT	Registre	BC	Janvier	Ok	Ok	Ok	Février	Ok	Ok	Ok	Mars	400	400	800	Avril	ND	ND	ND	Mai	Ok	Ok	Ok	Juin	ND	300	400	Juillet	300	300	400	Août	400	400	300	Septembre	300	300	100	Octobre	100	100	400	Novembre	300	300	200	Décembre	ND	100	100
CSI de Wadata - PCV-13																																																									
Mois	SMT	Registre	BC																																																						
Janvier	Ok	Ok	Ok																																																						
Février	Ok	Ok	Ok																																																						
Mars	400	400	800																																																						
Avril	ND	ND	ND																																																						
Mai	Ok	Ok	Ok																																																						
Juin	ND	300	400																																																						
Juillet	300	300	400																																																						
Août	400	400	300																																																						
Septembre	300	300	100																																																						
Octobre	100	100	400																																																						
Novembre	300	300	200																																																						
Décembre	ND	100	100																																																						

Illustrations Contenu du réfrigérateur 1 du DS de Niamey 4

Fiche d'identification REF A1

Antigène	N° lot	Date de péremption*	Etat PCV	Observations
ROTA	AROLC462BA	12/2020	PCV-1	
PCV 13	AP1629	06/2020	PCV-1	
PENTAVALENT	FWM 18510	10/2021	PCV-1	
TD	2339L007B	2/2022	PCV-1	
HPV	313B4	04/2020	PCV-1	
VPI	P3L521V	09/2020	PCV-1	

Fiche de vie du réfrigérateur 1 du DS de Niamey 4

REPUBLIQUE DU NIGER
REGION DE NIAMEY
DISTRICT NIAMEY 4

FICHE DE VIE DU REFRIGERATEUR N°1

Type d'équipement	Marque	Modèle	N°serie	Capacité brute	Capacité nette	PQS	Source d'énergie	Année d'installation	Etat de fonctionnement	Source de financement
REFRIGERATEUR	vestfrost	MK304	20181709238	218L	105L	OUI	Electricité	2018	Bon état	Unicef

Inventaires des immobilisations du DS de Niamey 4

REPUBLIQUE DU NIGER Niamey, Le 04/10/2019

DIRECTION DE LA SANTE PUBLIQUE
DISTRICT SANITAIRE DE NIAMEY 4

Inventaire des immobilisations

INVENTAIRE MATERIEL CHAÎNE DE FROID

DESIGNATION	QUANTITE	ETAT
NIVEAU DS		
VLS 460A 20181709238 (A1)	1	bon
VLS 20181709238 (A2)	1	bon
Compteur VESTFROST 20181709238	1	bon
Glacière VESTFROST 20181709238	1	bon
Glacière de 12	5	bon
Glacière de 24	5	bon
réfrigérateur	3	bon
glacière	4	bon
RCV W 50	1	bon
NIVEAU CSI		
CSI AEROPORTY 1		
Réfrigérateur Sibir RC 170	1	bonne
Porte vaccins	21	bon
Glacière	4	bon
Etiquette GVR 50DC N 18070018MR00020	1	bon
Compteur MK 304 20181709238	1	bon
Glacière	3	bon
CSI AEROPORTY 2		
Solème GVR 100DC 0904	3	bon
Glacière	26	bon
Solère 170	1	bon
Compteur 102012019144	1	bonne
CSI BANGOUROU		
Solème GVR 50 DC N 18070018MR 00020	3	bon
Glacière	1	bon
GIOSYTL	1	bon
RCV W 50	1	bon
Porte vaccins	1	bon
CSI BOSSEY BONGOU		
Solème GVR 50 DC N	1	bon
glacière	1	bon

1 réfrigérateur 418 p/B
1 réfrigérateur 418 p/B
1 réfrigérateur 418 p/B

Page 2/3

Porte vaccins	6	bon
Glacière	3	bon
CSI GANKALLE		
GIOSYTL	1	bon
Porte vaccins	13	bon
Glacière	2	bon
Solème GVR 100DC N° 1024	1	bon
Solème GVR100DC N° 0949	1	bon
compteur	1	bon
CSI ROUTE FILLINGUE		
Solème GVR 100DC N° 0219	1	bon
Porte vaccins	10	bon
Glacière	4	bon
CSI SAGA		
Compteur ICE -Ined 20143617132	1	bon
Glacière	4	bon
Solème GVS 100 DC N° 0930	1	bon
GIOSYTL	1	bon
Porte vaccins	22	bon
CSI SAGA GOROU 1		
Porte vaccins	6	Mauvais état
Glacière	3	bon
Solème GVR 100 DC N° 0170	1	bon
CSI SARY KOUBOU		
Réfrigérateur Sibir N° 2013294-00	1	bon
ELECTROLUX TCW N° 1151NF	1	Mauvais état
Porte vaccins	19	bon
GIOSYTL	2	bon
Glacière	4	bon
Solème GVR 100DC SDO N° 0912	1	bon
CSI WADATA		
Réfrigérateur Sibir 170	1	bon
SOLÈRE GVR 50 DC	1	bon
Glacière	3	bon
ELECTROLUX MK 201433079007	1	bon
GIOSYTL	1	bon
Porte vaccin	9	bon
CSI TALLAGUE		
Réfrigérateur Sibir N° 2400007	1	bonne
Compteur vestfrost MF304 N° série : 2000430861	1	bon
giosytl	3	bon
Glacière	3	bon
Solème GVR 100DC N° 0908	1	bon
Porte vaccins	6	bon

Page 3/3

CAMP FAN		
Réfrigérateur Sibir 170	1	bonne
locking	2	bon
glacière	1	bon
GIOSYTL	1	bon
CAMP BANO		
Réfrigérateur Sibir 170	1	bonne
locking	2	bon
GIOSYTL	1	bon
CLINIQUE GANKALLE		
Réfrigérateur SIBIR 170	1	bonne
CLINIQUE FANTA		
Réfrigérateur SIBIR 170	1	bonne
CAMP BASSORA		
locking	2	bon
glacière	1	bon

Supplémentaire à la DS en fonction des besoins

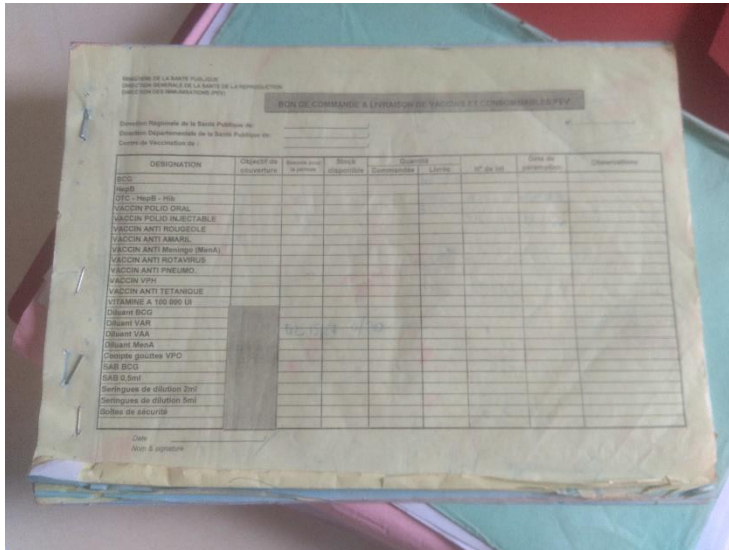
DS 3 immobilisations de DS + CSI de 2014

pas pu être vérifié

réfrigérateur est resté 2x/fois depuis 08/14

immobilisation de DS (Sibir), mal répertoriée depuis 08/14

Bon de commande du DS de Niamey 4 vers la DRSP illisible



COMPTE-RENDU DE VISITE DE SITE	
Région	Niamey
Sites visités	Hôpital national de Niamey (« HNN »)
Date	11 octobre 2019
Interlocuteurs rencontrés	<ul style="list-style-type: none"> Mme. Hamsa Garba AMADOU, Technicienne de Vaccination, Diplômée d'Etat Assistante-Socio-Médicale (formation de 3 ans). En poste à HNN depuis 20 ans - commandes & gestion. Technicienne Adjointe de Vaccination, Assistante Sociale – renseigne les registres de vaccination et de stock.
Contexte / Chiffres-clés	<ul style="list-style-type: none"> HNN est le plus grand hôpital public du Niger et sert également à la formation du personnel soignant du pays. Il s'agit d'un des 4 hôpitaux de référence à Niamey, ainsi des patients affluent de tout Niamey et des districts périphériques. Les vaccins sont stockés dans un réfrigérateur alimenté par courant électrique.
Remarques générales	<ul style="list-style-type: none"> Les prestations de vaccination sont quotidiennes pour les vaccins Penta, PCV, Rota, VAT. Les autres vaccins sont administrés les mardis et jeudis. Communication/sensibilisation de vive-voix directement dans les villages et quartiers urbains pour les gens de passage, et par tél. mobile pour les populations locales. Cependant, une grande partie de la population n'est pas équipé de tél mobiles. Pas de stratégie avancée depuis cet hôpital.
Observations	<p>Stockage et gestion physique des vaccins et consommables</p> <ul style="list-style-type: none"> Les coupures de courant son occasionnelles mais l'HNN est équipé d'une grande génératrice (à la charge de l'Etat). Rotation élevée du stock. Occasionnellement, des vaccins en PCV stade 2 proviennent du DS mais l'HNN arrive à les consommer. Commandes mensuelles, en début de chaque mois. Commandes de l'HNN sont honorées sauf en cas de ruptures : <ul style="list-style-type: none"> Rougeole : le registre renseigne une commande de 40 doses pour compléter 40 en stock et remplir un besoin estimé de 80 pour le mois. Cependant, des travaux de rénovation ont obligé le déplacement des vaccins vers la chambre froide de l'hôpital et aucune nouvelle commande n'a été faite en mai ou juin 2019. La pédiatrie était fermée durant cette période donc aucune vaccination n'était nécessaire. La rupture de stock n'a donc pas eu d'impact sur les services de vaccination. Men A & Rougeole : rupture simultanée donc mamans ont dû revenir 1 mois plus tard après la prochaine livraison. Lors des visites hospitalisés (ex. naissance) et ambulatoires, les carnets de vaccination sont collectés et comparés aux registres de vaccination, ce pour déterminer les vaccins à administrer et appeler/retourner au lit sur la base premier arrivé premier servi. Inventaire du stock mensuel (premiers jours du mois) au moment de faire un état du stock pour passer commande auprès du DS. <p>Gestion administrative des stocks</p> <ul style="list-style-type: none"> Des registres de stock manuels ainsi que des bons de commande & livraison sont les outils de suivi principal. Pas de péremption par PCV Expirations par date extrêmement rares – aucune identifiée au travers la consultation des registres de stock 2018 et 2019. Ecart constatés entre le stock physique et théorique, dont la plupart ont pu être résolus durant la visite. <p>Inventaire physique des stocks</p> <ul style="list-style-type: none"> Faites mensuellement selon la Technicienne de Vaccination mais il n'existait aucune documentation ou correction de stock dans les registres prouvant l'effectivité de leur tenue. L'équipe d'audit a donc procédé à un inventaire complet ; voir rubrique <i>Travaux effectués</i>. <p>Gestion des données de vaccination</p> <ul style="list-style-type: none"> DHIS2 n'est pas renseigné – absence de matériel informatique. Les entrées mensuelles du DS 1 sont renseignés sur la base des bons de commande/livraison alors que les sorties – tous pour l'HNN sont renseignés uniquement dans le registre au moment de retirer les vaccins du réfrigérateur. Les bons de sortie ne sont pas employés. <p>Contrôles en place</p> <p><i>Contrôle des données de vaccination :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Généralement, la Technicienne Adjointe de Vaccination renseigne les registres de vaccination et de stock. La Technicienne de Vaccination est responsable pour la gestion des vaccins et elle passe les commandes. Au vu de nos observations sur les écarts de stock, elle renforcera sa supervision formative de la Technicienne Adjointe de Vaccination. Les manuels de formation (OMS, UNICEF) ne sont pas disponibles sur place et elles n'étaient pas au courant des PON en cours de rédaction.

	<p><i>Sauvegarde des vaccins</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les techniciennes ont chacune une clé au bureau/entrepôt d'intrants. Lorsque le bureau est inoccupé, la porte est systématiquement fermée à clé. • Le réfrigérateur n'est pas verrouillé ou cadenassé. Le stock est négligeable. • Il n'existe pas de moyens de prévention ou de lutte contre des incendies. <p>Ressource humaine, matérielles et immobilisations</p> <p><i>Ressources humaines :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 Technicienne de Vaccination. • 1 Technicienne Adjointe de Vaccination. • Se plaint d'un manque de formation, ceci se fait sur le tas, ex. INV Penta. <p><i>Matériel de la CdF :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 réfrigérateur Dometic en bon état général, propre et de capacité suffisante. Le joint du capot de réfrigérateur est sectionné dans 4 endroits différents avec pour conséquence une accumulation rapide de glace sur les parois froides, surtout si l'on prend compte de l'affirmation que de dernier dégivrage n'était qu'il y'a quelques jours. Toutefois, la température reste relativement stable selon les relevés qui sont systématiquement complétés et à jour. • Pas de maintenance préventive. <p><i>Immobilisations :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pas de moyens de transport. • Pas de matériel informatique.
<p>Recommandations</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Commander un nouveau joint de capot de réfrigérateur et, en attendant, recouvrir les parties sectionnées dudit joint avec du scotch électrique (plastifié). • Utiliser le registre de stock tel que prévu, soit un lot d'un antigène par page du registre à la place de plusieurs lots sur une même page. Ce dernier est une cause des erreurs constatés, si bien que la gestion de plusieurs lots à la fois est occasionnelle. • Dresser l'inventaire physique du stock ainsi que la recherche, résolution et saisi administrative des éventuels écarts constatés entre stock physique et administratif. • Instaurer une supervision formative de l'Assistante-Sociale par Mme. Amadou en matière de saisie des mouvements de stock, tenue des registres de stock et inventaire physique. • Valoriser le personnel au travers des formations/certifications dans la gestion des vaccins et de la vaccination. • Accompagner la distribution début 2020 des PON avec une formation adaptée aux besoins particulières des CSI. • Si la saisie dans DHIS2 est prévue à l'HNN dans les plans d'amélioration de la gestion des données, les techniciennes de vaccination sur place devront être formées, équipées d'un ordinateur portable et reliées à l'Internet (via le réseau de l'HNN).
<p>Travaux effectués</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Contrôle du registre du stock de vaccins avec un échantillon de commandes/livraisons depuis DS NIM 1. • Inventaire physique complet des vaccins en stock. • Consultation des fiches de suivi des températures 2018 et 2019. • Comparaison de la fiche de suivi actuel avec le thermomètre et le Fridge Tag. • Observation du stockage des vaccins et état du réfrigérateur conformément aux normes OMS/UNICEF. • Réconciliation des écarts stock physique et théorique avec bons de commande. • Revue du registre de vaccination pour vérifier sa clarté et complétude. • Revue du registre de cochage pour vérifier sa clarté et complétude.

Illustrations Accumulation de glace sur les parois froides après seulement quelques jours due à une mauvaise étanchéité autour du couvercle.



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

Réf.	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Délai
4.1	Gouvernance et performance organisationnelle des entités				
4.1.1	<ul style="list-style-type: none"> Planifier, convenir et tenir des réunions ordinaires trimestrielles du CCIA/Vaccination. Inclure dans ces réunions des points formalisés de suivi de la validation et de l'exécution des PAA. S'assurer de la bonne coordination des différents organes de coordination technique (GTCV, CCIA Technique). 	Importante	<p>CCIA</p> <p>Les quatre réunions ordinaires sont effectivement programmées dans le PAA 2020.</p> <p>La DI s'engage à tenir une réunion ordinaire du CCIA à la dernière semaine de chaque trimestre.</p> <p>A chaque réunion ordinaire du CCIA, l'ordre du jour prendra en compte le suivi de la mise en œuvre du PAA.</p> <p>Conformément aux textes réglementaires portant création et fonctionnement de deux comités, le CCIA technique est chargé d'examiner de manière détaillée les plans de travail, les budgets des activités de vaccination et les subventions de Gavi et de l'état. Il met en œuvre, suit et évalue les recommandations émanant du CCIA/ Vaccination.</p> <p>Quant au GTCV, c'est un groupe consultatif pour la vaccination. Il conseille le Ministre de la Santé et les principaux responsables en charge des programmes de vaccination, en matière de nouvelles orientations politiques et stratégies vaccinales.</p> <p>En conclusion les missions assignées sont bien distinctes.</p>	Directrice de la DI	31/03/2020
4.1.2	<ul style="list-style-type: none"> Clarifier les rôles et responsabilités des différentes parties prenantes au processus d'élaboration des PAA et veiller au respect du calendrier défini selon les GMR réf. H) et le Manuel de procédures paragraphe 10.2. 	Essentielle	<p>Le Ministère de la santé dispose d'un mécanisme de programmation et de revue unique dans la sous-région basée sur un processus inclusif et participatif de tous les acteurs de la santé (Les Ministères, PTF, Secteur privés, collectivités et société civile).</p> <p>Le processus permet d'assurer une visibilité globale, une complémentarité de toutes les subventions et une synergie des interventions à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.</p> <p>Il faut souligner l'existence des outils de planification pour l'élaboration des plans d'actions annuels à tous les niveaux (canevas de PAA, canevas de la revue, canevas Rapport d'Exécution du Programme).</p> <p>L'élaboration des plans d'actions annuels se fait au niveau central, régional et départemental avec la participation de tous les intervenants.</p> <p>Notons que les PTFs du secteur ont également leur propre cadre de coordination et de concertation qui vise à renforcer le dialogue collectif des partenaires qui concourent à la mise en œuvre de la politique de la santé en partenariat avec le Ministère de la Santé Publique.</p>	DEP	31/03/2020

Réf.	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Délai
			<p>Ce cadre est le lieu de discussion au sein duquel les partenaires peuvent harmoniser leurs positions en vue de formuler des communications officielles au MSP. Ce cadre est dirigé par un Chef de file, porte-parole qui, désigné par ses pairs pour un mandat de deux (2) ans, est appelé à jouer un rôle proactif, à stimuler le renforcement du dialogue et à exprimer l'opinion des partenaires. Une seule revue conjointe du PDS par an est organisée au niveau national, et des revues semestrielles uniquement au niveau des structures décentralisées afin de leur permettre d'évaluer le niveau de mise en œuvre de leur PAA et de prendre des mesures correctrices nécessaires.</p> <p>La programmation dans le temps et l'espace de ces activités de planification annuelle des PAA se fait en recensant les grosses activités de l'année. Cette programmation est assortie d'un chronogramme qui est discuté avec les partenaires puis diffusé auprès de toutes les parties prenantes.</p> <p>Un exercice conjoint est mené pour la définition des priorités annuelles (MSP/PTF) ainsi que l'élaboration d'un cadrage budgétaire prenant en compte la contribution de tous les financements (Etat, Collectivités et PTF).</p> <p>L'élaboration de la planification de l'année N+1 (janvier à décembre) se fait à partir de la première quinzaine du mois de Novembre de chaque année (N). Transmission de la planification de l'année N+1 aux PTFs au plus tard un mois avant la tenue du Comité Technique National de Santé (CTNS), organe technique assurant la validation la programmation des PAA, l'exécution et la gestion du PDS. Le CTNS tient ses sessions au plus tard la première quinzaine du mois de janvier. Les propositions du CTNS sont soumises à l'approbation de l'organe de décision, le Comité National de Santé (CNS). Le CNS a la responsabilité de donner les orientations, apprécier les résultats et décider de l'affectation des ressources humaines, matérielles et financières. Le CNS se réunit en assemblée générale 10 jours après la tenue du CTNS.</p> <p>La clarification des rôles et responsabilités des différentes parties prenantes au processus d'élaboration des PAA ont été largement définies à travers le Guide de Suivi-Evaluation (GSE). Le GSE a défini les mécanismes (organes et structures et leurs rôles), les outils (l'ensemble des indicateurs et leurs caractéristiques) et le processus (les étapes de suivi-évaluation, les modalités de diffusion de leurs résultats et les activités préalables nécessaires) pour suivre et évaluer la mise en œuvre du PDS et aider au meilleur fonctionnement du système de santé.</p> <p>Le respect du calendrier du processus d'élaboration des PAA a fait l'objet des engagements contractuels des différentes parties prenantes consigné dans le compact pays qui est un outil de gestion de partenaires multiples sous forme « d'un engagement éthique et moral, entre le gouvernement du Niger et ses partenaires pour soutenir la mise en œuvre du PDS à l'effet d'accélérer l'atteinte des ODD.</p> <p>Pour la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé basée sur le Plans de Développement Sanitaire (PDS), le MSP élabore périodiquement depuis 1994, des</p>		

Réf.	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Délai
	<ul style="list-style-type: none"> Réaliser une cartographie des principales étapes du processus de l'élaboration des PAA afin d'identifier à quel niveau se situent les goulots d'étranglements et les remédier. 		<p>PDS. Chaque PDS sert de cadre unique de référence pour la planification et la mise en œuvre de la politique sanitaire nationale au cours de la période concernée. Le PDS est soutenu par un Compact dont l'objectif spécifique est de renforcer le partenariat entre le Gouvernement, les PTFs, le secteur privé de la santé et la société civile.</p> <p>Les principaux éléments du Compact sont : le cadre programmatique, le cadre unique de concertation et de coordination, le cadre budgétaire unique, le système unique de suivi-évaluation, la matrice unique de réformes sectorielles et le cadre fiduciaire harmonisé.</p> <p>Chacun de ces cadres a fait l'objet d'analyse de situation actuelle et problèmes principaux ainsi que des suggestions des solutions pour améliorer la situation dans le cadre de l'élaboration du compact 2017-2021 qui doit accompagner la mise en œuvre du PDS en vigueur (PDS 2017-2021).</p> <p>Les engagements des parties prenantes, les actions prioritaires, les indicateurs de suivi, et les structures responsables sont décrits dans le compact 2017-2021.</p>		
4.1.3	<ul style="list-style-type: none"> Clarifier le partage des rôles et responsabilités entre le contrôleur interne, l'auditeur interne, et les comptables régionaux, notamment en ce qui concerne les tâches de vérification, contrôle, validation et enregistrement des pièces comptables des dépenses générées à chaque niveau de la pyramide sanitaire, tout en garantissant une ségrégation adéquate. S'assurer que les tâches et responsabilités des comptables/contrôleurs régionaux supplémentaires soient clairement définies dans le Manuel de procédures et les fiches de poste correspondantes. 	Souhaitable	<p>Il a été procédé à la révision des TDRs pour le recrutement de l'Auditeur Interne. Les TDRs révisés de l'Auditeur Interne seront soumis avec la Lettre de validation des PAA 2020.</p> <p>Il est également prévu de recruter 4 Contrôleurs Internes Régionaux qui seront chargés de la vérification des pièces comptables au niveau des régions en lieu et place des comptables régionaux. Les TDRs relatifs à leur recrutement ont été déjà élaborés et partagés avec les PTF, y compris Gavi.</p> <p>Il sera procédé à la révision du Manuel de procédures pour intégrer les nouvelles fiches de poste correspondantes.</p>	Contrôleur de Gestion Principal Contrôleur Interne	30/09/2020 Avec l'hypothèse de validation tardive du PAA et du PPM 2020
4.1.4	<ul style="list-style-type: none"> Pourvoir les postes clés de l'audit interne de manière permanente. Faire réaliser par l'audit interne une évaluation des risques. Produire un rapport d'audit interne périodique en veillant à ce que son contenu présente tous les éléments qualitatifs et quantitatifs nécessaires à une appréciation adéquate des risques, à savoir : les principaux risques identifiés, l'étendue de l'audit, la couverture des procédures d'audit, la quantification chiffrée des anomalies. 	Importante	Ces différents éléments sont pris en compte dans les TDRs révisés de l'Auditeur Interne.	Coordonnateur du FC-PDS (Assistant) Auditeur Interne	30/09/2020

Réf.	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Délai
4.1.5	<ul style="list-style-type: none"> Prioriser la mise en œuvre de l'ensemble des exigences sous rubrique (t) des GMR en référence au renforcement de capacités de l'IGS du MSP. S'assurer qu'à l'avenir la Programmation des plans d'actions annuels de l'IGS soit en ligne avec le Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2017-2021. 	Importante	Pour l'année 2020, la préoccupation a été prise en compte dans le PAA de l'IGS	Inspecteur Général des Services	31/03/2020
4.2	Gestion comptable, financière et budgétaire				
4.2.1	<ul style="list-style-type: none"> Définir dans le Manuel de procédures les responsabilités et délais relatifs à la transmission et revue des justificatifs des dépenses, ainsi que les modalités d'une détermination de dépenses non justifiées ou mises en question. Mettre à jour périodiquement l'état de suivi des dépenses non justifiées ou mises en question. Rembourser ou rapatrier les montants mis en question par les audits annuels externes, et notamment les montants Gavi identifiés en Annexe 5. Identifier et rapporter le solde à rapatrier par PTF-FC. 	Essentielle	<p>Mise à jour du Manuel en cours.</p> <p>La séparation de la base comptable et l'acquisition d'une nouvelle base suivent leur cours, un comptable central a été mandaté pour la conduite du processus.</p> <p>Cette séparation permettra d'identifier les dépenses non justifiées ou mises en question par partenaire (FC ou Gavi).</p> <p>Les recommandations seront prises en compte dans le cadre de la révision du Manuel de procédures qui est en cours. A cet effet, les dépenses jugées inéligibles seront comptabilisées dans un compte "47XXX Débiteurs divers" auxiliairisé par structure en contrepartie d'un compte de charges immobilisées. Ce compte sera apuré au fur et à mesure des remboursements effectués.</p> <p>Ainsi, à l'avenir, il sera identifié et rapporté le solde des remboursements effectués pour les subventions de Gavi et sur le financement du FC fongible tous partenaires confondus.</p>	(Assistant) Auditeur Interne Comptable Central désigné	30/06/2020
4.2.2	<ul style="list-style-type: none"> Conformément à la référence e) des GMR Création, dans ou hors système comptable, d'une balance âgée permettant de suivre chaque avance jusqu'à réception des justificatifs et remboursement du solde non dépensé. Mettre en place un contrôle et un suivi trimestriel de toutes les avances qu'elles soient effectuées au niveau central, régional, district ou aux fournisseurs. Veiller à la mise en application de l'instruction officielle du Coordonnateur du FC-PDS visant le déblocage des fonds par la justification des fonds précédents. 	Essentielle	<p>Des dispositions seront prises pour l'application de ladite recommandation.</p> <p>Il sera mis en place un contrôle et un suivi trimestriel de toutes les avances du niveau central, régional, district et aux fournisseurs/prestataires.</p> <p>Il sera procédé à la mise en application effective de l'instruction du Coordonnateur.</p>	Coordonnateur du FC-PDS (Comptables Centraux et Régionaux) Contrôleur de Gestion Principal	30/06/2020
4.2.3	<ul style="list-style-type: none"> Prioriser la mise en œuvre des recommandations en fonction du degré de risque associé. 	Importante	Le nouvel Auditeur Interne en cours de recrutement aura à élaborer le plan d'audit, la charte et à cartographier des risques.	Nouvel Auditeur Interne	30/06/2020 pour les audits antérieurs

Réf.	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Délai
	<ul style="list-style-type: none"> Maintenir le suivi périodique de la mise en œuvre des recommandations d'audit par l'audit interne et le rapportage au Coordonnateur du FC-PDS. 				
4.2.4	<ul style="list-style-type: none"> A l'avenir, documenter tout type de calcul, réconciliation et travaux de détermination entreprises hors du système comptable ou ne bénéficiant pas d'une trace d'audit automatique. 	Souhaitable	Des notes de services seront prises pour définir les modalités de documentation des travaux hors système comptable.	Comptables Centraux	Aucun
4.2.5	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en application le Manuel de procédures en : <ul style="list-style-type: none"> Etablissant des rapprochements bancaires mensuels. Entreprenant mensuellement un inventaire physique de la caisse et son rapprochement avec le solde comptable. Fixer un délai pour l'accomplissement de ces procédures comptables essentielles, soit au plus 5 jours ouvrés après la fin d'un mois, soit avant l'émission d'une situation des liquidités, selon ce qui arrive en premier. 	Essentielle	Les Comptables Régionaux seront instruits pour veiller à l'application des procédures décrites.	Comptables Centraux	31/03/2020
4.2.6	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en application la référence j) des GMR par : <ul style="list-style-type: none"> L'intégration des éléments de mitigation de risque y étant mentionnés ; La mise en place d'un cadre définissant les modes de règlement applicables aux versements et règlements importants en termes monétaires, en volume et en fréquence. <p>Ces recommandations ne sont pas limitatives, et constituent des axes de réflexion parmi d'autres sur lesquels le FC-PDS peut s'appuyer pour mitiger les risques liés à la manipulation, le transfert et la conservation d'espèces.</p>	Essentielle	Dans le contexte des campagnes de vaccination dont le délai est très bref, la manipulation d'importantes sommes en espèces (ex. perdiems et carburant) est obligatoire vu le faible taux de bancarisation.	Coordonnateur du FC appuyé par la Conseillère en Gestion	31/03/2020
4.2.7	<ul style="list-style-type: none"> Au moment de signer toute liste de présence et état d'émargement, s'assurer de la conformité de la signature du bénéficiaire d'un per diem avec celle figurant sur sa pièce d'identité ou autre document d'authentification officielle dont il conviendra de conserver une copie. Ajouter aux modèles de liste de présence et d'état d'émargement une attestation des vérifications de 	Importante	Le Manuel de procédures du FC sera révisé afin de renforcer le dispositif de contrôle pour minimiser le risque fiduciaire lié aux paiements en espèces. A la suite des discussions sur ces points, il est convenu de privilégier le recrutement des agences de paiement à l'instar des Projets Filets Sociaux (qui les utilisent sur base de contrats dans le cadre du transfert de bourses aux filles issues des familles vulnérables sur les fonds de 2 projets spécifiques du FC à savoir le PAPS (financé par la BM) et GPDN (AFD). Dès leur réception, un modèle de contrat et de TDR sera transmis au Secrétariat de Gavi pour Avis de Non-Objection.	Coordonnateur FC appuyé par le Contrôle Interne	30/06/2020

Réf.	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Délai
	<p>conformité et intégrité faites, signée par le Responsable de la structure hôte.</p> <ul style="list-style-type: none"> Adapter le Manuel de procédures lors de la mise en application de cette recommandation. 		<p>En lieu et place d'agents de terrain qu'il faudrait recruter, nos propositions tendent vers l'IMF, l'agent de santé (pour minimiser les coûts de transactions), le représentant du COGES et celui de l'autorité administrative dans le cadre des paiements pendant les campagnes.</p>		
4.2.8	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en œuvre les mesures définies à la section 4.2.2 du Manuel de procédures. Identifier un site d'entreposage à l'écart des bureaux pour les données informatiques et physiques, sensibles et/ou importantes au fonctionnement du DRSP. S'assurer que le Manuel de procédures est explicite quant aux moyens et procédés propres aux niveaux décentralisés. 	Souhaitable	<p>Un serveur pour la sauvegarde des données est en cours d'acquisition. Après la mise en place dudit dispositif (Serveur, disques durs externes), une correspondance de rappel sera adressée aux différents acteurs.</p>	Comptables Centraux, Régionaux, DRSP, DAID/RP du MSP	30/06/2020
4.3	Gestion des immobilisations				
4.3.1	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en œuvre le GMR réf. I) visant à faire respecter la section 6. du Manuel de procédures pour assurer la traçabilité et la gestion des immobilisations acquises sur les ressources du FC-PDS. Dans le Manuel de procédures, la section 6.1 <i>Gestion des immobilisations de bureau</i> s'appliquerait à d'avantage de catégories d'immobilisations au regard de la liste d'immobilisations dans la section 6.1.2 <i>Règles de gestion</i>. Si tel est le cas : <ul style="list-style-type: none"> Modifier le titre de la section 6.1 afin de ne plus le limiter au matériel de bureau ; et Modifier le titre de la section 6.2 pour qu'il reflète les <i>Dispositions complémentaires propres à la gestion du matériel roulant</i>. Préciser les véhicules concernés par les dispositions de la section 6.2 du Manuel de procédures. 	Essentielle	<p>Le Manuel de procédure sera révisé pour prendre en compte uniquement les immobilisations de la coordination du FC y compris la DI. En ce qui concerne les autres, par lettre N°1457/FC-PDS du 26 septembre 2018 et l'Avis de Non-Objection (ANO) des PTFs RS/FL/FG/MD/MC/DK/2018 N°130/D du 11 Octobre 2018 qui stipule que : « Seules les immobilisations de la Coordination feront l'objet d'un suivi comptable et d'un inventaire ».</p> <p>L'Avis de Non-Objection ci-dessus engage l'ensemble des PTFs dont Gavi fait partie.</p>	Auditeur Interne	30/06/2020
4.3.2	<ul style="list-style-type: none"> Prioriser la mise en œuvre des exigences sous rubriques (I) et (r) des GMR. Déployer un dispositif de suivi de la disponibilité des pièces de rechange pour les équipements de chaîne du froid dans l'ensemble des sites concernés. 	Essentielle	<p>Toutes les structures sont dotées d'un plan de maintenance des équipements de la chaîne du froid intégrant toutes les composantes, y compris la gestion des stocks des pièces de rechange et consommables. Des outils de gestion sont mis en place et les pièces de rechange seront désormais distribuées au prorata des ECF distribués.</p>	Directrice de la DI Contrôleur de Gestion Principal	31/03/2020

Réf.	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Délai
	<ul style="list-style-type: none"> S'assurer de la suffisance des ressources humaines dédiées aux services de maintenance pour l'ensemble des sites décentralisés. S'assurer que les plans de contingence sont à jour pour l'ensemble des sites. 		<p>Les nouveaux districts ne disposent pas de RH dédiées à la maintenance ainsi que certains districts dont les agents de maintenance sont en stage.</p> <p>En prélude à la tenue de l'évaluation externe de la gestion efficace des vaccins, la direction des immunisations a réalisé au mois de décembre 2019, une mission de supervision des activités du PEV de routine à l'issue de laquelle un accent a été mis entre autres sur la mise à jour et l'affichage du plan de contingence.</p>		
4.4	Achats et passation de marché				
4.4.1	<ul style="list-style-type: none"> Matérialiser systématiquement les contrôles et vérifications entrepris respectivement par le Contrôleur de Gestion Principal et le DRFM. Préciser dans la section 11.3.1.2 <i>Contrôle et vérification</i> du Manuel de procédures la nature des contrôles et vérifications à entreprendre ainsi qu'un mode de matérialisation. Préciser dans la section 11.3.1.3 <i>Etablissement de l'ordre de paiement</i> du Manuel de procédures un contrôle a posteriori visant à vérifier la matérialisation de la facture par le Contrôleur de Gestion Principal et le DRFM. 	Importante	Le Manuel de procédures sera révisé pour préciser la nature des contrôles et vérifications à entreprendre ainsi qu'un mode de matérialisation.	Contrôleur de Gestion Principal DRFM	30/06/2020
4.4.2	<ul style="list-style-type: none"> Notifier les prestataires nigériens en situation d'irrégularité avec le CGI. Notifier l'autorité compétente (ex. Direction des Impôts) de toute situation d'irrégularité qui perdure. Préciser dans la section 11.3.1.2 <i>Contrôle et vérification</i> du Manuel de procédures qu'une vérification de la conformité avec le CGI en vigueur, et toute autre législation applicable au Niger, de toute facture reçue d'une entreprises nigérienne assujettie à la TVA doit être effectuée. 	Importante	<p>Il sera précisé dans le Manuel de procédures que toute facture ne comportant pas les informations obligatoires édictées par l'administration fiscale sera purement et simplement rejetée.</p> <p>Le FC dispose d'un NIF N°3375.</p>	Contrôleur de Gestion Principal DRFM	30/06/2020
4.4.3	<ul style="list-style-type: none"> Saisir le numéro du marché dans toute écriture comptable faite durant le cycle de vie de l'engagement financier. Pour pallier une panne ou un changement de système comptable, étudier la faisabilité d'une conservation d'une copie des factures fournisseurs et des justificatifs de paiement dans le dossier de passations de marché correspondant, avec l'avantage que cela atteste également de l'adéquation des prestations avec les marchés passés. 	Souhaitable	Le Manuel de procédures révisé précisera que le numéro interne du FC sera maintenu dans toutes les écritures comptables des marchés.	Expert en Passation de Marchés Documentaliste – Archiviste	30/06/2020

Réf.	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Délai
4.5	Gestion des vaccins				
4.5.1	<ul style="list-style-type: none"> Instaurer des contrôles des données saisies dans les fichiers SMT à travers des réconciliations entre les registres de stock et les bons de commande et de livraison. Développer une liste de contrôle permettant de standardiser les supervisions et les vérifications des registres de stock utilisés à chaque niveau de la chaîne d'approvisionnement de vaccins. S'assurer que les écarts de stock identifiés lors des inventaires physiques sont investigués et renseignés de manière appropriée dans le registre de stock. <p>Depuis la mission de réalisation des travaux d'audit, la DI a entamé un travail visant à identifier et corriger des erreurs et incohérences de saisie des données au niveau du dépôt national et a partagé avec Gavi des registres de stock de vaccins (fichiers SMT) révisés pour 2016, 2017 et 2018. Cela n'impacte en rien les constatations faites au moment de ladite mission et les risques/ impacts/implications et recommandations demeurent intacts. Toutefois, Gavi salue l'urgence avec laquelle la DI tient à disposer de registres de stock complets et fiables et l'encourage à parachever ce travail correctif.</p>	Essentielle	<p>Tenue régulière des réunions mensuelles de l'équipe logistique pour l'analyse des SMT (national et régional) avec réconciliations entre les registres de stock et les bons de livraison.</p> <p>Une <i>Grille de supervision logistique</i> a été développée et partagée en janvier 2020 à travers le nouveau <i>Manuel des procédures et des supports du PEV</i> avec toutes les régions sur la tenue des registres de stocks.</p> <p>Un suivi de l'utilisation des SOP sera fait semestriellement lors des supervisions logistiques et lors des occasions (campagnes de vaccination, supervision vaccination de routine et ravitaillement des régions).</p> <p>Le comité logistique va faire l'analyse des inventaires et l'investigation des écarts constatés.</p> <p>Le comité logistique poursuivra le travail correctif des registres de stock et SMT.</p>	Directrice Division Approvisionnement Logistique Directrice de la DI	31/03/2020
4.5.2	<ul style="list-style-type: none"> Etablir un suivi du plan d'amélioration qui reprend les recommandations faites suite à la DQS 2018. S'assurer de la mise en œuvre d'une vérification et validation appropriée par chaque DS des données de vaccination issues de leurs CSI. Entreprendre des supervisions routinières par la DI en priorisant les sites rencontrant le plus de difficultés à fournir des données fiables et/ou à atteindre leurs objectifs de couverture vaccinale. Poursuivre le programme d'opérationnalisation de l'outil DHIS2 à travers tous les sites concernés. 	Essentielle	<p>Le processus d'élaboration et de validation (fin Mars 2020) du plan d'amélioration de la qualité de données en cours a pris en compte les actions de suivi de la qualité de données. En plus, en 2020 un projet pilote pour le basculement vers le DHIS2 sera conduit dans deux régions.</p> <p>Il est prévu dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'action de 2020 de la DS, des réunions de saisie et validation des données des CSI dans chaque district.</p> <p>Les sites à superviser seront identifiés sur la base d'une analyse de données et de leurs spécificités.</p> <p>En 2020 un projet pilote pour le basculement vers le DHIS2 sera conduit dans deux régions. Après l'évaluation du projet pilote suivra une mise à échelle.</p>	Directrice de la DI	31/03/2020
4.5.3	<ul style="list-style-type: none"> Assurer les supervisions par la DI à fréquence semestrielle tel que prévu par les rubriques m) et n) des GMR. Mettre en place un mécanisme de remontée des données de supervision réalisées au niveau décentralisé, dont la DI devra assurer l'exploitation. 	Essentielle	<p>Deux supervisions de la DI sont planifiées dans le PAA 2020 et seront mises en œuvre.</p> <p>Cette activité va être prise en compte dans le cadre du plan d'amélioration de la qualité de données 2020 - 2022.</p>	Directrice de la DI	31/03/2020

Réf.	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Délai
	<ul style="list-style-type: none">Assurer une mise à jour et un rapportage régulier des divers plans d'amélioration qui sont en cours par le développement d'outils adéquats (de type tableau de bord).		Un dispositif de suivi de la mise en œuvre du PAQD, un guide de suivi de la mise en œuvre, est prévu et un tableau de bord de suivi des indicateurs de la chaîne de froid et de la couverture vaccinale est disponible selon les niveaux. Un accent particulier sera mis à tous les niveaux pour leur suivi.		