

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

Le rapport d'audit ci-joint présente les conclusions de l'audit portant sur les soutiens financiers de Gavi et leur mise en œuvre, par le Ministère de la Santé Publique et de la Solidarité Nationale (MSPSN) de la République du Tchad, ainsi que les programmes d'immunisation soutenus par Gavi.

Les travaux d'audit, ont été menés par une équipe d'audit des programmes de Gavi en mars et en août 2021, renforcée par le soutien de la Chambre des Comptes de la Cour Suprême entre août 2021 et avril 2022. Ils ont couvert les activités du Programme Elargi de Vaccination (PEV) et du Renforcement du Système de Santé (RSS) au cours de la période allant du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 31 décembre 2020. Au cours de cette période, Gavi a soutenu financièrement les coûts opérationnels des campagnes anti-rougeole et contre la méningite, l'introduction du nouveau vaccin contre la méningite, le programme RSS, ainsi que la plate-forme d'optimisation d'équipements de la chaîne du froid.

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

1. De manière générale, la gestion des soutiens Gavi a été jugée insatisfaisante (page 4), ce qui signifie que « les contrôles internes et les procédures de gestion des risques ne sont pas établis ou ne fonctionnent pas. La majorité des problèmes identifiés présente un risque élevé et pourrait compromettre de manière significative l'atteinte des objectifs du programme ».
2. Vingt-quatre déficiences ont été relevées dans les domaines suivants : (i) Gouvernance et organisation ; (ii) Gestion comptable ; (iii) Gestion budgétaire ; (iv) Gestion financière et trésorerie ; (v) Gestion des immobilisations et moyens roulants ; (vi) Achats et passations de marchés ; (vii) Gestion des vaccins ; et (viii) Suivi et évaluation.
3. Les principaux constats ont comporté notamment les éléments suivants :
  - a. Les organes clés de la gouvernance du programme sont insuffisamment définis et ne jouent pas pleinement leur rôle dans le pilotage et la coordination des activités de mise en œuvre ;
  - b. Les organes de surveillance, à savoir l'Inspection Générale de la Santé, l'Inspection Générale des Finances et l'Audit Interne de l'Unité de Gestion des Projets, ne remplissent pas pleinement leurs attributions vis-à-vis du programme et n'offrent qu'un faible niveau d'assurance ;
  - c. Le cadre de contrôle interne relatif à la gestion des subventions et à la mise en œuvre du programme est insuffisamment défini en l'absence de manuels des procédures de gestion et de directives opérationnelles diffusés aux différents niveaux concernés et mis en application ;
  - d. L'absence de passations de service entre les agents successifs à la direction du programme, ainsi que l'archivage défaillant, ont entraîné une perte de connaissance institutionnelle et de documents-clés relatifs à sa mise en œuvre. Notamment, la comptabilité des activités programmatiques des exercices 2017 et 2018 est absente et le suivi de la trésorerie est défaillant. De ce fait, la revue des dépenses de fonds Gavi au cours de ces deux années n'a pas pu être conclue à l'issue de l'audit. Une revue complémentaire est prévue en 2023 et nécessite une reconstitution préalable de la comptabilité du programme ;
  - e. L'accès au logiciel comptable de l'Unité de Gestion des Projets est insuffisamment sécurisé et inadapté à la séparation des tâches ;

- f. L'exécution des budgets du programme n'a pas fait l'objet d'un suivi suffisant ;
- g. Le suivi des immobilisations du programme, des moyens roulants et de l'utilisation du carburant est insuffisant ; et
- h. Les données de la vaccination ne font pas l'objet de validations et de contrôles suffisants.

Les constats de l'audit des programmes et de l'investigation ont été partagés avec le Ministre de la Santé Publique et de la Solidarité Nationale, qui a accepté d'engager les actions nécessaires pour remédier aux défaillances et problèmes identifiés. Le Secrétariat de Gavi poursuit son action auprès du MSP pour s'assurer de la mise en œuvre de ces engagements et planifier la revue complémentaire des dépenses programmatiques.

Genève, juillet 2023

# RAPPORT D'AUDIT DES PROGRAMMES

République du Tchad

Septembre 2022

## Sommaire

<b>1. Résumé exécutif</b>	<b>3</b>	4.4. Gestion financière et trésorerie	23
1.1. Constatations d'audit par section	3	4.5. Gestion des immobilisations	26
1.2. Opinion d'audit globale	4	4.6. Achats et passations de marché	28
1.3. Résumé détaillé	5	4.7. Gestion des vaccins	29
<b>2. Champ et objectifs de l'audit</b>	<b>6</b>	4.8. Suivi et évaluation	33
2.1. Champ de l'audit	6	<b>Annexes</b>	<b>35</b>
2.2. Objectifs de l'audit	6	Annexe 1 – Acronymes	35
2.3. Déroulement de la mission d'audit	7	Annexe 2 – Méthodologie	36
2.4. Taux de change appliqué	7	Annexe 3 – Définitions : opinion, notes d'audit et priorités	37
<b>3. Contexte</b>	<b>8</b>	Annexe 4 – Ecart entre les POA/PTA et les budgets Gavi	38
3.1. Introduction	8	Annexe 5 – Illustration d'archivage des pièces justificatives des dépenses (SDV)	39
3.2. Structures de l'Etat impliquées dans la mise en œuvre des subventions Gavi	8	Annexe 6 – Revue des dépenses de l'UGP	40
<b>4. Résultats détaillés</b>	<b>10</b>	Annexe 7 – Véhicules manquants lors de l'inventaire 2021	43
4.1. Gouvernance et organisation	10	Annexe 8 – Détails de la revue des passations de marchés	44
4.2. Gestion comptable	18	Annexe 9 – Résultats des tests de rapprochement effectués sur les fichiers SMT	45
4.3. Gestion budgétaire	21	Annexe 10 – Plan d'actions correctives	47

# 1. Résumé exécutif

## 1.1. Constatations d'audit par section

Section*	Constat	Risque*	Page
<b>4.1</b>	<b>Gouvernance et organisation</b>	■	<b>10</b>
4.1.1	Fonctionnement des organes de gouvernance insuffisant (CCIA / CTA-PEV)	■	10
4.1.2	Rôle et positionnement de l'UGP insuffisamment incarnés (MSPSN)	■	12
4.1.3	Fréquences et délais des audits externes non respectés (UGP)	■	13
4.1.4	Fonction de surveillance inopérante (IGS / IGF / MSPSN)	■	14
4.1.5	Faible fonctionnalité des fonctions d'audit interne et manque de suivi des recommandations émises (UGP)	■	15
4.1.6	Cadre de contrôle interne insuffisant (SDV)	■	16
4.1.7	Passations de service ineffectives et archivage défaillant (MSPSN)	■	17
<b>4.2</b>	<b>Gestion comptable</b>	■	<b>18</b>
4.2.1	Absence de tenue comptable des opérations financées par Gavi (SDV / MSPSN)	■	18
4.2.2	Retards d'enregistrement comptable et d'émission des rapports périodiques (UGP)	■	19
4.2.3	Vulnérabilité d'accès au logiciel comptable (UGP)	■	20
<b>4.3</b>	<b>Gestion budgétaire</b>	■	<b>21</b>
4.3.1	Défaillances et lacunes sévères dans les procédures d'établissement et de suivi de l'exécution des budgets (SDV)	■	21
4.3.2	Défaillances et lacunes dans les procédures d'établissement et de suivi de l'exécution des budgets (UGP)	■	22

Section*	Constat	Risque*	Page
<b>4.4</b>	<b>Gestion financière et trésorerie</b>	■	<b>23</b>
4.4.1	Suivi de trésorerie et d'engagement des dépenses dysfonctionnel (SDV)	■	23
4.4.2	Inefficacités du processus de traitement de requêtes de financement (UGP)	■	24
4.4.3	Résultats de la revue des dépenses effectuée par la Chambre des Comptes (UGP)	■	25
<b>4.5</b>	<b>Gestion des immobilisations et moyens roulants</b>	■	<b>26</b>
4.5.1	Comptabilisation et suivi des immobilisations insuffisants (SDV & UGP)	■	26
4.5.2	Suivi insuffisant des moyens roulants et de l'utilisation de carburant (SDV & UGP)	■	27
<b>4.6</b>	<b>Achats et passations de marché</b>	■	<b>28</b>
4.6.1	Passations de marchés non conformes aux dispositions réglementaires (UGP)	■	28
<b>4.7</b>	<b>Gestion des vaccins</b>	■	<b>29</b>
4.7.1	Gestion insuffisante de la chaîne du froid (SDV)	■	29
4.7.2	Inventaire national des équipements de la chaîne du froid obsolète et présentant des insuffisances (SDV)	■	30
4.7.3	Insuffisances en matière de capacité et de sécurité physique du dépôt central (SDV)	■	31
4.7.4	Insuffisances et incohérences dans la gestion administrative des stocks au niveau central (SDV)	■	32
<b>4.8</b>	<b>Suivi et évaluation</b>	■	<b>33</b>
4.8.1	Faiblesse du processus de contrôle et de validation des données rapportées (SDV & DSIS)	■	33
4.8.2	Supervisions insuffisantes (SDV)	■	34

\* 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.

## 1.2. Opinion d'audit globale

L'équipe d'audit a évalué que la gestion des soutiens Gavi par le **Ministère de la Santé Publique et de la Solidarité Nationale de la République du Tchad** pendant la période auditée était globalement **insatisfaisante**, ce qui signifie que les contrôles internes et les procédures de gestion des risques ne sont pas établis ou ne fonctionnent pas. La majorité des problèmes identifiés présente un risque élevé et pourrait compromettre de manière significative l'atteinte des objectifs de l'entité.

Afin de réduire les risques associés aux constats énumérés ci-dessus, l'équipe d'audit a proposé 24 recommandations, dont 12 (50%) sont qualifiées d'essentielles, nécessitant la mise en œuvre du plan d'actions correctives (annexe 10).

### 1.3. Résumé détaillé

#### **Gouvernance et organisation**

Au cours de la période audité, le Comité de Coordination Inter-Agences (CCIA) n'a pas pleinement exercé son leadership en matière de coordination, la fréquence prévue de ses réunions n'ayant pas été observée. De plus, un manque de focalisation a été constaté sur le suivi de la mise en œuvre des subventions et l'identification des besoins en assistance technique. Le Comité d'Appui Technique au PEV (CTA-PEV) n'a, pour sa part, pas tenu la fréquence prévue de ses réunions et a principalement été actif pendant les campagnes de vaccination. La restructuration de ces deux comités était toujours en cours en date de cet audit.

L'Unité de Gestion de Projets (UGP) du Ministère de la Santé Publique et de la Solidarité Nationale (MSPSN), fonctionnelle depuis 2019, n'a pas été intégrée formellement dans les organigrammes et n'a pas été suffisamment impliquée dans la coordination et le suivi programmatique des activités. L'UGP présente également des faiblesses au niveau de ses mécanismes de vérification et de surveillance, matérialisées par des retards dans les audits externes et un manque de fonctionnalité de son audit interne.

Le cadre de contrôle interne relatif à la gestion des subventions en espèces a été globalement renforcé depuis la mise en place de l'UGP et la refonte du mécanisme de financement des activités, mais demeure insuffisant au niveau des structures mettant en œuvre les subventions. Ainsi, la Sous-Direction de la Vaccination (SDV) ne dispose toujours pas de manuel de procédures de gestion à jour, et les entités au niveau décentralisé manquent de directives opérationnelles concernant la comptabilité et les rapports financiers. La SDV a, par ailleurs, connu plusieurs changements de personnels sans que des passations de service n'aient formellement lieu.

Enfin, la fonction de surveillance prévue au niveau de l'Inspection Générale de la Santé et de l'Inspection Générale des Finances n'a pas été effective au cours de la période audité.

#### **Gestion comptable**

**Exercices 2017 et 2018** (financement intérimaire, fonds administrés par UNICEF) : la SDV n'a pas été en mesure de présenter une comptabilité des dépenses réalisées sur financement de Gavi. Les pièces justificatives des dépenses n'ont pas été enregistrées ni archivées de manière adéquate. La Chambre des Comptes de la Cour Suprême, en appui à l'équipe d'audit Gavi, a relevé ces défaillances aux accords et règlements en vigueur et, en conséquence, n'a pas pu conclure quant à l'utilisation des fonds reçus par la SDV au cours de cette période. Le MSPSN devra procéder à une reconstitution de la comptabilité et à une indexation des pièces justificatives, afin que la revue des dépenses puisse être réalisée par l'audit des programmes Gavi dans une étape ultérieure.

**Depuis 2019**, l'UGP, sous la tutelle du MSPSN, assure la gestion comptable des financements Gavi et en a amélioré la redevabilité. Notons que les travaux de la Chambre des Comptes de la Cour Suprême n'ont pas mis en question les dépenses sur fonds administrés par l'UGP. Cependant, des retards ont été constatés dans la tenue de la comptabilité et plusieurs faiblesses de contrôle interne et de séparation des tâches ont été relevées.

#### **Gestion budgétaire et financière**

La budgétisation des plans d'actions opérationnels de la SDV a présenté des écarts inexplicables avec les budgets validés par Gavi. Par ailleurs, l'absence de comptabilité ne lui a pas permis de procéder au suivi budgétaire des activités dont elle avait la charge au cours de la période audité.

L'UGP, qui assure depuis 2019 le suivi budgétaire des soutiens de Gavi, ne dispose pas d'une vision d'ensemble regroupant toutes les activités financées par les bailleurs. L'absence d'utilisation du logiciel comptable pour le suivi budgétaire induit des écarts avec la comptabilité et des retards dans la production des états de suivi budgétaire, qui ne sont pas produits trimestriellement.

Les travaux de revue des dépenses gérées par l'UGP, effectués par les auditeurs de la Chambre des Comptes de la Cour Suprême de la République du Tchad, ont mis en évidence des écarts par rapport aux dispositions du Manuel de procédures.

#### **Gestion des immobilisations**

De manière générale, les dispositions relatives à la gestion des immobilisations n'ont pas été respectées au cours de la période audité, tant par l'absence de tenue de registre informatisé que par le manque de prises d'inventaires exhaustives, comprenant la vérification des affectations et l'état des actifs. Le matériel roulant est particulièrement affecté par ce manquement aux directives, des véhicules livrés en 2018 n'ayant pas pu être localisés au moment de l'audit.

#### **Achats et passations de marchés**

L'essentiel des passations de marchés est effectué par UNICEF à travers sa centrale d'achats. Cependant, des faiblesses ont été identifiées dans le processus de passations de marchés de l'UGP pour l'année 2020, qui se sont traduites notamment par plusieurs achats non conformes aux procédures et au code des marchés public.

#### **Gestion des vaccins**

L'audit a constaté une gestion de la chaîne du froid insuffisante au niveau centralisé, requérant notamment un renforcement de capacités, un inventaire national des équipements et une revue des pratiques de tenue des registres de stocks. La sécurité physique du dépôt central doit également faire l'objet d'attention pour éviter des pertes de vaccins.

#### **Suivi et évaluation**

Des améliorations ont été notées en termes d'actualisation des outils de collecte des données, mais leur contrôle et validation demeurent insuffisants aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Par ailleurs, les supervisions réalisées par la SDV doivent être plus régulières et mettre l'accent sur le renforcement des capacités, notamment en matière d'utilisation des supports de Statistiques et d'Information Sanitaire et de validation des données.

## 2. Champ et objectifs de l'audit

### 2.1. Champ de l'audit

Depuis 2003, Gavi est entré en partenariat avec le Gouvernement de la République du Tchad, représenté par le Ministère de la Santé Publique et de la Solidarité Nationale et le Ministère des Finances à travers l'Accord-Cadre de Partenariat signé en juillet 2013.

A la date du 31 décembre 2020, Gavi a financé 94'993'551 dollars US (USD) en vaccins, activités de renforcement de la chaîne du froid et soutien espèces. Entre le 1<sup>er</sup> janvier 2017 et le 31 décembre 2020 (« période auditée »), des fonds d'un montant total de 36'043'237 USD ont été apportés aux programmes soutenus par Gavi en République du Tchad, sous forme de versements en espèces, de soutien à l'acquisition de vaccins et de soutien pour le renforcement de la chaîne du froid. Ces soutiens sont résumés dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1 - Soutiens de Gavi (décaissements en USD)

	2017	2018	2019	2020
<b>Soutiens en espèces (USD)</b>				
Renforcement du Système de Santé (fonds intérimaires et RSS)	749'199	-	-	8'993'230
Introduction de Nouveaux Vaccins	487'963	-	-	-18'935
Coûts opérationnels campagne Rougeole 2016 <sup>1</sup>	1'775'500	-	-	-106'606
Coûts opérationnels campagne MenA 2017	2'278'797	-	-	-
Coûts opérationnels campagne Suivi Rougeole 2020	-	-	-	2'133'639
<b>Total espèces</b>	<b>5'291'459</b>	-	-	<b>11'001'328</b>
<b>Soutien pour le renforcement de la chaîne du froid (USD)</b>				
CCEOP	-	-	-	4'480'471
<b>Total CCEOP</b>	-	-	-	<b>4'480'471</b>
<b>Soutiens en vaccins (USD)</b>				
<b>Total vaccins</b>	<b>2'025'158</b>	<b>3'106'462</b>	<b>2'612'489</b>	<b>7'525'870</b>
<b>TOTAL SOUTIENS GAVI (USD)</b>				
	<b>7'316'617</b>	<b>3'106'462</b>	<b>2'612'489</b>	<b>23'007'669</b>

L'ensemble des soutiens récapitulés dans le tableau 1 ci-dessus constitue le périmètre de l'audit, auquel il faut ajouter les reliquats des précédentes subventions reçues par la SDV transférées à l'UGP en juillet 2019, pour un montant total de 469'924 USD.

Il faut cependant noter que les soutiens pour le renforcement de la chaîne du froid (CCEOP)

ont été décaissés en 2020 et que les premières livraisons d'équipements n'ont été reçues qu'en juillet 2021, soit hors de la période auditée. Ces soutiens n'ont donc pas été intégrés dans le périmètre de l'audit.

### 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 partenaire de l'Alliance Gavi et recevant des fonds et/ou autres ressources de 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 et les exigences de Gavi en matière de gestion des subventions.

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, évaluer la fiabilité des mécanismes en place pour la collecte, l'analyse et le rapportage des données programmatiques, et apprécier la qualité de la gestion administrative et physique des vaccins reçus par le pays. La revue d'un échantillon de dépenses exécutées par la SDV et l'UGP durant la période auditée sur différentes subventions reprises au tableau 2 ci-dessus a été confiée à la Chambre des Comptes de la Cour Suprême de la République du Tchad.

<sup>1</sup> Décaissement effectué en 2016, mise en œuvre de la campagne en 2017  
République du Tchad, septembre 2022



### 2.3. Déroulement de la mission d'audit

La présente mission d'audit des programmes Gavi en République du Tchad s'est déroulée en trois étapes :

- Mission de planification du 1er au 5 mars 2021 ;
- Mission d'exécution des procédures relatives au contrôle interne des entités ayant géré des fonds Gavi du 2 au 13 août 2021 ;
- Revue des dépenses, effectuée par la Chambre des Comptes de la Cour Suprême de la République du Tchad, débutée le 15 août 2021 et dont le rapport définitif a été remis le 7 avril 2022.

Le département Audit & Investigations de Gavi a eu l'honneur de solliciter l'appui de la Chambre des Comptes de la Cour Suprême de la République du Tchad dans le cadre la réalisation du présent audit. Cet appui a consisté essentiellement à revoir les dépenses effectuées par les bénéficiaires principaux de fonds Gavi (UGP et SDV) au cours de la période audité. Les résultats de cette revue concernant des dépenses sont intégrés au présent rapport. Un rapport spécifique de la Chambre des Comptes de la Cour Suprême détaillant ses travaux a été communiqué aux parties concernées.

### 2.4. Taux de change appliqué

Au cours de la mise en œuvre des subventions, les dépenses exécutées par les structures étatiques ont été effectués en FCFA. Pour les besoins de ce rapport et à titre indicatif, le taux de change utilisé pour les montants correspondants en USD est de 1 USD pour 560 FCFA, correspondant au taux de change appliqué par l'UGP en 2020.

## 3. Contexte

### 3.1. Introduction

Le Tchad est le 5<sup>ème</sup> pays le plus vaste de l'Afrique centrale (1'284'000 km<sup>2</sup>, dont 40% en zone désertique), pour une population estimée à 16'818'391 habitants en 2021<sup>2</sup>, un taux de fécondité de 5.95 enfants par femme en 2016<sup>3</sup> et un taux de mortalité infantile à moins de 5 ans de 123 enfants pour 1'000 naissances vivantes en 2017<sup>4</sup>. Pour l'année 2020, la population de moins de 15 ans représentait plus de 50% de la population totale<sup>5</sup>. Près de 80% de cette population vit en milieu rural, les 20% restants étant situés dans la capitale N'Djaména et dans quelques grandes villes (Abéché, Moundou, Sarh, Bongor, Doba). Il convient de noter également la présence d'une forte population de réfugiés et de population déplacée interne (respectivement 442'672 réfugiés et 169'003 PDI en 2019<sup>6</sup>), localisées pour l'essentiel dans les provinces de l'Est, du Sud et de l'Ouest du pays, et d'une population nomade estimée à 591'588 personnes en 2019.

Ce pays connaît depuis 2015 des difficultés économiques sévères liées à la chute des coûts du pétrole, conjuguée à d'importants problèmes de sécurité liés à la présence de groupes armés hostiles dans la sous-région ayant conduit à une forte mobilisation des ressources nationales dans les dépenses de sécurité. Cette situation a été aggravée par la faible pluviométrie des dernières années, qui a impacté négativement les revenus issus de l'agriculture et de l'élevage. Ces difficultés et leurs répercussions sur le budget de l'Etat ont entraîné des retards dans le paiement des soldes des fonctionnaires et conduit le Gouvernement à procéder à d'importants abattements sur les salaires via la suppression des primes et la réduction des indemnités des fonctionnaires (jusqu'à 30%). Ces mesures ont entraîné depuis 2015 d'importants et continus mouvements de grèves dans l'administration publique, dont les hôpitaux et structures en charge des services de santé. Depuis fin mars 2020 et l'enregistrement des premiers cas de Covid-19 sur le territoire national, un état d'urgence sanitaire a été décrété entraînant des restrictions de déplacement à l'intérieur du pays et d'importantes baisses de revenus liées à la fermeture d'un nombre important de commerces, notamment dans le secteur informel. L'impact de cette pandémie sur les services de santé en 2020 n'est à ce jour pas mesuré, mais semble rester faible au niveau des activités de vaccination.

La pyramide sanitaire s'appuie sur 23 Délégations Sanitaires Provinciales, subdivisées en 150 districts sanitaires (dont 123 fonctionnels) dont dépendent 1'816 centres de santé (dont 1'577 fonctionnels) réparties sur l'ensemble du territoire<sup>7</sup> et en charge des activités de vaccination et de surveillance. Le Tchad présente un contexte d'intervention difficile, le pays étant pénalisé par son enclavement géographique, un réseau routier très peu développé,

principalement non bitumé, et une très faible couverture énergétique (6% des ménages). Comme l'illustrent les résultats de l'enquête SARA réalisée en 2019, le pays est également confronté à un important problème de disponibilité de ressources humaines qualifiées, et à une inégalité dans leur répartition géographique. Le Tchad compte en effet seulement 0.38 médecins, 2.05 infirmiers et 0.4 sage-femmes pour 10'000 habitants, et leur localisation ne reflète pas la répartition géographique de la population, 65% des médecins et 35% des infirmiers et sage-femmes se concentrant dans la seule région de N'Djaména.

La politique nationale de santé (PNS) couvrant la période 2016-2030 a été adoptée en juin 2016. Sur les 20 objectifs spécifiques à l'horizon 2030 qui la composent, sept concernent la vaccination :

1. Réduire le taux de mortalité maternelle de 860 pour 100'000 naissances vivantes à 500 pour 100'000 naissances vivantes ;
2. Réduire le taux de mortalité infantile de 72 pour 1'000 à 30 pour 1'000 ;
3. Réduire le taux de mortalité néo-natale de 34 pour 1'000 à 10 pour 1'000 ;
4. Atteindre la couverture sanitaire universelle, qui comprend une protection contre le risque financier, en donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces et de qualité ;
5. Renforcer le système d'approvisionnement et de distribution afin de mettre à la disposition de la population des médicaments, vaccins, réactifs et autres intrants de qualité ;
6. Accroître le budget de la santé à 20% du budget général de l'Etat ;
7. Atteindre au moins 90% de couverture vaccinale pour chaque antigène.

### 3.2. Structures de l'Etat impliquées dans la mise en œuvre des subventions Gavi

Au cours de la période audité, plusieurs changements ont eu lieu au sein des entités jouant un rôle dans la gestion et la mise en œuvre des soutiens de Gavi, notamment à la suite de l'évaluation de la capacité des programmes réalisée en 2016 et de l'audit des programmes Gavi mené en 2017.

Jusqu'en février 2017, la gestion des fonds et la mise en œuvre des activités étaient sous la responsabilité partagée de la Direction de la Vaccination et de la Surveillance Epidémiologique (DVSE) et de la Direction de la Planification (DP). A partir de décembre 2019, la gestion des fonds des subventions en espèces a été transférée à l'Unité de Gestion

<sup>2</sup> Projections de l'Institut de la Statistique, des Etudes Economiques et Démographiques du Tchad (INSEED) au titre de l'année 2021

<sup>3</sup> Banque mondiale

<sup>4</sup> Banque mondiale

République du Tchad, septembre 2022

<sup>5</sup> Données issues du POA 2020 de la SDV.

<sup>6</sup> Haut-Commissariat aux Réfugiés, Cartographie de la population des réfugiés et demandeurs d'asile au Tchad, décembre 2019

<sup>7</sup> Données issues du POA 2020 de la SDV.

de Projets (UGP), les acquisitions de vaccins, équipements de la chaîne du froid et moyens roulants restant quant à eux sous la responsabilité des PTF. L'UGP assure depuis lors le financement des activités de vaccination de la Sous-Direction de la Vaccination (SDV) et du RSS2, sous le contrôle d'une agence fiduciaire (AF) depuis la mi-2020.

### Sous-Direction de la Vaccination (SDV)

Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) a été créé en 1985 avec pour mission de réduire la morbidité et mortalité infantile attribuables aux maladies évitables par la vaccination. De janvier 2017 à la refonte de l'organigramme du MSPSN intervenu en septembre 2018, ce programme était mis en œuvre par la DVSE, Direction technique rattachée à la Direction Générale de la Santé Environnementale et de la Lutte contre les Maladies (DGSELM). En septembre 2018, le PEV a finalement été érigé en Sous-Direction de la Vaccination (SDV), entité rattachée à la Direction de la Santé de Reproduction et de la Vaccination (DSRV), elle-même rattachée à la Direction Générale du MSPSN. De nouvelles refontes de l'organigramme du MSPSN sont intervenues en février 2020, octobre 2020 et mars 2021, conduisant d'une part à la création d'une Direction de Suivi de la Vaccination dont les principales fonctions sont la définition, le suivi de la mise en œuvre et l'évaluation des plans de vaccination, et d'autre part à une refonte des dispositions de fonctionnement du PEV, désormais rattaché à la Direction Générale du MSPSN et en charge de la mise en œuvre des activités opérationnelles de vaccination.

Selon l'actuel organigramme, le PEV est dirigé par un Coordonnateur national assisté des organes consultatifs que sont le CCIA et le CTA-PEV (décrits plus bas), et structuré en six différents services (Service de la Vaccination, Service de Planification et Etudes, Service des Approvisionnements et Logistiques, Service de Plaidoyer et Communication, Service d'Administration et Finance et Service des Ressources humaines et gestion de la performance).

### Unité de Gestion de Projets (UGP)

L'UGP a été créée en octobre 2017 par l'arrêté ministériel 420/PR/PM/MSP/SE/DGRP/2017 afin de canaliser les financements alloués au MSPSN par les différents bailleurs de fonds. Outre les subventions Gavi, elle gère actuellement des subventions du Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, de la Fondation Bill & Melinda Gates et de Dangoté. L'UGP est appuyée par un Comité de Pilotage mis en place via l'arrêté 301/PR/MSP/DG/2018 et devant se réunir de manière trimestrielle (arrêté modifié en juin 2021, voir section 1.3.1). Les responsabilités incombant à ce Comité englobent entre autres le recrutement du personnel de l'UGP, le suivi et la supervision de l'audit interne et l'organisation des audits externes annuels.

Initialement rattachée à la DGRP, l'UGP a ensuite été rattachée directement à la Direction Générale du MSPSN via la refonte de l'organigramme du MSPSN intervenue en septembre

2018 et entérinée par l'arrêté ministériel 276/PR/MSP/DG/2018. Suite à une nouvelle refonte de l'organigramme intervenue en février 2020 (arrêté ministériel 85/PR/MSP/2020), elle est directement rattachée au Cabinet du Ministre de la Santé Publique et de la Solidarité Nationale. En date du présent audit, une profonde restructuration de l'UGP était en cours, avec la parution (i) le 9 juin 2021 de l'arrêté N°0082/PCMT/PMT/MSPSN/2021 positionnant l'UGP sous l'autorité directe du Ministre de la Santé, et (ii) le 19 juillet 2021 de l'avis de recrutement 3161/PCMT/PMT/MSPSN/ SE/DGM/2021, remettant en concurrence l'ensemble des postes de l'UGP (soit 23 postes dont 4 vacants) et prévoyant le recrutement de personnel additionnel, dont un Coordonnateur adjoint, un chargé de programme vaccination, 9 comptables (au lieu de 5) et 23 points focaux localisés en provinces.

A travers son arrêté de création initial, l'UGP a eu pour principale attribution d'assurer la gestion, la coordination et le suivi programmatique, financier et technique des projets et programmes du secteur Santé, notamment le renforcement du système de santé et les activités vaccinales (Article 1), et de garantir une gestion rationnelle des différents projets et programmes du secteur Santé.

### Comité de Coordination Inter-Agences (CCIA) et Comité d'Appui Technique au PEV (CTA-PEV)

La coordination des interventions et ressources du MSPSN pour la mise en œuvre des activités vaccinales financées par les subventions Gavi est sous la responsabilité du Comité de Coordination Inter-Agence (CCIA) dont la composition, le fonctionnement et les attributions sont régis par l'arrêté 362/PR/PM/MSP/SG/DGAS/DSRV/DV/2008 signé en juin 2008. Ce comité est présidé par le Ministre de la Santé Publique et de la Solidarité Nationale et se compose de 21 membres, dont les représentants des principaux Partenaires Techniques et Financiers (PTF) que sont l'OMS, UNICEF, PNUD et la Banque mondiale. Selon ses statuts, dont une révision était encore en cours au moment du présent audit, les principales prérogatives du CCIA sont l'approbation des plans d'action annuels de la SDV, la coordination des interventions entre les différents partenaires et structures nationales et le suivi et l'évaluation de l'exécution des plans d'actions. Il est à noter que le CNC créé pour le suivi de la campagne de vaccination Covid19 s'est en partie substitué au CCIA depuis le début de l'année 2020.

Le CCIA est appuyé par un Comité d'Appui Technique au PEV (CTA-PEV) en charge de la validation des plans et rapports élaborés par la SDV avant leur transmission et approbation par le CCIA. Ce Comité est présidé par le Responsable de la DGAS et composé de 23 membres essentiellement issus du MSPSN ainsi que les points focaux PEV désignés au sein de l'UNICEF et de l'OMS. Selon les documents mis à la disposition de la mission par les audités, le dernier texte applicable régissant ses attributions et le fonctionnement du CTA-PEV est l'arrêté 432/PR/PM/MSP/SE/SG/DGAS/DSRV/DV/2012.

## 4. Résultats détaillés

En application de l'Accord-Cadre de Partenariat et de la Politique de Gavi sur la Transparence et la Responsabilité Financière (PTRF), les subventions Gavi doivent être gérées dans le cadre de procédures qui répondent aux exigences de la législation nationale et aux normes internationales en matière de transparence, de responsabilité et de lutte contre la corruption. Cette section 4 décrit les principales faiblesses constatées par l'audit, leur impact, et propose des mesures correctives. Les constats d'audit sont regroupés selon les thèmes décrits dans les sous-sections 4.1 à 4.8 ci-après.

### 4.1. Gouvernance et organisation

#### 4.1.1. Fonctionnement des organes de gouvernance insuffisant (CCIA / CTA-PEV)

##### Contexte

L'Arrêté 362/PR/PM/MSP/SG/DGAS/DSRV/DV/2008 portant création du CCIA d'appui à la Division de la vaccination prévoit que les membres de ce Comité se réunissent une fois par trimestre en session ordinaire, des réunions extraordinaires pouvant toutefois être tenues à la demande de son Président. Ses attributions sont détaillées à l'article 2 et comprennent notamment :

- L'examen et l'approbation des plans d'actions annuel de la SDV ;
- La coordination des interventions entre les différents partenaires et les structures nationales de la SDV ;
- La mobilisation des ressources nécessaires à la réalisation des activités vaccinales ;
- L'évaluation de l'exécution des plans d'actions et la mise en œuvre de ses différentes orientations.

L'Arrêté 432/PR/PM/MSP/SE/SG/DGAS/DSRV/DV/2012 portant création, attribution et fonctionnement du Comité d'Appui Technique au PEV (CTA-PEV), signé en 2012 prévoit que les membres de ce Comité se réunissent une fois par semaine en session ordinaire, ou de manière ad hoc sur convocation de son Président. Ses attributions sont détaillées à l'article 1 et comprennent notamment :

- La validation des plans et rapports élaborés par la SDV avant leur approbation par le CCIA ;
- La préparation des réunions du CCIA et l'exécution de toute diligence confiée par cette dernière.

Enfin, le point a) des Exigences en Matière de Gestion des Subventions (GMR), dans leur version de décembre 2019, stipule que les arrêtés ministériels 362/PR/PM/MSP/SG/DGAS/DSRV/DV/2008 et 1644/PR/PM/MSP/2014 doivent être modifiés afin de tenir compte des nouvelles orientations de Gavi sur les forums de Coordination et l'érection du PEV en une direction technique.

##### Description

La restructuration du CCIA et du CTA-PEV, bien qu'initiée (projets d'arrêtés partagés par Gavi en avril 2019) n'est pas encore effective et la liste des membres occupant des fonctions de Direction au sein du MSPSN ne reflète plus les différents organigrammes du MSPSN depuis sa refonte d'avril 2018 et la suppression de la DGRP, de la DGAS, de la DGASR et de la Division de la Vaccination.

Comme déjà relevé lors du précédent audit des programmes Gavi en 2017, la revue des procès-verbaux disponibles ne permet pas de confirmer le respect de la fréquence prévue des réunions du CCIA (trimestrielle) et du CTA-PEV (hebdomadaire). Ainsi, les documents transmis permettent seulement de confirmer que :

- Le CCIA s'est réuni deux fois en 2017 et une seule fois en 2020 ;
- Le CTA-PEV s'est réuni une fois en 2017, trois fois en 2018 et cinq fois en 2020. Aucun procès-verbal de réunion n'a été transmis pour l'année 2019.

L'analyse des procès-verbaux du CCIA montre que ces réunions sont principalement focalisées sur la validation des documents stratégiques (JSP, PPAC, POA de la SDV, Plan d'introduction vaccinale, budgets des subventions, etc.), mais ne permet pas d'attester d'un suivi périodique de la mise en œuvre des subventions par le CCIA, ni de son leadership et rôle stratégique en termes de proposition d'actions et solutions pour remédier aux problèmes identifiés.

Comme relevé en 2019 par la mission de suivi de mise en œuvre des GMR, la faible opérationnalité du CCIA renvoie l'élaboration des documents cadres des subventions à l'UGP et à la SDV, augmentant le risque d'inadéquation entre les besoins et les micros-plans et ne permettant pas de garantir la complémentarité des interventions entre les différents

##### Recommandation(s)

- Mettre en œuvre l'exigence de révision des arrêtés portant fonctionnement du CCIA et du CTA/PEV. Le MSPSN doit élaborer et promulguer les arrêtés prenant en compte les directives de Gavi sur les forums nationaux de coordination du secteur santé, incluant une liste de membres révisée (structures du MSPSN et acteurs impliqués dans la mise en œuvre des subventions Gavi).
- Les actions nécessaires doivent être entreprises par les autorités du MSPSN, avec l'appui des PTF, pour redynamiser le fonctionnement de ces deux Comités. Ceci doit notamment passer sans s'y limiter par (i) le respect de la fréquence de tenue de ces réunions, (ii) la formalisation systématique des échanges tenus et décisions prises via la production et diffusion des procès-verbaux de réunions aux acteurs impliqués et au secrétariat de Gavi (iii) la formation continue des membres de ces deux comités à la conduite de leur rôle, et (iv) une implication accrue du CCIA dans le suivi de la vaccination de routine, la mobilisation des ressources et appuis nécessaires à la résolution des problèmes identifiés, ainsi que l'identification

<p>bailleurs. La mission a également constaté que le POA 2019 de la SDV n'a pas fait l'objet d'une approbation par le CCIA. De plus, le CCIA n'intervient pas activement dans la détermination des activités des plans d'assistance technique annuels (TCA), celles-ci étant généralement proposées par les PTF aux autorités du MSPSN pour endossement.</p> <p>L'analyse des procès-verbaux du CTA-PEV relève que ce comité se réunit essentiellement dans le cadre des campagnes de vaccination, ce qui ne lui permet pas de remplir convenablement son rôle d'appui technique de manière continue, et par voie de conséquence d'alimenter les réunions du CCIA conformément aux dispositions de l'article 1 de son arrêté de création. Le leadership de la SDV au niveau de ce comité s'avère insuffisant pour en assurer un rôle pleinement fonctionnel.</p>	<p>des besoins d'assistance technique et le suivi-évaluation de leur correcte mise en œuvre et valeur ajoutée.</p>
<p><b>Risque(s) / Implication(s)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Coordination des différents bailleurs intervenant dans la vaccination insuffisante, pouvant conduire à un manque d'efficacité dans la détermination et l'atteinte des objectifs de couverture vaccinale et une utilisation non optimale des ressources (espèces et vaccins).</li><li>- Manque de réactivité du MSPSN dans la résolution des défis et problèmes liés à la mise en œuvre des subventions Gavi, pouvant conduire à une sous-utilisation des ressources allouées, et mettant en péril l'atteinte des objectifs du RSS.</li></ul>	<p><b>Réponses / Engagements du management</b></p> <p>Voir le plan d'actions correctives en annexe 10</p>

## 4.1.2. Rôle et positionnement de l'UGP insuffisamment incarnés

### Contexte

L'arrêté 420/PR/PM/MSP/SE/SG/DGRP/2017 portant création de l'UGP prévoit à l'Article 1 que celle-ci est « chargée de la gestion, de la coordination et du suivi programmatique, financier et technique des projets / programmes du secteur Santé [...] »

Le manuel de procédures de l'UGP précise également que l'UGP a pour responsabilité de « planifier et veiller à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation de tous les plans d'actions trimestriels, annuels spécifiques, des projets/programmes [...] ». »

Enfin, le point c) des GMR (version du 21 février 2017) requiert la création d'une UGP « afin de renforcer le mécanisme de gestion et de suivi des subventions financées par Gavi et d'assurer une meilleure coordination entre les subventions PEV et RSS [...]. Dans ce dispositif, les rôles et responsabilités des entités du MSP intervenant dans la mise en œuvre des subventions devront être clairement définis. »

### Description

Malgré son rattachement à la DGRP dès octobre 2017, l'UGP n'a pas été intégrée à l'organigramme du MSPSN dans sa version révisée en avril 2018. À la suite de la révision de l'organigramme en octobre 2020, elle est rattachée au Cabinet du Ministre mais, contrairement aux autres entités du MSPSN, ses rôles et responsabilités n'y sont pas définis. La restructuration de l'UGP, en cours au moment de l'audit, positionne l'UGP et son Comité de Pilotage sous l'autorité directe du ministre de tutelle, mais réduit de manière significative ses attributions. En effet, les statuts définissant son champ d'intervention n'incluent plus les responsabilités de canalisation des financements et de garant de la gestion rationnelle des projets.

Les différents organigrammes du MSPSN sur la période audité n'établissent pas les liens fonctionnels entre l'UGP et la SDV, ainsi qu'entre l'UGP et les différentes entités décentralisées (DSP, DS et FOSA) mettant en œuvre les activités vaccinales. De plus, l'absence de cadre formel d'échange entre les personnels de l'UGP et de la SDV, se traduisant par un manque de communications entre ces deux entités, pénalise la mise en œuvre des activités.

L'ensemble des responsabilités confiées à l'UGP en matière de coordination et suivi programmatique des activités n'est pas exercé, l'UGP étant effectivement limitée à un rôle de gestion des fonds et de comptabilisation des opérations. A titre d'exemple, l'UGP n'a pas participé à l'élaboration des PTA et à la planification des activités de la SDV, et le responsable suivi-évaluation de l'UGP n'a pas été impliqué dans le suivi de la mise en œuvre des subventions Gavi.

### Recommandation(s)

- Une discussion doit être engagée entre les autorités du MSPSN et Gavi sur les motivations et objectifs et l'impact de la restructuration en cours de l'UGP. Ces échanges devront notamment permettre de clarifier les futurs rôles et attributions confiées à l'UGP et les modalités de financement des réformes envisagées (notamment les recrutements additionnels et leur affectation par projet).
- Les liens fonctionnels entre l'UGP et la SDV doivent être clairement définis dans les organigrammes et les procédures opérationnelles normalisées qui devront détailler, sans s'y limiter: (i) leurs tâches respectives et les interactions nécessaires pour les réaliser, (ii) les agents / fonctions impliqués dans les processus de financement des activités de la SDV par l'UGP, de suivi et évaluation de leur mise en œuvre par l'UGP, et de collecte, consolidation et rapportage des données programmatiques, (iii) les différentes tâches de contrôle à effectuer par les deux parties sur l'utilisation des ressources (matériels et vaccins) mises à la disposition de la SDV et des entités décentralisées du MSPSN (DSP, DS et CS).
- Un cadre de concertation formel, prévoyant la tenue de réunions périodiques sur une fréquence hebdomadaire, doit être mis en place. Ces réunions doivent être sanctionnées par des procès-verbaux détaillant les sujets discutés, les décisions prises, leur date d'application et les acteurs désignés pour les mettre en œuvre. Ces procès-verbaux devront être partagés au CCIA pour suivi et prise d'actions éventuelles.

### Risque(s) / Implication(s)

- Retards dans la mise en œuvre des activités induisant un faible taux de réalisation des objectifs du cadre de performance.
- Utilisation non optimale des ressources de l'UGP et de la SDV.

### Réponses / Engagements du management

Voir le plan d'actions correctives en annexe 10

### 4.1.3. Fréquences et délais des audits externes non respectés (UGP)

#### Contexte

L'Accord Cadre de Partenariat signé entre Gavi et le Gouvernement du Tchad du 24 juillet 2013 précise à l'article 24 (« Vérification externe des comptes ») que « *le Gouvernement est tenu de présenter à Gavi des rapports de vérification des comptes détenant les fonds Gavi une année après la clôture de chaque exercice financier* ». Cette obligation est reprise à la section 2 des directives de Gavi sur les directives en matière de gestion financière et d'audit (édition de Novembre 2017), qui stipule en section 2 que « *les rapports d'audit annuels doivent être disponibles dans les 6 mois suivants la fin de l'exercice fiscal.* ».

Cette exigence est également reflétée aux GMR de février 2017 et décembre 2019, respectivement aux points **s**) et **r**), qui stipulent qu'« *après la période transitoire de gestion des fonds par les partenaires, le MSPSN sélectionnera un cabinet d'audit sur la base de Termes de Références, acceptables pour Gavi, pour une période de 3 ans [...].* ». Les GMR de décembre 2019 précisent que « *les rapports d'audit externe annuels seront transmis à Gavi, au plus tard six mois après la fin de l'exercice fiscal.* »

Enfin, le manuel de procédures de l'UGP précise à la section 14.6 qu'« *un audit financier externe est effectué annuellement par un cabinet d'audit indépendant recruté par l'UGP après la non objection du comité d'audit et des PTF [...]. Les états financiers audités, le rapport d'audit respectif et la lettre sur le contrôle interne doivent être soumis au PTF dans les six mois suivant la fin de l'exercice du récipiendaire principal* ».

#### Description

En date du présent audit, aucun rapport finalisé d'audit externe n'est disponible concernant l'utilisation des fonds reçus par l'UGP à la suite de la refonte en 2018 des modalités de financement des subventions Gavi<sup>8</sup>.

Une seule mission d'audit externe a été commanditée par l'UGP pour couvrir les dépenses réalisées dans le cadre des reliquats des précédentes subventions (dépenses de 2019 et 2020), des fonds VPI 2015 et du RSS 2 (dépenses de 2020). Cet audit a été réalisé début 2021 a donné lieu à un projet de rapport en septembre 2021 (formulant une opinion avec réserve). Contrairement aux termes de référence de cet audit, ce projet de rapport ne couvre que l'exécution des fonds du RSS2 et ne comprend notamment pas les dépenses relatives à la subvention VPI.

#### Recommandation(s)

- Le MSPSN, en lien avec l'UGP et la SDV, doit établir un état des lieux des fonds octroyés par Gavi sur les périodes antérieures à 2021 et restant non audités. Cet état des lieux devra préciser : (i) la disponibilité des états financiers et/ou écritures comptables, (ii) la situation des pièces justificatives des dépenses liées (complétude et emplacement).
- En concertation avec le Secrétariat de Gavi, le Comité d'audit de l'UGP devra rédiger les termes de références des audits non encore effectués et les mettre en œuvre conformément aux dispositions des GMR.
- Pour les périodes en cours et à venir, l'UGP devra s'assurer que les audits externes sont planifiés et exécutés dans les délais impartis, conformément aux GMR et aux dispositions de l'Accord Cadre de Partenariat.

#### Risque(s) / Implication(s)

- Non-respect des dispositions de l'Accord Cadre de Partenariat pouvant provoquer une suspension des financements.
- Absence d'identification ou identification tardive d'erreurs matérielles aux états financiers, de défaillances significatives du système de contrôle interne et/ou de dépenses inéligibles ou frauduleuses.

#### Réponses / Engagements du management

Voir le plan d'actions correctives en annexe 10

<sup>8</sup> Financements reçus de l'UNICEF, de la SDV et de Gavi pour le financement des fonds intérimaires, l'utilisation des reliquats des précédentes subventions, le RSS2 et les coûts opérationnels de la campagne rougeole.

#### 4.1.4. Fonction de surveillance inopérante (IGS / IGF / MSPSN)

##### Contexte

Le point **s**) des GMR (version de décembre 2019) précise que « *le MSP communiquera le plan annuel d'audit interne et partagera avec Gavi les rapports d'audit interne émis par l'Inspection Générale de la Santé (IGS) ou de l'Inspection Générale des Finances (IGF)* ».

##### Description

- Le MSPSN ne dispose pas d'une cartographie des risques sur laquelle devrait normalement s'appuyer l'IGS pour l'établissement de ses plans d'audit interne annuels. A l'analyse, les plans d'audit interne de l'IGS pour 2017, 2019 et 2020 (le plan 2018 n'ayant pas été fourni) sont strictement identiques d'une année à l'autre et insuffisamment détaillés, seule y étant mentionnée la réalisation de « *missions de contrôle et de suivi dans les DSP* » et de missions de « *contrôle de la gestion administrative et financière des Projets/Programmes de santé* », sans précision sur les projets, périodes et bailleurs concernés.
- À la suite du précédent audit des programmes Gavi en 2017, lequel avait relevé une faible implication de l'IGS dans le suivi des subventions Gavi au cours de la période 2014-2016, une enveloppe budgétaire spécifique de 166'874 USD a été prévue en 2020 dans le cadre du RSS2 pour le financement de ses missions. L'implication de l'IGS dans le suivi des subventions Gavi n'a cependant pas été effective durant la période couverte par cet audit, aucune mission dédiée aux programmes financés n'ayant été réalisée, y compris en 2020 malgré l'enveloppe budgétaire spécifique octroyée par Gavi.

##### Recommandation(s)

- La fonction de surveillance de la gestion et de l'exécution des programmes soutenus par Gavi doit être rendue effective au niveau de l'IGS et/ou de l'IGF comme prévu dans les GMR. Dans ce but, les services doivent intégrer à leurs plans annuels budgétés les risques liés aux activités des plans de travail annuels de l'UGP et de la SDV (POA). Ces plans annuels devront comporter des missions spécifiques aux activités de vaccination (routine et campagnes) dans les régions couvertes par les subventions Gavi et devront être communiqués au Secrétariat de Gavi pour approbation avant utilisation des fonds prévus à cet usage. Les rapports de mission de l'IGS couvrant les activités vaccinales devront être systématiquement partagés à Gavi.
- Une dotation en ressources financières ayant été validée pour la conduite de vérifications par les instances d'inspection, les autorités du MSPSN doivent prendre toutes les mesures nécessaires pour rendre effective l'implication de l'IGS et/ou de l'IGF dans le suivi des activités financées par Gavi.

##### Risque(s) / Implication(s)

- Faiblesses de l'environnement de contrôle interne augmentant significativement les risques de pertes / détournement de fonds et actifs, et de dépenses inéligibles ou frauduleuses, et favorisant une faible redevabilité des acteurs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.
- Absence d'identification ou identification tardive d'erreurs matérielles aux états financiers, de défaillances significatives du système de contrôle interne et/ou de dépenses inéligibles ou frauduleuses. Ces identifications tardives, couplées à la très forte rotation du personnel, compliquent voire empêchent la prise de mesure correctives (y inclut des éventuelles sanctions).

##### Réponses / Engagements du management

Voir le plan d'actions correctives en annexe 10



#### 4.1.5. Faible fonctionnalité des fonctions d'audit interne et manque de suivi des recommandations émises (UGP)

##### Contexte

Le point **s**) des GMR (version de décembre 2019) précise que « lorsque l'UGP assurera la gestion des fonds de Gavi, l'Auditeur Interne de l'UGP assurera la réalisation d'un audit des programmes Gavi (Vaccins et non-vaccins) sur une base trimestrielle conformément aux procédures de l'UGP et partagera le rapport avec Gavi, dès la validation par le MSPSN ».

Ces dispositions sont également reflétées dans les différentes versions du manuel de procédure de l'UGP. L'implication de l'audit interne de l'UGP dans les activités de la SDV est également prévue dans l'actuel organigramme hiérarchique et fonctionnel de la SDV.

L'Arrêté 96PR/MSP/DG/2020 signé le 17 février 2020 et portant création du Comité d'Audit interne de l'UGP précise que ce comité est présidé par l'Inspecteur Générale du MSPSN (article 2), « se réunit une fois par trimestre en session ordinaire [...] » (article 3), « Approuve [...] le plan d'audit interne [...]. Examine les rapports d'audit interne et externe, et les autres rapports d'étapes ou revues d'autres fournisseurs d'assurance, et veille à ce que la Coordination et le personnel accordent l'attention qu'ils méritent aux problèmes et recommandations figurant dans ces rapports » (article 7). Ces dispositions sont également reflétées dans les fiches de postes du Responsable de l'audit interne et des auditeurs internes ainsi que dans la charte d'audit interne de l'UGP qui prévoit également (article 4.6.) que "Le service d'Audit Interne s'assurera après 3 mois puis semestriellement que les actions de progrès proposées en réponse aux recommandations acceptées ont été engagées et réalisées".

##### Description

- Le Comité d'Audit de l'UGP, constitué en février 2020, n'a pas été fonctionnel durant l'entièreté de la période auditée. Aucun plan d'audit interne n'a été établi pour l'année 2018, et les plans des années 2019 et 2020 n'ont été ni approuvés, ni mis en œuvre. Les plans 2019 et 2020 ne reposaient pas sur une analyse des risques aux niveaux de l'UGP et manquaient de précisions (seule la liste des structures à couvrir et le calendrier de mise en œuvre y étant indiqués).
- La cartographie des risques spécifique à l'UGP, établie en juillet 2019 et mise à jour en juin 2021 :
  - o Ne repose pas sur une évaluation préalable des systèmes de gestion et capacités des acteurs mais a été établie sur la base de revues documentaires et n'a pas été approuvée par le Comité d'Audit ;
  - o Est principalement orientée sur les risques liés aux subventions du Fonds Mondial (les programmes nationaux sont mentionnés mais la SDV n'est pas citée, les risques liés à la gestion des médicaments sont abordés mais pas ceux liés à la gestion des vaccins) et les risques définis très généraux, avec une insuffisante prise en compte des problèmes constatés, des capacités des acteurs et des systèmes existants.
- La périodicité trimestrielle des audits internes n'a pas été respectée, seuls deux rapports couvrant les fonds Gavi sur la période auditée ayant été produits. Le premier, établi en novembre 2018, fait le point sur la mise en œuvre des recommandations issues du précédent audit des programmes Gavi de 2017, et le second, daté de juin 2020, couvre les fonds exécutés par l'UGP sur la période du 1er avril 2019 au 31 mars 2020. Le draft de ce 2<sup>nd</sup> rapport, qui relève plusieurs faiblesses significatives en termes de tenue comptable, de gestion financière et de sauvegarde des immobilisations, n'a pas été validé par le Comité d'Audit et le suivi des recommandations émises n'a pour l'instant pas été effectué.
- Le manuel de procédures de l'UGP (section 14.4) prévoit la rédaction d'un manuel d'audit interne, inexistant lors du présent audit.
- Il n'existe pas en date du présent audit de système pour le suivi des recommandations émises par les auditeurs et autres organes de contrôle et la remontée périodique des progrès réalisés dans la mise en œuvre des actions correctives découlant de ces recommandations.

##### Recommandation(s)

- Les autorités du MSPSN doivent prendre toutes les mesures nécessaires pour rendre effectif et fonctionnel le Comité d'audit de l'UGP, notamment dans la conduite des tâches relatives à l'animation et au respect des textes régissant le fonctionnement du service d'audit interne de l'UGP.
- Les activités financées par Gavi et gérées par l'UGP doivent être intégrées à la mise à jour de la cartographie des risques, et leur évaluation doit être revue de manière périodique, validée par les instances du ministère de tutelle pour alimenter les plans annuels d'audit et d'inspections.
- L'audit interne de l'UGP doit poursuivre les améliorations apportées au plan de l'année 2021 et inclure systématiquement à son plan annuel les objectifs et le périmètre des missions, les risques et processus à couvrir et les ressources humaines en charge de leur conduite.
- L'exécution du plan d'audit interne doit être contrôlée et validée par le Comité d'Audit et son effectivité doit être confirmée formellement au Secrétariat de Gavi.
- Le manuel de procédures de l'audit interne doit être finalisé en intégrant toutes les dispositions des GMR et les normes internationales en matière d'audit interne, y compris dans la formalisation et la mise en œuvre des actions nécessaires à un suivi continu des recommandations formulées par les auditeurs externes et autres évaluateurs.

##### Risque(s) / Implication(s)

- Faiblesses de l'environnement de contrôle interne augmentant significativement les risques de pertes / détournement de fonds et actifs, et de dépenses inéligibles ou frauduleuses, et favorisant une faible redevabilité des acteurs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.
- Absence d'identification ou identification tardive d'erreurs matérielles aux états financiers, de défaillances significatives du système de contrôle interne et/ou de dépenses inéligibles ou frauduleuses. Ces identifications tardives, couplées à la très forte rotation du personnel, compliquent voire empêchent la prise de mesure correctives (y inclut des éventuelles sanctions).

##### Réponses / Engagements du management

Voir le plan d'actions correctives en annexe 10

#### 4.1.6. Cadre de contrôle interne insuffisant (SDV)

##### Contexte

L'environnement de contrôle interne est constitué de l'ensemble des procédures, outils et ressources visant à maîtriser les risques d'erreurs, incidents, mauvaises utilisations et fraudes liés à l'atteinte des objectifs confiés aux entités de mise en œuvre des programmes. Le respect du cadre de contrôle interne est assuré par les organes de contrôle et d'assurance, notamment l'Audit interne de l'UGP et l'Inspection Générale du MSPSN.

Les règles de gestion à appliquer par la SDV sont définies au manuel de procédures de gestion financière RSS/SSV-Programme (version de juin 2013). Les règles de gestion des entités du niveau décentralisé (DSP, DS, Hôpitaux et CS) sont définies au Décret 817PR/PM/MFB/2015 daté du 1er avril 2015 et portant Règlement Général sur la Comptabilité Publique.

##### Description

###### Niveau central :

Le précédent audit des programmes Gavi en 2017 a relevé d'importantes insuffisances dans les dispositions prévues au manuel de procédures de la SDV et recommandé sa mise à jour. Cette recommandation n'a pas été mise en œuvre, avec pour conséquences :

- Le manuel ne prend pas en compte les différentes refontes de l'organigramme du MSPSN intervenues depuis 2013. Notamment, l'entité de rattachement de la SDV ne correspond pas à l'organigramme du MSPSN et les liens fonctionnels avec l'UGP ne sont pas définis ;
- Des divergences importantes ont été relevées entre les dispositions du manuel, les pratiques observées et la répartition des tâches prévues aux actuelles fiches de poste des Chefs de sections de la SDV.
- Les lacunes et imprécisions relevées dans le manuel de procédures de la SDV entravent la mise en place d'un système de contrôle interne effectif. Les recommandations de l'audit des programmes de Gavi en 2017 suivantes sont restées lettre morte :
  - o Le manuel de procédures de la SDV n'intègre toujours pas les aspects liés à la gestion de fonds provenant de plusieurs bailleurs, ni les fiches techniques spécifiques pour les programmes et DSP détaillant les exigences en matière de pièces justificatives ;
  - o Les mesures disciplinaires et sanctions prévues en cas de manquements ou non-conformités aux dispositions du manuel n'y sont toujours pas précisées, et aucune version simplifiée du manuel n'a également été produite.

Ces conséquences se traduisent par plusieurs faiblesses au niveau de la SDV constatées et présentées dans les constats du présent rapport d'audit.

###### Entités décentralisées :

Le décret définissant les modalités de gestion applicables par les entités du niveau décentralisé décrit les règles et principes généraux applicables à la gestion budgétaire et comptable des fonds publics mais ne couvre pas l'ensemble des processus de gestion des fonds et sauvegarde des actifs. Notamment, il ne décrit pas de manière opérationnelle et détaillée les différentes étapes, tâches et responsabilités nécessaires à la tenue d'une comptabilité et à la gestion des moyens de paiement. Il ne compense donc pas l'inexistence d'un manuel de procédure dédié aux différentes entités décentralisées impliquées dans les activités vaccinales.

##### Risque(s) / Implication(s)

- Divergences entre les dispositions du manuel et le système de gestion de la SDV pouvant avoir pour conséquence désorganisation, pertes d'informations, utilisation peu optimale des ressources humaines et mauvaise gestion.
- Lacunes et faiblesses dans le dispositif de contrôle interne pouvant favoriser une utilisation irrégulière, inéligible ou frauduleuse des fonds et actifs affectés à la SDV.

##### Recommandation(s)

- La SDV doit revoir et actualiser son manuel des procédures de gestion des soutiens Gavi, en prenant en compte les changements qui ont eu lieu et les faiblesses soulignées par le présent audit.
- Le MSPSN, en lien avec la SDV et l'UGP, doit établir des procédures détaillées et simplifiées régissant l'utilisation des espèces, équipements, matériels et vaccins confiés aux entités décentralisées. Ce manuel devra être diffusé et l'ensemble des agents auquel il s'adresse devront être formés à son usage dans le cadre de supervisions d'appui et de conseil du niveau central.

##### Réponses / Engagements du management

Voir le plan d'actions correctives en annexe 10

### 4.1.7. Passations de service ineffectives et archivage défaillant (MSPSN)

#### Contexte

L'article 22.2 (« Procédures d'enquête et d'audit ») de l'annexe 2 de l'Accord cadre de partenariat signé en juillet 2013 entre Gavi et le Gouvernement stipule que « Le Gouvernement et tous ses collaborateurs concernés [...] veillent à ce que Gavi et ses représentants ou agents autorisés aient accès en tout temps : (a) aux livres, dossiers, déclarations, fichiers électroniques et autres documents relatifs aux programmes [...]; (b) à tous les collaborateurs concernés du Gouvernement [...] »

Le Décret 817/PR/PM/MFB/2015 portant règlement général sur la comptabilité publique précise en son article 69 que « Les opérations de recettes, de dépenses de trésorerie et de financement [...] doivent être appuyés par des pièces justificatives prévues dans une nomenclature établie par arrêté [...] » et l'article 70 stipule que « La durée de conservation des pièces justificatives est de dix ans [...] ».

#### Description

La période audité a été marquée par une importante rotation du personnel sur les postes clés des différentes entités en charge de la mise en œuvre et du suivi des subventions Gavi. Cela est particulièrement marqué au niveau de la SDV, où trois directeurs et trois chefs du service financier se sont succédés sur la période. Ces changements ont significativement dégradé la mémoire institutionnelle de la SDV, et dans une moindre mesure celle de l'UGP, pour les raisons suivantes :

- Les passations de services entre agents sortants et entrants n'ont pas eu lieu ;
- Le MSPSN et ses entités ne disposent pas de capacité d'archivage des documents électroniques qui sont, de fait, conservés sur les postes de travail des agents et deviennent indisponibles lors de leur départ ;
- Malgré l'existence d'adresses de messagerie professionnelle, la plupart des agents utilisent leurs adresses électroniques personnelles, rendant les échanges indisponibles lors de leur départ.

Les principaux impacts de ces insuffisances constatés par la mission d'audit sont :

- Dans de nombreux cas l'impossibilité pour les audités de répondre aux questions des auditeurs et de retrouver certains documents ou communications clés liées aux subventions, que ceux-ci aient été produits durant ou en amont de leur prise de service ;
- De sévères lacunes dans l'archivage des pièces justificatives des dépenses réalisées par la SDV et les entités décentralisées dont elle a la charge : l'ensemble de la documentation relative aux dépenses réalisées par la SDV sur la période 2017 / 2020 (et antérieure) est conservée sans tri dans des chemises rangées dans des cartons non agencés et répartis dans différents bâtiments de la SDV (voir annexe 5) ;
- De manière générale, une perte de la trace d'audit exigée par les GMR et les règles généralement applicables en la matière (y inclus la législation nationale relative à la justification des flux de trésorerie et à la conservation des pièces justificatives).

#### Risque(s) / Implication(s)

- Interruption ou faible continuité d'exploitation risquant d'entraîner des retards importants dans la mise en œuvre des activités et un gaspillage des ressources
- Perte d'information, de documents clés ou de mémoire institutionnelle
- Perte et/ou dégradation de la piste d'audit.

#### Recommandation(s)

- L'ampleur des problèmes relevés nécessite un diagnostic exhaustif et détaillé des défaillances conduisant à cette absence de mémoire institutionnelle, conduisant à la mise en place de procédures détaillées et d'un système d'archivage des documents papiers et numériques robuste.
- La Direction du MSPSN doit prendre les mesures nécessaires pour limiter significativement le risque « homme-clé » en lien avec la rotation du personnel, en mettant en place un plan de gestion des ressources humaines.
- La Direction du MSPSN doit s'assurer que l'ensemble des informations professionnelles transite uniquement par les supports dédiés à cet effet (équipement informatique et messageries dédiées au ministère) et reste disponible après le possible départ des agents.
- La Direction du MSPSN doit s'assurer de la mise en place d'un système d'archivage et de conservation des informations et documents.

#### Réponses / Engagements du management

Voir le plan d'actions correctives en annexe 10

## 4.2. Gestion comptable

### 4.2.1. Absence de tenue comptable des opérations financées par Gavi (SDV / MSPSN)

<p><b>Contexte</b></p> <p>L'Accord Cadre de Partenariat signé entre Gavi et le Gouvernement du Tchad du 24 juillet 2013 précise à l'article 2.5 de l'annexe 3 indique que « <i>les fonds doivent être gérés de façon transparente, et des rapports financiers exacts et vérifiables sont fournis régulièrement, selon ce qui est prévu dans les dispositions individuelles des financements</i> ». Ces dispositions sont reprises au manuel de procédures du PEV, qui prévoit à la section 3.B que « <i>la comptabilité des programmes doit être traitée par un logiciel de comptabilité [...]</i> ». Enfin, le décret n°817/PR/PM/MFB/2015 du 1er avril 2015 et portant Règlement Général sur la Comptabilité Publique, s'appliquant selon son article 1 « [...] aux établissements publics nationaux à caractère administratif et aux Collectivités Territoriales Décentralisées et leur Etablissement publics », précise en son article 79 que « <i>la balance générale des comptes est établie mensuellement sous la responsabilité du Comptable principal</i> ».</p>	
<p><b>Description</b></p> <p>Malgré le même constat relevé lors du précédent audit des programmes Gavi en 2017 au niveau de la Direction de la Vaccination et de la Surveillance Epidémiologique (DVSE<sup>9</sup>), aucune action corrective n'a été mise en œuvre pour résoudre l'absence d'enregistrements comptables au niveau du PEV. Ainsi, en date du présent audit, aucune comptabilité de la SDV n'est disponible pour la période auditée 2017-2020 (ni opérations de banque, ni opérations de caisse).</p> <p>De plus, l'examen des liasses de pièces justificatives remontées au niveau central révèle l'absence quasi systématique de rapports financiers des activités, détaillant suffisamment les imputations comptables et budgétaires des liasses de dépenses. Ceci rend la tâche de comptabilisation complexe et ne permet pas de rapprocher les dépenses exécutées au budget prévu au micro plan (voir également constat 4.3.1 ci-dessous).</p> <p>Ces défaillances aux accords et règlements en vigueur ont été relevées par les travaux de la Chambre des Comptes de la Cour Suprême, et n'ont pas permis d'établir une assurance raisonnable quant à l'utilisation des fonds reçus par la SDV au cours des exercices 2017 et 2018. Ceci est précisé dans le rapport définitif des travaux de la Cour de la manière suivante : « <i>à notre avis, sous réserve des anomalies relevées relatives au non-respect des procédures et de contrôle, les états financiers du Programme Elargi de Vaccination (PEV) des exercices 2019 et 2020 sont, dans tous leurs aspects significatifs, sincères, réguliers et donnent une image fidèle de la situation financière et patrimoniale du programme. Par contre, pour les exercices 2017 et 2018, faute de l'indisponibilité des états financiers et des pièces justificatives, la mission est dans l'impossibilité d'exprimer son opinion. De ce qui précède, la mission recommande au Ministre de la Santé Publique et de la Solidarité Nationale de prendre des sanctions administratives à l'endroit des responsables qui sont succédés à la tête du PEV durant la période sous revue pour avoir assuré une gestion des fonds entachée d'irrégularités</i> ».</p>	<p><b>Recommandation(s)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La SDV doit mettre en place un système comptable informatisé sans délai et le personnel doit être formé et recevoir des instructions précises quant aux obligations d'enregistrement des opérations et de tenue des comptes selon les normes comptables en vigueur.</li> <li>- Pour les entités décentralisées (DSP, DS et CS), le MSPSN, en lien avec l'IGS, l'UGP et l'AF, doit s'assurer de la disponibilité et utilisation systématique a minima de livre de banque et livre de caisse dans chaque structure, qui doit également être dotée de modèles de rapports financiers d'activités répondant aux besoins de rapportage des niveaux supérieurs. L'utilisation de format électronique doit être privilégiée.</li> <li>- Le MSPSN devra procéder à une reconstitution de la comptabilité de la SDV (à partir de l'exercice 2017) et à une indexation des pièces justificatives, afin qu'une revue des dépenses puisse être réalisée par l'audit des programmes Gavi dans une étape ultérieure.</li> </ul>
<p><b>Risque(s) / Implication(s)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de traçabilité des opérations financières induisant un risque de pertes, détournement et / ou mauvaise gestion des fonds mis à disposition de la SDV.</li> <li>- Absence de contrôle sur les pièces justificatives des dépenses, ne permettant pas la détection de dépenses non autorisées, irrégulières (fraudes) ou non conformes aux objectifs du programme.</li> <li>- Incapacité de la SDV à identifier les éventuels reliquats sur les avances versées aux structures décentralisées.</li> <li>- Incapacité de la SDV à suivre la correcte exécution des activités et PTA, induisant un risque d'erreur élevé dans les données remontées au MSPSN.</li> <li>- Risque élevé d'erreur dans la détermination des soldes de trésorerie des précédentes subventions reversées à l'UGP en juillet 2019.</li> </ul>	<p><b>Réponses / Engagements du management</b></p> <p>Voir le plan d'actions correctives en annexe 10</p>

<sup>9</sup> Seul un fichier de suivi des opérations de banques était tenu par la DVSE lors de la précédente mission d'audit des programmes Gavi, comme précisé dans le rapport émis en août 2018.

## 4.2.2. Retards d'enregistrement comptable et d'émission des rapports périodiques (UGP)

### Contexte

L'Accord Cadre de Partenariat signé entre Gavi et le Gouvernement du Tchad du 24 juillet 2013 précise à l'article 2.5 de l'annexe 3 qui indique que « les fonds doivent être gérés de façon transparente, et des rapports financiers exacts et vérifiables sont fournis régulièrement, selon ce qui est prévu dans les dispositions individuelles des financements ».

La section 2 des directives de Gavi sur les directives en matière de gestion financière et d'audit (édition de Novembre 2017) stipule en section 2 que « les états financiers annuels doivent être disponibles dans les 3 mois suivants la fin de l'exercice fiscal. »

Ces dispositions sont reprises au manuel de procédures de l'UGP, qui prévoit à la section 11 (« Système d'information comptable ») que « la comptabilisation des opérations doit être idéalement, quotidienne, à tout le moins hebdomadaire ; [...] La clôture comptable se fera à la fin de chaque mois (10 jours après le dernier jour du mois) »

Le point j) des GMR (« Système comptable et financier périodique ») indique que « l'UGP sera responsable de la soumission de tous rapports financiers consolidés [...] » selon une échéance trimestrielle et qu'« un reporting annuel des dépenses et engagements détaillés par rapport au budget approuvé [...] sera consolidé par l'UGP ».

### Description

Malgré les progrès notables enregistrés dans ce domaine depuis la mise en place de l'UGP, la mission a constaté des anomalies et défaillances dans la tenue des opérations comptable et l'émission des rapports financiers périodiques :

- En date du présent audit (août 2021), des retards significatifs ont été constatés dans la tenue des comptes :
  - o La comptabilité des subventions Fonds intérimaires et reliquats des précédentes subventions non encore clôturée pour l'année 2020 ;
  - o Les opérations relatives à la campagne rougeole initiée début 2021 et pour laquelle les fonds ont été réceptionnés en septembre 2020 n'étaient pas encore comptabilisés ;
- Les obligations de rapportage périodique (trimestriels et annuels) :
  - o Les états financiers annuels n'ont pas été établis pour les années 2018 et 2019 (réception des reliquats SDV de FCFA 263'157'304 en juillet 2019) ;
  - o Les rapports financiers annuels des subventions fonds intérimaires et reliquats des précédentes subventions au 31.12.2020 n'ont pas encore été soumis à Gavi (seul le rapport narratif et financier au 30.06.2020 est disponible) ;
  - o Aucun rapport financier trimestriel n'a été soumis à Gavi pour l'ensemble des subventions gérées par l'UGP.

Ces retards significatifs dans la tenue des opérations comptables et dans la préparation des états financiers de l'UGP constituent un frein à l'exécution des audits externes (voir constat 4.1.3).

### Risque(s) / Implication(s)

- Absence de traçabilité des opérations financières induisant un risque de pertes, détournement et / ou mauvaise gestion des fonds mis à disposition de la SDV.

### Recommandation(s)

- Le SAF de l'UGP doit respecter strictement les directives et périodicité prévues au manuel de procédures pour la tenue des opérations comptables et l'émission des rapports financier périodique.
- La comptabilité des dépenses réalisées via les reliquats des précédentes subventions, les fonds intérimaires et les coûts opérationnels de la campagne rougeole doivent être clôturées sans délai pour l'année 2020 et S1 2021 et les rapports financiers annuels produits pour les besoins des audits externes, dont la planification doit être réalisée avant fin 2021.

### Réponses / Engagements du management

Voir le plan d'actions correctives en annexe 10

### 4.2.3. Vulnérabilité d'accès au logiciel comptable (UGP)

#### Contexte

Le manuel de procédures de l'UGP définit à la section 11 (« Système d'information comptable ») que « le logiciel comptable utilisé est TOM2PRO de la maison Tomate. La gestion comptable de l'UGP est confiée au RAF, ainsi que la consolidation de la comptabilité de tous les bénéficiaires ». La « saisie des écritures comptables et imputations analytiques » est sous la responsabilité des comptables.

Il en découle que seul le RAF dispose des droits de validation des écritures, de clôture périodique des comptes et d'émission des rapports financiers, et que les comptables sont quant à eux les seuls à être habilités à saisir ou modifier des écritures comptables.

#### Description

Selon le manuel de procédures de l'UGP, la saisie des données comptables est sous la responsabilité des Comptables, mais seul le poste de travail du RAF n'a disposé du logiciel TOM2PRO installé et paramétré jusqu'en juin 2021. Les comptables ont donc été contraints jusqu'à cette date de l'utiliser pour la saisie des données.

Depuis, le comptable en poste et l'AF ont également obtenu accès au logiciel sur leur poste de travail, mais les droits d'accès n'ont pas encore été définis et tous les usagers utilisent un code utilisateur unique.

En conséquence :

- Toute personne ayant accès à l'un de ces ordinateurs a la capacité de rentrer, modifier ou y supprimer des données sans l'intervention d'un tiers, ce qui est contraire au principe de séparation des tâches ;
- L'utilisation d'un code utilisateur unique ne permet pas d'identifier la/les personnes ayant procédé aux opérations de saisie, correction, validation. Ceci entraîne une perte de traçabilité des opérations effectuées et est contraire au principe de conservation de la trace d'audit.

#### Recommandation(s)

- L'UGP doit établir sans délai la ségrégation des droits d'accès au logiciel comptable. La répartition des droits d'accès doit être définie par le SAF, validée par le service d'audit interne et l'AF et précisée dans le manuel de procédures.
- L'UGP doit confirmer la mise en réseau effective du logiciel comptable sur les ordinateurs de l'ensemble des personnes impliquées dans les opérations de saisie, revue, validation et contrôle a posteriori des données comptables. Cette mise en réseau doit intégrer les postes additionnelles prévus à l'issue du processus de recrutement en cours. Par ailleurs, le MSPSN devra clarifier les rôles et attributions des 23 points focaux provinciaux de l'UGP prévus afin de statuer sur la possibilité de les doter également du logiciel comptable.

#### Risque(s) / Implication(s)

- Cumul de tâches incompatibles.
- Risque de perte ou manipulation des données comptables.
- Organisation du travail des Comptables non optimales, entraînant un risque de retard important dans la tenue comptable des subventions.

#### Réponses / Engagements du management

Voir le plan d'actions correctives en annexe 10

### 4.3. Gestion budgétaire

#### 4.3.1. Défaillances et lacunes sévères dans les procédures d'établissement et de suivi de l'exécution des budgets (SDV)

##### Contexte

Le point **g)** des GMR (version de décembre 2019), relatif à la budgétisation stipule que « [...] les activités financées par les subventions accordées par Gavi seront alignées au plan national de développement sanitaire et prévues dans les différents PTA. Les fonds seront utilisés uniquement pour l'exécution des activités approuvées par le CCIA et autorisées ensuite par le Secrétariat de Gavi. En outre, le MSPSN mettra en œuvre un mécanisme de planification et de suivi budgétaire des fonds Gavi [...] et ce conformément aux activités prévues et budgétisées ».

Le point **j)** des mêmes GMR exige « un « reporting » annuel des dépenses et engagements détaillés par rapport au budget approuvé des financements Gavi ».

Les directives pour l'établissement des budgets annuels de la SDV sont définies à la section 4 (« Procédures budgétaire ») de son manuel de procédures et stipulent que « le PTA comprend : la description des activités et les objectifs visés, le bilan d'exécution au 30 septembre du PTA précédent, le plan de financement des activités, le plan de passation des marchés ». Les procédures de suivi budgétaire sont définies à la section 1.2 et précisent notamment que « Le contrôle budgétaire est sous la responsabilité de l'administrateur/comptable. Une revue trimestrielle de l'exécution du budget est faite par l'administrateur gestionnaire [...] Ce suivi est fait par l'administrateur/gestionnaire qui produit les tableaux de bord budgétaires mensuels permettant de suivre de façon fiable, l'exécution des budgets par catégorie de dépenses, par destination, par objectif, par activité et par composante. ».

##### Description

Le précédent audit des programmes Gavi en 2017 avait relevé des écarts entre les budgets considérés par la DVSE et les budgets approuvés des subventions Gavi, ainsi que l'absence d'un suivi d'exécution budgétaire des programmes fiable et formalisé. Des recommandations avaient été émises afin de mettre en place des outils permettant un suivi de l'exécution par bailleur, ligne budgétaire et entité de mise en œuvre. Ces recommandations n'ayant pas été mis en œuvre, les mêmes lacunes et défaillances ont été relevées au cours de cet audit :

- La budgétisation des POA/PTA de la SDV n'a pas été établie selon les dispositions prévues :
  - o Des écarts ont été relevés entre les budgets approuvés des subventions Gavi et les montants alloués dans les POA des années 2017, 2018 et 2020 (vérification non effectuée pour le POA 2019), conduisant à de potentiels dépassements budgétaires et dépenses inéligibles. Aucune explication n'a été obtenue de la SDV sur ces écarts ;
  - o Aucun suivi d'exécution des budgets dédiés aux différentes activités et achats du POA/PTA de l'année précédente n'est inclus aux POA/PTA de la période 2017-2020 ;
- L'absence de comptabilité tenue par la SDV sur la période auditée et la provenance de plusieurs bailleurs ne lui permettent pas de se conformer aux dispositions de son manuel de procédures en termes de suivi budgétaire. Aucun suivi budgétaire n'a été produit pour l'exécution des différents fonds disponibles durant la période auditée.

##### Recommandation(s)

- La SDV, en lien avec l'UGP, doit clarifier les raisons des écarts identifiés entre les budgets approuvés des subventions Gavi et les montants alloués à ce bailleur dans les POA des années 2017, 2018 et 2020 (voir annexe 4).
- La SDV doit se conformer strictement aux dispositions de son manuel de procédures concernant le contenu des POA/PTA, et notamment s'assurer d'y inclure les bilans d'exécution budgétaire des POA/PTA, y compris achats.
- La SDV doit renforcer significativement ses procédures de suivi de la trésorerie, pour l'ensemble des comptes bancaires dont elle assure la gestion. La mise en place d'un logiciel comptable devra permettre la tenue d'une comptabilité par projet et une allocation des dépenses par bailleur.

##### Risque(s) / Implication(s)

- Budgétisation aux POA de la SDV de dépenses potentiellement inéligibles (non budgétisées)
- Dépassements budgétaires par la SDV non autorisés et non identifiés
- Absence de suivi possible de l'exécution des fonds confiés à la SDV (cf. risques liés à la sous-section 3.2.1).

##### Réponses / Engagements du management

Voir le plan d'actions correctives en annexe 10

### 4.3.2. Défaillances et lacunes dans les procédures d'établissement et de suivi de l'exécution des budgets (UGP)

#### Contexte

Le point **g)** des GMR (version de décembre 2019), relatif à la budgétisation stipule que « [...] les activités financées par les subventions accordées par Gavi seront alignées au plan national de développement sanitaire et prévues dans les différents PTA. Les fonds seront utilisés uniquement pour l'exécution des activités approuvées par le CClA et autorisées ensuite par le Secrétariat de Gavi. En outre, le MSPSN mettra en œuvre un mécanisme de planification et de suivi budgétaire des fonds Gavi [...] et ce conformément aux activités prévues et budgétisées ». Le point **j)** des mêmes GMR exige « un « reporting » annuel des dépenses et engagements détaillés par rapport au budget approuvé des financements Gavi ».

Les directives pour l'établissement des budgets annuels de l'UGP sont définies à la section 9 (« Procédures budgétaire ») de son manuel de procédures (version révisée d'août 2020) et prévoient à la sous-section 9.3 qu'« après signature de la convention par le PTF [...] les structures de mises en œuvre (SR ou SSR, Provinces) vont extraire du Workplan les activités et les budgets dont elles ont la responsabilité de mise en œuvre pour en faire leurs plans de travail annuel (PTA) ». Les procédures de suivi budgétaire sont définies à la sous-section 9.5 et stipulent qu'« après l'approbation du budget par le PTF, les comptables sous la supervision du RAF saisissent le budget dans le module de gestion budgétaire du logiciel de gestion de projet (TOM2PRO). [...] Le suivi trimestriel consiste à produire un tableau de bord budgétaire basé sur le niveau de consommation du budget alloué au trimestre [...] Le RAF produit le tableau de bord à partir des données comptables enregistrées, suivant le niveau de détail souhaité. Ce tableau de bord est soumis au Coordonnateur de l'UGP ».

#### Description

- Les plans de travail annuels liés aux budgets des subventions des différents bailleurs sous gestion UGP ne font pas l'objet d'une consolidation, les activités étant exécutées sur la seule base des budgets approuvés individuellement ;
- Les budgets des subventions « fonds intérimaires », « campagne rougeole 2020/2021 » et RSS2 n'ont pas été intégrés dans le logiciel TOM2PRO, rendant impossible tout suivi budgétaire automatisé et augmentant ainsi les risques d'erreurs liées aux manipulations manuelles. Ces risques sont matérialisés par les écarts relevés entre les états de suivi budgétaire et les données reprises en comptabilité pour les subventions fonds intérimaires, reliquats des précédentes subventions et RSS2 ;
- Contrairement aux dispositions prévues dans le manuel de procédures, l'UGP ne produit pas de tableaux de bord ou suivi budgétaire par activité selon une fréquence trimestrielle. Les suivis budgétaires analysés durant cet audit n'incluent aucune explication sur les variances constatées et ne peuvent pas constituer un outil d'aide à la décision pour les directions de l'UGP et de la SDV.

#### Recommandation(s)

- L'UGP doit établir des plans de travail annuels consolidés pour une meilleure planification des activités et des ressources.
- L'UGP doit procéder sans délai à l'intégration de l'ensemble des budgets des subventions en cours dans le logiciel comptable afin de permettre un suivi budgétaire automatisé. Les états de suivi budgétaire doivent être produits par le SAF selon les fréquences définies au manuel de procédures et les facteurs sous-jacents aux principales variances identifiés. Ces suivis budgétaires doivent être exploités par les directions de l'UGP et de la SDV pour les appuyer dans la conduite de leurs fonctions.

#### Risque(s) / Implication(s)

- Erreurs dans les données reportées aux suivis budgétaires produits par l'UGP dues aux manipulations manuelles requises par l'absence de suivi budgétaire automatisé.
- Etat de mise en œuvre des programmes inconnu empêchant les reprogrammations nécessaires.

#### Réponses / Engagements du management

Voir le plan d'actions correctives en annexe 10



## 4.4. Gestion financière et trésorerie

### 4.4.1. Suivi de trésorerie et d'engagement des dépenses dysfonctionnel (SDV)

#### Contexte

Les GMR applicables à compter du 21 février 2017 en remplacement des dispositions de l'Aide-mémoire signé le 11 mai 2012 prévoient au point **h**) (et point **i**) dans la version mise à jour en décembre 2019) que « *les DSR et DS bénéficiaires des fonds Gavi ouvriront des comptes bancaires spécifiques dédiés à la réception des fonds. Tout fonds transféré au niveau périphérique (DSR, DS) sera transféré dans les comptes bancaires approuvés par le gouvernement Tchadien* » et que « *tout décaissement libéré depuis le compte bancaire portera obligatoirement la double signature des deux signataires suivants : Coordonnateur de l'Unité de Gestion des Programmes ou délégué, Chef de Mission de l'Agence de Gestion Fiduciaire ou délégué.* »

La section 2.1.3 du manuel de procédures de la SDV stipule que le fonctionnement des comptes bancaires et moyens de paiement de la SDV est soumis à la double signature obligatoire du « *Chef de programme et du DGAS/DGRP* » et qu' « *un état de rapprochement est préparé mensuellement par l'administrateur/comptable sur la base des extraits de compte retirés à la Banque où sont domiciliés les comptes des programmes* ».

#### Description

A l'issue du précédent audit des programmes Gavi en 2017, d'importantes lacunes concernant la gestion de fonds avaient été identifiées (versements d'espèces pour des montants significatifs, absence de procédure formalisée au manuel SDV pour la gestion et le suivi des avances, absence de suivi de la trésorerie au niveau des DS par le niveau central). Les recommandations liées à ces lacunes n'ayant pas été mises en œuvre par la SDV, cet audit a relevé les faiblesses suivantes :

- L'essentiel des coûts opérationnels des campagnes rougeole 2016 / 2017 et MenA 2018 a été financé via des retraits en espèces. L'utilisation des virements bancaires sur les comptes des DSP n'a été effective qu'à partir de la campagne poliomyélite réalisée fin 2020 ;
- La liste des signataires actifs des comptes bancaires de la SDV n'a pas été fournie ;
- Sur la base de la liste complète des personnes ayant occupé la fonction de signataires des comptes bancaires de la SDV, la mission a constaté que seize signataires différents s'étaient succédés sur la période auditée pour les trois comptes logés au sein de la SGT, dont huit signataires différents durant la seule année 2018 pour le compte bancaire abritant les fonds reçus de l'OMS. Les preuves de changements de signataires n'ont pas été fournies pour la période du 1er janvier 2017 au 15 avril 2020 ;
- L'incapacité de la SDV à lier les virements reçus sur les comptes bancaires aux avances effectuées par l'UNICEF et l'OMS, et donc à effectuer le suivi de la trésorerie des subventions Gavi, ne permet pas de déterminer les reliquats de trésorerie correspondant aux fonds reversés à l'UGP en 2019.

#### Recommandation(s)

- Poursuivre les mesures prises pour limiter au maximum les retraits en espèces, notamment à travers la mise à jour du manuel des procédures.
- La SDV doit transmettre la liste certifiée par la banque de tous les signataires pendant la période auditée des comptes ayant servi à faire transiter des fonds Gavi, ainsi que les preuves de demandes de changement à la suite des rotations de personnel.
- La SDV doit soumettre à Gavi l'ensemble de la documentation ayant permis de déterminer le montant des reliquats des précédentes subventions ayant fait l'objet de reversements sur le compte bancaire de l'UGP en juillet 2019.

#### Risque(s) / Implication(s)

- Risque élevé de pertes, vols ou détournements de fonds
- Risque élevé d'erreur dans la détermination des soldes de trésorerie des précédentes subventions reversées à l'UGP en juillet 2019.
- Les changements récurrents de signataires des comptes de la SDV sont susceptibles de mettre à mal l'efficacité et la continuité des services et détériorent l'environnement de contrôle de la SDV en diluant les responsabilités parmi un nombre élevé d'agents.

#### Réponses / Engagements du management

Voir le plan d'actions correctives en annexe 10

#### 4.4.2. Inefficiences du processus de traitement de requêtes de financement (UGP)

<p><b>Contexte</b></p> <p>Les GMR applicables à compter du 21 février 2017 en remplacement des dispositions de l'Aide-mémoire signé le 11 mai 2012 prévoient au point <b>h</b>) (cf. point <b>i</b>) dans la version mise à jour en décembre 2019) que « les DSR et DS bénéficiaires des fonds Gavi ouvriront des comptes bancaires spécifiques dédiés à la réception des fonds. Tout fonds transféré au niveau périphérique (DSR, DS) sera transféré dans les comptes bancaires approuvés par le gouvernement Tchadien » et que « tout décaissement libéré depuis le compte bancaire portera obligatoirement la double signature des deux signataires suivants : Coordonnateur de l'Unité de Gestion des Programmes ou délégué, Chef de Mission de l'Agence de Gestion Fiduciaire ou délégué. »</p>	
<p><b>Description</b></p> <p>Les trois sous-comptes bancaires de l'UGP dédiés aux fonds Gavi fonctionnent depuis leur date d'ouverture jusqu'en date du présent audit en requérant la signature obligatoire de quatre personnes (dont celle du Directeur Général du MSPSN), quel que soit le montant du paiement à exécuter, contrevenant ainsi aux dispositions des GMR.</p> <p>L'audit a également constaté une absence d'outil d'enregistrement et de suivi des requêtes de paiements, qui permettrait de maintenir une trace et une métrique de la performance de l'UGP dans le traitement des requêtes.</p>	<p><b>Recommandation(s)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'UGP doit s'aligner sur les dispositions du manuel de procédures et des GMR concernant les signataires des moyens de paiements.</li> <li>- L'UGP, en lien avec l'AF et la SDV, doit mettre en place un outil d'enregistrement et de suivi des requêtes de financement.</li> </ul>
<p><b>Risque(s) / Implication(s)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ralentissement des activités dû à un processus d'engagement des fonds présentant des lourdeurs administratives.</li> <li>- Manque de visibilité sur les goulets d'étranglement dans les flux financiers.</li> </ul>	<p><b>Réponses / Engagements du management</b></p> <p>Voir le plan d'actions correctives en annexe 10</p>

### 4.4.3. Résultats de la revue des dépenses effectuée par la Chambre des Comptes (UGP)

<p><b>Contexte</b></p> <p>La Chambre des Comptes de la Cour Suprême de la République du Tchad a procédé à la revue exhaustive des dépenses réalisées par l'UGP au cours de la période auditée, les mettant en regard aux dispositions du Manuel des procédures (validation finale en 2020 après plusieurs mises à jour) et aux GMR en vigueur. Les conclusions de cette revue sont intégrées en l'état au présent rapport et la synthèse des travaux est disponible en annexe 6.</p>	
<p><b>Description</b></p> <p>Les auditeurs de la Chambre des Comptes ont relevé les écarts suivants au manuel des procédures de l'UGP lors de la revue des dépenses :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de fiches d'imputation comptable pour 7 transactions en 2018 et 2019 ;</li> <li>- Absence de mentions obligatoires sur les demandes d'achats conformément au point 10.5.3 du Manuel des procédures ;</li> <li>- Absence de cachets obligatoires sur les factures validées conformément au point 10.1.2 du Manuel des procédures ;</li> <li>- Insuffisance de justification de certaines dépenses, matérialisée par :             <ul style="list-style-type: none"> <li>o L'absence de rapports de missions et/ou décharges d'arrivée/départ pour 20 opérations, attachés à une autre partie de la dépense (problème d'indexation des pièces justificatives) ; ;</li> <li>o Le paiement sur base de facture proforma pour 2 opérations ;</li> </ul> </li> <li>- 2 erreurs de comptabilisation d'un total de 5 863 564 FCFA ;</li> <li>- De nombreuses insuffisances dans le traitement des salaires, incluant notamment des erreurs dans le calcul des taxes et des cotisations.</li> </ul>	<p><b>Recommandation(s)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'UGP doit mettre en application les mesures prévues au Manuel des procédures, notamment en matière de fiches d'imputation comptable, de mentions et cachets obligatoires, et de pièces justificatives requises ;</li> <li>- L'UGP doit apporter la preuve de la correction des erreurs comptables identifiées par la Chambre des Comptes ;</li> <li>- L'UGP doit assurer la conformité permanente aux textes fiscaux relatifs aux revenus et salaires.</li> </ul>
<p><b>Risque(s) / Implication(s)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'absence de matérialisation des contrôles peut conduire à l'invalidation de certaines dépenses ;</li> <li>- L'absence, l'irrégularité ou l'insuffisance de certaines pièces justificatives ne permettent pas la vérification concluante que certaines dépenses ont effectivement été réalisées dans le cadre des programmes Gavi et selon les termes de l'ACP et de ses annexes. Ces défaillances constatées peuvent conduire Gavi à demander le remboursement des montants correspondants, au titre d'usage abusif de fonds tel que défini dans l'article 20.1 de l'annexe 2 à l'ACP ;</li> <li>- Etats financiers inexacts à la suite des erreurs de comptabilisation ;</li> <li>- Charges supplémentaires et/ou redressement fiscal liés aux insuffisances de traitement des salaires.</li> </ul>	<p><b>Réponses / Engagements du management</b></p> <p>Voir le plan d'actions correctives en annexe 10</p>

## 4.5. Gestion des immobilisations

### 4.5.1. Comptabilisation et suivi des immobilisations insuffisants (SDV & UGP)

#### Contexte

Le point **k**) des GMR (version de décembre 2019), relatif au registre des immobilisations stipule que « le MSPSN et les services concernés feront un inventaire physique global de toutes les immobilisations et des équipements financés par Gavi [...]. Cet inventaire devra indiquer le lieu et l'état actuel des immobilisations et servira à la création d'un registre des immobilisations dans le module de gestion des actifs du logiciel comptable [...]. L'UGP assurera, en collaboration avec les services compétents du MSPSN, l'étiquetage de tous les actifs achetés avec les fonds de Gavi et mènera des vérifications périodiques des actifs, en comparant les actifs physiques aux niveaux central et périphérique au registre des immobilisations. »

La section 2A alinéa 3 du manuel des procédures de gestion financière de la SDV précise que « La gestion des immobilisations est assurée par l'administrateur/comptable sous la supervision du chef de programme. L'administrateur/comptable tient un dossier, des fiches et un fichier d'immobilisations. Toutes les immobilisations acquises dans le cadre du programme sont inventoriées et enregistrées dans un module informatisé [...]. Toute immobilisation fait l'objet d'une codification [...] ».

La section 5.1 du manuel de procédures de l'UGP (version révisée en août 2020) précise également que « la gestion des immobilisations est assurée par le service financier. Il tient un dossier, des fiches et un fichier d'immobilisations. Toutes les immobilisations concernées sont inventoriées et enregistrées dans le module immobilisations du logiciel comptable Tom2Pro. [...] Chaque immobilisation est identifiée dans le fichier par un numéro d'immatriculation unique. »

#### Description

L'équipe d'audit a identifié des lacunes significatives dans la gestion des immobilisations par la SDV et l'UGP, dont les principales avaient déjà été constaté lors du précédent audit des programmes Gavi en 2017 (absence de registre des immobilisations au niveau central et décentralisé et absence d'inventaires physiques réguliers). Les recommandations liées n'ayant pas été mises en œuvre, les mêmes faiblesses ont été identifiées lors de cet audit. Elles sont détaillées ci-dessous :

- Dispositions du manuel de procédures de l'UGP et de la SDV, prévoyant la gestion des immobilisations assurée respectivement par le RAF et l'Administrateur comptable, incohérentes avec l'organisation effective et les fiches de postes, la gestion des immobilisations de l'UGP et de la SDV étant assurée par le responsable des RH de l'UGP et le logisticien de la SDV ;
- Absence de registre des immobilisations ;
- Immobilisations non codifiées et inventaires physiques non effectués annuellement (inventaire effectué uniquement en 2020 pendant toute la période auditée) ;
- Transferts d'actifs aux structures bénéficiaires effectués en fonction des opportunités de déplacement, entraînant parfois d'importants délais (à titre d'illustration, 65 routeurs réceptionnés le 23 février 2021 par la SDV restaient à distribuer aux bénéficiaires en date du présent audit) ;
- Justificatifs liés au déploiement des actifs en régions non disponibles ;
- Absence de suivi et de contrôle de l'UGP des immobilisations transférées à la SDV, illustrée par le manque d'information et de documentation disponible au niveau de l'UGP sur la gestion de ces actifs (vérification de distribution effective aux bénéficiaires, respect des directives d'affectation, assurance des véhicules et vaccins, etc).

#### Risque(s) / Implication(s)

- L'absence de registres des immobilisations alimenté par les données comptables induit un risque de non-exhaustivité des listes d'actifs établies sur la base des inventaires physiques réalisés.
- Manque de traçabilité des actifs achetés, entraînant un risque de perte / détournement, au niveau central comme décentralisé
- Manque de visibilité sur les actifs disponibles aux différents niveaux de la pyramide sanitaire, entraînant un risque de besoins non couverts et / ou double emploi.
- Retards dans la mise à disposition es actifs aux bénéficiaires finaux.

#### Recommandation(s)

- La SDV et l'UGP doivent mettre en place et tenir à jour un registre des immobilisations incluant l'ensemble des informations prévues dans leurs manuels de procédures respectifs. Ce registre doit être mis à jour dès la réception d'un actif immobilisable et alimenté par les données issues de la comptabilité.
- Un numéro d'identification unique doit être apposé sur chacun des actifs et repris au registre des immobilisations. Les inventaires doivent être conduits annuellement selon un calendrier prédéfini et intégrer l'ensemble des actifs octroyés sur les fonds des subventions Gavi. La conduite de ces inventaires doit impliquer les responsables logistiques de l'UGP et de la SDV et les auditeurs internes de l'UGP (missions conjointes).
- Des procédures de suivi et de contrôle de la correcte distribution et affectation des actifs confiés à la SDV, qu'ils soient destinés au niveau central ou décentralisés, doivent être mises en place par l'UGP.

#### Réponses / Engagements du management

Voir le plan d'actions correctives en annexe 10

#### 4.5.2 Suivi insuffisant des moyens roulants et de l'utilisation de carburant (SDV & UGP)

##### Contexte

La section 2A alinéa 2 du manuel des procédures de gestion financière de la SDV précise que « les stocks de carburant sont gérés par l'administrateur/comptable. Chaque véhicule est muni d'un carnet de bord permettant de suivre son utilisation, son entretien et sa consommation de carburant. [...] Chaque mois, l'administrateur/comptable prépare un relevé par véhicule indiquant le kilométrage parcouru et sa consommation du carburant du mois concerné ».

La section 7.1.3 du manuel de procédures de l'UGP précise que « chaque véhicule devra avoir son carnet de bord [...] Chaque chauffeur arrêtera son carnet de bord en fin de mois et le transmettra au chargé des RH et services généraux [...]. Chaque fin de mois, le chargé des RH et services généraux dressera un rapport sur la consommation de carburant ainsi que par véhicule ».

Le point p) des GMR (version de décembre 2019), relatif aux assurances stipule que « le MSPSN devra assurer tous les biens du programme y compris les vaccins et fournitures associés, les équipements de la chaîne de froid et autres immobilisations. Lorsque cela est possible à un coût raisonnable, le MSPSN devra souscrire une assurance tous risques et une assurance de responsabilité civile générale auprès de compagnies d'assurance solides et de bonne réputation en choisissant une couverture correspondant aux polices détenues par des organismes semblables qui réalisent des activités comparables ».

##### Description

L'équipe d'audit a identifié des lacunes significatives dans la gestion des moyens roulants par la SDV et l'UGP, comme détaillé ci-dessous :

- Absence de carnets de bord et de contrôle effectué par la SDV et l'UGP sur l'utilisation des véhicules et du carburant à leur disposition ou mis à disposition des structures décentralisées (DRS, DS et dépôts sub-nationaux) ;
- Discordances inexpliquées entre les PV d'affectation de 14 véhicules livrés en juin 2018 acquis sur le financement de la subvention RSS1 et les résultats de l'inventaire des moyens roulants réalisé par l'UGP en mars 2020 : six véhicules n'ont pas été retrouvés au PV d'inventaire (voir liste en annexe 7), et pour deux autres véhicules, les lieux d'affectation ne correspondent pas ;
- Contrairement aux dispositions des GMR, les véhicules acquis sur financement Gavi sont assurés par l'Etat et non par un assureur privé après leur première année de mise en circulation.

##### Recommandation(s)

- L'UGP et la SDV doivent appliquer strictement les dispositions prévues à leurs manuels de procédure respectifs concernant la gestion du carburant. Chaque véhicule doit être doté d'un carnet de bord à remplir par le chauffeur et à contrôler mensuellement par le SAF des deux entités.
- Des clarifications sont attendues du MSPSN sur les six véhicules acquis en juin 2018 non localisés lors de l'inventaire des moyens roulants réalisés en mars 2020, ainsi que sur les affectations non concordantes des deux autres.
- Le MSPSN doit apporter des éléments prouvant que le degré d'assurance des véhicules est au moins au même niveau que celui exigé par les GMR, ou s'y conformer à travers la contractualisation de polices d'assurance avec une société privée.

##### Risque(s) / Implication(s)

- Utilisation abusive des véhicules et du carburant
- Perte de moyens roulants affectés au programme
- Risque de non-couverture des dommages par l'assurance de l'Etat, ou couverture avec retard, en cas de difficulté de trésorerie.

##### Réponses / Engagements du management

Voir le plan d'actions correctives en annexe 10

## 4.6. Achats et passations de marché

### 4.6.1. Passations de marché non conformes aux dispositions réglementaires (UGP)

La section 12.3 du manuel de procédures de l'UGP (version d'août 2020) stipule également que « le plan de passation des marchés est actualisé semestriellement ou autant de fois que de besoin pendant toute la durée du projet [...]. Les plans de passation des marchés doivent être communiqués à l'Autorité de Régulation des Marchés Publics, qui en assure la publicité ». La section 12.6 du même manuel précise aussi que « chaque trimestre, le Spécialiste en Passation de Marchés prépare le rapport sur la passation des marchés ».

#### Description

L'équipe d'audit a relevé certaines discordances entre les dispositions du manuel de procédures de l'UGP et les pratiques constatées, dont les principales sont ci-dessous détaillées.

- Aucun élément permettant d'attester de la correcte et effective diffusion du PPM n'a été obtenu, comme prévu au manuel de procédures ;
- La périodicité de productions des rapports d'avancement du PPM (trimestrielles selon les procédures de l'UGP) n'est pas respectée, ceux-ci étant produits sur une base semestrielle. Le PPM n'étant pas mis à jour en temps réel (les lignes dédiées aux données concernant les réalisations effectives ne sont pas renseignées), le système en place ne permet pas un suivi de l'exécution des marchés selon la fréquence prévue ;
- La revue documentaire, notamment les rapports trimestriels produits par l'AF, a relevé plusieurs lacunes dans la conduite des procédures de sélection et de réception par l'UGP, ainsi que dans le suivi et l'application des clauses contractuelles avec les fournisseurs : (i) invitation à candidater envoyées à des fournisseurs non pré-qualifiés, (ii) incohérences de dates dans les documents relatifs aux DAO, (iii) pénalités de retard non appliquées ;
- L'UGP dispose d'une liste de fournisseurs pré-qualifiés établie en août 2019. Les partenaires UNICEF et OMS ainsi que l'AF (recruté en 2020) n'ont pas été impliqués dans son établissement et elle n'a pas été approuvée par Gavi.

#### Recommandation(s)

- L'UGP doit se conformer strictement aux modalités d'acquisition prévues à son manuel de procédures pour diffuser le PPM. Les écarts aux procédures observés au cours de cet audit doivent faire l'objet d'une justification.
- Le service passations de marchés de l'UGP doit effectuer les mises à jour des PPM et des rapports d'exécution selon les fréquences définies au manuel de procédures.
- Au vu des faiblesses relevées par l'AF à ce niveau, la correcte application des dispositions contractuelles, comme l'application des pénalités de retards, doit faire l'objet d'un suivi renforcé par le Responsable des passations de marchés.
- La liste des fournisseurs pré-qualifiés doit être mise à jour (annuellement) sur la base d'un appel d'offre ouvert à conduire sous la supervision de l'AF. Elle devra être approuvée par Gavi avant utilisation.

#### Risque(s) / Implication(s)

- Risque d'inéligibilité de tout ou partie des dépenses exécutées pour cause de non-respect des modalités d'acquisition définies au manuel de procédures de l'UGP et / ou des clauses contractuelles passées avec les fournisseurs.
- Modalités de sélection des fournisseurs / prestataires pouvant conduire à des achats exécutés auprès de fournisseurs ne proposant pas les meilleures offres disponibles sur le marché (en termes de prix et de qualité).
- Retards dans la mise en œuvre des activités dues à des acquisitions tardives faute d'un suivi satisfaisant de l'exécution du plan de passations de marché par la Direction de l'UGP.

#### Réponses / Engagements du management

Voir le plan d'actions correctives en annexe 10

## 4.7. Gestion des vaccins

### 4.7.1. Gestion insuffisante de la chaîne du froid (SDV)

<p><b>Contexte</b></p> <p>L'ensemble de la chaîne du froid a fait l'objet d'un état des lieux en 2015 à travers l'évaluation de la Gestion Efficace des Vaccins (GEV).</p>	
<p><b>Description</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les procédures opérationnelles normalisées (PON) pour toutes les activités importantes telles que le plan de contingence et la préparation de chaîne de froid pour le transport ne sont pas disponibles. Cette recommandation issue du rapport de la GEV 2015 n'a toujours pas été mise en œuvre même si l'on observe que l'équipe du stock maîtrise un certain nombre de ces procédures ;</li> <li>- Des fridge tags USB sont disponibles dans les chambres froides du dépôt central mais ne sont pas fonctionnels ;</li> <li>- Des cas de pertes ont été répertoriés dans le SMT en 2017 et 2019 dues à des températures élevées pour les vaccins suivants :             <ul style="list-style-type: none"> <li>o 2017 : vaccin VAR 5'400 doses, numéro de lot 2508015 expirant en septembre 2018 et 300 doses, numéro de lot 2530315 expirant en février 2018 ;</li> <li>o 2019 : vaccin mVPO2 2'200 doses, numéro de lot AOP2A076AA expirant en avril 2026 ;</li> </ul> </li> <li>- L'analyse des taux de pertes réalisée en mai 2020 par Acasus suggère que les cas de pertes par températures élevées pourraient être sous-déclarés.</li> <li>- La capacité de chaîne de froid passive demeure faible et non adaptée. Sur l'ensemble des glacières disponibles au dépôt central, une seule glacière est conforme aux normes de l'OMS (RCW25) et les autres sont des glacières en liège reçues lors du transport à l'international et réutilisées, de plus faible efficacité en termes de conservation. De nouvelles glacières, commandées sur fonds RSS, étaient en attente de livraison en date de l'audit ;</li> <li>- L'approvisionnement des DSN s'effectue via des véhicules non réfrigérés en utilisant des glacières en liège et sans outil enregistreur de température. Au vu des longues distances et de l'absence d'équipements et d'outils de monitoring adaptés, la conservation et l'efficacité des vaccins au cours du transport peut s'avérer compromise ;</li> <li>- De plus, aucune directive sur le conditionnement des accumulateurs pour le transport des vaccins n'a été élaborée afin de garantir une bonne préparation systématique des livraisons de vaccins à tous les niveaux. L'équipe en charge de la préparation des commandes possède des connaissances sur la préparation du transport, mais le nombre d'accumulateurs utilisés n'est pas précis et les accumulateurs ne sont systématiquement conditionnés.</li> </ul>	<p><b>Recommandation(s)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Veiller à l'élaboration d'un manuel de procédures opérationnelles normalisées (PON) pour toutes les activités importantes de la GEV.</li> <li>- Déployer les outils de contrôle des températures adaptés et en effectuer le suivi permanent.</li> <li>- Mettre en place un dispositif de contrôle et de remontée d'information pour toute perte en flacon fermé liée à un défaut de chaîne du froid.</li> <li>- Doter la logistique de la SDV de capacités suffisantes et homologuées en matière de chaîne du froid passive.</li> <li>- Préciser les directives en matière de conditionnement des accumulateurs pour le transport de vaccins dans le manuel de procédures opérationnelles normalisées (PON).</li> </ul>
<p><b>Risque(s) / Implication(s)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rupture de la chaîne de froid ;</li> <li>- Diminution de l'efficacité des vaccins.</li> </ul>	<p><b>Réponses / Engagements du management</b></p> <p>Voir le plan d'actions correctives en annexe 10</p>

### 4.7.2 Inventaire national des équipements de la chaîne du froid obsolète et présentant des insuffisances (SDV)

#### Contexte

Selon le rapport d'inventaire de la chaîne de froid (CDF) et des moyens roulants, les différentes évaluations dont la GEV de 2015 ont montré que la couverture en chaîne du froid oscillait entre 25% et 60%. Ce qui sous-entendait qu'environ 50% des centres de santé n'avaient pas d'équipements de chaîne du froid. Afin d'améliorer cette situation, le Plan Opérationnel du PEV de 2016 avait prévu, entre autres, la mise en fonction des dépôts sub-nationaux (DSN), le renforcement de la chaîne du froid au niveau des zones de responsabilité et la poursuite de la mise en œuvre du plan de réhabilitation de la chaîne du froid issue de l'évaluation de la GEV 2015.

Dans le cadre de l'élaboration de son plan pluriannuel 2018-2022 et en accord avec les recommandations de la GEV 2015, un inventaire a été réalisé en 2017. Les objectifs spécifiques de cette activité étant d'inventorier tous les équipements de la chaîne de froid (type, marque, modèle, localisation, capacité, état de fonctionnement, source d'énergie, numéro de série, etc.), d'analyser les résultats de l'inventaire, de dégager les écarts en équipements de CDF et enfin d'élaborer un rapport d'inventaire.

#### Description

L'inventaire fourni date de 2017 et n'a pas intégré les dotations en nouveaux équipements de CDF reçues depuis. La vérification de cet inventaire au niveau central a mis en évidence les inexactitudes détaillées ci-dessous :

- L'inventaire mentionne la présence de trois congélateurs Vestfrost au niveau du dépôt central portant les numéros de séries suivants 20081623104, 20110673035 et 20081830922, qui ne se trouvent pas physiquement au dépôt central. L'équipe du dépôt a déclaré qu'ils n'étaient plus fonctionnels et avaient été remplacés par deux congélateurs de la marque Beko qui ne sont pas préqualifiés par l'OMS. Cette insuffisance renvoie à l'analyse du rapport de la CDF de 2017 estimant que seuls 52% des équipements de la chaîne de froid utilisés pour la conservation des vaccins du PEV répondent aux exigences de l'OMS en termes de qualité ;
- Le dépôt central dispose de quatre chambres froides qui comportent des numéros de série non reportés dans l'inventaire des équipements CDF ;
- Le réfrigérateur solaire portant le numéro de série 5392121 et un congélateur Vestfrost indiqués au niveau du dépôt central dans l'inventaire n'ont pas été localisés. L'équipe du dépôt estime que ces deux équipements se trouvent au DSN de N'Djamena mais aucun document de transfert n'a pu être fourni ;
- Dans l'inventaire, seuls les équipements de la chaîne de froid actifs sont répertoriés. Les équipements de CDF passifs (glacières, accumulateurs) et les outils de contrôle des températures ne sont pas répertoriés. Cette absence de suivi ne permet pas de connaître les capacités de chaîne de froid passive nécessaire pour le transport des vaccins ou en plan de contingence.

#### Recommandation(s)

- La SDV, avec l'appui des partenaires, doit mettre à jour l'inventaire des équipements de CDF (actifs et passifs), étudier chaque écart avec l'inventaire précédent et régulariser les mouvements qui n'ont pas été enregistrés en indiquant leur justification.
- Un planning d'inventaire périodique doit être mis en place et exécuté selon des échéances régulières.
- Les deux congélateurs domestiques disponibles au dépôt central doivent être remplacés par des équipements conformes aux normes de l'OMS.

#### Risque(s) / Implication(s)

- Problème de traçabilité des équipements.
- Dernière mise à jour non conforme et incomplète ne permettant pas le remplacement des équipements vétustes.
- Non-conformité des congélateurs pouvant entraîner un défaut dans la préparation des accumulateurs de froid.

#### Réponses / Engagements du management

Voir le plan d'actions correctives en annexe 10



### 4.7.3. Insuffisances en matière de capacité et de sécurité physique du dépôt central (SDV)

#### Contexte

Le dépôt central est fonctionnel et se trouve à présent dans un nouveau local dédié. Selon le rapport final de la GEV 2015, des supervisions effectuées ont montré que les capacités de stockage étaient insuffisantes. L'une des recommandations formulées était donc d'augmenter les capacités de stockage de dépôts secs.

La mission de suivi de la mise en œuvre des recommandations issues de l'évaluation de la capacité des programmes réalisée en mai 2019 a également mis en lumière des insuffisances en matière d'équipements anti-incendie.

#### Description

La mission d'audit a relevé les points suivants :

- Le transfert des services n'a pas pris en compte les conditions de stockage des consommables et matériels d'injection :
  - o Les aires de stockage arrivées/départ ne sont pas déterminées ;
  - o Manque de place pour les accumulateurs de froid : certains sont déposés à même le sol dans la chambre froide négative et d'autres en vrac dans les deux congélateurs Beko ;
  - o Absence de palettes dans le dépôt pour les diluants ;
- Deux extincteurs sont disponibles au niveau du dépôt central mais ne sont pas conformes aux normes incendie : la révision qui devait être faite en juin 2019 n'a pas eu lieu et aucune autre révision n'a été effectuée depuis leur installation. Les nouveaux agents du dépôt n'ont pas reçu de formation spécifique aux consignes de sécurité incendie ;
- Insuffisances en termes de sécurité de l'entrepôt central : le nombre de jeu de clés disponibles n'est pas déterminé précisément malgré un flux important d'entrées et sorties de personnes dans le dépôt (partenaires, travailleurs journaliers, personnes venues récupérer leurs commandes, personnes non identifiées etc) sans mise en place de vérification particulière. Aucune mesure/protection particulière contre le vol n'est actuellement en place.

#### Recommandation(s)

- Conformément aux précédentes recommandations un dispositif minimal anti-incendie doit être mis en place comportant au minimum l'entretien ou le remplacement des extincteurs. Ainsi que la formation des agents aux consignes de sécurité qui doivent être disponibles.
- L'espace de stockage doit être amélioré afin de respecter les bonnes pratiques de stockage en :
  - o Créant des espaces entre les cartons et les murs pour améliorer la ventilation.
  - o Entreposant les cartons sur des palettes et non à même le sol

#### Risque(s) / Implication(s)

- Augmentation du risque de vol, d'incendie, de pertes ou de casses.
- Mauvaise préparation des accumulateurs de chaîne de froid pouvant influencer sur la conservation des vaccins lors de leur transport.
- Mauvaise conservation des intrants.

#### Réponses / Engagements du management

Voir le plan d'actions correctives en annexe 10

#### 4.7.4. Insuffisances et incohérences dans la gestion administrative des stocks au niveau central (SDV)

<p><b>Contexte</b></p> <p>La SDV utilise les fichiers SMT pour le suivi des stocks de vaccins au niveau du dépôt central et des dépôts sub-nationaux (DSN), qui font l'objet d'inventaires trimestriels afin de vérifier les données rapportées et ajuster si besoin les fichiers SMT (les écarts éventuels sont répertoriés et leur origine précisée). Les hôpitaux et CS réalisent également des inventaires mensuels mais sur la base des fiches de stocks uniquement. Les stocks sont gérés en fonction des dates de péremption, selon la règle "premier expiré / premier sorti".</p>	
<p><b>Description</b></p> <p>L'équipe d'audit a observé lors de ses tests les faiblesses suivantes, détaillées en annexe 9 du présent rapport :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Outils de gestion des stocks non mis à jour en cas d'absence du responsable du dépôt, seul responsable de leur maintenance ;</li> <li>- Insuffisance de remplissage des outils de gestion manuels :             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Les fiches de stocks ne sont pas remplies à chaque mouvement entrée/sortie ;</li> <li>o Les bordereaux de livraison sont disponibles au niveau du dépôt central mais ne suivent pas un ordre séquentiel et ne comportent pas systématiquement toutes les informations nécessaires (numéros de lots, date d'expiration), rendant l'archivage et le suivi complexe ;</li> <li>o Pour plusieurs livraisons, tous les feuillets du bordereau sont conservés dans le carnet alors que les duplicatas auraient dû être conservés respectivement par les destinataires et le transporteur ;</li> </ul> </li> <li>- Insuffisances dans l'utilisation des fichiers SMT :             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Report de stock incohérent d'une année à une autre :                 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 2017 à 2018 : erreurs de report pour 8% des lots ;</li> <li>▪ 2018 à 2019 : erreurs de report pour 50% des lots ;</li> <li>▪ 2019 à 2020 : erreurs de report pour 60% des lots ;</li> </ul> </li> <li>o Quantités enregistrées au fichier SMT ne correspondant pas aux bordereaux de livraison ;</li> <li>o Numéros de bordereaux de livraison non systématiquement inscrits au fichier SMT ;</li> </ul> </li> <li>- Documents manquants aux archives du bureau de la logistique du PEV :             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 2017 : manque tous les rapports mensuels et 3 PV de réception ;</li> <li>▪ 2018 : manque 2 rapports mensuels et 4 PV de réception ;</li> <li>▪ 2019 : manque 1 rapport mensuel et 3 PV de réceptions.</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Recommandation(s)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Former un suppléant au responsable du dépôt pour assurer l'utilisation à temps des outils de gestion de stock en cas d'absence ou d'indisponibilité. Le partage des tâches doit être documenté dans le manuel des procédures.</li> <li>- Procéder à des missions périodiques de suivi de la gestion des stocks au niveau des dépôts, ainsi que des vérifications ponctuelles de conformité entre les stocks physiques, les mouvements et les fichiers SMT. Rechercher les documents manquants et les réintégrer aux archives.</li> </ul>
<p><b>Risque(s) / Implication(s)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mauvaise qualité des données de stock ;</li> <li>- Risque de rupture et/ou de surstock ;</li> <li>- Risque de péremption.</li> </ul>	<p><b>Réponses / Engagements du management</b></p> <p>Voir le plan d'actions correctives en annexe 10</p>

## 4.8. Suivi et évaluation

### 4.8.1. Faiblesse du processus de contrôle et de validation des données rapportées (SDV & DSIS)

<p><b>Contexte</b></p> <p>Des discordances significatives sont relevées entre les données de routine de la vaccination et celles issues des enquêtes (MICS ou de couverture). Selon le résultat de l'enquête de couverture vaccinale de 2017, l'écart entre les données administratives et celles de l'enquête est de 55 points de pourcentage pour le penta 3 (92% en 2016 selon les données administratives contre 37% selon l'enquête de couverture vaccinale en 2017). En outre, les résultats de la Data Quality Review (DQR) révèlent que seulement 53,4% des centres de santé enquêtés présentaient une cohérence entre les données rapportées et les données recomptées pour le penta 3.</p>	
<p><b>Description</b></p> <p>La Direction des Statistiques et de l'Information Sanitaire (DSIS) ne dispose pas de capacités pour administrer et gérer de manière satisfaisante l'information sanitaire dans le pays. Cette insuffisance est amplifiée par la faiblesse de la SDV qui ne dispose que d'un questionnaire des données pour assurer l'enregistrement et le rapportage des données de vaccination.</p> <p>Alors même que des écarts ont été identifiés entre les données d'immunologie et celles relatives aux doses de vaccin administrées, aucun exercice de triangulation entre ces données n'est réalisé. La dimension « qualité des données » n'est pas systématiquement prise en compte dans l'élaboration des POA.</p> <p>Les ateliers de validation des données prévus au niveau des districts sanitaires ne sont pas toujours organisés et, lorsqu'ils le sont, l'analyse approfondie des résultats n'est pas effectuée (par exemple, vérifier la concordance des données provenant de plusieurs sources et/ou plusieurs périodes, recoupement des données immunologiques avec les doses de vaccin utilisées, analyse différenciée des zones de responsabilité performantes par rapport à celles moins performantes, identification des causes et facteurs déterminants de faible couverture vaccinale au niveau des districts).</p>	<p><b>Recommandation(s)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer les capacités d'analyse des données du personnel à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.</li> <li>- Prendre systématiquement en considération la dimension de la qualité des données dans l'élaboration des POA.</li> <li>- Instituer des méthodes de triangulation entre les données de vaccination et les doses de vaccins utilisées pour déterminer les taux de pertes de vaccin, puis analyser les écarts entre ces deux séries de données pour identifier les incohérences dans les résultats rapportés. Mettre en place une revue documentaire annuelle de la qualité des données à l'échelle du pays incluant l'exercice de triangulation.</li> </ul>
<p><b>Risque(s) / Implication(s)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque de confiance dans les données relatives à la vaccination ;</li> <li>- Tendance générale à une inflation des données rapportées ;</li> <li>- Possibles pertes de vaccins non rapportées.</li> </ul>	<p><b>Réponses / Engagements du management</b></p> <p>Voir le plan d'actions correctives en annexe 10</p>

## 4.8.2 Supervisions insuffisantes (SDV)

### Contexte

Les supervisions formatives visent à suivre et améliorer la performance de toutes les formations de santé en matière de vaccination, grâce à des indicateurs simples et précis. La supervision a pour objectifs majeurs le renforcement des capacités à travers la formation et le retour d'expérience.

### Description

La section "Planification" de la SDV n'a effectué aucune supervision au cours de l'année 2020.

Durant la période auditée, le pays n'a pas disposé d'une grille de supervision permettant aux superviseurs d'exécuter leurs contrôles et vérifications selon un canevas conçu à l'avance afin d'homogénéiser les méthodologies utilisées au cours des visites de terrain.

Il est à noter qu'à la suite de l'actualisation du Rapport Mensuel d'Activités (RMA) en janvier 2021, le responsable suivi évaluation de l'UGP a pris l'initiative d'élaborer la première version de grille de supervision, calquée sur le nouveau format des RMA, et a transmis cette grille à la DSIS qui en a poursuivi le développement. La grille de supervision qui est un document de 22 pages n'intègre cependant pas la dimension de la qualité des données.

Dans chaque structure supervisée, il est prévu un cahier dans lequel l'équipe de supervision inscrit les constats, les insuffisances et les points forts identifiés au cours de la supervision. Cependant, ce cahier n'est pas toujours disponible ou n'est simplement pas systématiquement rempli. De fait, les entités supervisées n'ont pas toujours trace des points d'attention ainsi que des recommandations faites à leur encontre. Il convient de noter qu'avec l'appui de ACASUS, le couplage des distributions de vaccins avec les supervisions au niveau des centres de santé a permis d'améliorer le score de disponibilité des vaccins de 0% à 48% en deux mois au cours du second semestre 2020 dans la province de N'Djamena.

### Risque(s) / Implication(s)

- Faible efficacité des activités mises en œuvre.
- Ecart entre les résultats programmatiques enregistrés et les objectifs fixés.

### Recommandation(s)

- Prenant en compte les difficultés rencontrées pendant l'année 2020, veiller à l'établissement d'un plan de supervision a minima pour éviter des ruptures longues de suivi des activités aux différents niveaux de la pyramide sanitaire qui pourraient entraîner le décrochage de certaines zones.
- Poursuivre le développement de la grille de supervision, en intégrant notamment le contrôle de la qualité des données à tous les niveaux.
- Rendre systématique la documentation des résultats de chaque supervision et le suivi des recommandations formulées au cours des visites antérieures. Les termes de référence des supervisions doivent refléter cet engagement de documentation tout en privilégiant une approche de renforcement des capacités du staff supervisé.

### Réponses / Engagements du management

Voir le plan d'actions correctives en annexe 10

## Annexes

### Annexe 1 – Acronymes

AF	Agent Fiscal	GMR	Grand Management Requirements (Exigences en matière de gestion des subventions Gavi)
AT	Assistance Technique	HACT	Approche Harmonisée des transferts d'espèces aux partenaires d'exécution
AFD	Agence Française de Développement	MenA	Vaccin contre la méningite à méningocoque de groupe A
ATI	Assistance Technique Internationale	MSPSN	Ministère de la Santé Publique et de la Solidarité Nationale
CCIA	Comité de Coordination Inter Agence	OCMP	Organe de Contrôle des Marchés Publics
CDF	Chaîne du froid	OMS	Organisation Mondiale pour la Santé
CS	Centre de santé	PCA	Program Capacity Assessment (Evaluation de capacité des programmes)
CTA/PEV	Comité Technique d'Appui (au PEV)	PEV	Programme Élargi de Vaccination
DGRP	Direction Générale des Ressources et de la Planification	PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
DGSELM	Direction Générale de la Santé Environnementale et de la Lutte contre les Maladies	PTF	Partenaires Techniques et Financiers
DHIS2	District Health Information Software	RMA	Rapport Mensuel d'Activité
DIES	Direction des Infrastructures et de l'Équipement Sanitaire	RMV	Rapport Mensuel de Vaccination
DPMP	Direction de la Pharmacie du Médicament et de la Pharmacopée	RCS	Responsable du Centre de Santé
DRH	Direction des Ressources Humaines	RSS	Renforcement du Système de Santé
DP	Direction de la Planification	SAF	Service administratif et financier
DS	District Sanitaire	SDSIS	Sous-Direction des Statistiques et de l'Information Sanitaire
DSIS	Direction des Statistiques et de l'Information Sanitaire	SDSR	Sous-Direction de la Santé de la Reproduction
DSN	Dépôt Sub-National	SDV	Sous-Direction de la vaccination
DSP	Délégation Sanitaire Provinciale	SGT	Société Générale Tchad
DSRV	Direction de la Santé de la Reproduction et de la Vaccination	SMT	Stock Management Tool
DVD-MT	District Vaccine Data Management Tool	TdR	Termes de Référence
ECF	Équipements de la Chaîne du Froid	TCA	Targeted Country Assistance
EMGS / GMR	Exigences Minimales en matière de Gestion des Subventions	UGP	Unité de Gestion de projets/programmes
FOSA	Formation Sanitaire	UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
Gavi	Global Alliance for Vaccines and Immunisation (Alliance Mondiale pour la Vaccination et l'Immunisation)		
GEV	Gestion efficace des vaccins		

## Annexe 2 – Méthodologie

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





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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Annexe 4 – Ecart entre les POA/PTA et les budgets Gavi

## Test de cohérence entre les POA du PEV et les budgets approuvés des subventions Gavi

**A/ Remarques préalables :**

- 1/ La présentation des POA du PEV ne permet pas un rapprochement aisé avec les budgets approuvés des subventions Gavi pour les principales raisons suivantes:  
 => Aucune indication n'est incluse aux POA sur les subventions Gavi finançant les différentes activités qui y sont inclus (seul le nom du bailleur est mentionné),  
 => Les libellés des activités divergent entre les 2 documents
- 2/ Le POA 2019 n'a pas été approuvé par le CCIA et aucun budget n'y est reporté. Le test est donc non applicable pour 2019

**B/ Méthodologie :**

- => Compte tenu des difficultés ci-dessus citées, la méthodologie adoptée a consisté à identifier au sein des POA des activités aisément identifiables au sein des budgets des subventions, et dont la source de financement prévue est Gavi, et de vérifier que ces activités ont effectivement été prévues dans les budgets approuvés des subventions Gavi, et pour un montant au moins équivalent à celui prévu au POA
- => Pour chacun des 3 POA testés, ce test a été effectué sur 3 lignes budgétaires.

**C/ Constats :****POA 2020:**

- 1/ Le POA prévoit le financement par Gavi de 144 motos pour les CS et 34 véhicules de supervision pour les 10 provinces prioritaires, pour un coût total d'USD 1'219'286. Ces achats sont effectivement prévus au budget de la subvention RSS2, pour un coût total d'USD 1'291'071. Le nombre de motos et véhicules budgétés pour ce montant est toutefois de respectivement 501 motos et 58 véhicules. Il semble donc que les coûts unitaires considérés au POA (non détaillé) sont significativement supérieurs à ceux prévus au budget.
- 2/ Le POA prévoit le financement par Gavi de l'auto-évaluation de la GEV et la mise à jour du plan d'amélioration pour un coût total d'USD 25'964. Cette activité est bien listée dans le budget approuvé du RSS2, mais aucun budget n'y a été affecté.
- 3/ Le POA prévoit le financement par Gavi de l'organisation des activités de vaccinations intensifiées (AVI) dans 33 DS pour un coût global d'USD 783'338. Cette activité est bien prévue dans la subvention RSS2, mais pour un montant limité à USD 386'488.

**POA 2018:**

- 1/ Le POA prévoit le financement par Gavi de l'organisation des AVS contre la rougeole pour un coût global d'USD 1'985'590 (sans détail). Ce financement a effectivement été accordé par Gavi, mais pour un montant limité à USD 1'775'500.
- 2/ Le POA prévoit le financement par Gavi de l'introduction de la 2<sup>de</sup> dose de VAR dans le PEV de routine pour un coût global d'USD 727'273 (sans détail). Ce financement a effectivement été accordé par Gavi, mais pour un montant limité à USD 487'963.

**POA 2017:**

Le POA prévoit l'appui de Gavi à la mise en œuvre de l'approche ACD dans 60 DS prioritaires pour FCFA 109'453'000, soit environ USD 195'451. Cette activité est prévue au budget de la subvention "financement intérimaire" mais seulement dans 10 DS pour USD 170'023.



## Annexe 5 – Illustration d'archivage des pièces justificatives des dépenses (SDV)



Bonjour !  
Par cette occasion, je  
vous envoie les pièces  
justificatives de lere & Pala.  
Prière de les glaciés aux  
Centres Santé's correspon-  
dants et prendre le soins  
de rediriger celles dont les  
montants ne correspon-  
dent pas.  
Merci & à bientôt.



## Annexe 6 – Revue des dépenses de l'UGP

Les tableaux suivants sont les conclusions des travaux de revue des dépenses de l'UGP pendant la période audité, réalisés par la Chambre des Comptes de la Cour Suprême de la République du Tchad, tels que communiqués à l'équipe d'audit le 16 novembre 2021.

### 1- Insuffisances relevées dans la documentation des dépenses effectuées pour la période allant de juillet 2018 au 31/12/2020

Observations	Faits/Référence manuel de procédure relatif à la gestion des fonds alloués par GAVI à l'UGP	Risque	Recommandations	Commentaire UGP	Total	
					Montant FCFA	Nbre opérations
<b>1 -Absence des mentions obligatoires sur les demandes d'achats (précision des prix estimatifs sur la demande d'achat, précision sur la ligne budgétaire)</b>	Le manuel de procédure relatif à la gestion des fonds alloués par GAVI à l'UGP stipule que toute transaction doit être accompagnée d'une fiche d'imputation comptable validée par le coordonnateur de l'UGP et l'Agence Fiduciaire. IL ressort de notre analyse que 7 opérations d'un montant global de <b>FCFA 29 millions</b> ne disposent pas de fiche d'imputation comptable validée par le coordonnateur de l'UGP et l'Agence Fiduciaire.	Dépenses inéligibles	Respect des procédures en matière des Dépenses	L'absence des mentions obligatoires du Coordonnateur et de l'AGF s'explique par le fait que le manuel des procédures n'existait pas en 2018. Le manuel a été validé le 07 Aout 2020 par GAVI. Date à laquelle son application est devenue obligatoire L'AGF a été installé à partir du mois d'avril 2020. Par conséquent le manque des fiches d'imputation et d'engagement peut être expliqué par l'absence du manuel de procédures en 2018 et 2019.	29 692 225	7
<b>2- Absence des mentions obligatoires sur les demandes d'achats (précision des prix estimatifs sur la demande d'achat, précision sur la ligne budgétaire)</b>	Le point <b>10.5.3</b> du manuel de procédure relatif à la gestion des fonds, stipule que toute transaction doit être accompagnée d'une demande d'achat devant comporter : - Le visa du RAF ; - L'approbation du coordonnateur pour approbation ; - La validation de l'AF (Agence fiduciaire) ; - L'indication des articles à acheter ; - Leurs quantités et prix estimatifs ; - La référence de la ligne budgétaire et la disponibilité.	Dépenses inéligibles	Respect des procédures en matière des Dépenses	La demande d'achat ne comporte pas le prix, c'est une expression de besoin. Même si le manuel l'a mentionné c'est par erreur. Les prix sont normalement connus à partir de la facture pro-forma du fournisseur  Pour la suite, l'UGP prend bonne note	95 952 486	11
<b>3- Absence des mentions obligatoires sur la facture (mention Bon à payer, Payer par chèque ou ordre de virement si le bien est payé)</b>	Le point <b>10.1.2</b> du manuel de procédure stipule: Les factures doivent être certifiées et liquidées accompagnées d'un B/C et d'un B/L et doivent porter le cachet « BON A PAYER » avec visa du Coordonnateur de l'UGP, et de l'AF (Les factures relatives à des contrats doivent porter les numéros des contrats correspondants). Toute facture réglée doit être acquittée et porter le cachet « PAYE par chèque numéro...date...montant... ».	Dépenses inéligibles	Respect des procédures en matière des Dépenses	Une instruction a été donnée pour concevoir les cachets à cette fin.	57 917 490	12
<b>4- Absence de validation de la fiche d'engagement des dépenses par l'Agence Fiduciaire</b>	Le manuel de procédure relatif à la gestion des fonds alloués par GAVI à l'UGP dans sa rubrique règlement des dépenses par banque que tout paiement, une fiche d'engagement de dépense soit établie et validée par le coordonnateur et l'agence fiduciaire. La revue des dépenses de la période audité révèle l'existence des fiches d'engagement des dépenses non validées par l'Agence Fiduciaire pour un total de FCFA 27 778 252	Dépenses inéligibles	Respect des procédures en matière des Dépenses	Idem au point 1 Un respect rigoureux de cette procédure est constaté pendant une partie des années 2020 et 2021.	54 928 564	13

Observations	Faits/Référence manuel de procédure relatif à la gestion des fonds alloués par GAVI à l'UGP	Risque	Recommandations	Commentaire UGP	Total	
					Montant FCFA	Nbre opérations
<b>5- Absence des rapports de missions</b>	Le point <b>6.2.2</b> exige comme preuve de l'effectivité de la mission les éléments suivants: - les pièces justificatives de dépenses, - le rapport de la mission, - la preuve d'arrivée à destination ou ordre de mission déchargée à l'arrivée et au départ de chaque localité (O.M. cacheté). il ressort 20 opérations que cette procédure n'est pas respectée notamment l'absence des rapports de missions ou décharges d'arrivées et de départ.	Dépenses inéligibles	Respect des procédures en matière des Dépenses	Pratiquement toutes les missions sont payées à 80% au départ et ce n'est qu'au vu du rapport et de l'ordre de mission cacheté et signé sur les différentes étapes que les 20% sont payés. Donc les rapports se trouvent souvent dans la deuxième liasse de 20%	28 336 712	20
<b>6- Paiement des dépenses effectué sur la base des factures PROFORMA</b>	Il ressort des paiements effectués sur la base des factures pro forma en lieu et place des factures définitives.	Dépenses inéligibles	Respect des procédures en matière des Dépenses	Il est vrai que pour mener nos activités, nous payons certains fournisseurs plus précisément <b>Moov Africa et Total Marketing</b> au vu des Pro-forma. Ceci est lié à leurs procédures de paiement. La facture définitive est générée seulement qu'après paiement de la facture. En ce moment les factures définitives de l'année 2020 ont été collectées suite au constat fait par l'audit externe de KPMG sur le fonds GAVI	3 190 538	2
<b>7- Insuffisance de contrôle des pièces Justificatives</b>	La validation sur pièces des opérations relatives aux dépenses effectuées par l'UGP dans le cadre du financement GAVI montre l'existence d'un écart entre le total des pièces justificatives et solde en comptabilité. L'écart relevé sur l'opération est de FCFA 361 000. - Montant de la pièce: <b>1 505 000;</b> - Montant de la comptabilité: <b>1 866 000</b>	Dépenses inéligibles	Respect des contrôles en matière de validation des pièces comptables.	A vérifier sur les pièces et la base comptable.  Le fonds a été mis à la disposition des femmes du PEV pour participer au défilé de La SENAFET. Nous allons procéder à la vérification et nous rapprocher du PEV pour compléter.		1
					<b>270 018 015</b>	<b>66</b>

## 2- Insuffisances liées au traitement des salaires

Observations	Faits	Risque	Recommandations	Commentaire UGP
<b>1 - Confusion entre le salaire brut et le salaire de base</b>	Pour les années 2018 et 2019, nous notons une confusion entre le salaire brut et le salaire de base des employés, ce qui a une incidence sur le salaire net dans le sens d'une majoration (référence faites aux états de paies mensuels). Cette anomalie n'est certes pas chiffrée, mais en cas de contrôle, l'Administration fiscale pourrait rejeter les états de paie y relatifs et procéder à un nouveau retraitement et y asseoir des pénalités.	Risque de redressement fiscal.	Se conformer aux textes fiscaux relatif aux revenus et salaires	les premiers contrats de travail de l'UGP ont été montés par la Direction Administratif et financière du ministère qui a payé aussi les premiers salaires de l'UGP.
<b>2- Indemnités de logement non taxées</b>	Nous avons relevé que les indemnités de logement sont considérées comme des indemnités non imposables alors qu'elles sont soumises à l'IRPP (impôt sur les revenus des personnes physiques) si l'on se réfère aux dispositions du Code Général des Impôts du Tchad en son <b>article 46</b> .	Risque de redressement fiscal.	Se conformer aux textes fiscaux relatif aux revenus et salaires	Cette anomalie a été corrigée à partir de 2019 et les taxes ont été appliquées à toutes les indemnités taxables.
<b>3- Paiement hors délai des impôts, taxes et cotisations</b>	Les impôts retenus à la source (IRPP et ONASA) et les cotisations sociales (CNPS) ne sont pas versés au trésor Public dans les délais légaux. Suivant l' <b>article 848</b> du Code Général des Impôts du Tchad, les retenues afférentes aux paiements effectués pendant un mois déterminé, doivent être versées le 15 du mois suivant.	Risque de redressement fiscal (Pénalités).	Paiement des impôts dans les délais réglementaires	Pour l'année 2018, le retard accusé est de 1 mois car les impôts retenus à la source ont été payés en février 2019.
<b>4-Prélèvement indu des cotisations sociales</b>	Il a été prélevé des retenues au titre des cotisations sociales sur la prime de performance payée en décembre 2020,	Charges supplémentaires sur les revenus des employés.	Se conformer aux textes fiscaux relatif aux revenus et salaires	Cela est fait suite à une mauvaise compréhension des textes. Nous souhaiterions que la mission formule des recommandations à l'endroit de l'employeur, pour lever cette équivoque. Un respect rigoureux de cette procédure est constaté pendant une partie des années 2020 et 2021.
<b>5- Taxation des indemnités séparément du salaire</b>	L'impôt sur le revenu des personnes physique (IRPP) est assis d'une part sur les revenus du Travail et d'autre part sur les revenus du capital. Il se calcule sur l'ensemble des revenus de l'employé. L'IRPP ayant frappé des indemnités de fin de contrat en juin 2020 a été traité différemment du salaire du mois, alors que ceux-ci doivent être cumulés pour amortir le poids de l'impôt sur les employés, ce qui a comme conséquence un montant élevé de l'IRPP;	Charges supplémentaires sur les revenus des employés.	Se conformer aux textes fiscaux relatif aux revenus et salaires	Cela est fait suite à une mauvaise compréhension des textes. Nous souhaiterions que la mission formule des recommandations à l'endroit de l'employeur, pour lever cette équivoque. Un respect rigoureux de cette procédure est constaté pendant une partie des années 2020 et 2021.
<b>6- Doublons des pièces comptables</b>	L'analyse des opérations de salaires fait ressortir des doublons des pièces comptables (référence à la lettre N°5411 et 5723 d'un montant de 3 997 564 fois deux) ;	Dépenses inéligibles;	Les opérations comptables annulées doivent comporter des mentions "ANNULÉE"	il s'agit d'une annulation dont le projet a omis d'indiquer la mention ANNULER

## Annexe 7 – Véhicules manquants lors de l'inventaire 2021

Résultats du rapprochement entre la note de service du SG du MSPSN en date 28 juin 2018 portant affectation des 18 véhicules Toyota Hilux livrés en juin 2018 et les résultats de l'inventaire des moyens roulants effectués par l'UGP en mars 2021

### Liste des 6 véhicules non retrouvés à l'inventaire

Marque du véhicule	Immatriculation du véhicule	Lieu d'affectation selon la note de service	Résultats de l'inventaire
Toyota Hilux DC	18C4664TT	DS d'Abougoudam	Non reporté à l'inventaire
Toyota Hilux DC	18C4668TT	DS de N'Djaména Toukra	Non reporté à l'inventaire
Toyota Hilux DC	18C4669TT	DS de N'Djaména Nord	Non reporté à l'inventaire
Toyota Hilux DC	18C4671TT	Chef de service adjoint de la surveillance épidémiologique	Non reporté à l'inventaire
Toyota Hilux DC	18C4672TT	Coordination CCIA	Non reporté à l'inventaire
Toyota Hilux DC	18C4673TT	UGP	Non reporté à l'inventaire

## Annexe 8 – Détails de la revue des passations de marchés

Le tableau suivant contient la liste des marchés prévus par Demandes de Cotations (DC) ou Ententes directes (ED) et dont la valeur excède 10'000'000 FCFA.

N° Appel d'Offres	Ligne Budgétaire	Intitulé du Marché	Montant budget (en USD)	Montant budget (en Fcfa)	Organe d'exécution	Mode de sélection	Pré-qualification	Agent Pré-qualifié
1	2	3	4	5		6	7	8
N°...../PR/MSP/DG/CPM/2020	O2.6	Acquisition de 35 boîtes anti virus(pour 69 ordinateurs) et 100 stabilisateurs et 62 vidéo projecteur;	24'312.50	13'615'000	UGP	DC	Non	NA
N°...../PR/MSP/DG/CPM/2020	O2.6	Fourniture de modem et de recharge pour les 58 DS, les 10 DSP, S&E et la logistique.	21'735.71	12'172'000	UGP	ED	Oui	TIGO/ AIRTEL
N°...../PR/MSP/DG/CPM/2020	O.3.7.1.1	Equiper les superviseurs en Smartphones	24'535.71	13'740'000	UGP	DC	Non	NA
N°...../PR/MSP/DG/CPM/2020	O4.4.1.1	Location de véhicules pour la caravane de la vaccination de la fondation grand cœur	40'178.57	22'500'000	UGP	DC	NA	NA

## Annexe 9 – Résultats des tests de rapprochement effectués sur les fichiers SMT

- Tableau de réconciliation entre les PVs de réception et les données reprises aux fichiers SMT (par année)

Période	Rapports mensuels	SMT				Ratio PV /SMT	Ratio PV /SMT	Commentaires
		TOTAL	SMT Correctes	SMT Erreur	PV Absents			
2017	16	19	15	1	3	79%	84%	15 correctes 01 erreur sur la quantité reçue : 9150 dans le SMT vs 6220 sur le PV du 02/10/2017 03 absence de PV de réception mais reportés dans le SMT (02/10/2017)
2018	20	24	16	4	4	67%	83%	16 correctes 04 erreur sur la quantité reçue : les quantités du diluant par lot ne correspondent pas entre les deux sources même si le total est le même (PV du 30/03/2018) 04 absence de PV de réception mais reportés dans le SMT (23/03/2018)
2019	7	10	6	1	3	60%	70%	06 correctes 01 erreur sur la date d'expiration : 08/21 dans le SMT vs 03/21 sur le PV du 14/02/2019 03 absence de PV de réception mais reportés dans le SMT (06/2019)
2020	16	39	16	0	23	41%	41%	16 correctes 23 absences de PV de réception mais reportés dans le SMT

- Tableaux de réconciliation entre les données de stocks de fin et de début de période reprises aux fichiers SMT (par lot et année)

	SORTIE	REPORT	REMARQUES
8%	2017	2018	
0273J42	50400	99'600	Quantités différentes
0271J52		170'000	Pas de correspondance
0172J21		252'000	Pas de correspondance
0174J21		252'000	Pas de correspondance
0174J41		800	Pas de correspondance
0173J21		252'000	Pas de correspondance
0171J51		252'000	Pas de correspondance
0172J51		252'000	Pas de correspondance
0173J51		252'000	Pas de correspondance
0174J51		252'000	Pas de correspondance
0371J51		70'000	Pas de correspondance
0272J52		90'000	Pas de correspondance

8% des lots dans l'onglet sortie en 2019 se retrouvent dans l'onglet entrée sous report.

0% Il n'y a aucune correspondance

	SORTIE	REPORT	REMARQUES	
	2019	2020		
DTC-HepB-Hib	220105919A	109'080	137'120	
DTC-HepB-Hib	220105119A	0	1'680	
DTC-HepB-Hib	220102119A	0	480	
DTC-HepB-Hib	220110318A	0	170	
DTC-HepB-Hib	PLU019A19		186'000	Pas de correspondance
Men_A	17890002	55'520	57'500	
Men_A	127070010Z		36'290	Pas de correspondance
VAA	2510		46'700	Pas de correspondance
VPI	IPQ031A19		200'100	Pas de correspondance
VPI	IQP003A19	0	425	Le numéro de lot est inversé IQP en 2020 et IPQ en 2019

60% des lots dans l'onglet sortie en 2019 se retrouvent dans l'onglet entrée sous report.

0% Il n'y a aucune correspondance

	SORTIE	REPORT	REMARQUES	
	2018	2019		
DTC-HepB-Hib	2PLU014A18		440'400	Pas de correspondance
DTC-HepB-Hib	2PLU013A118	4800	4'500	Quantités différentes

50% des lots dans l'onglet sortie en 2019 se retrouvent dans l'onglet entrée sous report.

0% Il n'y a aucune correspondance



## Annexe 10 – Plan d’actions correctives

Réf.	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Délai
4.1	<b>Gouvernance et organisation</b>				
4.1.1	<p>1-Mettre en œuvre l'exigence de révision des arrêtés portant fonctionnement du CCIA et du CTA/PEV. Le MSPSN doit élaborer et promulguer les arrêtés prenant en compte les directives de Gavi sur les forums nationaux de coordination du secteur santé, incluant une liste de membres révisée (structures du MSPSN et acteurs impliqués dans la mise en œuvre des subventions Gavi).</p> <p>2-Les actions nécessaires doivent être entreprises par les autorités du MSPSN, avec l'appui des PTF, pour redynamiser le fonctionnement de ces deux Comités. Ceci doit notamment passer sans s'y limiter par (i) le respect de la fréquence de tenue de ces réunions, (ii) la formalisation systématique des échanges tenus et décisions prises via la production et diffusion des procès-verbaux de réunions aux acteurs impliqués et au secrétariat de Gavi (iii) la formation continue des membres de ces deux comités à la conduite de leur rôle, et (iv) une implication accrue du CCIA dans le suivi de la vaccination de routine, la mobilisation des ressources et appuis nécessaires à la résolution des problèmes identifiés, ainsi que l'identification des besoins d'assistance technique et le suivi-évaluation de leur correcte mise en œuvre et valeur ajoutée.</p>	Essentielle	<p>1-Une révision de l'arrête portant création du Comité de Coordination Inter-Agence (CCIA) a été élaboré le 02 décembre 2020 sous l'autorité du Ministre d'Etat, Ministre Secrétaire General a la Présidence de la République mais le MSPSN a jugé nécessaire de reprendre l'Arrêté No 0020/PR/2020 pour soumettre à la Signature du Premier Ministre</p> <p>2-Le MSPSN prend bonne note de ces recommandations et veillera à son application. L'UGP fait le suivi de cette recommandation</p>	<p>MSPSN</p> <p>MSPSN</p>	<p>30.06.22</p> <p>30.06.22</p>
4.1.2	<p>1- Une discussion doit être engagée entre les autorités du MSPSN et Gavi sur les motivations et objectifs et l'impact de la restructuration en cours de l'UGP. Ces échanges devront notamment permettre de clarifier les futurs rôles et attributions confiées à l'UGP et les modalités de financement des réformes envisagées (notamment les recrutements additionnels et leur affectation par projet).</p> <p>2- Les liens fonctionnels entre l'UGP et la SDV doivent être clairement définis dans les organigrammes et les procédures opérationnelles normalisées qui devront détailler, sans s'y limiter : (i) leurs tâches respectives et les interactions nécessaires pour les réaliser, (ii) les agents / fonctions impliqués dans les processus de financement des activités de la SDV par l'UGP, de suivi et évaluation de leur mise en œuvre par l'UGP, et de collecte, consolidation et rapportage de données programmatiques, (iii) les différentes tâches de contrôle à effectuer par les deux parties sur l'utilisation des ressources (matériels et vaccins) mises à la disposition de la SDV et des entités décentralisées du MSPSN (DSP, DS et CS).</p> <p>3-Un cadre de concertation formel, prévoyant la tenue de réunions périodiques sur une fréquence hebdomadaire, doit être mis en place. Ces réunions doivent être sanctionnées par des procès-verbaux détaillant les sujets discutés, les décisions prises, leur date d'application et les acteurs désignés pour les mettre en œuvre. Ces procès-verbaux devront être partagés au CCIA pour suivi et prise d'actions éventuelles.</p>	Essentielle	<p>1- En novembre 2021 une discussion entre le MSPSN et Gavi ainsi que le FM a eu lieu et a permis de clarifier les motivations, les objectifs et l'impact de la restructuration. De commun accord, il a été décidé d'implémenter la restructuration en trois phases. Le personnel retenu pour la première phase est en processus de prise de fonction. (Un mémo a été établi à cet effet)</p> <p>2- Faire signer une convention entre l'UGP, PEV et les autres entités de mise en œuvre pour permettre à l'UGP de jouer pleinement son rôle. Il faut un manuel de procédures assez claire pour permettre aux deux parties de travailler dans le respect strict des textes en vigueur.</p> <p>3- L'UGP prévoit dans son manuel de procédures une réunion mensuel des partenaires bénéficiaires de fonds. Un plan de travail entre le PEV et l'UGP sera élaboré avec un chronogramme bien précis pour la tenue des</p>	<p>UGP</p> <p>UGP</p> <p>UGP</p>	<p>Réalisé</p> <p>Non commencé</p> <p>30.06.22</p>

Réf.	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Délai
			réunions périodiques. L'UGP a participé à l'élaboration du POA 2022		
4.1.3	<p>1-Le MSPSN, en lien avec l'UGP et la SDV, doit établir un état des lieux des fonds octroyés par Gavi sur les périodes antérieures à 2021 et restant non audités. Cet état des lieux devra préciser : (i) la disponibilité des états financiers et/ou écritures comptables, (ii) la situation des pièces justificatives des dépenses liées (complétude et emplacement).</p> <p>2-En concertation avec le Secrétariat de Gavi, le Comité d'audit de l'UGP devra rédiger les termes de références des audits non encore effectués et les mettre en œuvre conformément aux dispositions des GMR.</p> <p>3-Pour les périodes en cours et à venir, l'UGP devra s'assurer que les audits externes sont planifiés et exécutés dans les délais impartis, conformément aux GMR et aux dispositions de l'Accord Cadre de Partenariat.</p>	Importante	<p>1-Le PEV avec l'appui de l'inspection Générale du MSPSN a initié une vérification des pièces justificatives depuis trois mois.</p> <p>2- La cellule d'audit interne va proposer les TdR des audits non encore effectués au comité une fois que la situation financière sera connue</p> <p>3-Recommandation bien noté</p>	<p>PEV/UGP</p> <p>UGP</p> <p>UGP</p>	<p>30.06.22</p> <p>30.06.22</p> <p>En continu</p>
4.1.4	<p>1-La fonction de surveillance de la gestion et de l'exécution des programmes soutenus par Gavi doit être rendue effective au niveau de l'IGS et/ou de l'IGF comme prévu dans les GMR. Dans ce but, les services doivent intégrer à leurs plans annuels budgétisés les risques liés aux activités des plans de travail annuels de l'UGP et de la SDV (POA). Ces plans annuels devront comporter des missions spécifiques aux activités de vaccination (routine et campagnes) dans les régions couvertes par les subventions Gavi et devront être communiqués au Secrétariat de Gavi pour approbation avant utilisation des fonds prévus à cet usage. Les rapports de mission de l'IGS couvrant les activités vaccinales devront être systématiquement partagés à Gavi.</p> <p>2-Une dotation en ressources financières ayant été validée pour la conduite de vérifications par les instances d'inspection, les autorités du MSPSN doivent prendre toutes les mesures nécessaires pour rendre effective l'implication de l'IGS et/ou de l'IGF dans le suivi des activités financées par Gavi.</p>	Importante	<p>1--Le PEV doit intégrer dans son POA les missions de l'IGS/IGF et l'UGP se chargera de partager les rapports avec Gavi.</p> <p>2- Une communication sera adressé à l'IGF et IGS pour leur informer de la dotation budgétaire</p>	<p>UGP</p> <p>UGP</p>	<p>En continu</p> <p>30.06.22</p>
4.1.5	<p>1-Les autorités du MSPSN doivent prendre toutes les mesures nécessaires pour rendre effectif et fonctionnel le Comité d'audit de l'UGP, notamment dans la conduite des tâches relatives à l'animation et au respect des textes régissant le fonctionnement du service d'audit interne de l'UGP.</p> <p>2-Les activités financées par Gavi et gérées par l'UGP doivent être intégrées à la mise à jour de la cartographie des risques, et leur évaluation doit être revue de manière périodique, validée par les instances du ministère de tutelle pour alimenter les plans annuels d'audit et d'inspections.</p> <p>3-L'audit interne de l'UGP doit poursuivre les améliorations apportées au plan de l'année 2021 et inclure systématiquement à son plan annuel les objectifs et le périmètre des missions, les risques et processus à couvrir et les ressources humaines en charge de leur conduite.</p>	Essentielle	<p>1-L'arrêté portant création du comité d'audit est signé depuis le 17 février 2020. Trois sessions ont été organisées (deux sessions ordinaires et une session extraordinaire) en 2021.</p> <p>2-- L'UGP prend acte de cette recommandation et veillera à son application.</p> <p>3-Le plan d'audit interne de l'UGP prend en compte les objectifs, le périmètre des missions et les risques et processus à couvrir.</p>	<p>UGP</p> <p>UGP</p> <p>UGP</p>	<p>Réalisé</p> <p>30.06.22</p> <p>En continu</p>

Réf.	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Délai
	<p>4-L'exécution du plan d'audit interne doit être contrôlée et validée par le Comité d'Audit et son effectivité doit être confirmée formellement au Secrétariat de Gavi.</p> <p>5-Le manuel de procédures de l'audit interne doit être finalisé en intégrant toutes les dispositions des GMR et les normes internationales en matière d'audit interne, y compris dans la formalisation et la mise en œuvre des actions nécessaires à un suivi continu des recommandations formulées par les auditeurs externes et autres évaluateurs.</p>		<p>4- L'UGP prend acte de cette recommandation et veillera à application à travers la cellule d'audit interne</p> <p>5- Les normes internationales sont déjà prises en comptes dans le manuel d'audit interne. Les dispositions des GMR seront également intégrées</p>	<p>UGP</p> <p>UGP</p>	<p>30.05.22</p> <p>30.06.22</p>
4.1.6	<p>1-La SDV doit revoir et actualiser son manuel des procédures de gestion des soutiens Gavi, en prenant en compte les changements qui ont eu lieu et les faiblesses soulignées par le présent audit.</p> <p>2-Le MSPSN, en lien avec la SDV et l'UGP, doit établir des procédures détaillées et simplifiées régissant l'utilisation des espèces, équipements, matériels et vaccins confiées aux entités décentralisées. Ce manuel devra être diffusé et l'ensemble des agents auquel il s'adresse devront être formés à son usage dans le cadre de supervisions d'appui et de conseil du niveau central.</p>	Essentielle	<p>1-Il existe un manuel de procédures de PEV qui est en cours d'actualisation. Ce manuel prendra en compte les faiblesses soulignées par l'audit.</p> <p>2-L'UGP se propose de recruter un consultant pour conduire ce travail.</p>	<p>UGP/PEV</p> <p>UGP</p>	<p>30.06.22</p> <p>30.06.22</p>
4.1.7	<p>1-L'ampleur des problèmes relevés nécessite un diagnostic exhaustif et détaillé des défaillances conduisant à cette absence de mémoire institutionnelle, conduisant à la mise en place de procédures détaillées et d'un système d'archivage des documents papiers et numériques robuste.</p> <p>2-La Direction du MSPSN doit prendre les mesures nécessaires pour limiter significativement le risque « homme-clé » en lien avec la rotation du personnel, en mettant en place un plan de gestion des ressources humaines.</p> <p>3-La Direction du MSPSN doit s'assurer que l'ensemble des informations professionnelles transite uniquement par les supports dédiés à cet effet (équipement informatique et messageries dédiées au ministère) et reste disponible après le possible départ des agents.</p> <p>4-La Direction du MSPSN doit s'assurer de la mise en place d'un système d'archivage et de conservation des informations et documents.</p>	Essentielle	<p>1-Renforcer la capacité des agents de PEV afin de maîtriser le système d'archivage des documents papiers et numériques produits. Un consultant sera recruté pour conduire ce travail</p> <p>2-L'UGP sensibilisera le MSPSN sur le risque de la mobilité élevée du personnel clé</p> <p>3-L'UGP sensibilisera le MSPSN sur le risque de la mobilité élevée du personnel clé</p> <p>4-L'UGP sensibilisera le MSPSN sur le risque de la mobilité élevée du personnel clé</p>	<p>UGP</p> <p>UGP</p> <p>UGP</p>	<p>30.06.22</p> <p>30.06.22</p> <p>30.06.22</p>
<b>4.2</b>	<b>Gestion comptable</b>				
4.2.1	<p>1-La SDV doit mettre en place un système comptable informatisé sans délai et le personnel doit être formé et recevoir des instructions précises quant aux obligations d'enregistrement des opérations et de tenue des comptes selon les normes comptables en vigueur.</p> <p>2-Pour les entités décentralisées (DSP, DS et CS), le MSPSN, en lien avec l'IGS, l'UGP et l'AF, doit s'assurer de la disponibilité et utilisation systématique a minima de livre de banque et livre de caisse dans chaque structure, qui doit également être dotée de modèles de rapports financiers d'activités répondant aux besoins de reporting des niveaux supérieurs. L'utilisation de format</p>	Essentielle	<p>1-L'installation de TOM2Pro est envisagée</p> <p>2-La cellule financière de l'UGP va prendre attache avec l'UNICEF pour capitaliser les outils existants</p>	<p>UGP/PEV</p> <p>UGP</p>	<p>30.12.22</p> <p>30.06.22</p>

Réf.	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Déla
	électronique doit être privilégiée. 3- Le MSPSN devra procéder à une reconstitution de la comptabilité de la SDV (à partir de l'exercice 2017) et à une indexation des pièces justificatives, afin qu'une revue des dépenses puisse être réalisée par l'audit des programmes Gavi dans une étape ultérieure.		3-Recommandation communiquée à travers le présent rapport final	A définir	A définir
4.2.2	1-Le SAF de l'UGP doit respecter strictement les directives et périodicité prévues au manuel de procédures pour la tenue des opérations comptables et l'émission des rapports financier périodique. 2-La comptabilité des dépenses réalisées via les reliquats des précédentes subventions, les fonds intérimaires et les coûts opérationnels de la campagne rougeole doivent être clôturées sans délai pour l'année 2020 et S1 2021 et les rapports financiers annuels produits pour les besoins des audits externes, dont la planification doit être réalisée avant fin 2021.	Importante	1-L'UGP prend bonne note  2-L'UGP prend bonne note	UGP  UGP	30.06.22  30.06.22
4.2.3	1-L'UGP doit établir sans délai la ségrégation des droits d'accès au logiciel comptable. La répartition des droits d'accès doit être définie par le SAF, validée par le service d'audit interne et l'AF et précisée dans le manuel de procédures. 2-L'UGP doit confirmer la mise en réseau effective du logiciel comptable sur les ordinateurs de l'ensemble des personnes impliquées dans les opérations de saisie, revue, validation et contrôle a posteriori des données comptables. Cette mise en réseau doit intégrer les postes additionnelles prévus à l'issue du processus de recrutement en cours. Par ailleurs, le MSPSN devra clarifier les rôles et attributions des 23 points focaux provinciaux de l'UGP prévus afin de statuer sur la possibilité de les doter également du logiciel comptable.	Essentielle	1-A ce jour, chaque comptable a son code d'accès au logiciel TOM2PRO  2-- L'UGP prend bonne note sous réserve de la mise en application du déploiement des points focaux	UGP  L'UGP/MSPSN	Réalisée  31.12.22
<b>4.3</b>	<b>Gestion budgétaire</b>				
4.3.1	1-La SDV, en lien avec l'UGP, doit clarifier les raisons des écarts identifiés entre les budgets approuvés des subventions Gavi et les montants alloués à ce bailleur dans les POA des années 2017, 2018 et 2020 (voir annexe 4).  2-La SDV doit se conformer strictement aux dispositions de son manuel de procédures concernant le contenu des POA/PTA, et notamment s'assurer d'y inclure les bilans d'exécution budgétaire des POA/PTA, y compris achats.  3-La SDV doit renforcer significativement ses procédures de suivi de la trésorerie, pour l'ensemble des comptes bancaires dont elle assure la gestion. La mise en place d'un logiciel comptable devra permettre la tenue d'une comptabilité par projet et une allocation des dépenses par bailleur.	Essentielle	1-Le POA est élaboré en tenant compte des activités planifiées du PEV sans tenir compte des fonds alloués par Gavi. L'UGP va mettre en place un comité ad hoc chargé de clarifier les raisons des écarts  2--L'UGP/PEV prendront bonne note, et une fois le manuel de procédures revu, il sera mis en application  3-- Une évaluation des capacités de PEV sera fait pour élaborer un plan de renforcement des capacités	UGP  UGP  UGP	30.06.22  30.06.22  30.06.22
4.3.2	1-L'UGP doit établir des plans de travail annuels consolidés pour une meilleure planification des activités et des ressources. 2-L'UGP doit procéder sans délai à l'intégration de l'ensemble des budgets	Importante	1-Le plan de travail annuel consolidé existe	UGP UGP	Réalisée Réalisée

Réf.	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Délai
	des subventions en cours dans le logiciel comptable afin de permettre un suivi budgétaire automatisé. Les états de suivi budgétaire doivent être produits par le SAF selon les fréquences définies au manuel de procédures et les facteurs sous-jacents aux principales variances identifiés. Ces suivis budgétaires doivent être exploités par les directions de l'UGP et de la SDV pour les appuyer dans la conduite de leurs fonctions.		2-A ce jour tous les budgets des subventions sont saisis dans le logiciel TOMPRO		
<b>4.4</b>	<b>Gestion financière et trésorerie</b>				
4.4.1	<p>1-Poursuivre les mesures prises pour limiter au maximum les retraits en espèces, notamment à travers la mise à jour du manuel des procédures.</p> <p>2-La SDV doit transmettre la liste certifiée par la banque de tous les signataires pendant la période auditée des comptes ayant servi à faire transiter des fonds Gavi, ainsi que les preuves de demandes de changement à la suite des rotations de personnel.</p> <p>3-La SDV doit soumettre à Gavi l'ensemble de la documentation ayant permis de déterminer le montant des reliquats des précédentes subventions ayant fait l'objet de versements sur le compte bancaire de l'UGP en juillet 2019.</p>	Essentielle	<p>1-Le PEV ne gère plus de trésorerie, mais élabore simplement les requête qui sont financées par l'UGP</p> <p>2- La cellule d'audit interne va prendre contact avec le PEV pour l'obtention de la liste.</p> <p>3- La cellule d'audit interne fera le nécessaire pour l'obtention de cette documentation</p>	<p>UGP</p> <p>UGP</p> <p>UGP</p>	<p>Réalisée</p> <p>30.06.22</p> <p>30.06.22</p>
4.4.2	<p>1-L'UGP doit s'aligner sur les dispositions du manuel de procédures et des GMR concernant les signataires des moyens de paiements.</p> <p>2-L'UGP, en lien avec l'AF et la SDV, doit mettre en place un outil d'enregistrement et de suivi des requêtes de financement.</p>	Souhaitable	<p>1-A ce jour les signataires des moyens de paiements sont le Coordonnateur de l'UGP et le Team Leader de l'AF</p> <p>2-Il existe en ce moment un système de suivi des requêtes entre l'UGP, PEV et L'AF qui fonctionne déjà.</p>	UGP	<p>Réalisée</p> <p>Réalisée</p>
4.4.3	<p>1-L'UGP doit mettre en application les mesures prévues au Manuel des procédures, notamment en matière de fiches d'imputation comptable, de mentions et cachets obligatoires, et de pièces justificatives requises ;</p> <p>2-L'UGP doit apporter la preuve de la correction des erreurs comptables identifiées par la Chambre des Comptes ;</p> <p>3- L'UGP doit assurer la conformité permanente aux textes fiscaux relatifs aux revenus et salaires.</p>	Importante	<p>1-L'UGP a déjà mis en place ce dispositif prévu par le manuel de procédures.</p> <p>2-Les corrections ont été faite conformément à la recommandation de la chambre des comptes.</p> <p>3-Les corrections ont été apportées et l'UGP est en conformité avec les textes légaux.</p>	<p>UGP</p> <p>UGP</p> <p>UGP</p>	<p>Réalisée</p> <p>Réalisée</p> <p>Réalisée</p>
<b>4.5</b>	<b>Gestion des immobilisations</b>				
4.5.1	<p>1-La SDV et l'UGP doivent mettre en place et tenir à jour un registre des immobilisations incluant l'ensemble des informations prévues dans leurs manuels de procédures respectifs. Ce registre doit être mis à jour dès la réception d'un actif immobilisable et alimenté par les données issues de la comptabilité.</p> <p>2-Un numéro d'identification unique doit être apposé sur chacun des actifs et repris au registre des immobilisations. Les inventaires doivent être conduits</p>	Essentielle	<p>1-Le TDR pour la conduite de l'inventaire est rédigé et disponible</p> <p>2-Le service logistique de PEV et celui de l'UGP sont instruit de mettre à la disposition de l'équipe</p>	<p>UGP</p> <p>UGP/PEV</p>	<p>En continu</p> <p>30.06.22</p>

Réf.	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Délai
	<p>annuellement selon un calendrier prédéfini et intégrer l'ensemble des actifs octroyés sur les fonds des subventions Gavi. La conduite de ces inventaires doit impliquer les responsables logistiques de l'UGP et de la SDV et les auditeurs internes de l'UGP (missions conjointes).</p> <p>3-Des procédures de suivi et de contrôle de la correcte distribution et affectation des actifs confiés à la SDV, qu'ils soient destinés au niveau central ou décentralisés, doivent être mises en place par l'UGP.</p>		<p>d'inventaire les identifiants uniques afin de les apposer sur chaque matériel inventorié</p> <p>3-L'UGP veillera à la mise en application de cette recommandation</p>	UGP	En continu
4.5.2	<p>1-L'UGP et la SDV doivent appliquer strictement les dispositions prévues à leurs manuels de procédure respectifs concernant la gestion du carburant. Chaque véhicule doit être doté d'un carnet de bord à remplir par le chauffeur et à contrôler mensuellement par le SAF des deux entités.</p> <p>2-Des clarifications sont attendues du MSPSN sur les six véhicules acquis en juin 2018 non localisés lors de l'inventaire des moyens roulants réalisés en mars 2020, ainsi que sur les affectations non concordantes des deux autres.</p> <p>3-Le MSPSN doit apporter des éléments prouvant que le degré d'assurance des véhicules est au moins au même niveau que celui exigé par les GMR, ou s'y conformer à travers la contractualisation de polices d'assurance avec une société privée.</p>	Essentielle	<p>1-Les carnets de bord sont déjà disponibles et il ne reste qu'à doter les véhicules de ce carnet et instaurer un contrôle mensuel.</p> <p>2-L'UGP a effectué un contrôle qui lui a permis de localiser ces véhicules dans les différentes structures du MSPSN (cf copie note d'affectation qui sera partagée)</p> <p>3-Les véhicules de l'Etat ne doivent pas être assurés puisque l'Etat est son propre assureur</p>	UGP  UGP  UGP	30.06.22  Réalisée  Réalisée
<b>4.6</b>	<b>Achats et passations de marchés</b>				
4.6.1	<p>1-L'UGP doit se conformer strictement aux modalités d'acquisition prévues à son manuel de procédures pour diffuser le PPM. Les écarts aux procédures observés au cours de cet audit doivent faire l'objet d'une justification.</p> <p>2-Le service passations de marchés de l'UGP doit effectuer les mises à jour des PPM et des rapports d'exécution selon les fréquences définies au manuel de procédures.</p> <p>3-Au vu des faiblesses relevées par l'AF à ce niveau, la correcte application des dispositions contractuelles, comme l'application des pénalités de retards, doit faire l'objet d'un suivi renforcé par le Responsable des passations de marchés.</p> <p>4-La liste des fournisseurs pré-qualifiés doit être mise à jour (annuellement) sur la base d'un appel d'offre ouvert à conduire sous la supervision de l'AF. Elle devra être approuvée par Gavi avant utilisation.</p>	Importante	<p>1-Les dossiers des marchés ont été vérifiés. A ce jour le manuel des procédures est respecté. Ce qui a été constaté fait suite à l'allègement des mesures pour lutter contre la pandémie de COVID 19</p> <p>2-L'UGP prend bonne note et veillera à l'application de cette recommandation à travers son RPM pour le respect de cette procédure</p> <p>3-Le RPM a été instruit pour le respect de cette recommandation</p> <p>4-Sur la base d'un appel d'offre ouvert, l'UGP a mis à jour la liste des fournisseurs pré-qualifiés et revue par l'AF</p>	UGP  UGP  UGP  UGP	Réalisée  Réalisée  Réalisée  Réalisée
<b>4.7</b>	<b>Gestion des vaccins</b>				
4.7.1	1-Veiller à l'élaboration d'un manuel de procédures opérationnelles normalisées (PON) pour toutes les activités importantes de la GEV.	Importante	1-L'UGP fera un plaidoyer auprès du MSPSN et auprès des PTF afin de mobiliser les ressources	UGP/PEV	30.06.22

Réf.	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Délai
	<p>2-Déployer les outils de contrôle des températures adaptés et en effectuer le suivi permanent.</p> <p>3-Mettre en place un dispositif de contrôle et de remontée d'information pour toute perte en flacon fermé liée à un défaut de chaîne du froid.</p> <p>4-Doter la logistique de la SDV de capacités suffisantes et homologuées en matière de chaîne du froid passive.</p> <p>5-Préciser les directives en matière de conditionnement des accumulateurs pour le transport de vaccins dans le manuel de procédures opérationnelles normalisées (PON).</p>		<p>pour qu'un consultant soit recruté pour la normalisation des procédures de GEV</p> <p>2- Une partie des outils disponibles seront installés au niveau central et subnational avec l'appui technique de l'UNIEF et Instaurer le suivi périodique et systématique</p> <p>3-le PEV compte utiliser le SIGL et un SMT en ligne afin de mieux suivre la gestion de la logistique.</p> <p>4-Dans le cadre du RSS, des glacières ont été acquises et en cours de déploiement au niveau décentralisé</p> <p>5-Dans le cadre des fonds alloués (CDS1), le PEV a commandé 4 fourgonnettes réfrigérées pour le transport des vaccins dans les zones d'accueil difficile et envisage faire une demande aux PTF pour l'achat d'au moins d'un véhicule frigorifique cette année.</p>	<p>PEV</p> <p>PEV</p> <p>PEV</p> <p>PEV</p> <p>PEV</p>	<p>Réalisée</p> <p>30.06.22</p> <p>30.06.22</p> <p>En cours</p>
4.7.2	<p>1-La SDV, avec l'appui des partenaires, doit mettre à jour l'inventaire des équipements de CDF (actifs et passifs), étudier chaque écart avec l'inventaire précédent et régulariser les mouvements qui n'ont pas été enregistrés en indiquant leur justification.</p> <p>2-Un planning d'inventaire périodique doit être mis en place et exécuté selon des échéances régulières.</p> <p>3-Les deux congélateurs domestiques disponibles au dépôt central doivent être remplacés par des équipements conformes aux normes de l'OMS.</p>	Importante	<p>1-Un inventaire des équipements de CDF sera fait après l'installation des équipements acquis dans le cadre de CCEOP et RSS.</p> <p>2-Le PEV prend bonne note et un plan d'inventaire périodique sera mis en place.</p> <p>3- Le PEV prendra toutes les dispositions pour remplacer les équipements par des matériels homologues par l'OMS.</p>	<p>UGP/PEV</p> <p>PEV</p> <p>PEV</p>	<p>Réalisée</p> <p>30.06.22</p> <p>30.06.22</p>
4.7.3	<p>1-Conformément aux précédentes recommandations un dispositif minimal anti-incendie doit être mis en place comportant au minimum l'entretien ou le remplacement des extincteurs. Ainsi que la formation des agents aux consignes de sécurité qui doivent être disponibles.</p> <p>2-L'espace de stockage doit être amélioré afin de respecter les bonnes pratiques de stockage en :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Créant des espaces entre les cartons et les murs pour améliorer la ventilation.</li> <li>○ Entreposant les cartons sur des palettes et non à même le sol</li> </ul>	Importante	<p>1-le PEV veillera à l'application de cette recommandation</p> <p>2-Des climatiseurs ont été acquis pour la salle de diluants et la salle des chambres froides mais l'espace dédiée est petite.</p> <p>L'UGP veillera à l'application de cette recommandation à travers PEV par des contrôles inopinés</p>	<p>PEV</p> <p>PEV</p>	<p>30.06.22</p> <p>30.06.22</p>

Réf.	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Délai
4.7.4	<p>1-Former un suppléant au responsable du dépôt pour assurer l'utilisation à temps des outils de gestion de stock en cas d'absence ou d'indisponibilité. Le partage des tâches doit être documenté dans le manuel des procédures.</p> <p>2-Procéder à des missions périodiques de suivi de la gestion des stocks au niveau des dépôts, ainsi que des vérifications ponctuelles de conformité entre les stocks physiques, les mouvements et les fichiers SMT. Rechercher les documents manquants et les réintégrer aux archives.</p>	Importante	<p>1-un responsable adjoint du chef de service de la logistique a été recruté</p> <p>2-Le PEV avec l'appui technique des partenaires réalise périodiquement des inventaires physiques</p> <p>L'UGP s'assurera de l'application de cette recommandation par des contrôles inopinés.</p>	<p>PEV</p> <p>PEV/UGP</p>	<p>Réalisée</p> <p>Réalisée</p>
<b>4.8</b>	<b>Suivi et évaluation</b>				
4.8.1	<p>1-Renforcer les capacités d'analyse des données du personnel à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.</p> <p>2-Prendre systématiquement en considération la dimension de la qualité des données dans l'élaboration des POA.</p> <p>3-Instituer des méthodes de triangulation entre les données de vaccination et les doses de vaccins utilisées pour déterminer les taux de pertes de vaccin, puis analyser les écarts entre ces deux séries de données pour identifier les incohérences dans les résultats rapportés. Mettre en place une revue documentaire annuelle de la qualité des données à l'échelle du pays incluant l'exercice de triangulation.</p>	Essentielle	<p>1-Avec l'opérationnalisation du DHIS2, un manuel de procédure du SNIS est en cours de l'élaboration, A chaque niveau de la pyramide sanitaire un dispositif de contrôle sera mis en place</p> <p>2- Cette recommandation est réalisée</p> <p>3-L'UGP prend bonne note et veillera à l'application de cette recommandation à travers PEV par son chargé de vaccination</p>	<p>UGP/PEV</p> <p>PEV</p> <p>UGP/PEV</p>	<p>30.06.22</p> <p>Réalisée</p> <p>30.06.22</p>
4.8.2	<p>1-Prenant en compte les difficultés rencontrées pendant l'année 2020, veiller à l'établissement d'un plan de supervision minima pour éviter des ruptures longues de suivi des activités aux différents niveaux de la pyramide sanitaire qui pourraient entraîner le décrochage de certaines zones.</p> <p>2-Poursuivre le développement de la grille de supervision, en intégrant notamment le contrôle de la qualité des données à tous les niveaux.</p> <p>3-Rendre systématique la documentation des résultats de chaque supervision et le suivi des recommandations formulées au cours des visites antérieures. Les termes de référence des supervisions doivent refléter cet engagement de documentation tout en privilégiant une approche de renforcement des capacités du staff supervisé.</p>	Importante	<p>1-IL existe à ce jour un plan de supervision.</p> <p>2-Le supervision prend en compte la dimension de contrôle de qualité des données</p> <p>3-L'UGP prend acte de cette recommandation et veillera à son application à travers son chargé de vaccination</p>	<p>UGP/PEV</p> <p>UGP/PEV</p> <p>UGP/PEV</p>	<p>Réalisée</p> <p>Réalisée</p> <p>30.06.22</p>