

Synthèse du rapport d'audit des programmes Gavi en Union des Comores

Le rapport d'audit ci-joint présente les conclusions de l'audit portant sur les soutiens de Gavi au Programme d'immunisation du Gouvernement de l'Union des Comores mis en œuvre par le ministère de la Santé. Les travaux d'audit menés par l'équipe d'audit des programmes de Gavi entre février et mai 2025, ont porté sur l'utilisation des subventions Gavi versées entre le 1^{er} janvier 2020 et le 31 décembre 2024 pour le renforcement du système de santé, le financement des coûts opérationnels de la vaccination de routine et des campagnes, ainsi que les soutiens apportés au pays au titre de la facilité COVAX en 2021 et 2022.

Il s'agit du premier audit des programmes réalisé par l'équipe d'audit et investigations de Gavi dans ce pays. Les points saillants de la synthèse du rapport d'audit (pages 5 à 6), décrits de manière détaillée dans le corps du rapport, sont les suivants :

1. La gestion des soutiens Gavi a été jugée globalement comme insuffisante (page 3), 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. »
2. Vingt-neuf (29) recommandations ont été formulées en réponses aux déficiences identifiées dans : (i) la Gouvernance ; (ii) la Gestion comptable et financière ; (iii) la gestion des immobilisations ; (iv) la passation des marchés ; (v) la Gestion des vaccins, et (vi) le Suivi-évaluation.
3. Les principaux constats ont mis en évidence notamment les éléments suivants :
 - a. Le fonctionnement des organes de gouvernance, en particulier le Comité de Coordination Inter-Agences (CCIA) et ses sous-comités techniques, demeure insuffisant et ne permet pas l'exercice effectif de leurs mandats, compromettant ainsi la capacité du programme d'immunisation à être piloté de manière stratégique, coordonnée et efficiente.
 - b. Le processus de planification, notamment l'élaboration du Plan de Travail Annuel (PTA), reste tardif et peu coordonné. Ce manque d'anticipation se répercute directement sur le suivi budgétaire et le taux de mise en œuvre des activités du programme.
 - c. L'insuffisance de ressources humaines qualifiées, tant au niveau central qu'au niveau périphérique, conjuguée aux retards récurrents dans le paiement des salaires et des primes ainsi qu'au recours important à des agents bénévoles, compromet la disponibilité du personnel et affecte la continuité opérationnelle des activités du programme.
 - d. Les insuffisances de gestion comptable et financière, et la faiblesse des mécanismes de surveillance internes et externes ont conduit à des défaillances dans la justification des dépenses et dans la mise en œuvre des procédures de passation de marchés. Ceci a abouti à la mise en question de dépenses d'un montant total de USD 293 530,70 représentant 24% des dépenses auditées.
 - e. Faute d'une réponse satisfaisante aux constats des différentes missions d'évaluation de la gestion du programme, et en raison des faiblesses de gouvernance mentionnées plus haut, des défis de longue date identifiés dans la gestion des vaccins, la qualité des données et le système de suivi-évaluation persistent, et la performance globale du programme d'immunisation en est fragilisée.

Les constats de l'audit des programmes ont été partagés avec le ministère de la Santé, qui a pris des actions immédiates pour adresser certains points de gouvernance et s'est engagé à mettre en œuvre les

actions nécessaires pour remédier à toutes les défaillances identifiées. Le pays s'est engagé à fournir une réponse à la lettre accompagnant le rapport final, incluant la demande de remboursement du montant de 293 531 USD, au plus tard fin mai 2026.

Le Secrétariat de Gavi continue à travailler avec le ministère de la Santé pour s'assurer que les engagements pris sont mis en œuvre, et pour le suivi du remboursement effectif des dépenses mises en question susmentionnées.

Genève, mai 2026

RAPPORT D'AUDIT DES PROGRAMMES

Union des Comores

Février 2026

Sommaire

1.	Résumé exécutif	3
1.1.	Constatations d'audit par section	3
1.2.	Opinion d'audit globale	3
1.3.	Résumé détaillé	4
1.4.	Impact quantitatif des constatations d'audit	6
2.	Champ et objectifs de l'audit	7
2.1.	Champ de l'audit	7
2.2.	Objectifs de l'audit	9
2.3.	Déroulement de la mission d'audit	9
2.4.	Taux de change appliqués	9
3.	Contexte	11
3.1.	Introduction	11
3.2.	Structures impliquées dans la mise en œuvre des subventions Gavi	11
4.	Résultats détaillés	14
4.1.	Gouvernance et performance organisationnelle des entités	14
4.2.	Gestion financière et comptable	26
4.3.	Gestion des immobilisations	39
4.4.	Achats et Procédures de passation des Marchés	43
4.5.	Gestion des vaccins	45
4.6.	Suivi et évaluation	55
	Annexes	62
	Annexe 1 – Acronymes	62
	Annexe 2 – Méthodologie	63
	Annexe 3 – Définitions : opinion, notes d'audit et priorités	64
	Annexe 4 – Classification des dépenses	65
	Annexe 5 – Synthèse des dépenses testées et des conclusions de l'audit	66
	Annexe 6 – Constats détaillés de l'audit	67
	Annexe 7 – Détail des avances non justifiées par district en novembre 2025	82
	Annexe 8 – Compte-rendu de visite de sites	84
	Annexe 9 – Plan d'actions correctives aux constats d'audit	99

1. Résumé exécutif

1.1. Constatations d'audit par section

Section	Constat	Risque*	Page
4.1.	Gouvernance et performance organisationnelle		15
4.1.1.	S'assurer de la mise en œuvre des recommandations issues des différentes évaluations	■	15
4.1.2.	Redynamiser l'implication des organes de gouvernance dans l'exercice de leurs responsabilités stratégiques	■	17
4.1.3.	Manque de redevabilité dans la mise en œuvre du programme de vaccination	■	19
4.1.4.	Insuffisances des mécanismes de surveillance de la gestion des soutiens GAVI	■	20
4.1.5.	Défaillances dans le processus de planification	■	22
4.1.6.	Défis liés à la coordination entre la CNPEV et la DAF	■	23
4.1.7.	Faiblesses liées à la gestion des ressources humaines	■	25
4.2.	Gestion comptable et financière		27
4.2.1.	Faiblesses des cadres de procédures	■	27
4.2.2.	Manquements aux obligations de tenue de comptabilité	■	28
4.2.3.	Renforcer la préparation et le suivi budgétaire	■	30
4.2.4.	Nécessité d'améliorer la gestion et le suivi des comptes bancaires du programme	■	32
4.2.5.	Insuffisances dans l'apurement des avances	■	34
4.2.6.	Nécessité de renforcer le cadre de redevabilité des organisations de la société civile	■	35
4.2.7.	Absence de procédure d'archivage au niveau de la CNPEV	■	37
4.2.8.	Dépenses mises en question	■	38
4.2.9.	Non-respect des obligations fiscales liées aux rémunérations	■	39
4.3.	Gestion des immobilisations		40
4.3.1.	Lacunes dans la gestion des immobilisations	■	40
4.3.2.	Insuffisances dans le dispositif de suivi et de maintenance des équipements	■	42
4.4.	Achats et passations de marchés		44
4.4.1.	Faiblesses dans la planification et la gestion des marchés publics	■	44
4.5.	Gestion des vaccins		46
4.5.1.	Défaut de mise à jour et de diffusion des procédures opératoires normalisées (PON)	■	46
4.5.2.	Insuffisance du dispositif de suivi et de mise en œuvre du plan d'amélioration de la GEV	■	47
4.5.3.	Défaillances dans la planification et la distribution des vaccins	■	48
4.5.4.	Améliorations requises en matière de gestion physique des vaccins et des intrants secs	■	50
4.5.5.	Garantir la fiabilité et la maintenance des équipements de la chaîne du froid	■	52
4.5.6.	Insuffisances dans la gestion administrative des vaccins et intrants secs	■	54
4.6.	Suivi et évaluation		56
4.6.1.	Défis liés à la qualité et la fiabilité des données de vaccination	■	56
4.6.2.	Faiblesses en matière de surveillance des Maladies Evitables par la Vaccination (MEV)	■	58
4.6.3.	Disponibilité limitée des supports et outils informatiques de collecte des données	■	60
4.6.4.	Nécessité de renforcer la fréquence et la qualité des supervisions formatives	■	61

1.2. Opinion d'audit globale

L'équipe d'audit a évalué que la gestion des soutiens Gavi par le ministère de la Santé (MS) pendant la période audité était **insuffisante**, 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 29 constats** énumérés ci-dessus, l'équipe d'audit a proposé des recommandations nécessitant la mise en œuvre du plan d'action correctif (**Annexe 9 du présent rapport**).

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

1.3. Résumé détaillé

Le présent rapport détaille les résultats du premier audit des programmes Gavi aux Comores réalisé en 2025. Il couvre les différents aspects de la gestion des appuis apportés par Gavi au pays sur la période allant du 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2024.

Les subventions Gavi ont été administrées par l'Unicef de 2020 à 2023, puis par la Direction Administrative et Financière (DAF) du ministère de la Santé (MS) depuis 2024. Bien que des améliorations récentes ont pu être constatées, des défis importants demeurent au niveau de la gouvernance, de la gestion comptable et financière et du suivi de la performance du programme d'immunisation.

Gouvernance et performance organisationnelle

La gouvernance du programme de vaccination soutenu par Gavi aux Comores demeure marquée par d'importantes faiblesses structurelles. Plus de la moitié des recommandations issues des différentes évaluations ne sont pas mises en œuvre, faute de mécanismes institutionnalisés de suivi, de coordination entre les entités du ministère de la Santé, et d'implication des instances de gouvernance. Les organes de gouvernance, tels que le Comité de Coordination Inter-Agences (CCIA), fonctionnent principalement de manière informative, sans suivi formalisé des décisions ni orientation stratégique effective. Le sous-comité technique du CCIA et le Groupe Technique Consultatif sur la Vaccination (GTCV) ne remplissent pas pleinement leurs rôles, avec des réunions irrégulières et un faible engagement des membres. Ces faiblesses au niveau du pilotage stratégique favorisent la persistance des dysfonctionnements. De plus, l'absence de mécanismes formels de redevabilité se traduit par un faible taux de mise en œuvre des activités et un désengagement du personnel concerné, notamment au niveau local.

Par ailleurs, le dispositif de contrôle interne et externe est limité. Aucun audit interne ou externe n'a été réalisé sur la période audité, et les structures nationales de contrôle ne sont pas suffisamment impliquées dans le suivi des fonds Gavi. À cela s'ajoutent des difficultés en matière de coordination entre la CNPEV (programmation) et la DAF (financière), entraînant des retards dans le traitement des requêtes et une faible absorption des fonds.

En outre, le processus de planification, notamment l'élaboration du Plan de Travail Annuel (PTA), reste tardif et peu coordonné, limitant la mise en œuvre des activités programmées. Ce manque d'anticipation se répercute directement sur le suivi budgétaire, qui demeure incomplet. En effet, les réunions de suivi prévues dans le manuel de procédures ne sont pas tenues régulièrement, et les organes de gouvernance sont peu impliqués dans l'analyse des écarts et la réorientation des ressources. L'absence de suivi structuré empêche une gestion proactive des financements.

Enfin, la gestion des ressources humaines est également affectée par des retards récurrents dans le paiement des salaires et primes, des postes vacants non pourvus et un recours excessif à des agents bénévoles, impactant la motivation du personnel et la continuité des activités.

L'ensemble de ces insuffisances conduit à un faible de taux de mise en œuvre des activités du programme (33% en 2024).

Gestion comptable et financière

La gestion comptable et financière est affectée par un cadre procédural inadapté. La diffusion limitée et la faible appropriation du manuel de la DAF par les équipes opérationnelles, combinées à l'absence de directives détaillées pour plusieurs processus critiques, entravent l'harmonisation des pratiques et la conformité aux exigences de Gavi.

Par ailleurs, l'absence de comptabilité formelle par la CNPEV depuis 2020 a empêché la production d'états financiers certifiés. Cette situation s'explique notamment par un manque de personnel qualifié et de compétences disponibles pour assurer la tenue régulière de la comptabilité. Le déploiement du logiciel Tom2Pro, censé remédier à ces besoins, reste incomplet et mal paramétré, ne permettant ni la production d'états financiers fiables, ni la traçabilité adéquate des fonds mis à disposition par Gavi. Ces insuffisances sont accentuées par des procédures d'archivage et de sauvegarde défectueuses, exposant le programme à des pertes d'informations essentielles et compromettant la transparence et la redevabilité financière.

La gestion des comptes bancaires ne répond pas non plus aux exigences établies. L'absence de signataire suppléant au niveau central entraîne des retards fréquents dans le traitement des paiements. De plus, l'utilisation d'un compte unique pour la gestion de plusieurs subventions complique le suivi financier et compromet la traçabilité des flux propre à chaque subvention.

Enfin, le suivi et l'apurement des avances sont insuffisants, avec des avances ouvertes non-justifiées, expliquées en parti par un manque de mécanismes de relance et de contrôle.

Faute de justifications suffisantes, les travaux d'audit ont mis en question un montant de **KMF 130 989 329 (soit USD 293 530,73)** représentant **24%** des dépenses testées sur la période de 2020 à 2024, y compris les marchés.

Gestion des immobilisations

La gestion des immobilisations est principalement caractérisée par l'absence de registre et d'inventaire physique des biens acquis sur fonds Gavi. Les dispositifs de maintenance et d'assurance du matériel sont inexistantes. Ces lacunes compromettent la traçabilité des équipements, empêchent le suivi de leur état et de leur localisation, et augmentent les risques de perte, de dégradation ou d'utilisation non conforme.

Achats et passation des marchés

A l'exception des équipements de la chaîne du froid, des incinérateurs, et des équipements de la logistique roulante achetés à travers l'Unicef conformément à l'accord entre Gavi et le gouvernement des Comores, tous les autres achats ont été exécutés par la DAF du MS suivant les procédures nationales et son manuel des procédures. L'audit a révélé l'absence de plans de passation de marchés sur toute la période, ce qui a limité la visibilité sur les besoins annuels et entraîné des procédures sans mise en concurrence appropriée. La revue d'un échantillon de dossiers de passation de marchés sur la période de 2020 à 2024 a révélé une documentation insuffisante du processus de sélection des prestataires conduisant à une mise en question de certains marchés.

Gestion des vaccins

Des faiblesses majeures persistent dans la gestion des vaccins, compromettant la qualité, la sécurité et la disponibilité des produits tout au long de la chaîne d'approvisionnement. L'absence de validation et de diffusion des procédures opératoires normalisées (PON) limite l'application uniforme des bonnes pratiques par les acteurs de terrain, entraînant une méconnaissance des normes, des pratiques hétérogènes et des risques accrus de pertes ou d'altération des vaccins. Le suivi de la mise en œuvre du plan d'amélioration de la gestion efficace des vaccins (GEV) reste insuffisant : près de la moitié des recommandations n'ont pas été réalisées, faute de mécanisme de pilotage, de coordination et d'intégration dans les plans de travail et les budgets. Cette situation perpétue les faiblesses identifiées lors des précédentes évaluations, notamment en matière d'infrastructures, de gestion des stocks, de formation et de supervision. La prévision des besoins en vaccins est souvent imprécise, la logistique de transport est déficiente, les moyens de stockage sont inadaptés et la tenue des registres reste lacunaire, en particulier au niveau décentralisé. La multiplicité des outils de suivi, l'absence de formats standardisés et le manque de contrôle qualité limitent la traçabilité et la fiabilité des données, augmentant les risques de ruptures, de surstocks ou de distribution de vaccins non conformes.

Suivi et évaluation

Le système de suivi et évaluation du programme de vaccination souffre des faiblesses structurelles affectant la qualité des données, la capacité d'analyse et la redevabilité. L'absence de procédures claires et harmonisées pour la validation, la correction et la traçabilité des données génère des écarts persistants entre les différents outils et niveaux de collecte, ainsi qu'une surcharge de travail pour les agents de santé. L'utilisation simultanée de plusieurs supports (registres papier, DV-DMT, DHIS2) et l'insuffisance de formation ou d'équipements informatiques compliquent la gestion et entraînent des retards dans la transmission des informations. Le suivi de la mise en œuvre des plans d'amélioration de la qualité des données (PAQD) reste défaillant : les actions correctives ne sont pas systématiquement suivies ni évaluées, ce qui perpétue les problèmes de complétude, de promptitude et de cohérence des rapports.

Par ailleurs, le cadre de supervision formative est incomplet et insuffisamment appliqué : la fréquence des supervisions n'est pas respectée, les rapports sont mal archivés et le suivi des recommandations n'est pas formalisé, limitant l'impact des actions correctives sur le terrain.

Enfin, la surveillance des Maladies Évitable par la Vaccination (MEV) dispose d'un cadre technique insuffisant et d'une utilisation non harmonisée des outils de collecte. L'absence ou la non-application de manuels, guides et protocoles, la coexistence de plusieurs systèmes de saisie, ainsi que la faiblesse des mécanismes de supervision et de contrôle qualité, limitent la détection précoce des cas et la réactivité du système. Certains districts dits « silencieux » ne notifient pas les cas attendus, ce qui accroît le risque de flambées épidémiques et nuit à la fiabilité globale du système de surveillance.

1.4. Impact quantitatif des constatations d'audit

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

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

Les 1^{ères} lignes (montants en noir) sont des montants en KMF

Les 2^{èmes} lignes (montants en bleu) sont des montants en USD

Subvention	Dépenses testées	Dépenses insuffisamment justifiées	Dépenses non justifiées	Dépenses irrégulières	Processus de marchés insuffisamment justifiés	Processus de marchés irréguliers	Mis en question	Proportion des dépenses testées mises en question
		Constat	Constat	Constat	Constat	Constat		
		4.2.8 /	4.2.8 /	4.2.8 /	4.4.1 /	4.4.1 /		
Unicef 2020-2024	404 112 671	27 855 850	21 495 000	3 431 000	55 543 850	8 033 000	116 358 700	29%
	912 955,89	61 481,58	48 063,02	7 474,85	125 100,40	17 916,65	260 036,50	
DAF 2024	86 221 895	895 000		440 000	4 333 100	5 731 000	11 399 100	13%
	197 227,38	2 047,26		1 006,47	9 911,70	13 109,32	26 074,75	
Avances districts 2024	55 813 750	51 000	3 180 629	0	0	0	3 231 629	6%
	128 142,51	117,09	7 302,39	0	0	0	7 419,48	
Total	546 148 316	28 801 750	24 675 629	3 871 000	59 876 950	13 764 000	130 989 329	24%
	1 238 32,78	63 645,93	55 365,41	8 481,32	135 012,10	31 025,97	293 530,73	

2. Champ et objectifs de l'audit

2.1. Champ de l'audit

Depuis 2002, Gavi est entré en partenariat avec le Gouvernement des Comores, représenté par le ministère de la Santé et formalisé par la suite à travers l'Accord-Cadre de Partenariat (ACP) signé en mai 2013.

Le présent audit concerne la période pendant laquelle les fonds étaient versés à l'Unicef (2020-2023), ainsi que celle pendant laquelle ils ont été versés directement au MS (2024). La mention « période auditée » dans ce rapport, fait référence à ces deux périodes combinées. Au cours de la période auditée un montant total de USD 14,5 millions en ressources a été fourni au Gouvernement des Comores sous forme de versements en espèces ou paiements directs (USD 7,1 millions) et de soutien à l'acquisition de vaccins (USD 7,4 millions). Le tableau suivant détaille par nature et par année les soutiens Gavi aux programmes d'immunisation aux Comores au cours de la période auditée.

Tableau 2 : Décaissements en espèces par subvention et par bénéficiaire (en USD)*

Type de soutien	Entité en charge	2020	2021	2022	2023	2024	Total
RSS3	MS					148782	148 782,00
RSS2	MS			99 957,18			99 957,18
	UNICEF	753 188,32	401 960,00	302 002,82			1 457 151,14
	UNICEF SD	108 679,66					108 679,66
	DALBERG	212 370,38					212 370,38
	PWC		39 834,00		68 613,59	182 978,71	291 426,30
	TOMATE				68 625,31		68 625,31
	PKF BAGE					136 637,14	136 637,14
	WHO	248 730,00					248 730,00
VPI	MS					30 139,00	30 139,00
FAE	MS					185 659,00	185 659,00
EOS	UNICEF		17 106,16				17 106,16
	UNICEF SD		57 595,00				57 595,00
COVAX – CDS	MS			286 549,00			286 549,00
	UNICEF		146 693,21	241 153,00			387 846,21
	DALBERG		190 550,72	315 648,00			506 198,72
	WHO			267 285,00			267 285,00
Fièvre jaune (MR)	UNICEF	339 885,24					339 885,24
	UNICEF SD						0,00
Total des soutiens en espèces (1)		1 662 853,60	853 739,09	1 512 595,00	137 238,90	684 195,85	4 850 622,44
COVAX	COM-C19-R-VAC					1 238 713,35	1 238 713,35
	COM-COVID19-EOS-ISD		22 022,04	28 936,97	65 219,00		116 178,01
	COM-COVID19-EOS-VAC		821,34	3 312 765,00			3 313 586,34
VPI	COM-IPV-BCU-VAC					41 400,00	41 400,00
	COM-IPV-R-VAC	33 584,23	72 788,47	100 727,78	12 021,26	76 082,49	295 204,23
MR	COM-MR-BCU-VAC					109 000,00	109 000,00
	COM-MR-C-CU-VAC	347 019,10					347 019,10
	COM-MR-R-1&2-VAC	26 942,52	45 859,02	49 368,13	22 911,42	18 335,00	163 416,09
EOS	COM-OCV-EOS-VS-VAC					1 505 626,98	1 505 626,98
PENTA	COM-PENTA-BCU-VAC					65 922,50	65 922,50
	COM-PENTA-R-VAC	53 507,79	23 528,16	53 375,57	23 919,29	46 414,50	200 745,31
Total des soutiens en vaccins (2)		461 053,64	165 019,03	3 545 173,45	124 070,97	3 101 494,82	7 396 811,91
Total des soutiens Gavi = (1) + (2)		2 123 907,24	1 018 758,12	5 057 768,45	261 309,87	3 785 690,67	12 247 434,35

*Pour la période sous gestion UNICEF, seuls les fonds ayant été versés par l'Unicef au MS sont considérés par l'audit :

	Fonds versés par GAVI à l'Unicef	Fonds versés par l'Unicef sur le compte « GAVI alliance PEV »
Unicef	2 201 988,75	1 123 494,52
Total Dollars	2 201 988,75	1 123 494,52

Le tableau ci-dessous détaille les montants des dépenses par année et par partenaire ainsi que l'échantillon sélectionné pour chaque subvention.

Tableau 3 – Soutiens en espèces au MS objet de cet audit

Les 1^{ères} lignes (montants en noir) sont des montants en KMF

Les 2^{èmes} lignes (montants en bleu) sont des montants en USD

Date	Taux conversion (USD/KMF)	Montant dépenses (en KMF)	Montant échantillon (en KMF)	% échantillon
2020	400,92	132 109 360	96 541 590	73%
		329 515,51	240 800,13	
2021	433,566	56 118 025	42 108 162	75%
		129 433,64	97 120,54	
2022	462,202	181 517 318	162 378 319	89%
		392 722,92	351 314,62	
2023	443,055	62 309 689	38 919 650	62%
		140 636,46	87 843,83	
2024	472,229	83 529 762	64 164 950	77%
		176 884,02	135 876,77	
Total Unicef		515 584 154	404 112 671	78%
		1 169 192,55	912 955,89	
2024 DAF	437,17	107 689 691	86 221 895	80%
		246 333,67	197 227,38	
Avances DS	435,56	55 813 750	55 813 750	100%
		128 142,51	128 142,51	
Total Général	439,918	679 087 595	546 148 316	80%
		1 543 668,73	1 238 325,78	

(*) Conformément au principe de « single audit » en vigueur avec les partenaires des Nations Unies au sein de l'Alliance Gavi, les montants des subventions versées à ces partenaires dans le cadre de l'exécution de programmes de Gavi sont exclus du périmètre de cet audit.

La section suivante présente les situations de trésorerie des comptes de la CNPEV, dédiés à la gestion des fonds Gavi.

La situation du compte « GAVI alliance PEV » qui réceptionnait les fonds de l'Unicef sur la période audité est la suivante :

Compte « GAVI alliance PEV »	Solde initial au 01/01/2020	Fonds reçus sur le compte « GAVI alliance PEV »	Décaissements compte « GAVI alliance PEV »	Solde final 31/12/2024
KMF	54 971 173	489 137 579	510 353 250	33 755 502
Dollars	137 112,57	1 123 494,52	1 179 202,21	71 481,21
Taux conversion (USD/KMF)	400,92	435,37	432,80	472,23

Le montant des rapports financiers des activités qui ont fait l'objet de l'audit sur cette période s'élève à KMF 515 783 954 (soit USD 1 191 750,18). La différence entre le montant des décaissements sur le compte « GAVI alliance PEV » et le montant des rapports financiers s'explique par des dépenses prises en compte dans les rapports financiers mais non payées ou payées à partir d'un autre compte (des erreurs de compte ont été constatées).

En ce qui concerne les fonds envoyés directement par GAVI sur le compte en devises (USD) de la DAF, la situation se présente de la manière suivante :

Compte UGP GAVI / Dollars	Solde initial au 01/12/2023	Fonds reçus	Décaissements vers compte KMF	Solde final 31/12/2024
Dollars	0,00	750 280,68	440 530,11	309 750,57

La situation du compte DAF en KMF est résumée dans le tableau ci-dessous :

Compte UGP GAVI / KMF	Solde initial au 01/12/2023	Transfert du compte USD	Décaissements compte PEV	Solde final 31/12/2024
KMF	-35 544,00	192 588 057,00	186 717 763,00	5 834 750,00
Dollars	-81,30	440 530,11	427 102,27	13 346,53
Taux conversion (USD/KMF)	437,17	437,17	437,17	437,17

Tous les décaissements effectués sur le compte en dollars ont été retranscrits dans le compte KMF de la DAF.

Les dépenses de la DAF et les avances aux districts prises en compte dans la comptabilité s'élèvent à KMF 163 503 441 (soit USD 374 476,18). Le montant des décaissements constatés dans le compte banque est de KMF 186 717 763. La différence est liée à des variations sur les comptes de tiers (par exemple fournisseurs, partenaires, avances, etc.).

2.2. Objectifs de l'audit

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

Par conséquent, l'audit des programmes évalue la robustesse et la pertinence des processus de contrôle relatifs à la fiabilité et à l'intégrité des données financières, les informations de gestion et les informations opérationnelles, l'efficacité des opérations, la sécurité du patrimoine immobilisé, et la conformité avec les règlements et procédures nationaux et les Exigences de Gavi en Matière de Gestion des Subventions (GMR).

2.3. Déroulement de la mission d'audit

L'audit incluait deux phases aux Comores, entre février et mai 2025 :

- Mission de planification du 17 au 21 février 2025 ; et
- Mission d'audit du 12 au 23 mai 2025.

Les travaux d'audit se sont principalement déroulés dans les bureaux de la DAF et de la CNPEV au sein du ministère de la Santé à Comores. Des visites de sites ont également été conduites dans 4 districts (Centre, Oichili, Badjini ouest et Hambou), ainsi que dans des structures et formations sanitaires (CDS Ouzioini, Ntsinimoichongo, CDS Oichili, Idjinkoundzi) afin d'évaluer la qualité et l'efficacité de la gestion des vaccins et des subventions Gavi au niveau décentralisé.

2.4. Taux de change appliqués

Au cours de la mise en œuvre des programmes par les structures de l'Etat, les soutiens en espèces de Gavi gérés par l'Unicef ont été décaissés et comptabilisés en francs comoriens (KMF) par les entités de mise en œuvre du MS. Pour les besoins de ce rapport d'audit et sauf indication contraire, les taux de change appliqués aux observations sont les taux des Nations Unies « UN Operational Rates of Exchange (UNORE) » au 31 décembre de chaque année repris dans le tableau ci-dessous.

Pour les fonds gérés en direct par le MS à partir de 2024, les taux utilisés sont ceux des virements du compte dollars vers le compte KMF. Un taux moyen de ces différents virements sera appliqué pour la prise en compte des constatations sur l'année 2024.

Tableau 4 – Taux de change UNORE au 31 décembre de chaque année entre USD et KMF pour les fonds gérés par l'Unicef

ANNEE	KMF pour 1 USD
2020	400,920
2021	433,566
2022	462,202
2023	443,055
2024	472,229

Tableau 5 – Taux de change moyen au 31/12/2024 pour les fonds gérés directement par le MS

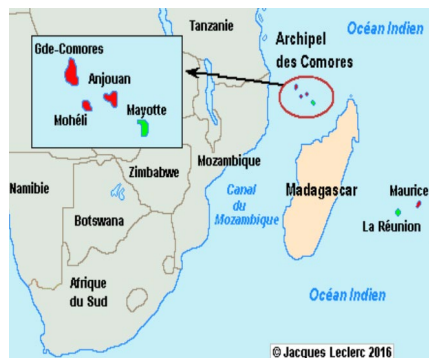
Années	Sorties compte USD	Entrées compte KMF	Taux moyen 2024
2024 DAF	440 530,11	192 588 057	437,17

En ce qui concerne les avances versées aux districts, le taux moyen utilisé par le PSA dans son tableau de suivi des avances est de 435,56 KMF pour un dollar.

3. Contexte

3.1. Introduction

Contexte Général



L'Union des Comores est située dans l'océan Indien, à l'entrée septentrionale du canal du Mozambique, entre le nord-ouest de Madagascar et la côte sud-est du continent africain. Elle est constituée de quatre îles qui s'étendent sur une superficie de 2 236 km² : Mwali (Mohéli, 290 km²), Ndzuwani (Anjouan, 374 km²), Ngazidja (Grande Comores, 1 148 km²), et Maoré (Mayotte, 424 km²). Cependant, lors de l'indépendance du territoire des Comores en 1975, Mayotte est la seule île de l'archipel qui est restée sous administration française.

Situation socio-démographique

La population est estimée à 820 830 habitants en 2021 dont (55 815 habitants à Mwali, 354 371 habitants à Ndzuwani et 410 638 habitants à Ngazidja) avec un taux de croissance de 2,1%. L'indice synthétique de fécondité (ISF) est estimé à 4,3 enfants par femme. L'espérance de vie à la naissance est de 65,5 ans, avec une variation entre les

hommes (64,3 ans) et les femmes (66,9 ans). La densité moyenne dans les trois îles est d'environ 440 habitants / km² et varie d'une île à l'autre. Les femmes représentent environ 50% de la population et celle en âge de procréer (24,7%) de la population. Selon les tranches d'âges, les enfants de moins de 1 an représentent (3%), le moins de 5 ans 14%, les jeunes de moins de 20 ans (57,4%) de la population. On note aussi une forte migration vers l'étranger (France, Madagascar, Tanzanie ...).

Situation politique et administrative

Depuis sa prise de l'indépendance en 1975 jusqu'en 2001, l'Union des Comores a connu une longue succession des crises politiques, des coups d'états et instabilités institutionnelles. Après l'accord de paix de Fomboni suivi de l'adoption d'une nouvelle Constitution en 2001, le pays est marqué par une stabilité politique et des alternances démocratiques se succèdent.

Sur le plan administratif, l'Union des Comores est composée de trois régions administratives sous forme d'îles autonomes (Ngazidja, Ndzuwani et Mwali), comprenant 16 préfectures et 54 communes. Chaque île est placée sous l'autorité d'un Gouverneur élu. Les préfectures sont sous l'autorité des Préfets nommés et les communes sont gérées par des Maires avec des Conseils communaux élus.

Contexte sanitaire

Le système de santé est de type pyramidal avec trois niveaux : central, régional et périphérique. Le ministère de la Santé (MS) a sous sa supervision le secteur public et donne les orientations aux secteurs privés. L'organisation administrative est conçue de façon à rendre visible celle des prestations sanitaires dans le pays. À chaque niveau de la pyramide sanitaire correspond un type de prestations bien définies.

Le niveau central comprend : le cabinet du ministre, l'inspection générale de la Santé (IGS), le secrétaire général de la Santé, la direction générale de la Santé (DGS), la direction générale des Études, de la Planification et des statistiques sanitaires, l'office comorien des produits pharmaceutiques (OCOPHARMA), l'agence nationale des médicaments et des évacuations sanitaires (ANAMEV) et les centres hospitaliers nationaux (CHN El-maarouf, CHN HACC de Bambao-Mtsanga).

Le niveau régional comprend : les délégués à la Santé, les Directions Régionales de Santé (DRS) et les centres hospitaliers de référence insulaire (CHRI).

Le niveau district comprend : Les centres médico-chirurgicaux (Hôpitaux de Pôles), les centres de santé de district et les Centres de santé familiale. En outre, le système de santé de l'Union des Comores compte 17 districts sanitaires (DS) dont sept à Ngazidja, sept à Ndzuwani et trois à Mwali. Des efforts ont été déployés pour améliorer l'accessibilité géographique aux structures sanitaires. La moyenne nationale des structures de santé qui se trouvent dans un rayon de 5 km² représente 63% au niveau national et elle est répartie comme suit au niveau des régions : 45% à Ngazidja, 74% à Ndzuwani et 69% pour Mwali.

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

Coordination Nationale du Programme Élargi de Vaccination (CNPEV)

La CNPEV assure la gestion du programme élargi de vaccination au niveau central et, est rattachée à la Direction de la Lutte contre la Maladie (DLM), qui constitue l'une des directions techniques de la Direction Générale de la Santé (DGS). La CNPEV constitue l'entité technique centrale chargée de la planification, de la coordination et du suivi de la mise en œuvre des activités de vaccination au niveau national. Elle élabore les requêtes de financement, les plans d'action et les rapports techniques, en coordination avec les autres directions concernées, avant de les soumettre à la validation de la DGS, puis au Secrétaire Général et à la Direction Administrative et Financière (DAF), conformément aux procédures en vigueur à la CNPEV.

La CNPEV assure également la coordination avec les partenaires techniques et financiers (PTF), la supervision technique des structures déconcentrées (DRS et districts), le suivi des indicateurs de performance, ainsi que la remontée et l'analyse des données de vaccination

Secrétaire général du ministère de la Santé

Le Secrétaire général (SG) occupe une position stratégique au sein du ministère de la Santé, auquel il rend directement compte. Il assure la coordination générale et l'appui à la mise en œuvre des programmes de santé, y compris ceux financés par Gavi.

Il représente le ministère de la Santé dans la validation des documents cadres des programmes et joue un rôle clé dans la supervision des engagements contractuels avec les partenaires techniques et financiers (PTF). À ce titre, il est responsable de la validation et de la transmission des requêtes de décaissement ainsi que des rapports exigés par les PTF, conformément aux dispositions de l'accord-cadre de partenariat. Lorsque cela est requis, ces documents sont préalablement validés par le prestataire de services d'assurance.

Enfin, le Secrétaire général est le signataire principal des comptes bancaires du ministère de la Santé, y compris ceux de la CNPEV, conjointement avec le Directeur administratif et financier (DAF), ce qui lui confère une responsabilité directe dans la gestion des flux financiers liés aux subventions Gavi.

Direction administrative et financière (DAF)

La DAF du ministère de la Santé, sous la supervision directe du Secrétaire Général, est l'organe central chargé de la gestion financière des fonds des PTF, dont ceux de Gavi. Elle veille à la bonne gouvernance financière des programmes de santé, y compris du CNPEV, en assurant la transparence, la traçabilité et la conformité des flux financiers.

La DAF est responsable de la réception des financements, de leur sécurisation, et de leur allocation vers les entités de mise en œuvre, notamment les programmes nationaux, les directions centrales, les directions régionales de la santé (DRS), ainsi que, le cas échéant, les prestataires ou fournisseurs. En fonction des risques identifiés, la DAF peut procéder à des paiements directs ou à des décaissements vers les structures bénéficiaires.

En lien étroit avec la CNPEV, la DAF examine et valide les requêtes de décaissement préparées par cette dernière, en s'assurant de la conformité des pièces justificatives, des rapports d'activités et des prévisions budgétaires. Elle joue ainsi un rôle de contrôle et de facilitation, garantissant que les ressources financières sont disponibles et utilisées conformément aux plans approuvés. Enfin, la DAF assure la consolidation des rapports financiers transmis par les différentes parties prenantes. Ces rapports sont ensuite soumis à la validation du Secrétaire général avant transmission aux PTF.

Comité de Coordination Inter-Agences (CCIA)

Le CCIA constitue l'organe national de gouvernance stratégique en matière de vaccination. Il regroupe les principales parties prenantes du secteur de la santé, y compris les représentants du ministère de la Santé, des PTF, des agences des Nations Unies, des ONG, et de la société civile. Il est présidé par le ministère de la Santé, qui veille à son bon fonctionnement conformément à l'arrêté de création. Le CCIA joue un rôle essentiel dans la définition des orientations stratégiques, la validation des plans nationaux de vaccination, et la mobilisation des ressources. Il assure également la supervision globale de la mise en œuvre des subventions Gavi, en veillant à la cohérence des interventions et à la coordination entre les acteurs.

Le Sous-Comité Technique du CCIA est présidé par le Directeur du PEV, et appuie le CCIA en préparant les dossiers techniques et en formulant des recommandations. Ses missions incluent notamment l'élaboration du Plan Pluriannuel Complet (PPAC) et du Plan de Travail Annuel (PTA), la contribution au suivi programmatique et budgétaire, la préparation des études techniques et du budget annuel pour validation par le CCIA. etc. Il se réunit au moins une fois par mois et avant chaque session du CCIA.

Groupe Technique Consultatif pour la Vaccination des Comores (GTCV)

Le GTCV est un organe technique indépendant composé d'experts nationaux, de représentants du ministère de la Santé, de partenaires techniques et d'organisations internationales. Il a pour mission de conseiller les autorités sanitaires sur la politique nationale de vaccination, d'orienter l'élaboration des stratégies et plans nationaux, et de formuler des recommandations fondées sur l'analyse des données scientifiques et programmatiques.

Le GTCV conduit des analyses sur la politique vaccinale, conseille sur le suivi du programme, l'évaluation de son impact, et l'identification des besoins en données pour l'élaboration des politiques. Il peut également orienter les institutions nationales et partenaires dans la conception de nouveaux plans ou stratégies de vaccination. Le secrétariat technique du GTCV est assuré par la CNPEV, qui coordonne la préparation des réunions, la documentation et le suivi des recommandations.

Le GTCV se réunit au moins deux fois par an et peut constituer des groupes de travail thématiques selon les priorités identifiées.

Organisations de la Société Civile (OSC)

Dans le cadre de la stratégie nationale pour améliorer la couverture vaccinale et l'équité, plusieurs OSC ont été contractualisées entre 2020 et 2024 pour appuyer le Programme Élargi de Vaccination (PEV). Leur intervention a porté principalement sur l'offre additionnelle de services de vaccination, la mobilisation communautaire, la communication pour le changement social, ainsi que le recensement et le suivi individualisé des enfants cibles dans les communautés faiblement couvertes.

Les OSC impliquées (telles que VVS, CARITAS, CSB, UNONO FAMILY, MADAHALI, AFCPEA, AMVT, AEMEV, AMPBC, CODESAWA) sont intervenues sur les trois îles, avec des financements dédiés. Elles ont contribué à la création d'équipes mobiles, à la sensibilisation des populations, et à l'identification des enfants non vaccinés.

Structures du niveau déconcentré (DRS, DS et postes sanitaires)

Le système de santé comorien repose sur une organisation territoriale comprenant trois Directions Régionales de la Santé (DRS), 17 districts sanitaires et 67 postes de santé.

Les DRS assurent la coordination régionale des activités de vaccination, le suivi de la mise en œuvre des plans d'action, la supervision des districts et la remontée des données.

Les districts sanitaires sont responsables de la planification et de l'exécution des activités au niveau opérationnel, en lien avec les postes de santé, qui constituent l'unité de prestation de services de base. Ces structures jouent un rôle essentiel dans la mise en œuvre des subventions Gavi, notamment pour la distribution des vaccins, la supervision des activités et la collecte des données de couverture.

4. Résultats détaillés

En application de l'Accord-Cadre de Partenariat (ACP) et de la Politique de Gavi sur la Transparence et la Responsabilité Financière (PTRF), les subventions Gavi doivent être gérées dans le cadre de procédures qui répondent aux exigences de la législation nationale et aux normes internationales en matière de transparence, de responsabilité et de lutte contre la corruption. Cette section 4 décrit les principales faiblesses constatées par l'audit, leurs impacts, et propose des mesures correctives. Les constats d'audit sont regroupés selon les thèmes décrits dans les sections 4.1 à 4.6 ci-après.

4.1. Gouvernance et performance organisationnelle des entités

4.1.1. S'assurer de la mise en œuvre des recommandations issues des différentes évaluations

Contexte

Le ministère de la Santé (MS) bénéficie régulièrement d'évaluations internes et externes (missions GMR, audits, revues conjointes, etc.) qui formulent des recommandations visant à renforcer la gestion des soutiens Gavi et l'efficacité du programme national d'immunisation. La mise en œuvre effective de ces recommandations est essentielle pour garantir la conformité, l'efficacité et la pérennité des interventions.

Dans les nouvelles GMR révisées en 2023, vingt-neuf (29) recommandations ont été formulées afin de remédier aux principales faiblesses identifiées dans la gestion des soutiens Gavi aux Comores. Le MS et PSA ont partagé avec Gavi un suivi du plan d'actions correctives en réponses à ces recommandations. Dans le cadre de l'audit réalisé en mai 2025, l'équipe d'audit Gavi a procédé à un suivi de l'état de mise en œuvre des recommandations et du plan d'actions du MS.

Description

Le suivi effectué révèle que 62% des recommandations (55 % partiellement mises en œuvre ou en cours, et 7 % non mises en œuvre) n'ont pas été exécutées conformément au plan d'actions initial.

Éléments	Echues à fin 2022			Total
	Mises en œuvre ou Plus applicable	Partiellement mises en œuvre / En cours	Non mises en œuvre	
Actions correctives proposées à l'issue de la révision des GMR en 2023	11	16	2	29
Taux d'exécution	38%	55%	7%	100%

Cette insuffisance de mise en œuvre des recommandations contribue à la persistance de plusieurs faiblesses structurelles identifiées lors des précédentes évaluations (voir constats 4.5.2 et 4.6.1). En ce qui concerne les GMR, les principales recommandations non mises en œuvre ou en cours de mise en œuvre sont les suivantes :

- Inscription de la totalité des soutiens Gavi dans le budget de l'état ;
- Existence d'un Plan de Passation des Marchés validé par Gavi (voir constat 4.4.1.) ;
- Recrutement du personnel de la DAF (voir constat 4.1.7.) ;
- Mise en place d'une procédure d'exonération des droits de douane ;
- Mise en place d'un système pour le suivi détaillé des avances (voir constat 4.2.5.) ;
- Recrutement d'un auditeur externe et missions de la cour des comptes (voir constat 4.1.4.) ;
- Prise en compte des soutiens Gavi dans le plan d'audit annuel de l'Inspection Générale du ministère de la Santé

Le suivi actuel des GMR, assuré par la CNPEV et le PSA, reste fragmenté et informel. L'absence d'une entité de coordination dédiée au sein du ministère de la Santé empêche la centralisation des informations, la formalisation des processus de suivi, et la relance efficace des parties prenantes. De plus, il n'existe pas de présentation formelle et régulière de l'état d'avancement des recommandations lors des forums de coordination (tels que les réunions du CCIA, voir constat

Recommandations

Le MS devra :

1. Mettre en place un mécanisme institutionnalisé de suivi des recommandations de l'ensemble des évaluations internes et externes, avec des échéances claires et des points de contrôles réguliers
2. Désigner une entité de coordination au sein du Ministère chargée de centraliser et formaliser le suivi de toutes les recommandations issues des missions d'évaluations internes ou externes du ministère de la Santé (y compris des GMR, de l'audit des programmes Gavi, de la GEV, du PAQD, etc.) réalisées avec l'appui des différents partenaires. Cette entité pourra s'appuyer notamment sur les services de la DAF.
3. Établir une présentation formelle de l'état d'avancement de la mise en œuvre des principales recommandations issues des différentes évaluations internes et externes lors des forums de coordination existants tels que les réunions du CCIA (voir constat 4.1.2.).

<p>4.1.2.), ce qui limite la transparence, la responsabilisation et la capacité à mobiliser les décideurs pour lever les blocages persistants.</p> <p>Enfin, l'insuffisance de collaboration entre les structures opérationnelles du MS (voir constat 4.1.6.) constitue un frein majeur puisqu'en l'absence de forum commun pour échanger sur la mise en œuvre des recommandations, chaque direction ou service impliqué dans la mise en œuvre agit souvent de manière isolée, sans mécanisme formel de partage d'information, de coordination ou de suivi conjoint.</p> <p>Ce constat ne s'applique pas uniquement à la mise en œuvre des recommandations des GMR mais à l'ensemble des évaluations externes et internes, telles que la GEV (voir constat 4.5.2.), le PAQD (voir constat 4.6.1.), les différentes missions d'audit.</p>		
<p>Causes racines</p> <ul style="list-style-type: none"> • Absence de cadre efficace et permanent pour le suivi des recommandations ; • Faible implication des hautes instances de gouvernance dans le suivi des recommandations (voir constat 4.1.2.) ; • Insuffisance de collaboration entre les structures opérationnelles du MS dans le suivi de la mise en œuvre des recommandations (voir constat 4.1.6.). 	<p>Réponses / Engagements du management (Voir plan d'actions correctives en annexe 9)</p>	
<p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> • Difficultés à déployer une approche systémique dans la résolution des problèmes ; • Persistance des faiblesses non corrigées limitant l'efficacité du programme national d'immunisation. 	<p>Responsabilités</p>	<p>Délai / Chronogramme</p>

4.1.2. Redynamiser l'implication des organes de gouvernance dans l'exercice de leurs responsabilités stratégiques

Contexte

Le Comité de Coordination Inter-Agences (CCIA), créé par arrêté ministériel en 2019, est une instance clé dans la gouvernance du soutien de Gavi du Programme Elargi de Vaccination (PEV). Il est chargé de jouer un rôle stratégique dans la gouvernance du PEV, avec des missions clairement définies, notamment :

- L'approbation du plan d'actions annuel du PEV, incluant les campagnes de vaccination et le renforcement de la surveillance épidémiologique ;
- La coordination des interventions entre les partenaires et le ministère de la Santé ;
- Le plaidoyer auprès des autorités nationales et des partenaires pour promouvoir les activités du PEV ;
- La mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre du programme ;
- La garantie d'une gestion transparente des fonds destinés au PEV ;
- L'évaluation de l'exécution du plan d'action et de ses orientations.

Le CCIA doit se réunir au minimum trimestriellement.

Le Sous-Comité Technique du CCIA, dirigé par le Directeur du PEV, appuie le CCIA dans ses fonctions décisionnelles en fournissant des analyses techniques et des recommandations. Ses missions incluent :

- L'appui à l'élaboration et à la mise en œuvre du Plan Pluriannuel Complet (PPAC) pour la vaccination ;
- La contribution à la préparation du Plan de Travail Annuel (PTA) et du budget annuel des activités du PEV ;
- La remontée d'informations permettant le suivi programmatique et budgétaire, ainsi que l'identification des difficultés opérationnelles ou techniques ;
- La réalisation d'études techniques nécessaires au bon déroulement des sessions du CCIA ;
- La présentation des travaux et recommandations au CCIA pour validation.

Le Sous-Comité se réunit au moins une fois par mois et peut tenir des sessions extraordinaires en cas de besoin. Il prépare également les réunions ordinaires du CCIA en consolidant les informations techniques et financières.

Le GTCV est un organe technique indépendant composé d'experts nationaux, de représentants du ministère de la Santé, de partenaires techniques et d'organisations internationales. Les membres du GTCV ont été nommé par note de service (N°21/076/MSSPSPG/SG) en mars 2021). Le GTCV a pour mission de conseiller les autorités sanitaires sur la politique nationale de vaccination, d'orienter l'élaboration des stratégies et plans nationaux, et de formuler des recommandations fondées sur l'analyse des données scientifiques et programmatiques. Le secrétariat technique du GTCV est assuré par la CNPEV, qui coordonne la préparation des réunions, la documentation et le suivi des recommandations. Le GTCV se réunit au moins deux fois par an et peut constituer des groupes de travail thématiques selon les priorités identifiées.

Description

• CCIA

Malgré ce cadre institutionnel, l'audit a mis en évidence plusieurs dysfonctionnements qui entravent l'efficacité du CCIA en tant qu'organe stratégique de gouvernance du PEV.

Depuis fin 2023, le CCIA se réunit régulièrement lors de sessions ordinaires et extraordinaires, lorsque cela est nécessaire. Malgré cela, son fonctionnement, ainsi que la mobilisation de ses membres, restent problématiques.

En effet, selon l'analyse des procès-verbaux (PV), le suivi des recommandations et des décisions prises lors des réunions précédentes est inexistant ou non formalisé. Aucune traçabilité n'a été observée concernant les engagements pris, les actions entreprises ou les résultats obtenus. Cette absence de mécanisme de suivi compromet la continuité des discussions et la redevabilité des membres.

Par ailleurs, le fonctionnement du CCIA est essentiellement informatif, avec des réunions centrées sur le partage de données ou de présentations, mais peu orientées vers la prise de décisions concrètes.

Ainsi, le CCIA ne traite pas de manière proactive les problématiques stratégiques urgentes, telles que la planification des activités du PEV, le suivi des engagements financiers ou la mobilisation des ressources. Cela explique notamment les

Recommandations

Le MS, en collaboration avec les partenaires du PEV, devra :

1. Renforcer le rôle stratégique du CCIA et du GTCV en clarifiant leurs prérogatives et en formalisant les attentes vis-à-vis de leurs membres ;
2. Mettre en place un mécanisme de suivi des décisions, incluant un tableau de bord des recommandations et des actions à suivre ;
3. Intégrer systématiquement à l'ordre du jour des réunions du CCIA et du GTCV les points de suivi des recommandations antérieures et les problématiques stratégiques prioritaires ;
4. Mobiliser pleinement le Sous-Comité Technique du CCIA, en assurant des réunions régulières et en valorisant ses contributions techniques ;
5. Renforcer la redevabilité des membres des différentes instances, en instaurant un système de rapport périodique sur les actions entreprises suite aux décisions du CCIA, Sous-

<p>défaillances en matière de planification (voir constat 4.1.5.), le faible taux d'absorption (voir constat 4.1.6.) et la faible mise en œuvre des recommandations issues des différentes évaluations (voir constat 4.1.1.).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sous- Comité Technique du CCIA <p>Le Sous-Comité Technique, censé appuyer le CCIA dans ses fonctions opérationnelles, est peu mobilisé. Bien qu'il soit prévu qu'il se réunisse mensuellement et prépare les réunions du CCIA, aucune preuve de réunions régulières ou de contributions techniques structurées n'a été fournie. Le Sous-Comité Technique n'étant pas fonctionnel, il n'y a pas de coordination avec le CCIA.</p> <ul style="list-style-type: none"> • GTCV <p>Les procès-verbaux que nous avons reçus montrent que les réunions ne sont pas tenues de manière régulière. En effet, seul trois réunions ont eu lieu entre 2021 (date de création du GTCV) et 2025, contrairement aux dix réunions prévues dans les statuts pour la période concernée. Faute de réunions régulières, les activités prévues dans les PV ne sont pas suivies.</p> <p>De plus, plusieurs recommandations du GTCV n'ont pas été transmises à l'OMS ou n'ont pas fait l'objet d'une diffusion et d'un suivi adéquats tel que prévu lors des séances. Les PV les plus récents soulèvent l'absence de mécanisme pour assurer le suivi des recommandations (voir constat 4.1.1.) ainsi que le manque de communication entre le Secrétariat (assuré par le CNPEV), les membres du GTCV et les partenaires extérieurs.</p> <p>Enfin, l'équipe d'audit a noté que des inquiétudes concernant l'engagement et la disponibilité des membres ont été évoqué lors de réunions.</p> <p>L'ensemble de ces constats traduisent une sous-utilisation des leviers institutionnels mis en place pour assurer une gouvernance efficace du soutien Gavi, et soulignent la nécessité de revitaliser le fonctionnement du CCIA, de son sous-comité ainsi que du GTCV.</p>	<p>Comité et GTCV ;</p> <p>6. S'assurer que le CNPEV endosse pleinement son rôle de Secrétariat du GTCV, en planifiant et organisant les séances selon les statuts.</p>	
<p>Causes racines</p> <ul style="list-style-type: none"> • Absence de mécanisme structuré pour le suivi des décisions et recommandations du CCIA ; • Faible engagement des membres dans la préparation et le suivi des réunions ; • Mobilisation limitée des membres du CCIA et du GTCV ; • Insuffisance de coordination entre le CCIA et son Sous-Comité Technique. 	<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 9)</p>	
<p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perte d'efficacité dans la coordination des partenaires et la mise en œuvre du soutien Gavi ; • Retard dans le traitement des problématiques critiques (ex. planification, gestion financière) ; • Faible redevabilité sur les engagements pris en réunion ; 	<p>Responsabilités</p>	<p>Délai / Chronogramme</p>

4.1.3. Manque de redevabilité dans la mise en œuvre du programme de vaccination

<p>Contexte</p> <p>La redevabilité constitue un pilier fondamental du partenariat entre Gavi et les pays partenaires, tel que défini dans l'accord-cadre de partenariat. Elle implique que les acteurs responsables de la mise en œuvre du PEV rendent compte de leurs engagements, assurent le suivi des résultats et prennent des mesures correctives en cas de dysfonctionnement.</p> <p>Dans ce cadre, la redevabilité ne se limite pas à la production de rapports, mais englobe également l'engagement institutionnel, le respect des normes de service, la mobilisation du personnel en charge de la vaccination et la capacité à corriger les écarts observés par rapport aux objectifs définis.</p>		
<p>Description</p> <p>L'audit a mis en évidence une redevabilité insuffisante des acteurs impliqués dans la mise en œuvre du PEV, ce qui affecte directement la performance du programme.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cadre de redevabilité insuffisant <p>Il n'y a aucun dispositif institutionnalisé définissant les exigences en matière de redevabilité et les modalités y afférentes, pour les niveaux opérationnels (postes de santé, districts et directions régionales). Ainsi il n'existe pas de cadre de suivi de la performance tel que des indicateurs de performance, des rapports périodiques. Enfin, les mesures correctives en cas de non-respect des engagements ne sont ni définies ni mises en œuvre.</p> <p>Ces insuffisances entraînent un faible taux de mise en œuvre des activités, avec seulement 33 % des activités prévues ont été réalisées en 2024.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Désengagement du niveau opérationnel <p>Ce faible niveau de mise en œuvre s'explique aussi par un désengagement des postes de santé, notamment à travers le non-respect des horaires d'ouverture des sites de vaccination, ce qui limite l'accès des populations aux services. Lors du CCIA d'avril 2025, une recommandation a été émise à ce sujet afin d'envoyer un rappel officiel aux postes de santé quant aux horaires d'ouverture à respectés. Cette problématique et le désengagement du personnel au niveau des postes de santé est en partie expliqué par le recours excessif au personnel bénévole (voir constat 4.1.7.).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leadership local insuffisant <p>Au-delà du désengagement du personnel de mise en œuvre du programme, l'audit relève un déficit d'implication des responsables locaux, notamment des médecins chefs, dans le pilotage, la supervision et l'animation des équipes. Ceux-ci privilégient souvent les activités génératrices de revenus pour les structures de santé au détriment des activités de vaccination, ce qui nuit à la performance vaccinale et à la dynamique collective autour du programme</p> <p>Ce constat a notamment été souligné lors du CCIA d'avril 2025, et plus particulièrement le fait que les médecins chefs de districts sont trop impliqués dans la clinique, négligeant la coordination des interventions de santé publique, ce qui affecte la performance vaccinale.</p>		<p>Recommandations</p> <p>Le MS devra :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mettre en place un mécanisme formel de redevabilité, incluant des indicateurs de performance, des rapports périodiques et des mesures correctives en cas de non-respect des engagements. Les indicateurs de performance pourraient par exemple prendre en compte les horaires d'ouverture des postes de santé, le nombre d'enfants vaccinés par poste par rapport à la population cible, etc. 2. Renforcer le rôle des médecins chefs et des responsables des formations sanitaires, en clarifiant leurs responsabilités en matière de supervision, d'animation d'équipe et de suivi des résultats, et en les impliquant activement dans l'amélioration continue du programme ; 3. Instaurer un système de suivi de la disponibilité et de la qualité des services de vaccination, avec des contrôles réguliers sur les horaires d'ouverture et la qualité du service. 4. Sur la base d'une analyse d'adéquation entre les profils-postes (voir recommandation du constat 4.1.7.), s'assurer que l'ensemble des postes clés sont pourvus par du personnel formellement recruté afin de limiter la dépendance aux personnels bénévoles.
<p>Causes racines</p> <ul style="list-style-type: none"> • Absence de cadre institutionnalisé de redevabilité et de suivi de la performance ; • Faible culture de performance et de responsabilisation au sein des structures sanitaires ; • Manque de leadership et de mobilisation des responsables locaux ; • Recours excessif aux bénévoles (voir constat 4.1.7.). 		<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 9)</p>
<p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maintien d'un faible niveau de performance dans la mise en œuvre du programme ; • Difficulté à atteindre les objectifs de couverture vaccinale et à répondre aux attentes du partenariat avec Gavi. 		<p>Responsabilités</p>
		<p>Délai / Chronogramme</p>

4.1.4. Insuffisances des mécanismes de surveillance de la gestion des soutiens GAVI

Contexte

Audit interne :

Les GMR de 2023 dans le point r) « audit interne et inspection générale » précisent que « Le MS communiquera au CCIA le plan annuel d'audit interne et partagera avec le CCIA les rapports d'audit interne émis par l'Inspection Générale (l'IGF) du MS. L'IGF s'assurera de la réalisation d'un audit des programmes Gavi (Vaccins et non-vaccins) sur une base annuelle, conformément à ses procédures, et partagera le rapport avec Gavi, dès la validation par le MS ».

Le manuel de procédures de la DAF, dans son chapitre XIV « Audit interne et audit externe » paragraphe 1 stipule qu' « étant donné que la DAF est une entité gouvernementale, les programmes qu'elle gère devront être intégrés dans les plans de travail annuels de l'Inspection Générale de la Santé (IGS) et de l'Inspection Générale des Finances (IGF). Les Inspections Générales (IG) se chargeront de vérifier que les politiques et procédures en vigueur sont appliquées, qu'elles respectent le cadre réglementaire, et que le système de management est efficace afin de répondre aux exigences des PTF en termes de gestion des fonds des programmes financés par les partenaires. Les rapports des IG seront adressés au SG et parallèlement partagés aux PTF. A la demande du MS, les IG devront conduire une évaluation pour produire la cartographie de tous les risques liés à la gestion de programme financé par les PTF. Sur la base de cette cartographie des risques, le plan d'audit interne annuel des Inspections générales sera établi pour couvrir tous les risques énumérés ».

Audit externe :

Les GMR de 2023 dans le point q) « audit annuel et vérification externe » mentionnent que « Le MS sélectionnera un cabinet d'audit sur la base de TDR, acceptables pour Gavi, pour une période de 3 ans (reconductible si la performance du cabinet est jugée satisfaisante par le MS et Gavi). Gavi pourra, à son initiative, conjointement avec le MS, être impliqué dans le processus de sélection de l'auditeur externe. Les rapports d'audit externe annuels seront transmis à Gavi, au plus tard six mois après la fin de l'exercice fiscal ». Le MS doit mener des discussions avec la Cour des Comptes afin d'assurer sa participation au processus d'audit externe de toutes les subventions Gavi gérées par le MS des Comores.

Le manuel de procédures de la DAF dans son chapitre XIV « Audit interne et audit externe » paragraphe 2 stipule que : La DAF et/ou les PTF se chargera de sélectionner un cabinet d'audit externe sur la base d'une procédure transparente de mise en concurrence des bureaux d'audit qui font une offre de service. Le cabinet d'audit sera sélectionné pour un mandat ne pouvant pas dépasser trois (3) années successives qui sera renouvelable chaque année sous condition de la satisfaction de la qualité du travail de l'auditeur par les PTF. L'audit externe sera conduit tant au niveau central (toutes les entités participant dans la mise en œuvre des programmes) que dans les régions sanitaires afin d'effectuer l'audit des états consolidés des programmes.

Il indique également « qu'à la fin de chaque audit annuel du programme, l'IGE doit veiller au suivi de la mise en œuvre par la DAF des recommandations émises dans le rapport d'audit externe. Le Responsable Administratif et Financier (RAF) est le premier responsable pour établir un plan de mise en œuvre et du suivi de toutes les recommandations émises à l'endroit de la DAF ».

Description

L'audit a relevé qu'en dehors des services d'assurance du PSA, assuré par PwC, mis en place et financés par Gavi depuis le 1^{er} novembre 2023, le MS ne s'est pas doté des moyens propres nécessaires pour la surveillance interne de la gestion des ressources Gavi (financières et matérielles) qui lui sont allouées.

En effet, au cours de la période auditée, 2020 à 2024, aucun audit interne n'a été réalisé. L'IGS et l'IGF ne disposent d'aucune information concernant la gestion des programmes de vaccination (budgets et PTA notamment) et ne sont donc pas en mesure de réaliser une cartographie des risques comme demandé, ni d'inclure un audit des programmes dans leur plan d'audit annuel.

De même, aucun audit externe n'a été réalisé sur toute la période auditée, que ce soit pour les fonds gérés par l'Unicef ou ceux administrés directement par le MS. Cela est en parti expliqué par l'absence de tenue de comptabilité pour la période couverte par l'audit (voir constat 4.2.2.). Par ailleurs, aucune procédure de recrutement d'un cabinet d'audit externe n'a encore été engagée pour les audits à venir. Bien que le MS ait sollicité la Cour des comptes pour la réalisation d'un audit externe, les termes de référence de cette mission n'ont pas encore été validés. Enfin, l'absence d'états financiers empêche actuellement toute intervention de la Cour des comptes (voir constat 4.2.2.).

Recommandations

- Le MS devra :
1. Assurer la transmission régulière du PTA et du budget à l'IGS et à l'IGF afin qu'elles préparent une cartographie des risques et intègrent le programme dans leur périmètre d'audit ;
 2. Préparer des états financiers pour chaque subvention.
 3. Recruter un cabinet d'audit externe et s'assurer du suivi des recommandations ;
 4. Transmettre à la cour des comptes des TDR de mission validés.

Causes racines

- Les structures de contrôle de l'état n'interviennent que sur la base de problèmes signalés et non sur la base d'un PTA ;
- Manque de suivi dans la mise en œuvre des GMR et des procédures du manuel de la DAF.

Réponses / Engagements du management

(Voir plan d'actions correctives en annexe 9)

<ul style="list-style-type: none">• Faible culture institutionnelle du contrôle interne		
<p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none">• Utilisation non conforme ou inefficace des soutiens Gavi.• Limitation de l'efficacité du dispositif de contrôle interne mis en place au sein du MS• Risques de non-détection ou de correction tardive des risques significatifs, potentiellement préjudiciables à la mise en œuvre des programmes et à l'atteinte des objectifs.• Incertitude quant à la fiabilité, à l'intégralité et à l'image fidèle des états financiers, ainsi qu'à l'utilisation appropriée des subventions Gavi, pouvant conduire à des suspensions de décaissements voire à la rupture des conventions de subventions	Responsabilités	Délai / Chronogramme

4.1.5. Défaillances dans le processus de planification

<p>Contexte</p> <p>La planification des activités du PEV repose sur un processus ascendant, qui débute au niveau des postes de santé et des districts. Ces derniers identifient les besoins et les activités à travers des microplans, qui sont ensuite consolidés par les directions régionales de la santé puis au niveau central pour aboutir à l'élaboration du PTA. Ce PTA annuel est ensuite partagé à la Direction de la Planification du ministère de la Santé.</p> <p>Ce processus a, entre autres, pour objectif de permettre une planification coordonnée et alignée sur les priorités nationales et les exigences des partenaires, notamment Gavi.</p>					
<p>Description</p> <p>L'audit a mis en évidence plusieurs insuffisances dans le processus de planification des activités du PEV, tant au niveau central que décentralisé.</p> <p>Au niveau central, la planification ne tient pas suffisamment compte de la dimension temporelle des activités des différents programmes. Bien que le PTA soit partagé avec la Direction de la Planification, cela se fait à titre informatif, sans revue formelle pour identifier les chevauchements ou les conflits de calendrier avec les autres programmes. Cette absence de coordination entraîne une faible synergie et une utilisation sous-optimale des ressources.</p> <p>Par ailleurs, le processus d'élaboration du PTA est initié tardivement. Pour l'année 2025, le processus n'a commencé qu'à la fin décembre 2024, et le plan n'a été validé qu'en avril 2025 lors du CCIA. En conséquence, les activités prévues pour le premier trimestre n'ont pas pu être mises en œuvre dans les délais.</p> <p>Ce retard dans la planification explique notamment le faible taux de mise en œuvre (voir également constat 4.1.6), puisque seules les activités prévues au plan du troisième trimestre ont été mises en œuvre pour l'année 2024.</p> <p>Le processus de planification est conçu pour être ascendant. Cependant, en 2023, aucun microplan n'a été élaboré par les structures décentralisées, ce qui remet en question la fiabilité du PTA et la prise en compte des besoins réels du terrain. L'absence d'un processus régulier de planification limite également l'appropriation des processus par les districts sanitaires, qui rencontrent des difficultés à élaborer et justifier leurs microplans. Ces difficultés s'expliquent principalement par un manque de compétences en planification des besoins, en rédaction narrative et en gestion financière.</p>	<p>Recommandations</p> <p>Le MS devra :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anticiper l'élaboration du PTA, en lançant le processus dès le troisième trimestre de l'année précédente, et en rapportant sur l'état d'avancement de l'élaboration au Sous-Comité Technique du CCIA et au CCIA ; 2. Élaborer un calendrier national de planification, intégrant les échéances des différents programmes et les contraintes opérationnelles ; 3. Renforcer les capacités des districts en matière de planification, à travers des formations ciblées et un accompagnement technique. 				
<p>Causes racines</p> <ul style="list-style-type: none"> • Absence de calendrier harmonisé et intégré pour la planification des programmes au sein du ministère de la Santé ; • Faibles capacités techniques des équipes au niveau des districts (voir constat 4.1.7.) ; • Manque d'anticipation et de coordination dans l'élaboration du PTA ; • Faible appropriation des outils de planification par les acteurs opérationnels. 	<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 9)</p>				
<p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retards dans la mise en œuvre des activités, compromettant la couverture vaccinale ; • Utilisation inefficace des ressources disponibles ; • Faible taux de mise en œuvre. 	<table border="1"> <tr> <td>Responsabilités</td> <td>Délai / Chronogramme</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Responsabilités	Délai / Chronogramme		
Responsabilités	Délai / Chronogramme				

4.1.6. Défis liés à la coordination entre la CNPEV et la DAF

Contexte

Conformément aux principes de gestion définis dans l’ACP et dans les GMR, la CNPEV est responsable de la planification et de la mise en œuvre technique du programme, tandis que la DAF assure le traitement des requêtes de financement, la gestion des décaissements et le suivi budgétaire.

Une collaboration étroite entre ces deux entités est indispensable pour garantir la disponibilité des ressources au moment opportun, éviter les retards dans la mise en œuvre des activités et assurer une absorption optimale des fonds alloués.

Description

• Insuffisance du cadre de coordination

L’audit a mis en évidence un manque de coordination entre la CNPEV et la DAF, qui affecte directement l’exécution financière et programmatique :

Si la coordination générale (planification, validation, supervision) est bien prévue, le manuel ne précise pas la fréquence des réunions bilatérales, la désignation de points focaux, ni les modalités de gestion des blocages ou des retards dans le traitement des dossiers (constat 4.2.1.).

• Absence de modalités de relance et de suivi des requêtes

Le manuel ne prévoit pas de procédure formalisée pour la relance des requêtes de financement ou de justification, ni de mécanisme systématique de suivi des délais de traitement, d’apurement des avances ou de justification des dépenses (voir constat 4.2.1.). Il n’existe pas d’outil partagé ou de tableau de bord permettant aux deux entités de suivre en temps réel l’état d’avancement des requêtes, des paiements ou des apurements.

• Retards dans le traitement des requêtes

Dans un premier temps, les requêtes sont initiées tardivement au niveau de la CNPEV. De plus, les requêtes sont souvent incomplètes (documents manquants), ce qui engendre plusieurs allers-retours entre la CNPEV et la DAF.

Ensuite, les requêtes de financement sont traitées avec lenteur au niveau de la DAF (voir tableau ci-dessous), entraînant des retards dans les décaissements et la mise en œuvre des activités ou le paiement des salaires. Ce retard est notamment expliqué par le retard dans les recrutements de postes-clés (voir constat 4.1.7.) et l’indisponibilité d’un des signataires titulaires (voir constat 4.2.4.).

Nombre de jours moyen entre la soumission de la requête par la CNPEV et la validation de la DAF	Nombre de jours moyen entre la validation de la requête par la DAF et la date de l’ANO de Gavi	Nombre de jours moyen entre la validation de la requête par la DAF et le décaissement
46.9 jours	1.2 jours	22.3 jours

Bien que la comptable de la CNPEV utilise un fichier de suivi des requêtes, l’absence d’un mécanisme formel de relance et de coordination, ainsi que la qualité des requêtes, limitent la capacité à résoudre efficacement les blocages et à réduire les délais excessifs de traitement. Le cadre de concertation défini une durée maximum pour le traitement des requêtes (maximum 2 mois), cependant, aucun mécanisme de relance systématique n’y est décrit.

Cette désynchronisation entre les deux entités contribue à un faible taux d’absorption des fonds. En effet, en 2024, seulement 33 % des activités programmées ont été mises en œuvre.

Recommandations

Le MS devra :

1. Mettre en place un cadre formel de coordination entre la CNPEV et la DAF, incluant des réunions régulières de suivi des requêtes et des décaissements ;
2. Ajouter à la procédure d’établissement des requêtes, un processus de relance et de suivi avec des indicateurs concernant des délais cibles et des points de contrôle (voir constat 4.2.1.) ;
3. Instaurer un outil partagé de suivi des requêtes, accessible aux deux entités, permettant de tracer les demandes, les délais de traitement et les montants engagés.
4. S’assurer du respect de la procédure et de la complétude des requêtes avant envoi à la DAF ;
5. Mettre en place une checklist, contenant les documents attendus, afin de faciliter l’établissement des requêtes ;
6. Réaliser si besoin une formation de l’équipe finance de la CNPEV concernant l’établissement des requêtes.

<p>Causes racines</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cadre de coordination entre la CNPEV et la DAF insuffisamment détaillé (voir constat 4.2.1.) ; • Manque de visibilité mutuelle sur les calendriers de planification et de traitement des requêtes ; • Non-respect du manuel de procédure concernant l'établissement et la complétude des requêtes ; • Absence d'outils partagés de suivi des requêtes et des décaissements. 	<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 9)</p>	
<p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retards récurrents dans la mise en œuvre des activités, compromettant les objectifs du programme ; • Sous-utilisation des ressources disponibles, avec risque de désengagement des partenaires ; • Faible performance budgétaire et perte de crédibilité vis-à-vis de Gavi ; • Difficulté à planifier les activités de manière réaliste et à respecter les échéances opérationnelles. 	<p>Responsabilités</p>	<p>Délai / Chronogramme</p>

4.1.7. Faiblesses liées à la gestion des ressources humaines

Contexte

Le manuel de procédures de la DAF dans le chapitre III « Gestion des ressources humaines » au paragraphe a2) indique que « Les besoins en recrutement pour le programme sont déterminés sur la base du plan d'action et du budget disponible et approuvés pour les programmes. A la demande des PTF, pour les besoins des programmes qu'ils financent, les TDR des postes à recruter sont déterminés par le supérieur hiérarchique du poste à recruter et transmis au DAF pour revue avant d'être soumis pour validation au SG, avant d'être soumis aux PTF en vue d'avoir leur avis de non-objection. Les TDR du poste doivent formaliser les besoins en recrutement, notamment : la mission du poste, les objectifs et les responsabilités du poste, le profil du candidat recherché, et la date de clôture de réception des candidatures. Une fois les TDR du poste validés par le PTF, le Responsable Passation des marchés (RPM) se charge d'élaborer l'avis de recrutement qui doit être validé par le DAF et approuvé par le SG.

Le manuel de procédures dans le paragraphe c) indique que « En début de chaque année, le DAF et le supérieur hiérarchique direct de chaque employé déterminent les objectifs à assigner pour chacun des employés pour l'année concernée selon les tâches à réaliser et les livrables à soumettre par l'employé selon les TDR de chacun. Le temps de traitement des différents dossiers sera également considéré comme un critère d'évaluation du personnel pour pouvoir motiver les employés à travailler de manière rapide et efficace en vue d'accélérer la mise en œuvre des programmes et améliorer le taux d'exécution budgétaire. En fin d'année, chaque employé sera évalué sur sa performance par son chef hiérarchique direct et le DAF selon une grille d'évaluation qui sera adaptée selon les critères d'évaluation retenus pour chacun des employés. Les résultats de l'appréciation des chefs hiérarchiques et du DAF feront l'objet d'une validation par le SG »

Enfin le paragraphe 2 « gestion de la paye » indique que « la procédure est mise en œuvre vers le 25 du mois par le RAF. Les salaires sont payés à la fin du mois et au plus tard 8 jours après la fin du mois selon les dispositions du code de travail. Le salaire de chaque employé est déterminé au préalable en fonction de l'emploi prévu dans le contrat qui lui est attribué et selon la grille de la fonction publique pour les fonctionnaires.

Description

L'audit a relevé les faiblesses suivantes :

- **Retard dans le recrutement de postes clés :**

Plusieurs postes clés du PEV (spécialiste suivi et évaluation, spécialiste surveillance, comptable) et de la DAF (responsable passation des marchés) ne sont pas pourvus alors que le processus de recrutement a été lancé depuis plus d'une année et les TDR validés par Gavi. Cette situation a entraîné de nombreuses difficultés et retards dans la mise en œuvre du programme.

- **Inadéquation des profils aux besoins :**

Les capacités des acteurs en charge de l'exécution du programme, notamment en ce qui concerne la GEV, restent limitées. Ce déficit de compétences techniques est aggravé par une rotation élevée du personnel, qui compromet la continuité des activités et nuit à l'efficacité globale du programme.

- **Recours excessif à des agents bénévoles :**

Dans plusieurs districts et postes de santé, l'audit a révélé un recours important à des agents bénévoles pour la mise en œuvre des activités du PEV, avec un total de 48 bénévoles identifiés comme « priorités », c'est-à-dire occupant des postes clés, dont quatre exerçant la fonction de Point Focal PEV. Cette situation soulève des préoccupations majeures en matière de motivation, de stabilité et de qualité de mise en œuvre (voir constat 4.1.3.). Le recours à des bénévoles, permet de répondre à des contraintes budgétaires ou à une pénurie de personnel qualifié mais génère une dépendance à des ressources humaines non contractuel. De plus, l'absence de formation systématique et de mécanismes de supervision adaptés (voir constat 4.6.5.) peut affecter la qualité des données collectées, la rigueur dans l'application des procédures, et la sécurité des actes de vaccination.

- **Retards récurrents dans le paiement des salaires et des primes :**

Recommandation

Le MS devra :

1. Prendre les dispositions nécessaires pour finaliser le recrutement des postes essentiels à la DAF et au PEV soit finalisé dans les plus brefs délais (voir constat 4.1.6.).
2. Élaborer et mettre à jour annuellement un plan de main d'œuvre pour le PEV et la DAF, intégrant une cartographie complète des effectifs actuels (personnel et bénévole), avec identification des postes vacants et des mouvements prévus (départs, fins de contrat, etc.) et une projection des besoins en effectifs à moyen terme, tenant compte des priorités stratégiques, des évolutions de charge de travail et des risques de rotation.
3. Prendre toutes les dispositions pour que les salaires et primes de performance soient payés dans les délais prévus (voir recommandations 4.1.6., de plus des avis de non-objection (ANO) peuvent être demandés en début d'année lorsque les PTA ne sont pas validés dans les délais).
4. Réaliser une évaluation complète des ressources humaines du PEV et de la DAF, combinant :
 - **Une analyse quantitative** : recensement de l'ensemble des effectifs (personnel formellement recruté, contractuel, et bénévole), identification des postes pourvus et vacants, suivi des mouvements du personnel (recrutements, départs, congés),
 - **Une analyse qualitative** : évaluation des compétences, analyse d'adéquation profils-postes, identification des écarts de compétences, et appréciation de la dépendance au personnel bénévole.

<p>L'audit a constaté que le paiement des salaires était effectué avec plusieurs mois de retard (en mai 2025 les derniers salaires payés étaient ceux de décembre 2024). Ces retards sont liés à des délais dans la transmission ou la validation des requêtes (voir constat 4.1.6) ainsi qu'à la validation tardive des PTA en l'absence desquels aucun paiement ne peut être effectué. Ces retards peuvent nuire à l'implication du personnel.</p> <p>Les primes de performance sont également payées avec beaucoup de retard (T4 2024 n'était pas encore payé à la date de notre mission en mai 2025) pour cause de retard dans la transmission des rapports d'évaluation trimestriels ou pour des blocages au niveau du traitement des requêtes (voir constat 4.1.6.).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faiblesse administrative dans la des ressources humaines : Les dossiers sont eux-mêmes incomplets, ne contenant pas les documents requis par le manuel de gestion, ce qui limite la traçabilité et la conformité aux standards. Cette situation rend également difficile l'identification des compétences disponibles et la planification des besoins en ressources humaines. 	<p>5. Sur la base de cette analyse, définir un plan de dotation en ressource humaine, considérant l'ensemble des besoins du PEV au niveau national et décentralisé, en s'assurant que les postes clés sont pourvus par du personnel formellement recruté et contractuel, afin de limiter la dépendance aux bénévoles et garantir la continuité et la qualité des activités.</p>	
<p>Causes racines</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retards dans le traitement des requêtes (voir constat 4.1.6.) ; • Manque de personnel compétent au niveau des formations sanitaires ; • Absence de cadre de planification et de contractualisation des ressources humaines ; • Rotation fréquente des postes clés au sein du ministère de la Santé ; • Faiblesses dans les dispositifs de gestion des ressources humaines. 	<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 9)</p>	
<p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> • Non atteinte des objectifs du programme ; • Démotivation et démission du personnel ; • Manque de redevabilité du personnel (voir constat 4.1.3.) ; • Atteinte à la réputation du MS et des bailleurs. 	<p>Responsabilités</p>	<p>Délai / Chronogramme</p>

4.2. Gestion financière et comptable

4.2.1. Faiblesses des cadres de procédures

<p>Contexte</p> <p>Conformément à l'ACP, et en accord avec les GMR, la CNPEV, au travers de la DAF, doit s'assurer que son manuel respecte les exigences de Gavi, notamment en ce qui concerne la gestion administrative et financière des fonds Gavi.</p> <p>Le manuel de procédures de la DAF constitue le principal référentiel pour la gestion administrative et financière des activités du programme. Il a été révisé en 2023, et une version synthétique, résumant les flux de requêtes, les flux de fonds et les pièces justificatives, a été établie.</p>		
<p>Description</p> <p>L'audit a mis en évidence plusieurs faiblesses majeures dans le cadre de procédures applicable au programme :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diffusion et appropriation insuffisantes du manuel <p>La DAF a élaboré une version synthétique de son manuel de procédures afin d'en faciliter la compréhension. Toutefois, ce manuel n'est pas systématiquement diffusé ni utilisé par les équipes de la CNPEV et des entités de mise en œuvre, en particulier au niveau des districts et des structures décentralisées. Les gestionnaires locaux ne disposent pas toujours d'une version à jour ou synthétique, ce qui entraîne des écarts dans l'application des règles et des procédures. De plus, le manuel n'a pas été transmis aux OSC (voir constat 4.2.6.). Lors des visites terrain, il a été constaté qu'en l'absence de manuel, les pratiques sont principalement acquises lors de formations ponctuelles. Cette faible appropriation des procédures, notamment pour la justification des dépenses, limite la capacité des équipes à respecter les exigences du bailleur et à garantir la conformité des opérations (voir constats 4.2.2 à 4.4.1.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manque de procédures spécifiques <p>Plusieurs domaines essentiels, tels que la justification des dépenses (voir constat 4.2.5.), le traitement des requêtes (voir constat 4.1.6.) et l'archivage (voir constat 4.2.6.), ne font pas l'objet de procédures suffisamment détaillées ou adaptées aux réalités opérationnelles, en particulier pour le suivi et les relances. Par ailleurs, certains processus, notamment la gestion des OSC, manquent de directives précises concernant la revue des pièces justificatives et la communication avec les entités de mise en œuvre.</p>	<p>Recommandation</p> <p>Le MS devra :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Réviser et compléter les procédures existantes du manuel de la DAF pour couvrir l'ensemble des domaines critiques (gestion des OSC, justification des dépenses, archivage, etc.), et veiller à l'adapter aux spécificités techniques et opérationnelles du programme de vaccination ; 2. Renforcer la coordination entre la DAF et la CNPEV pour l'actualisation, la diffusion et le suivi de l'application des procédures (voir constat 4.1.6.) ; 3. Mettre en place un dispositif de diffusion systématique du manuel synthétique de la DAF auprès de toutes les équipes, y compris au niveau décentralisé ; 4. Organiser des sessions de formation régulières sur ce manuel, en ciblant les gestionnaires et les équipes opérationnelles. 	
<p>Causes racines</p> <ul style="list-style-type: none"> • Absence de dispositif de diffusion et de formation systématique sur le cadre procédural auprès des équipes CNPEV et des entités décentralisées. • Manque de coordination entre la DAF et la CNPEV pour l'actualisation et l'adaptation des procédures (voir constat 4.1.6). • Faible appropriation des exigences Gavi en matière de gestion, de justification et de contrôle interne. 	<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 9)</p>	
<p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mauvaises pratiques en matière de gestion et de mise en œuvre du programme ; • Faible traçabilité et justification des dépenses, exposant le programme à des demandes de remboursement ou à des rejets de dépenses ; • Perte de données programmatiques et financières essentielles pouvant conduire à des demandes de remboursement, • Non-conformité avec les exigences contractuelles de l'ACP. 	<p>Responsabilités</p>	<p>Délai / Chronogramme</p>

4.2.2. Manquements aux obligations de tenue de comptabilité

Contexte

La période audité se divise en deux phases distinctes :

- **Phase 1 (2020–2023)** : Durant cette période, les fonds Gavi étaient administrés par l'Unicef. Les décaissements étaient effectués par Gavi vers l'Unicef, qui en reversait ensuite une partie aux structures nationales. Conformément à l'article 4.3.2 de l'accord de subvention signé en 2015 entre l'Unicef, le Gouvernement des Comores et Gavi, et selon l'ACP, l'Unicef et le Gouvernement avaient l'obligation de « tenir des comptes exacts décrivant l'utilisation et le décaissement des fonds de la subvention ».
- **Phase 2 (à partir de 2024)** : Les subventions en espèces de Gavi sont désormais mises directement à la disposition du ministère de la Santé. Selon les GMR 2023, point m), la responsabilité de la tenue de la comptabilité et de la préparation des rapports financiers incombe à la DAF. Le paramétrage du logiciel comptable Tom2Pro doit permettre une traçabilité complète des fonds Gavi et la production d'états financiers conformes aux exigences du bailleur.

Le chapitre XIII « gestion comptable et financière » impose que :

- **« Au quotidien** : chaque utilisateur doit effectuer la sauvegarde de ses propres données sur son matériel informatique (ordinateur) et sur le serveur des données. Ces données devront ensuite être stockées toutes les semaines par le comptable sur un disque dur externe et/ou sur un espace cloud qui devra être ouvert par la DAF.
- **A la clôture du financement** : Chaque utilisateur regroupe les fichiers relatifs au financement dans un répertoire qui doit être nommé comme suit : « nom du Financement » « nom de l'utilisateur ». Le RAF est responsable de l'archivage et de la sécurisation des fichiers. Les répertoires devront être regroupés par le RAF dans un disque dur externe et/ou sur un espace cloud qui devra être ouvert par la DAF ».

Un consultant dédié, recruté par TOMATE, a appuyé le programme dans le déploiement du logiciel.

Description

- **Absence de tenue de comptabilité**

Depuis le départ du comptable de la CNPEV en juin 2020, et jusqu'à fin 2023 (avant le déploiement de Tom2Pro), aucune comptabilité n'a été tenue au sein de la structure, en violation des obligations prévues par l'Accord-Cadre de Partenariat. Aucun état financier certifié n'a été préparé ni transmis pour la période concernée. Les seules informations disponibles se limitent aux pièces justificatives relatives au compte bancaire du PEV, sans qu'elles soient intégrées dans un système comptable formel. En conséquence, les travaux d'audit ont dû s'appuyer exclusivement sur les requêtes et rapports financiers archivés, sans possibilité de reconstituer une situation comptable fiable ni de produire des états financiers certifiés pour l'ensemble de la période.

En l'absence de comptabilité tenue par la CNPEV sur la période 2020–2023, l'audit a tenté de reconstituer les flux financiers en se référant aux données disponibles auprès de l'Unicef. Toutefois, les documents comptables nécessaires n'ont pas pu être obtenus, ce qui n'a pas permis de réaliser un rapprochement entre les fonds versés par Gavi à l'Unicef et les décaissements effectués par ce dernier auprès des entités de mise en œuvre.

- **Faiblesses dans le déploiement et l'utilisation du logiciel Tom2Pro**

Pour l'année 2024, bien que des documents comptables aient été transmis, l'absence de paramétrage du logiciel comptable pour la production d'états financiers, combinée à l'absence d'audit externe (voir constat 4.1.4.), n'a pas permis de confirmer leur caractère définitif ni leur conformité avec les exigences de Gavi.

- **Défaillance dans la sauvegarde des données**

Aucune sauvegarde informatique régulière n'est effectuée en dehors du logiciel comptable. De plus, des défaillances dans la sauvegarde physique des pièces ont été identifiées (voir constat 4.2.7.), puisque des pièces justificatives concernant la période 2020-2023 n'ont ainsi pas été retrouvées.

Recommandation

Le MS devra :

1. Mettre en place un mécanisme de suivi régulier de la comptabilité et des rapports financiers par la DAF, avec des points de contrôle trimestriels ;
2. Élaborer et diffuser une procédure de clôture comptable annuelle, incluant la production systématique d'états financiers provisoires et certifiés ;
3. Paramétrer le logiciel comptable Tom2Pro de manière à permettre la traçabilité des fonds Gavi et la génération d'états financiers conformes aux exigences ;
4. Prévoir un audit externe annuel des comptes liés aux subventions Gavi, en coordination avec la Cour des comptes, afin de garantir la fiabilité des informations financières (voir constat 4.1.4.) ;
5. Garantir la sauvegarde informatique des données programmatiques et financières sur un support sécurisé (cloud ou disque dur externe) ;
6. Formaliser une procédure de restitution des équipements et documents lors du départ du personnel, incluant une check-list de passation.

<p>Causes racines</p> <ul style="list-style-type: none"> • Non-respect des obligations de tenue de comptabilité et de justification des dépenses ; • Faiblesse du système d'archivage (voir constat 4.2.7.) ; • Non paramétrage du logiciel Tom²pro pour la production d'états financiers ; • Départ non remplacé du comptable de la CNPEV (voir constat 4.1.7). 	<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 9)</p>	
<p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impossibilité de retracer l'utilisation des fonds Gavi et de vérifier leur bonne affectation, • Défaut de justification de l'usage des fonds octroyés conduisant à des demandes de remboursement, • Perte de données programmatiques et financières essentielles pouvant conduire à des demandes de remboursement, • Non-conformité avec les exigences contractuelles de l'ACP. 	<p>Responsabilités</p>	<p>Délai / Chronogramme</p>

4.2.3. Renforcer la préparation et le suivi budgétaire

Contexte

Le point b4) des GMR de 2023 stipule que « les budgets, les plans d'activités et les plans d'approvisionnement (vaccins et outils etc.) annuels seront élaborés par la CNPEV en collaboration avec le MS/DAF et seront présentés au CCIA /CNS pour approbation avant que tout engagement financier ou approvisionnement ne soit effectué. »

Le point i) précise que le financement des activités mises en œuvre par les agences de Nations unies repose sur des accords tripartites (pour l'Unicef) ou bipartite (pour l'OMS), signés entre Gavi, l'agence concernée et le Gouvernement Comorien pour chaque subvention. Les financements sont versés directement par Gavi à l'agence concernée. Afin de permettre une consolidation des informations financières et une visibilité sur les subventions, l'agence concernée doit partager des rapports financiers avec la DAF et le MS.

Par ailleurs, le manuel des procédures de la DAF prévoit quant à lui dans sa section VI.1 relative au « Processus d'établissement du plan de travail et du budget annuel détaillé » que « à partir du mois de Septembre de l'année N, toutes les parties prenantes majeures dans la mise en œuvre des programmes du MS doivent être conviées par la DAF pour participer dans le processus de planification budgétaire ».

Le manuel stipule également dans sa section VI.2 que :

- Le RAF est tenu de produire à chaque fin de mois un état de suivi budgétaire par activité et de se réunir avec le RPM et le responsable de mise en œuvre des activités auprès des entités de mise en œuvre (EMO) afin d'analyser et commenter les causes des écarts entre le budget validé et les dépenses encourues durant la période en question.
- L'état de suivi budgétaire trimestriel par activité commenté sera transmis par le RAF au DAF pour revue et en vue d'une organisation de réunion avec les EMO et d'une prise de décision sur la réorientation des stratégies de mise en œuvre du trimestre suivant. Cet état de suivi budgétaire doit être présenté auprès du Secrétaire Général (SG) et de l'Agent Fiscal (PSA) pour vérification et validation.

Un consultant de TOMATE a été dédié au déploiement du logiciel. Il est à noter qu'au moment de l'intervention du consultant, l'ensemble des budgets n'était pas encore intégré dans le logiciel, ce qui limitait la portée de son appui.

Description

Les travaux d'audit ont mis en évidence plusieurs insuffisances dans la planification et le suivi budgétaire.

Tout d'abord, le processus d'élaboration du budget 2025 a débuté tardivement (voir constat 4.1.5.), en décembre 2024 au lieu de septembre comme prévu au manuel de procédures de la DAF. Le budget n'a été validé qu'en avril 2025, entraînant des retards dans la mise en œuvre des activités et des blocages opérationnels (paiements des salaires et primes, maintenance des véhicules, etc.).

Par ailleurs, l'audit a constaté que les districts n'ont bénéficié que d'un seul décaissement en 2024 (T3/2024), correspondant au financement des activités prévues dans leur microplan du troisième trimestre. L'absence de justification des dépenses antérieures, conjuguée à la validation tardive du budget 2024, a empêché tout autre versement au cours de l'année. De plus, le processus de planification pour 2025 ayant également débuté tardivement (voir constat 4.1.5.), une situation similaire est anticipée pour 2025.

Enfin, l'audit a relevé les insuffisances suivantes :

- Les réunions de suivi budgétaire mensuelles et trimestrielles prévues dans le manuel de procédures ne sont pas tenues ni formalisées. Seul le suivi semestriel, est effectivement documenté. Cette situation peut entraîner des retards dans la mise en œuvre d'actions correctrices.
- Il n'existe pas de cadre formel de partage d'informations entre l'UGP et l'Unicef. Les données relatives aux dépenses effectuées directement par l'Unicef ne sont généralement obtenues qu'indirectement via Gavi, limitant la visibilité globale sur l'exécution budgétaire.

Recommandation

La DAF devra :

1. Initier le processus d'élaboration et de validation du budget et du PTA, conformément au manuel de procédures, en mobilisant toutes les parties prenantes (DAF, CNPEV, EMO, partenaires techniques) ;
2. Mettre en œuvre les réunions de suivi budgétaire mensuelles et trimestrielles, avec l'ensemble des acteurs concernés (CNPEV, DRS, DAF, etc.) telles que prévues dans le manuel, avec production systématique d'états d'exécution budgétaire par activité, analyse des écarts, et documentation des décisions prises ;
3. Renforcer le rôle du CCIA dans le suivi budgétaire en lui faisant transmettre régulièrement les états d'exécution et en l'impliquant dans les décisions stratégiques liées à la réorientation des ressources (voir constat 4.1.2.) ;
4. Mettre en place un renforcement ciblé à l'utilisation avancée du logiciel pour générer des rapports budgétaires fiables et automatisés, facilitant ainsi le suivi et la prise de décision.

Le MS devra :

1. Appuyer la DAF et l'Unicef pour la mise en place d'un cadre de collaboration et de partage d'information permettant un suivi efficace de l'exécution des budgets relatifs aux différentes subventions.

<p>Causes racines</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manque d'anticipation dans le lancement du processus budgétaire annuel (voir constat 4.1.5.) ; • Faible coordination entre les acteurs financiers et programmatiques (voir constat 4.1.6.) ; • Absence de cadre formalisé de partage d'informations financières entre l'Unicef et la DAF ; • Suivi budgétaire insuffisant par les organes de gouvernances, notamment le CCIA (voir constat 4.1.2.). 	<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 9)</p>	
<p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retards et blocage dans la mise en œuvre des activités du programme ; • Blocages opérationnels (paiement des salaires, approvisionnements, logistique, etc.) ; • Prise de décision limitée par l'absence d'informations fiables, actualisées et consolidées ; • Faible taux d'exécution budgétaires, compromettant l'atteinte des objectifs du programme. 	<p>Responsabilités</p>	<p>Délai / Chronogramme</p>

4.2.4. Nécessité d'améliorer la gestion et le suivi des comptes bancaires du programme

Contexte

Selon le point j) des GMR de 2023, deux comptes bancaires doivent être ouverts pour la gestion des subventions Gavi :

- « Un compte bancaire dédié aux fonds Gavi sera ouvert dans une banque commerciale validée par Gavi et sera libellé en dollars des Etats-Unis (USD).
- Un deuxième, libellé en Francs Comoriens (KMF), sera utilisé pour les engagements de fonds et dépenses locales.

Toutes les subventions Gavi seront décaissées sur le compte bancaire dédié pour les subventions de Gavi en USD, maintenu par le MS/DAF. Le DAF conservera les fonds en USD et les transférera au compte opérationnel KMF en fonction des besoins, afin de gérer les risques liés aux fluctuations des taux d'échange ».

Le manuel de procédures de la DAF, au chapitre VIII « Gestion de trésorerie », précise les exigences suivantes :

- La DAF doit tenir un compte bancaire dédié dans une banque locale pour chaque programme financé par les PTF pour recevoir les fonds venant de ces partenaires. Quand les partenaires virent les fonds dans le compte, ils notifient la DAF du déblocage des fonds.
- Le compte sera débité pour financer les requêtes reçues des entités de mise en œuvre des programmes et en fonction des besoins pour mener les activités conformément au PTA approuvé.
- Chaque compte bancaire doit avoir deux signataires titulaires et au minimum un signataire suppléant. Tout changement de l'un des signataires précités devra au préalable être notifié aux PTF pour avis de non-objection.
- A la fin de la période de chaque subvention, la clôture des comptes bancaires est obligatoire, conformément à l'ACP.
- Les journaux de banque sont arrêtés mensuellement par le comptable et contrôlés par le RAF.
- Les Etats de Rapprochement Bancaire (ERB) mensuels sont établis par le Comptable et visés par le RAF. Ces ERB doivent être validés par le DAF et le SG.
- L'ERB permet de justifier la différence entre le solde comptable et celui du relevé bancaire à un moment donné (à la fin de chaque mois). Systématiquement, cette différence est justifiée soit par des opérations déjà comptabilisées mais qui ne figurent pas dans les relevés bancaires, soit par des opérations qui figurent dans les relevés bancaires mais qui ne sont pas encore comptabilisées. A la fin de chaque mois, le comptable s'assure de recevoir les relevés bancaires mensuels venant de la banque afin de procéder à la réconciliation du journal du compte « banque » avec les relevés bancaires.

Description

L'audit a mis en évidence plusieurs faiblesses dans la gestion des comptes bancaires liés aux subventions de Gavi, reçues par la DAF.

- **Absence de signataire suppléant sur les différents comptes bancaires**

Le signataire suppléant n'a pas été remplacé après son départ à la retraite. Seuls les deux signataires titulaires peuvent actuellement signer les paiements, générant un blocage des activités en cas d'indisponibilité d'un des signataires.

- **Utilisation d'un compte bancaire unique pour toutes les subventions**

Un seul compte bancaire en KMF est utilisé pour la gestion de l'ensemble des subventions Gavi, alors que chaque subvention fait l'objet d'une gestion comptable distincte dans Tom2Pro. Cette pratique contrevient à l'exigence de tenue de comptes séparés pour chaque subvention, telle que prévue par les procédures et les exigences contractuelles de Gavi. Elle complique le suivi des flux financiers propres à chaque subvention, génère des écarts apparents (par exemple, des soldes négatifs inexacts) et nuit à la transparence et à la traçabilité des opérations.

- **Insuffisance dans la tenue des états de rapprochements bancaires**

La comptabilité est tenue en mode trésorerie (sur base des paiements présents sur les relevés bancaires et non des engagements), ne permettant ainsi pas une réelle réconciliation. En effet, il ne peut pas y avoir d'écarts entre la comptabilité et les relevés bancaires. Les exigences du manuel de procédures ne sont pas remplies, notamment en ce qui concerne le suivi des chèques non débités. Un tableau de suivi a été mis en place par le RAF, mais il ne fait l'objet d'aucune validation formelle, contrairement à un ERB conforme.

Recommandation

La DAF devra :

1. Désigner un signataire suppléant pour chaque compte bancaire, conformément aux exigences du manuel de procédures, et notifier les PTF pour avis de non-objection.
2. Unifier les bases comptables au niveau de Tom2Pro dans les plus brefs délais afin de faciliter le suivi des opérations sur les comptes bancaires recevant les fonds Gavi.
3. Mettre en place une comptabilité d'engagement et procéder à la saisie comptable au jour le jour afin de pouvoir rapprocher la comptabilité des relevés bancaires en fin de mois (voir constat 4.2.1.).
4. Obtenir les relevés bancaires mensuels des entités et faire des vérifications ponctuelles pour s'assurer que les fonds sont utilisés conformément aux objectifs du programme.
5. Etablir de manière mensuelle des ERB pour tous les comptes (y compris ceux des DRS et districts), avec validation formelle par le RAF, le DAF et le Secrétaire Général, conformément au manuel
6. Procéder à la clôture des subventions lorsqu'elles sont terminées et après vérification des soldes, reverser les fonds

<p>De plus, les DRS et districts ne produisent pas d'état de relevés bancaires, et les relevés bancaires ne sont pas transmis de manière mensuelle au niveau central par les entités décentralisées. Cela empêche le niveau central de vérifier la concordance entre les écritures comptables et les mouvements bancaires des entités décentralisées.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Absence de clôture des comptes de subvention <p>La subvention RSS2, bien que clôturée en 2023, continue à faire l'objet d'engagements. En effet, le solde n'ayant pas été reversé, l'argent continue d'être utilisé. Un décaissement de 11 658 000 KMF a été effectué en juillet 2024. Cela empêche la clôture du compte bancaire associé et le reversement du solde restant sur le compte Gavi ou sur une autre subvention, conformément aux exigences contractuelles.</p>	<p>résiduels selon les modalités prévues par les accords de partenariat.</p>	
<p>Causes racines</p> <ul style="list-style-type: none"> • Non-respect des procédures de gestion bancaire prévues dans le manuel de la DAF ; • Absence de mécanismes de contrôle formalisés pour le suivi des rapprochements bancaires. 	<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 9)</p>	
<p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risque de blocage des opérations financières ; • Faible traçabilité des flux financiers ; • Non-détection d'erreurs ou d'anomalies bancaires en l'absence de rapprochements formels ; • Risque de mauvaise affectation ou d'utilisation prolongée de fonds sur des subventions clôturées ; • Faiblesse du contrôle interne pouvant favoriser des détournements des fonds. 	<p>Responsabilités</p>	<p>Délai / Chronogramme</p>

<p>4.2.5. Insuffisances dans l'apurement des avances</p>		
<p>Contexte</p> <p>Les GMR stipulent au paragraphe i4) que « conformément aux procédures, le MS mettra en place un système pour le suivi détaillé des avances, y compris la fixation d'un délai pour la justification des avances/frais de mission faites, en conformité avec les dispositions contenues dans le manuel de procédures de la DAF. Ce suivi détaillé devra être fait au niveau central et au niveau des régions par les Gestionnaires des DRS et devra inclure un suivi de la justification des avances et la tenue d'une balance âgée, au plus tard 15 jours après la fin du mois. Il devra s'assurer du suivi mensuel du recouvrement des avances sur la base d'une balance âgée soumise par les Gestionnaires des DRS, avec un focus sur les montants non-recouverts après 45 jours. Le MS devra surseoir aux avances aux structures /directions concernées jusqu'à la justification des avances, conformément au manuel de procédures ».</p>		
<p>Description</p> <p>Malgré le cadre de procédure défini, l'audit a identifié plusieurs limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Absence de modalités de relance systématique <p>Si le manuel prévoit une relance écrite en cas de retard dans la justification des avances, il ne définit pas de procédure formalisée pour des relances automatiques, régulières ou structurées (voir constat 4.2.1.). Il n'existe pas non plus d'outil partagé (tableau de bord, suivi numérique) permettant à la DAF et aux entités de mise en œuvre de suivre en temps réel l'état d'apurement des avances, les échéances et les relances effectuées.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisances dans le suivi de l'apurement des avances <p>Le suivi de l'apurement repose essentiellement sur des échanges ponctuels et la vigilance individuelle, sans mécanisme institutionnalisé de suivi des retards (voir constat 4.2.1.), de gestion des blocages ou de coordination proactive entre la DAF et les bénéficiaires d'avances.</p> <p>Lors de la dernière revue des pièces justificatives effectuée par le PSA le 05/08/2025, il a été constaté que :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le montant total des avances décaissées s'élève à 55 813 750 KMF (soit 128 142,51 dollars) • Le montant des avances non justifiées atteignait 20 686 680 (soit 47 494,14 dollars), représentant 37% du total des décaissements, à la date de transmission du rapport provisoire alors que ces avances avaient été versées depuis plus de 9 mois ; • La dernière revue des avances ouvertes, effectuée en novembre 2025, avant la transmission du rapport final, indique un montant d'avances mises en question de KMF 3 231 629 (soit 7 419,48\$). <p>Par ailleurs, ces avances ne sont pas encore comptabilisées comme telles dans la comptabilité de la DAF. En l'absence de preuve formelle de réception des fonds par les DRS et districts, ces avances figurent encore dans un compte de virement interne qui aurait dû être soldé en fin d'année. Aucune relance officielle n'a été faite pour obtenir les relevés bancaires des entités concernées ou une attestation formelle de réception des fonds, bien que cela ne justifie pas l'absence de comptabilisation.</p> <p>De plus, l'absence de transmission des relevés bancaires mensuels de la part des différentes entités (DRS et districts) ne permet pas de vérifier si les fonds ont été utilisés conformément aux objectifs du programme (voir constat 4.2.4), exposant ainsi les ressources à un risque de mauvaise utilisation.</p>	<p>Recommandation</p> <p>La DAF devra :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mettre en place un mécanisme formel de relance mensuelle, centralisé par la DAF, pour la transmission des pièces justificatives et des relevés bancaires par les entités décentralisées (voir constat 4.2.1.), et lier ce dispositif à la mise en œuvre d'un plan d'apurement des avances, incluant le suivi et le recouvrement systématique des avances non justifiées (voir constat 4.2.8.). 2. Organiser des sessions de formation ciblées pour les gestionnaires des DRS et des districts sur les procédures d'octroi, de justification et de suivi des avances, en mettant l'accent sur les délais et les responsabilités (voir constat 4.2.1.) ; 3. Prendre les mesures adéquates pour accélérer la vérification et la comptabilisation des lots de pièces justificatives de liquidation des avances. 4. Instaurer un mécanisme formel de relance mensuelle pour la transmission des pièces justificatives et des relevés bancaires, avec un suivi centralisé par la DAF 5. Obtenir des preuves de versement de fonds (attestation de réception des fonds) afin de comptabiliser ces opérations en avance 6. S'assurer que les relevés bancaires des entités décentralisées sont reçus mensuellement (voir constat 4.2.4.). 	
<p>Causes racines</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faible appropriation des procédures de justification des avances par les entités décentralisées (voir constat 4.2.1.) ; • Absence de mécanisme de relance systématique pour la transmission des pièces justificatives et relevés bancaires (voir constat 4.2.1.) ; • Manque de coordination entre la DAF et les entités décentralisées pour le suivi des avances (voir également constat 4.1.6.). 	<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 9)</p>	
<p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> • Défaut de justification de l'utilisation des montants octroyés ; • Mise en question et demande de remboursement par le bailleur des avances non justifiées dans les délais prescrits ; • Utilisation potentielle des fonds à des fins non conformes aux objectifs du programme. 	<p>Responsabilités</p>	<p>Délai / Chronogramme</p>

4.2.6. Nécessité de renforcer le cadre de redevabilité des organisations de la société civile

Contexte

L'annexe n°2 de l'ACP indique que « GAVI peut accorder des allocations à d'autres organismes, soit par le biais du Gouvernement, soit directement aux organismes pour des activités telles que le renforcement de la coordination et la représentation de la société civile et pour mettre en œuvre des programmes de renforcement des systèmes de santé dans le pays. Le Gouvernement est tenu de coopérer ainsi qu'il convient avec ces autres organismes en vue de retirer tous les avantages des programmes soutenus par GAVI. Le Gouvernement peut fournir des fonds de GAVI à d'autres organismes qui appliqueront les programmes soutenus par GAVI au titre du présent accord. Si le Gouvernement fournit des fonds de GAVI à ces sous-bénéficiaires, il reconnaît et accepte que l'octroi de fonds de GAVI aux sous-bénéficiaires ne l'exonère pas de ses obligations et de ses responsabilités au titre du présent accord, ni de l'obligation de veiller à ce que les fonds de GAVI ne soient utilisés qu'aux fins envisagées dans l'accord et non autrement, et que ces fonds ne fassent pas l'objet d'un usage abusif. Le Gouvernement est responsable des actes et omissions de ses sous-bénéficiaires en rapport avec les programmes soutenus par GAVI comme s'il s'agissait de ses propres actes et omissions. Le Gouvernement est tenu de veiller à ce que les sous-bénéficiaires respectent le présent accord (y compris les annexes et les lettres de décision correspondantes), en particulier la section C de la présente annexe ainsi que les politiques et directives de GAVI relatives à l'utilisation et la gestion des fonds de GAVI ».

Description

L'audit a relevé plusieurs insuffisances dans le cadre de redevabilité mis en place pour les OSC bénéficiaires de financements Gavi.

- **Cadre contractuel incomplet :**

En 2021, la CNPEV a signé des contrats avec dix OSC pour la mise en œuvre d'activités financées par Gavi (période 2020-2023 via l'Unicef). Ces contrats étaient très succincts et ne définissaient pas clairement les obligations en matière de justification des dépenses. Par ailleurs, aucune procédure spécifique relative à la redevabilité et à la gestion financière n'a été transmise aux OSC lors de la contractualisation. En l'absence de directives harmonisées et validées par le ministère de la Santé, les OSC ont utilisé leurs propres manuels de procédures, lorsqu'ils existaient, sans vérification préalable de leur conformité avec les exigences de Gavi. Cette situation a contribué à des insuffisances dans la justification des dépenses, notamment des pièces justificatives manquantes relevées lors de l'audit (voir constats 4.2.1. et 4.2.8.).

- **Absence de mécanisme de revue formelle des justificatifs :**

Après la soumission des pièces justificatives par les dix OSC pour la période 2021-2022 (montant total de 52 646 738 KMF), aucune revue officielle n'a été réalisée par l'administration. Les OSC n'ont pas reçu de notification formelle concernant les éventuelles pièces manquantes ou non conformes. Bien que la DAF ait confirmé la réception des justificatifs, aucune validation formelle des dépenses ni indication des montants acceptés n'a été communiquée (voir constat 4.2.1.). Cette absence de retour limite la transparence du processus et empêche les OSC de compléter ou corriger leurs dossiers dans les délais requis.

- **Perspectives 2025 :**

De nouveaux contrats avec des OSC sont prévus en 2025. Il est essentiel que ces insuffisances soient prises en compte afin de garantir un cadre de redevabilité conforme aux exigences de Gavi.

Recommandation

Le MS devra :

1. S'assurer que les contrats signés avec les OSC précisent les obligations en matière de justification financière, à savoir les délais, les types de documents et les formats attendus, et les conséquences en cas de non-conformité. Joindre des checklists pour chaque type de dépenses en annexe des contrats afin de permettre aux OSC de savoir ce qui est attendu en matière de pièces justificatives
2. Avant tout décaissement, effectuer une revue du système de contrôle interne et des manuels de procédures des OSC pour s'assurer qu'ils sont alignés avec les exigences de Gavi en matière de gestion financière et de redevabilité.
3. Le cas échéant, proposer un manuel de procédures succinct si ceux utilisés par les OSC ne sont pas assez précis
4. Organiser des sessions de renforcement des capacités pour les OSC partenaires sur les normes de gestion financière, de justification et de reporting attendues.
5. S'assurer que le processus de vérification systématique des pièces justificatives prévu dans le manuel de procédure, soit mis en place pour les OSC et y ajouter l'émission d'un rapport de conformité et une liste formelle des pièces manquantes à transmettre aux OSC (voir constat 4.2.1.).
6. Obtenir les relevés bancaires mensuels des entités afin de vérifier l'existence réelle des fonds versés.

<p>Causes racines</p> <ul style="list-style-type: none"> • Absence de cadre contractuel standardisé définissant les obligations de redevabilité des OSC ; • Absence de revue du système de contrôle interne, y compris des procédures internes des OSC ; • Absence de revue régulière des justificatifs transmis par les OSC ; • Faible appropriation des exigences de Gavi en matière de gestion des sous-bénéficiaires. 	<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>(Voir plan d’actions correctives en annexe 9)</p>	
<p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilisation non conforme des fonds alloués aux OSC ; • Faible traçabilité des dépenses engagées par les OSC ; • Mise en question et demande de remboursement des avances non justifiées dans les délais prescrits ; • Fonds non sécurisés. 	<p>Responsabilités</p>	<p>Délai / Chronogramme</p>

4.2.7. Absence de procédure d'archivage au niveau de la CNPEV

<p>Contexte</p> <p>L'article 22.2 de l'annexe 2 de l'ACP stipule que « <i>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 [...]</i> ».</p> <p>Le manuel de procédures de la DAF de 2023 précise, au chapitre « Gestion financière et comptable » que :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toutes les pièces justificatives (notes, factures, pièces justifiant les paiements et les livraisons effectuées, ainsi que tous les autres documents de base comptables) doivent être conservées auprès de la DAF pendant une période de dix ans minimums à compter de la date de clôture des retraits de fonds. • Le RAF doit s'assurer que le classement des documents soit adéquat afin d'identifier facilement les documents classés. <p>A noter que l'audit financier de Gavi de 2017 avait déjà relevé une absence généralisée de pièces justificatives, notamment pour les achats et les avances de fonds.</p>					
<p>Description</p> <p>L'audit a mis en évidence l'absence de procédures claires et normalisées au niveau de la CNPEV (voir constat 4.2.1.) concernant le classement, la conservation, la numérotation et l'accès aux pièces justificatives, en contradiction avec les exigences de l'ACP.</p> <p>Le système actuel de rangement physique des pièces justificatives reste organisé par requête et non par journaux comptables, ce qui complique significativement la recherche et le rapprochement des documents comptables avec les pièces justificatives correspondantes. Par exemple, il a été noté lors de l'audit que, certaines requêtes classées comme étant liées à Gavi ne concernaient pas ces fonds.</p> <p>Aucun responsable formel de l'archivage n'est désigné, ce qui se traduit par une absence de suivi périodique de la disponibilité des pièces justificatives, celles-ci n'étant souvent recherchées qu'à l'occasion des audits. Le processus de numérisation des pièces justificatives, bien qu'initié, ne fait pas l'objet d'un suivi régulier permettant de garantir l'exhaustivité et la fiabilité de l'archivage électronique.</p> <p>Ces insuffisances concernent tant la période 2020–2023 (fonds transférés via l'Unicef, pour un montant total de 49 350 850 KMF soit 109 544,6 USD) que l'année 2024 (fonds gérés directement par le MS, pour un montant de 895 000 KMF soit 2 047,26 USD).</p>	<p>Recommandation</p> <p>La DAF devra :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Élaborer une procédure claire précisant les modalités de classement, de conservation, de numérotation et d'accès aux pièces justificatives, en conformité avec les exigences du manuel de procédures. 2. Réviser le système de rangement physique des pièces justificatives originales (par journaux comptable plutôt que par requête) afin de faciliter leur recherche ; 3. Désigner un responsable de l'archivage, chargé notamment d'assurer un suivi périodique des pièces jointes afin de garantir leur disponibilité à tout moment et non lors de l'audit uniquement 4. Assurer un suivi régulier du processus de numérisation des pièces justificatives en cours. 				
<p>Causes racines</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faible suivi de la mise en œuvre des recommandations issues des audits précédents, notamment celui de 2017 (voir constat 4.1.1.) ; • Manque de procédures normalisées à la CNPEV pour l'archivage et le rapprochement des pièces justificatives (voir constat 4.2.1.) ; • Absence de comptabilité formelle sur la période 2020–2023 (voir constat 4.2.2.). 	<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 9)</p>				
<p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pertes de documents essentiels à la justification du bon usage des fonds octroyés ; • Difficulté à reconstituer les flux financiers ; • Non-conformité avec les exigences contractuelles de Gavi ; • Rejet de dépenses ou de demande de remboursement en cas d'absence de justificatifs. 	<table border="1"> <tr> <td>Responsabilités</td> <td>Délai / Chronogramme</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Responsabilités	Délai / Chronogramme		
Responsabilités	Délai / Chronogramme				

4.2.8. Dépenses mises en question

<p>Contexte</p> <p>Ce constat présente les résultats des tests substantifs réalisés par l'équipe d'audit sur un échantillon de dépenses, ainsi que les conclusions issues de la revue des processus de gestion financière. L'audit a examiné l'ensemble des pièces justificatives mises à disposition par la CNPEV, la DAF et par les autres structures de mise en œuvre au sein du MS. L'objectif était d'évaluer dans le cadre de l'exécution des programmes financés par Gavi, la conformité avec les bonnes pratiques en matière de justification des dépenses, ainsi que la recevabilité et la cohérence des documents justificatifs associés à chaque dépense ou activité.</p>	
<p>Description</p> <p>Les constatations issues de l'analyse des dépenses testées ont été regroupées, par catégories d'anomalies, comme présentées dans le tableau de synthèse en annexe 5 du présent rapport (les définitions des catégories qualifiant les dépenses sont précisées en annexe 4).</p> <p>L'échantillon audité couvre les dépenses engagées par la CNPEV sur la période 2020-2024 (financement via l'Unicef) et celles engagées par la DAF en 2024 (financement directement de Gavi au MS). L'audit a mis en évidence plusieurs insuffisances, présentées comme suit :</p> <p>a. Dépenses non justifiées : Cette catégorie regroupe les dépenses pour lesquelles aucune pièce justificative n'a pu être fournie par les structures du MS (voir constats 4.2.1 et 4.2.6.). Le montant total non justifié est de KMF 24 675 629 (USD 55 365,41).</p> <p>b. Dépenses insuffisamment justifiées : Cette catégorie regroupe les dépenses pour lesquelles les documents fournis étaient incomplets avec l'absence d'un ou plusieurs éléments essentiels (note technique, ordres de mission, listes de présence, rapport d'activités). Le montant total de KMF 28 801 750 (USD 63 645,93), principalement lié aux ateliers et missions.</p> <p>c. Dépenses irrégulières : Cette catégorie inclut les dépenses justifiées par des documents inadéquats, incomplets, falsifiés, ou incohérents, ayant conduit à des paiements indus sur les fonds Gavi. Le montant total de dépenses irrégulières est de KMF 3 871 000 (USD 8 481,33)</p> <p>d. Marchés publics non conformes : Cette catégorie regroupe les dépenses liées à des marchés pour lesquels les procédures de mise en concurrence n'ont pas été respectées ou présentent des irrégularités dans les passations (voir constat 4.4.1.). Le montant total mis en question est de KMF 73 640 950 (USD 166 038,06).</p> <p>Les détails relatifs à chaque transaction testée, ainsi que les observations spécifiques, sont présentés en annexes 5 et 6 de ce rapport.</p>	<p>Recommandation</p> <p>Voir recommandations spécifiques à chaque catégorie de constats :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diffuser le manuel de procédures et les attentes en matière de justification de l'utilisation des fonds à toutes les structures concernées (Districts, DRS, OSC, etc.) (voir constat 4.2.61 et 4.2.6.) ; 2. Mettre en place un mécanisme structuré de renforcement des capacités à destination des gestionnaires au niveau décentralisé et des gestionnaires des OSC (voir constat 4.2.1. et 4.2.6.) ; 3. Mettre en place des mécanismes de contrôle interne concernant la justification des fonds (check-list de dépenses notamment) ; 4. Respecter les seuils de mises en concurrence prévu dans le manuel de procédures et dans les textes nationaux (voir constat 4.4.1.).
<p>Causes racines</p> <ul style="list-style-type: none"> • Non-respect des procédures établies dans le manuel ; • Faiblesses dans les mécanismes de contrôle interne ; • Déficit dans l'archivage et la traçabilité des pièces comptables et dossiers de passation de marchés (voir constat 4.2.7.). 	<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 9)</p>
<p>Risque(s) / Implication(s)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise en question des dépenses conduisant à des demandes de remboursement ; • Risque de suspension des financements additionnels engendrant des difficultés de mise en œuvre du programme ; • Atteinte à la crédibilité institutionnelle. 	<p>Responsabilités :</p> <p>Délais / chronogramme :</p>

4.2.9. Non-respect des obligations fiscales liées aux rémunérations

Contexte

Le cadre réglementaire national et les procédures internes du ministère de la Santé définissent plusieurs obligations en matière de gestion des ressources humaines.

Le décret n°14-176 du 05/12/2014 rendant obligatoire l'affiliation et les cotisations dues par les employeurs à la Caisse nationale de solidarité et de prévoyance sociales (CNSPS) stipule que :

- « Est obligatoirement affilié à la CNSPS, tout employeur qui emploie un ou plusieurs travailleurs salariés au sens du 2^{ème} alinéa du 1^{er} article du code du travail. Est également affiliée l'administration publique en sa qualité d'employeur au profit de tous les travailleurs salariés régis par le statut général des fonctionnaires. Les cotisations sont assises sur l'ensemble des rémunérations versées par l'employeur (primes et indemnités y comprises) et sont à la charge exclusive de l'employeur ».

L'article 44 du nouveau code général des impôts de 2023 précise que « il est établi un impôt sur le revenu des personnes physiques assis sur le revenu global net réalisé par celles-ci ». L'article 45 indique lui que « cet impôt est dû par toutes les personnes physiques ayant un domicile fiscal aux Comores ». Enfin l'article 49 indique quels éléments sont exonérés de l'impôt et notamment :

- « Les allocations spéciales destinées à couvrir les frais inhérents à la fonction et à l'emploi et effectivement utilisées conformément à leur objet ».

Description

L'audit a mis en évidence plusieurs écarts par rapport aux obligations légales et fiscales en matière de gestion des rémunérations.

- **Cotisations sociales non versées**

Les salaires des contractuels ne sont pas soumis aux cotisations sociales. Alors que l'employeur est légalement tenu de verser les cotisations sociales à la CNSPS, comme défini dans le décret n°14-176.

- **Non-conformité fiscale**

Les primes de performance versées aux contractuels et fonctionnaires ne sont pas soumises à l'impôt sur le revenu (IGR), bien qu'elles ne correspondent pas aux critères d'exonération prévus dans le Code général des impôts.

Recommandation

La DAF devra :

1. S'assurer de la conformité du programme aux dispositions légales en vigueur, notamment celles du Code du travail, du Code général des impôts et des décrets applicables, en intégrant ces exigences dans les procédures internes ;
2. Effectuer un suivi sur les cotisations non-payées à ce jour.

Causes racines

- Méconnaissance des obligations légales en matière fiscale ;
- Contrôle insuffisant de la DAF sur l'application des procédures internes et des textes réglementaires.

Réponses / Engagements du management

(Voir plan d'actions correctives en annexe 9)

Risques / Implications

- Redressement fiscal par les autorités compétentes ;
- Atteinte à la crédibilité du programme en cas de non-respect de la législation nationale.

Responsabilités

Délai / Chronogramme

4.3. Gestion des immobilisations

4.3.1. Lacunes dans la gestion des immobilisations

Contexte

Le point n) des GMR de 2023, relatif aux immobilisations précise que « le MS et les services concernés s'engagent à produire un inventaire physique global de toutes les immobilisations et des équipements financés par Gavi et par les autres partenaires pendant l'année N-1. 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 enregistrant les actifs achetés grâce aux subventions de Gavi. Le DAF assurera, en collaboration avec les services compétents du MS, 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. Le financement de cet inventaire physique global devra être identifié par le ministère de la Santé, en consultation avec Gavi et les autres partenaires financiers ».

Le chapitre X du manuel de procédure « gestion des immobilisations » stipule que :

- Toutes les immobilisations acquises dans le cadre des programmes gérés par la DAF (incluant les immobilisations pouvant être acquises à travers les plateformes d'achat agréés par les PTF) doivent avoir une codification avec un numéro identifiant unique ;
- Toutes les immobilisations doivent être enregistrées chronologiquement dans le « Registre des immobilisations » par le comptable ;
- Le comptable sous la supervision du RAF est celui chargé de la préparation et du déroulement de l'inventaire physique des immobilisations ;
- Tous les rapports et procès-verbal d'inventaire doivent être visés par le RAF et approuvés par le DAF et le SG du ministère de la Santé ;
- Les agents d'achat (Unicef, Wambo, etc....) se chargeront d'envoyer auprès des PTF et la DAF une copie des factures relatives aux achats effectués.

Le manuel de procédure du ministère de la Santé prévoit, dans le chapitre III « Gestion des ressources humaines » que :

« Au moment de son départ, l'employé doit décharger sur un « Check-out list » la restitution de tous les biens et matériels mis à sa disposition par la DAF. De plus, l'employé démissionnaire devra également effectuer une passation de service pour assurer la continuité des activités pour le poste ».

Description

L'audit a révélé plusieurs écarts significatifs par rapport aux engagements pris et aux exigences du manuel de procédure concernant la gestion des immobilisations.

- **Absence de registre des immobilisations :**

Contrairement à ce qui est prévu dans le manuel de procédure, il n'existe pas de registre des immobilisations, ni sous format Excel ni intégré au logiciel comptable, pour les biens acquis sur les fonds Gavi pour toute la période auditée.

- **Inventaire physique non réalisé**

A cela s'ajoute qu'aucun inventaire physique des immobilisations n'a été réalisé au 31/12/2024, ni pour les années précédentes.

- **Manque de codification des biens**

De plus, les immobilisations acquises sur fonds Gavi ne sont pas étiquetées ni identifiées par un numéro unique, ce qui limite leur traçabilité.

- **Déficit de transmission documentaire**

Les documents comptables concernant les immobilisations acquises directement par l'Unicef ne sont pas transmis au MS, empêchant ainsi d'avoir une vision consolidée des actifs.

- **Absence de procédure de restitution des équipements**

Aucun document de passation n'est établi lors du départ du personnel. Il a été rapporté, par exemple, que l'ancien Responsable Suivi et Evaluation aurait conservé l'ordinateur appartenant au PEV qui lui avait été attribué.

Recommandation

La DAF devra :

1. Veiller à l'intégration de toutes les immobilisations du programme dans un fichier consolidé et les intégrer dans le logiciel comptable (y-compris celles acquises par le responsable passation des marchés et notamment les nouveaux matériels roulants) ;
2. Recenser, codifier et étiqueter l'ensemble des équipements et matériels financés par Gavi (via Unicef ou DAF), en y intégrant les informations essentielles (nature, localisation, état, valeur, date d'acquisition). La DAF devra intégrer le matériel roulant et s'assurer la mise à jour régulière de cette base ;
3. S'assurer que chaque bien immobilisé reçoit automatiquement un code d'identification unique lors de son enregistrement, grâce au système informatique, et vérifier que cette codification est correcte et sans erreur ;
4. Planifier et exécuter des inventaires physiques annuels : Elaborer un calendrier budgétisé d'inventaires, conformément au manuel des procédures, afin de disposer d'une vue d'ensemble actualisée sur les immobilisations et de détecter à temps les pertes, dégradations ou besoins de renouvellement ;
5. Veiller à l'enregistrement, dans le registre des immobilisations, des nouveaux matériels roulants (motos) réceptionnés en 2025

<p>En l'absence de registre, d'inventaire physique et de codification, il n'existe actuellement aucun dispositif fiable permettant de retracer, localiser et vérifier l'ensemble des acquisitions réalisées sur les fonds Gavi. Cette situation compromet la transparence, la redevabilité et la sécurisation des actifs financés par le programme.</p>	<p>avant d'être envoyés sur le terrain afin de s'assurer que toutes les informations nécessaires au suivi ont bien été prises en compte.</p>	
<p>Causes racines</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise en œuvre partielle des GMR et des procédures prévues dans le manuel (voir constat 4.1.1 et 4.2.1); • Contrôle insuffisant par la DAF du respect des procédures énoncées dans le manuel ; • Manque de coordination avec les partenaires pour la transmission documentaire ; • Absence de mécanismes formalisés pour la restitution des équipements et la sauvegarde des données. 	<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 9)</p>	
<p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risque de perte, vol ou usages abusifs des équipements ; • Coûts supplémentaires liés au remplacement d'actifs non tracés ; • Perte de matériel ou de connaissances lors de départs de personnel ; • Non-conformité avec les exigences de redevabilité de Gavi. 	<p>Responsabilités</p>	<p>Délai / Chronogramme</p>

4.3.2. Insuffisances dans le dispositif de suivi et de maintenance des équipements

Contexte

Le manuel de procédures du ministère de la Santé définit plusieurs obligations relatives à la gestion des immobilisations et à la sécurité des équipements financés par les PTF, notamment Gavi.

Au chapitre X « gestion des immobilisations » il précise que le RAF a l'obligation de :

- « Selon les exigences des PTF prévues dans l'accord cadre de partenariat, souscrire auprès d'une compagnie une police assurance afin d'assurer la protection des immobilisations acquises dans le cadre des programmes gérés par la DAF. Si requis par le PTF, le RAF a l'obligation d'inscrire les coûts y relatifs dans le budget des programmes sur une base annuelle et de renouveler annuellement le contrat d'assurance ;
- Effectuer l'entretien régulier des immobilisations au besoin. Le RAF a l'obligation d'inscrire dans le budget du programme et de lancer annuellement dans le cadre de l'Avis Général de Passation des Marchés le processus pour la sélection des prestataires de maintenance les plus compétitifs ».

Au chapitre XI, « gestion des matériels roulants », le manuel prévoit que :

- « Chaque véhicule doit être muni d'un carnet de bord permettant de suivre son utilisation, son entretien et sa consommation en carburant. Avant chaque déplacement, le chauffeur doit reporter les informations ci-après, sur le carnet de bord du véhicule (date, objet du déplacement, quantité de carburant, kilométrage départ). Au retour du déplacement, le chauffeur doit relever le kilométrage à l'arrivée et signer le carnet. Dans le cadre d'une mission, la personne transportée par le chauffeur dans la voiture doit obligatoirement émarger sur le carnet de bord du véhicule à la sortie du véhicule.

Chaque mois, le RAF prépare une fiche de suivi par véhicule qui informe sur le kilométrage parcouru et la consommation. Il doit ainsi relever les consommations excessives de carburant et les signaler au DAF et le SG en vue de prendre les mesures appropriées pour éviter la consommation abusive des carburants et qui n'ont pas eu de relation avec l'atteinte des objectifs des programmes, et pouvant être considérées comme dépenses inéligibles ».

La GEV de 2022 avait soulevé une faiblesse générale concernant la maintenance des équipements de la chaîne du froid et du matériel roulant et avait émis des recommandations pour pallier ces faiblesses (voir constat 4.5.2.).

Description

L'audit a révélé plusieurs insuffisances dans la gestion, la maintenance et le suivi des équipements et des véhicules financés par Gavi

- **Absence de couverture d'assurance**

Les équipements (hors véhicules) ne sont pas assurés et ne pourront pas être remplacés en cas de panne, perte ou vol.

- **Manque de dispositifs de maintenance**

Aucun contrat de maintenance n'a été mis en place pour les équipements bureautiques, informatiques ou pour les véhicules, bien que plusieurs ordinateurs financés par Gavi aient connu des pannes de longue durée (voir constat 4.6.2.), affectant ainsi la continuité des activités. De plus, plusieurs véhicules, notamment celui au niveau central, sont en pannes depuis plusieurs mois. Cependant, aucune réparation n'a été réalisée. Cela est notamment expliqué par la lenteur dans le processus de requête (voir constat 4.1.6.). En effet, la requête concernant la réparation du véhicule du niveau central a été initiée plusieurs mois après le constat de la panne.

- **Absence de carnets de bord**

Lors de l'audit, les véhicules ne disposaient pas de carnet de bord, et aucun suivi structuré des déplacements ou de la consommation de carburant n'était en place. Le carburant est acheté sur la base du budget prévu, sans lien avec la consommation réelle, alors même que plusieurs véhicules sont restés immobilisés sur de longues périodes.

- **Manque de traçabilité des stocks de tickets de carburant**

Aucun état de stock des tickets de carburant ne nous a été transmis, et certains retraits dépassaient les capacités des réservoirs des véhicules. Il nous a été expliqué que certains districts venaient avec des jerrycans pour pouvoir retirer la quantité prévue initialement.

- **Utilisation non suivie par programme**

Recommandation

La DAF devra :

1. Veiller à ce que tous les équipements (y compris les véhicules) disposent d'une couverture d'assurance adéquate, conformément aux exigences des PTF ;
2. Mettre en place des contrats de maintenance pour l'ensemble des équipements bureautiques, informatiques et véhicules ;
3. Développer un plan de maintenance préventif et curatif pour le matériel roulant et s'assurer que les réparations sont faites à temps ;
4. Veiller à ce que tous les véhicules disposent d'un carnet de bord, incluant toutes les informations requises par le manuel de procédures et indiquant également le programme concerné ;
5. Assurer le suivi mensuel de consommation via une fiche de suivi de consommation remplie mensuellement par le RAF et vérifiée par le DAF et le SG. Les consommations excessives doivent être analysées et justifiées.

<p>Les véhicules sont partagés entre plusieurs programmes sans mécanisme de suivi permettant d'attribuer les usages ou les coûts par source de financement.</p> <p>Ces constats traduisent une faiblesse généralisée dans les dispositifs de contrôle interne, la formalisation des pratiques de maintenance, et la traçabilité des équipements et matériels roulants financés par Gavi.</p>		
<p>Causes racines</p> <ul style="list-style-type: none"> Mise en œuvre insuffisante des procédures prévues dans le manuel, traduisant une faible appropriation des procédures (voir constat 4.2.1.) ; Absence de contrôle régulier par la DAF sur l'utilisation et le suivi des matériels roulants ; Contrôle insuffisant de la DAF sur le respect des procédures énoncées dans le manuel. 	<p>Réponses / Engagements du management (Voir plan d'actions correctives en annexe 9)</p>	
<p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> Non-remplacement des équipements en cas de sinistre ; Retards dans la mise en œuvre des activités suite à des pannes fréquentes ; Utilisation non conforme des véhicules, hors cadre programmatique ; Consommations excessives de carburant non justifiées pouvant conduire à des demandes de remboursement ; Dépenses inéligibles liées à l'absence de traçabilité. 	<p>Responsabilités</p>	<p>Délai / Chronogramme</p>

4.4. Achats et Procédures de passation des Marchés

4.4.1. Faiblesses dans la planification et la gestion des marchés publics

Contexte

Les GMR de 2023 stipulent que toute passation de marchés de produits non médicaux et de réhabilitations doit être réalisée de manière transparente, conformément au Code de passation de MS et au manuel de procédures de la DAF. Le MS est tenu d'élaborer un Plan de Passation des Marchés (PPM), à valider par Gavi et à transmettre avant le début de l'année fiscale.

Le manuel de procédures de la DAF (2023) précise que le PPM doit être établi sur la base du plan d'activités annuel et du budget validé, puis soumis à la Direction Nationale du Contrôle des Marchés Publics (DNCMP) pour validation. Il détaille également les modalités de constitution d'une base de données de fournisseurs agréés, via un Avis Général de Passation des Marchés (AGPM), et les procédures de mise en concurrence selon les seuils définis.

Les méthodes de passation incluent :

- Demande de cotation pour les achats ≤ 500 000 KMF ;
- Micro-achats pour les biens et services entre 500 000 et 5 000 000 KMF, et les petits travaux < 10 000 000 KMF ;
- Demande de devis pour les achats entre 5 000 000 et 10 000 000 KMF, et les travaux entre 10 000 000 et 25 000 000 KMF.

Chaque procédure prévoit un nombre minimum de fournisseurs à solliciter, des délais de soumission, et une validation par une **commission d'évaluation** composée notamment du RPM, du DAF et d'un représentant de la Direction de la Passation des Marchés Publics.

Pour la période 2020–2023, aucun manuel de procédures n'a été transmis par l'Unicef ou la CNPEV. Un manuel avait été élaboré pour le PEV, mais n'a pas été validé par le MS, qui privilégiait un manuel global. En l'absence de RPM, le MS a obtenu une dérogation de Gavi pour utiliser des procédures simplifiées, y compris au-delà des seuils réglementaires. Cette dérogation n'a concerné que deux marchés en 2024, mais les procédures simplifiées ont été généralisées, y compris durant la période de gestion par l'Unicef.

Enfin, selon **l'article 63 du décret n°12/131/PR du 11 mai 2012**, les marchés publics en dessous des seuils réglementaires doivent être passés après consultation d'au moins trois candidats, avec rédaction d'un procès-verbal de dépouillement et d'analyse des offres.

Description

L'audit a révélé plusieurs insuffisances dans le processus de planification et de gestion des marchés publics, et cela malgré les dispositions du manuel de procédures :

- **Absence de PPM**

Contrairement aux exigences des GMR et aux dispositions du manuel de procédures de la DAF, aucun PPM n'a été élaboré pour la période auditée.

Cette situation a été justifiée par l'absence de recrutement d'un Responsable de Passation des Marchés (RPM), limitant les capacités internes à planifier les achats et à garantir une juste séparation des fonctions.

En l'absence de PPM, aucune information concernant les marchés n'a été transmise à la Direction Nationale du Contrôle des Marchés Publics (DNCMP).

- **Absence de base de données de fournisseurs agréés**

De plus, aucune base de données de fournisseurs agréés n'a été transmise pour la période auditée. Il n'a pas été possible de retracer les critères de sélection des soumissionnaires sollicités pour les demandes de cotation.

Certains fournisseurs sollicités n'intervenaient pas dans les domaines concernés, et aucune analyse des capacités

Recommandation

Le MS, soutenu par la DAF, devra :

1. Finaliser le recrutement d'un RPM dans les plus brefs délais (voir constat 4.1.7.) ;
2. Élaborer et valider un PPM annuel, en concertation avec les équipes programmatiques et financières, et le transmettre à la DNCMP et aux partenaires techniques ;
3. Lancer chaque année un avis général de passation des marchés pour constituer une base de fournisseurs agréée, selon des critères techniques et financiers clairs ;
4. S'assurer du respect des procédures décrites dans le manuel de procédures relative à la passation des marchés (notamment en ce qui concerne les seuils, le PPM, la liste de fournisseurs agréés) ;
5. Mettre en place un processus formalisé de sélection et d'évaluation des fournisseurs, incluant la documentation des

techniques et financières n'a été documentée.

- **Utilisation systématique de procédures simplifiées**

L'audit a mis en évidence un recours excessif aux procédures simplifiées, y compris pour des montants dépassant les seuils réglementaires, en l'absence de RPM. Bien que Gavi ait accordé une dérogation pour deux marchés en 2024, cette pratique a été généralisée, y compris durant la période de gestion par l'Unicef.

- **Irrégularités dans les dossiers de marchés**

D'autres irrégularités ont été relevées dans l'analyse des marchés sélectionnés, à savoir l'absence de documentation sur les capacités techniques et financières des soumissionnaires, le manque de transparence dans les comparatifs d'offres, et le non-respect des délais et des étapes de validation prévues.

- **Constats chiffrés sur les marchés audités :**

En plus des dépenses mises en question (voir constat 4.2.8.), les principales anomalies constatées concernant les marchés sont les suivantes :

Anomalies constatées	Nb marchés	Montant marchés	Motifs invoqués par le programme	Documents manquants
Absence de mise en concurrence	64	59 876 950	Absence de manuel de procédures sur la période Unicef Difficulté à obtenir des proformas dans les îles	Demandes d'autorisation préalable à GAVI pour déroger aux textes nationaux et au manuel de procédures
Similitudes entre les offres	2	6 580 000	Sans commentaires de la DAF	
Spécifications techniques absentes ou non appropriées	3	4 194 000	Sans commentaires de la DAF	
Incohérence entre les documents	3	2 990 000	Sans commentaires de la DAF	
TOTAL	72	73 640 950		

Près de 90% des insuffisances et anomalies constatées sont liées à l'absence de dossier de mise en concurrence.

comparatifs d'offres ;

6. Renforcer le rôle du CCIA dans le contrôle préalable des étapes de planification et de passation (voir constat 4.1.2.) ;
7. Mettre en place un index d'archivage permettant de retrouver facilement les éléments constitutifs des dossiers de passation de marchés (voir constat 4.2.7.).

Causes racines

- Absence de recrutement du Responsable de Passation des Marchés (RPM) ;
- Non-respect des dispositions du manuel de procédures ;
- Faible coordination entre les équipes financières et programmatiques (voir constat 4.1.6. et 4.2.4.) ;
- Absence de contrôle actif du CCIA sur les étapes de planification et de sélection (voir constat 4.1.2.) ;
- Manque de concertation pour l'élaboration du PPM et la constitution de la base fournisseurs.

Réponses / Engagements du management

(Voir plan d'actions correctives en annexe 9)

Risques / Implications

- Non-respect des principes fondamentaux des marchés publics (transparence et équité) ;
- Engagements de soumissionnaires ne représentant pas la meilleure combinaison qualité-prix et impact économique ;
- Mise en question de marchés attribués de manière irrégulière impliquant une demande de remboursement.

Responsabilités

Délai / Chronogramme

4.5. Gestion des vaccins

4.5.1. Défaut de mise à jour et de diffusion des procédures opératoires normalisées (PON)

<p>Contexte</p> <p>L'efficacité des vaccins dans la prévention des maladies infectieuses peut être amoindrie par des mauvaises conditions de transport, d'entreposage, de conservation et de manutention. Il est donc crucial que tous les intervenants responsables du maintien de la qualité des vaccins connaissent et appliquent fidèlement les normes de gestion des vaccins.</p> <p>Dans ce sens, les Procédures Opératoires Normalisées (PON) de la chaîne d'approvisionnement en vaccins et autres produits de vaccination, décrivent de manière précise les modalités d'accomplissement des tâches dans le cadre de la gestion des vaccins. Selon l'OMS, la mise en place systématique et l'utilisation de PON sont indispensables à la gestion de la qualité du programme d'immunisation.</p>		
<p>Description</p> <p>La CNPEV dispose d'un projet de manuel de procédure (PON), rédigé en 2023, mais ce dernier n'a pas été formellement validé ni diffusé.</p> <p>De plus, l'équipe d'audit a constaté que les PON élaborées par la CNPEV n'ont pas été finalisées ni déployées auprès des acteurs du niveau périphérique, à savoir les districts sanitaires et les postes de santé.</p> <p>En effet, lors des visites terrain, les PON n'étaient pas disponibles et les personnels en charge de la gestion des vaccins disposaient de connaissances limitées en matière de bonnes pratiques.</p> <p>Il a également été constaté que l'absence de cadre normatif affecte la qualité et l'efficacité des opérations de gestion des vaccins et de la chaîne du froid (voir constat 4.5.2 à 4.5.6).</p>	<p>Recommandation</p> <p>Le MS devra :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Réviser et valider les PON au niveau central. 2. Vulgariser et diffuser les PON, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour garantir une application uniforme des procédures de gestion des vaccins et de la chaîne du froid ; 3. Mettre en place des sessions de formation régulières pour le personnel afin de renforcer la compréhension et l'application des PON ; 4. Instaurer un mécanisme de suivi et d'évaluation, notamment à travers les supervisions périodiques (voir recommandation 4.6.5.), pour s'assurer que les PON sont bien comprises et appliquées correctement à tous les niveaux. 	
<p>Causes racines</p> <ul style="list-style-type: none"> • Absence de validation formelle du manuel de PON élaboré en 2023, empêchant sa diffusion officielle ; • Manque de mécanisme structuré de diffusion des PON vers les niveaux périphériques (districts et postes de santé) ; • Faible intégration des PON dans les outils de supervision et les formations continues. 	<p>Réponses / Engagements du management</p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 9)</p>	
<p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> • Non-respect des bonnes pratiques de gestion des vaccins ; • Pertes de vaccins dues à une gestion inappropriée ; • Risque sanitaire pour les bénéficiaires en cas d'administration de vaccins altérés. 	<p>Responsabilités</p> <p>(Voir annexe 9)</p>	<p>Délai / Chronogramme</p> <p>(Voir annexe 9)</p>

4.5.2. Insuffisance du dispositif de suivi et de mise en œuvre du plan d'amélioration de la GEV

<p>Contexte</p> <p>La GEV est un cadre de référence international, soutenu par Gavi et ses partenaires, visant à garantir la qualité, la sécurité et la disponibilité des vaccins tout au long de la chaîne d'approvisionnement. Suite à l'évaluation nationale de la GEV réalisée en octobre 2022, un plan d'amélioration structuré a été élaboré pour corriger les faiblesses identifiées dans les domaines de l'infrastructure, de l'équipement, de la gestion des stocks, de la supervision, de la formation et des systèmes d'information.</p> <p>Ce plan constitue un engagement formel du pays dans le cadre du partenariat avec Gavi, et son suivi est essentiel afin d'assurer la conformité aux standards internationaux, améliorer la performance opérationnelle et garantir la pérennité des investissements.</p>		
<p>Description</p> <p>L'audit a révélé une insuffisance significative dans le suivi de la mise en œuvre du plan d'amélioration de la GEV.</p> <p>En mai 2025, 45 % des recommandations (soit 29) n'avaient toujours pas été mises en œuvre, tandis que 33 % (soit 21) étaient en cours de mise en œuvre. Plusieurs activités prioritaires, telles que la révision et la diffusion des PON, la mise en œuvre du suivi de la température à distance, ou encore la formation des gestionnaires de stock, n'ont pas été mises en œuvre ou sont en cours de mise en œuvre. L'absence de mise en œuvre effective de ces recommandations a permis aux faiblesses identifiées lors de la GEV de persister dans le temps. Ces faiblesses ont été observées par l'équipe d'audit lors des visites terrain, à tous les niveaux du système de santé, confirmant leur impact opérationnel et le manque de mesures correctives concrètes.</p> <p>Le pilotage du plan d'amélioration n'est pas suffisamment institutionnalisé. Aucun comité ou cellule dédié n'a été mis en place pour assurer le suivi du plan, et le CCIA (voir constat 4.1.2.) n'a pas exercé de rôle proactif dans ce domaine. De plus, aucun point focal GEV n'a été désigné au sein de la CNPEV pour coordonner les efforts, assurer le reporting et mobiliser les parties prenantes. L'absence de leadership clair et de mécanisme de coordination limite la capacité du programme à mobiliser les ressources, à suivre les progrès et à corriger les écarts. Aucune revue formelle ou rapport consolidé n'a été produit pour évaluer l'état d'avancement du plan, et les réunions de suivi ne sont pas systématisées.</p> <p>Par ailleurs, les actions prioritaires du plan d'amélioration n'ont pas été systématiquement intégrées dans le PTA. Cette absence d'intégration limite leur visibilité, leur priorisation et leur financement. En effet, la mise en œuvre des recommandations de la GEV ne figure pas dans les lignes budgétaires du PTA. Cela compromet la planification opérationnelle, le suivi budgétaire et la redevabilité du programme vis-à-vis des engagements pris dans le cadre du plan d'amélioration.</p>	<p>Recommandation</p> <p>La MS devra :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mettre en place un mécanisme de suivi du plan d'amélioration, avec des indicateurs de progrès, des échéances claires et des revues trimestrielles ; 2. Désigner un point focal GEV au sein de la CNPEV, responsable du pilotage du plan et du reporting ; 3. Intégrer les actions prioritaires du plan dans le PTA, avec un suivi budgétaire et opérationnel dédié ; 4. Organiser une revue semestrielle du plan, avec présentation des progrès lors des réunions du CCIA et des GMR ; 5. Mobiliser les partenaires techniques pour appuyer la mise en œuvre des activités en retard, notamment en matière de formation, d'équipement et de supervision ; 6. Mettre à jour le plan d'amélioration, en fonction des progrès réalisés et des nouvelles priorités identifiées. 	
<p>Causes racines</p> <ul style="list-style-type: none"> • Absence de mécanisme formel et régulier de suivi du plan d'amélioration ; • Faible appropriation du plan par les structures de gouvernance (voir constat 4.1.2.) ; • Faible coordination entre les entités responsables (CNPEV, DAF, DRS, partenaires) ; • Manque de responsables dédiés au pilotage du plan ; • Priorisation insuffisante de la GEV dans les instances de gouvernance et les plans de travail annuels. 	<p>Réponses / Engagements du management</p>	
<p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> • Persistance des faiblesses critiques dans la chaîne d'approvisionnement des vaccins ; • Risque de rupture de stock, de pertes de vaccins ou de dégradation de leur qualité ; • Difficulté à garantir la sécurité vaccinale et à atteindre les objectifs du programme. • Perte de crédibilité vis-à-vis des PTF. 	<p>Responsabilités</p>	<p>Délai / Chronogramme</p>

4.5.3. Défaillances dans la planification et la distribution des vaccins

Contexte

La disponibilité continue des vaccins dans les structures de santé dépend d'une planification rigoureuse des besoins et d'un système logistique efficace, incluant le transport dans le respect de la chaîne du froid. Selon les normes de Gavi et de l'OMS, la distribution des vaccins doit être assurée de manière régulière, fiable et sécurisée, depuis les entrepôts centraux jusqu'aux points de prestation de services.

Selon la GEV de 2022, le critère de prévision annuel des besoins obtient un score de 79%. Un score plus faible a été obtenu au niveau des postes de santé. L'un des deux critères ayant obtenu les scores les plus faibles (moins de 50%) est la Distribution des vaccins et consommables (46%).

Description

L'audit a révélé plusieurs défaillances majeures conduisant à des cas de rupture de vaccins au niveau des régions, des districts et des postes de santé.

- **Définition inadéquate des besoins en vaccins**

L'audit a pu constater que, les estimations des besoins en vaccins sont souvent biaisées par une mauvaise évaluation de la population cible (surestimée ou sous-estimée), affectant la précision des prévisions.

De plus, les districts et postes de santé n'appliquent pas systématiquement la méthodologie de calcul définie par le niveau central, ce qui a conduit à plusieurs cas de rupture au niveau périphérique (identifiés notamment lors des visites terrain dans les registres de mouvements de stock).

Enfin, bien que la constitution d'un stock de sécurité de 25 % soit recommandée pour limiter le risque de rupture, celui-ci n'est pas observé en pratique, limitant la capacité des districts et postes de santé à absorber les écarts liés aux erreurs de prévision.

- **Absence de plan logistique vaccinal**

Aucun plan national ou régional ne définit de manière formelle les besoins en transport, les itinéraires, les fréquences de livraison ou les responsabilités associées. En l'absence de moyens de transport dédiés (voir point ci-dessous), le manque d'anticipation et de plan logistique ne permet pas de répondre aux besoins. Cette lacune empêche une anticipation des besoins et une allocation optimale des ressources, notamment en matière de transport et de chaîne du froid.

- **Absence de moyens de transport dédiés**

Au moment de l'audit, nous avons relevé qu'aucun véhicule fonctionnel n'était disponible au niveau central et régional (voir constat 4.3.2.).

En l'absence de plan logistique, aucun véhicule fonctionnel ou moyen de transport spécifique n'est affecté à la distribution des vaccins. Les livraisons dépendent de la disponibilité ponctuelle de véhicules non dédiés (véhicule du personnel), ce qui engendre des retards et compromet la chaîne du froid. Ce manque de moyens est directement lié à l'absence de planification logistique, qui aurait permis d'identifier et de budgétiser les besoins en transport.

L'insuffisance de moyens de transports des vaccins au niveaux des districts et postes de santé avait été soulevé lors de la GEV de 2022 (voir constat 4.5.2.).

- **Faible coordination entre les niveaux central et régional**

La planification des livraisons repose sur des échanges informels et ponctuels, sans calendrier partagé ni mécanisme de concertation formalisé. Cette faible coordination aggrave les effets du manque de planification et de moyens, entraînant des retards, des chevauchements ou des absences de livraison, et affectant la disponibilité des vaccins dans les structures de santé.

Recommandation

La MS devra s'assurer que :

1. Mettre en place un mécanisme de validation des prévisions au niveau régional, avant une consolidation au niveau central ;
2. Renforcer les capacités des agents de santé dans la définition des besoins ;
3. Élaborer un plan logistique national pour le transport des vaccins, incluant les besoins en véhicules, les itinéraires, les fréquences de livraison et les responsabilités ;
4. Développer un plan de maintenance préventif et curatif pour le matériel roulant et s'assurer que les réparations sont faites à temps (voir constat 4.3.2.) ;
5. Mettre en place un mécanisme de coordination logistique entre les niveaux central, régional et périphérique, avec des calendriers partagés et des outils de suivi.

<p>Causes racines</p> <ul style="list-style-type: none"> • Absence de données démographiques fiables et actualisées ; • Absence de formation sur la planification des besoins ; • Absence de plan de logistique vaccinale incluant les besoins en transport ; • Absence de plan de maintenance concernant le matériel roulant (voir constat 4.3.2. et 4.5.5); • Absence de suivi des requêtes (voir constat 4.1.6.) ; • Faible coordination entre les niveaux central et régional pour la planification des livraisons. 	<p>Réponses / Engagements du management</p>	
<p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rupture de stock dues à des prévisions erronées ; • Surstockage de vaccins pouvant conduire à des pertes ; • Retards dans l'approvisionnement des vaccins, entraînant des ruptures ; • Difficulté à atteindre les objectifs de couverture vaccinale. 	<p>Responsabilités</p>	<p>Délai / Chronogramme</p>

4.5.4. Améliorations requises en matière de gestion physique des vaccins et des intrants secs

Contexte

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

Les intrants secs PEV — tels que les seringues, carnets de vaccination, boîtes de sécurité, formulaires de suivi, et autres consommables — sont essentiels à la mise en œuvre des activités de vaccination. Leur disponibilité dépend non seulement de l'approvisionnement, mais aussi de la capacité de stockage à chaque niveau du système de santé.

Conformément aux standards de GEV, les pays doivent disposer d'infrastructures de stockage adéquates, sécurisées et bien organisées pour garantir la qualité, la traçabilité et la disponibilité des intrants. Cela inclut des espaces distincts pour les intrants secs et les vaccins, afin d'éviter les risques de contamination ou de confusion logistique.

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

Selon la GEV de 2022, le critère de « Gestion des vaccins » obtient le score de 79%, peinant à atteindre le seuil des 80%. Ce score est d'autant plus bas au niveau des postes de santé, puisqu'il s'élève à 65%. Enfin, en matière de gestion des déchets, le score est très insuffisant dans tout le pays puisqu'il s'élève à 58%. Cela met en évidence des faiblesses dans tous les aspects suivants de gestion de vaccins : - Gestion de stock - Distribution de vaccins et consommables - Gestion des déchets - Prévision annuelle des besoins.

Le critère E4 de la GEV réalisée en 2022 et portant sur les infrastructures avaient attribué un score de 74%, estimant notamment que les bâtiments étaient parfois vétustes, que le stockage des intrants secs était souvent non conforme et qu'il y avait un manque de sécurité incendie.

Description

L'audit a révélé plusieurs insuffisances dans la gestion et le stockage des intrants secs, ainsi que dans le respect des normes de sécurité des dépôts :

- **Méconnaissance ou non-respect du protocole de rangement des vaccins**

L'audit a mis en évidence une organisation confuse du rangement des vaccins dans les réfrigérateurs au niveau de certains districts et postes de santé. En effet, au cours des visites terrain, des vaccins ont été retrouvés stockés dans des contenants inappropriés (bouteilles en plastique coupées en deux), et des vaccins identifiés comme virés par le personnel était toujours stockés dans le réfrigérateur avec les autres vaccins.

- **Gestion et stockage inappropriés des intrants secs**

Au niveau central et régional, les capacités de stockage sont insuffisantes. En effet, aucun espace dédié et adapté n'est disponible pour entreposer les intrants secs dans des conditions optimales.

Au niveau décentralisé, notamment à la DRS de Ngazidja, le dépôt est partagé avec d'autres programmes et encombré, ce qui limite la capacité de réception, de tri et de distribution des intrants du PEV.

Des difficultés de suivi des dates de péremption ont été observées au niveau des districts et postes de santé. Des boîtes de seringues périmées ont été retrouvées lors des visites terrain, traduisant une faiblesse dans la gestion des stocks et la rotation des intrants.

- **Exposition des vaccins à des risques**

A tous les niveaux de la pyramide sanitaire, sur l'ensemble des sites visités, l'équipe d'audit a relevé l'absence d'équipements de sécurité (extincteurs, alarmes incendie), aggravant la vulnérabilité aux incidents, et plus particulièrement au risque d'incendie.

Recommandation

La MS devra :

1. Finaliser et diffuser les PON relatives à la gestion physique des vaccins, des intrants secs et des déchets (voir constat 4.5.1.) ;
2. Réaliser un diagnostic national des capacités de stockage des intrants secs à tous les niveaux (central, régional, périphérique) ;
3. Stocker de manière appropriée les seringues et autres intrants secs : Définir un emplacement approprié pour le stockage des seringues et des intrants secs, pour éviter toute contamination et faciliter l'accès et la gestion des stocks ;
4. Mettre en place un système de gestion des stocks, y compris des intrants secs, incluant le suivi des dates de péremption, la rotation des intrants (premier expiré, premier sorti), et des inventaires réguliers ;
5. Former, à tous les niveaux, le personnel, chargé de la gestion des vaccins, aux bonnes pratiques en matière de gestion des stocks (de vaccins et intrants secs), à l'utilisation d'outils de suivi (registres physiques et électroniques) et à l'élimination des déchets (et leur rapportage) ;
6. Renforcer les supervisions : en lien avec les recommandations du constat 4.6.5., intégrer des indicateurs sur la gestion physique des vaccins, sur l'évaluation des conditions

<ul style="list-style-type: none"> • Gestion inadéquate des déchets <p>Au cours des visites, l'équipe d'audit a mis en évidence une mauvaise gestion des déchets, tant au niveau central que des districts et postes de santé. Le stockage des déchets au niveau des districts et postes de santé est particulièrement problématique en raison du manque de place, de la promiscuité avec les bénéficiaires et du manque d'incinérateurs pour traiter les déchets.</p> <p>La collecte des déchets, notamment au niveau périphérique se fait de manière irrégulière exposant les agents et les communautés à des risques sanitaires.</p>	<p>d'entreposage des intrants secs, et sur la gestion des déchets dans les guides de supervision ;</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. S'assurer du respect des normes de sécurité, en équipant l'ensemble des dépôts d'alarme incendie, d'extincteurs et de fosses sécurisées. 8. Renforcer la coordination logistique, pour assurer une collecte régulière et sécurisée des déchets médicaux, notamment dans les zones périphériques. 	
<p>Causes racines</p> <ul style="list-style-type: none"> • Absence de procédures opérationnelles normalisées au niveau décentralisé pour la gestion physique des vaccins et intrants secs, et des déchets (voir constat 4.5.1.) ; • Absence d'infrastructures dédiées et suffisantes pour le stockage des intrants secs ; • Faible coordination entre les programmes utilisant les mêmes espaces de stockage ; • Faible coordination entre les différents niveaux (voir constat 4.5.3.), y compris en matière de collecte et élimination des déchets ; • Compétences limitées des équipes logistiques en matière de gestion des vaccins et intrants secs, des outils de suivi, et de la gestion des déchets biomédicaux ; • Faible intégration de la gestion des déchets dans les plans de supervision et de suivi (voir constat 4.6.4.) ; • Connaissances limitées en matière de respect des normes de sécurité ; • Insuffisance d'équipements adaptés (incinérateurs ou fosses sécurisées). 	<p>Réponses / Engagements du management</p>	
<p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> • Non-conformité aux standards internationaux ; • Retards dans la mise en œuvre des campagnes de vaccination en raison de l'indisponibilité ou de la non-conformité des intrants ; • Altération de la qualité des vaccins ; • Utilisation de matériel périmé, compromettant la sécurité des bénéficiaires ; • Incendie dommageable, entraînant la perte de vaccins et matériels intrants secs ; • Risque sanitaire accru pour les agents de santé et les communautés ; • Difficulté de suivi adéquat des stocks du fait de l'encombrement des entrepôts. 	<p>Responsabilités</p>	<p>Délai / Chronogramme</p>

4.5.5. Garantir la fiabilité et la maintenance des équipements de la chaîne du froid

Contexte

La chaîne du froid est un élément crucial dans la gestion des vaccins, garantissant leur efficacité et leur sécurité depuis le point de fabrication jusqu'à l'administration aux patients. Selon l'OMS, la chaîne du froid doit maintenir des températures spécifiques pour préserver l'intégrité des vaccins, généralement entre +2°C et +8°C¹. Les vaccins doivent être stockés, transportés et manipulés dans des conditions de température strictement contrôlées pour éviter toute dégradation. Toujours, selon les directives de l'OMS² le personnel chargé de surveiller les vaccins doit savoir comment stocker correctement les vaccins dans les chambres froides, utiliser et interpréter les dispositifs de contrôle de la température, et connaître les mesures d'urgence à prendre en cas de défaillance du matériel de la chaîne du froid.

L'Union des Comores dispose de différents dépôts de stockage de vaccins : un dépôt central à Ngazidja, trois (3) dépôts régionaux approvisionnés par le dépôt central, les dépôts des districts sanitaires approvisionnés par les dépôts régionaux et les dépôts des postes de santé approvisionnés par les districts.

Au niveau central, le dépôt est alimenté en électricité par le réseau public, avec absence de relais fiable en cas de panne. En effet, le dépôt central ne dispose pas de générateur. Au niveau décentralisé, les équipements sont alimentés par l'énergie solaire. En raison notamment de la météo, les coupures électriques sont fréquentes et peuvent durer plusieurs jours voire semaines.

En mai 2022, une évaluation nationale de la GEV a été réalisée et a attribué un score national de 67%. La catégorie "infrastructure" elle-même enregistre un score de 67%. Ce qui implique l'existence de faiblesses importantes dans les infrastructures des espaces de stockage de vaccins et autres intrants, et de la maintenance des équipements de la chaîne du froid aux Comores. En 2022, la GEV soulevait que 57% des postes de santé ne vaccinaient pas en raison de pannes de réfrigérateur.

Description

L'audit a révélé plusieurs insuffisances affectant la continuité et la fiabilité de la chaîne du froid :

- **Alimentation électrique des équipements de la chaîne du froid :**

Au niveau décentralisé, nous avons noté une absence de relais en cas de panne des panneaux solaires : les équipements solaires ne sont pas accompagnés de générateurs de secours, ce qui expose les vaccins à des risques de rupture de la chaîne du froid en cas de défaillance. En effet, lors de fortes pluies, sur une période prolongée, les panneaux solaires ne fonctionnent pas.

- **Maintenance des équipements :**

Il n'existe pas de plan de maintenance préventive et curative, que ce soit au niveau central ou décentralisé (voir constat 4.3.2.). Aucun dispositif structuré n'est en place pour assurer l'entretien régulier des équipements. Ces éléments concernant l'absence de contrat de maintenance et l'absence de techniciens agréés pour effectuer la maintenance des équipements avaient déjà été soulevés par le GEV de 2022 (voir constat 4.5.2). Lors des visites terrain au niveau décentralisé (notamment dans certains districts), nous avons identifiés des réfrigérateurs en panne (voir constat 4.3.2.) et d'autres générant beaucoup d'humidité, n'étant pas vidangés.

Une formation à la maintenance préventive (notamment des panneaux solaires et des équipements de la chaîne du froid) a été donnée par une société externe en 2023. Cependant, cette formation ne concernait que la maintenance préventive des équipements de la chaîne du froid, à savoir l'entretien quotidien, et non la formation de techniciens agréés pour répondre aux pannes de plus grande ampleur. Aucune formation n'a été renouvelée depuis. Ainsi, les petites pannes sont réparées par le niveau central, mais la CNPEV ne dispose pas d'un technicien formé à la maintenance à proprement parlé. En l'absence de technicien ou de contrat externalisé pour assurer la réparation des équipements, des pannes persistantes au

Recommandation

La MS devra s'assurer que :

1. Élaborer et mettre en œuvre un plan national de maintenance des équipements de la chaîne du froid, couvrant les interventions préventives et curatives, avec des calendriers, des responsabilités claires et des outils de suivi (voir constat 4.3.2.) ;
2. Renforcer les capacités techniques en formant les points focaux régionaux aux bases de la maintenance, avec l'appui du niveau central ou de partenaires techniques ;
3. Mettre en place un système de suivi et d'enregistrement des pannes (voir constat 4.3.2.), assorti d'indicateurs de performance (temps moyen de réparation, taux de disponibilité des équipements, etc.) ;
4. Explorer les options de contrats de maintenance avec des prestataires agréés pour certaines zones difficiles d'accès ou à forte densité d'équipements.

¹ « [Les produits de santé thermosensibles dans la chaîne du froid du Programme élargi de vaccination](#) », Déclaration conjointe de l'OMS et de l'Unicef publiée le 19 novembre 2020.

² Manuel d'utilisation des procédures opératoires normalisées du modèle de GEV, version consolidée, avec mode d'emploi

niveau central, régional et dans les aires sanitaires, certaines durant plusieurs mois sans intervention, ont été identifiées. Ces problématiques avaient notamment été soulevées dans la GEV de 2022 (voir constat 4.5.2.).		
<p>Causes racines</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mauvaise gestion des immobilisations (voir constat 4.3.1.) ; • Absence de plan national de maintenance des équipements de la chaîne du froid (voir constat 4.3.2.) ; • Manque de formation des équipes locales à la maintenance de premier niveau ; • Faible coordination entre les niveaux central et périphérique pour le suivi des pannes. 	Réponses / Engagements du management	
<p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rupture de la chaîne du froid, entraînant la perte de vaccins ou leur inefficacité ; • Risque sanitaire pour les bénéficiaires en cas d'administration de vaccins altérés ; • Perte de vaccins ; • Augmentation des coûts liés au remplacement des équipements. 	Responsabilités	Délai / Chronogramme

4.5.6. Insuffisances dans la gestion administrative des vaccins et intrants secs

Contexte

Une gestion administrative rigoureuse des vaccins et intrants secs est essentielle pour garantir la traçabilité, la sécurité et la disponibilité des produits tout au long de la chaîne d'approvisionnement. Elle permet également une prise de décision éclairée en matière de réapprovisionnement, de gestion des pertes et de planification des campagnes. Gavi recommande l'utilisation d'outils numériques comme le SMT (Stock Management Tool) pour améliorer la fiabilité des données et la transparence du système.

Dans la GEV de 2022, le critère de gestion des stocks a obtenu le score de 76% au niveau du pays, et un score plus faible de 66% au niveau des postes de santé. La GEV relevait déjà qu'il existait une multiplicité de différents registres de stocks sur le terrain entraînant l'absence de données essentielles pour permettre des analyses.

Le e-SMT est déployé, depuis fin 2022, au niveau central, au niveau des régions et des districts sanitaires. Avant 2023, le registre n'était pas électronique et le SMT était matérialisé dans un fichier Excel.

Description

L'audit a révélé des insuffisances importantes dans la gestion administrative des vaccins et intrants secs, ainsi que dans le suivi des doses périmées et des pertes :

- **Faiblesses dans la tenue des registres et l'utilisation des outils de suivi**

Au niveau décentralisé, les registres physiques sont souvent mal renseignés, non mis à jour et non standardisés. L'utilisation de cahiers informels est fréquente, notamment au niveau des districts et postes de santé.

Le e-SMT n'est pas utilisé de manière systématique au niveau des régions et des districts, en raison du manque d'équipements informatiques ou de compétences techniques. Lorsqu'il est utilisé, il présente des incohérences (soldes erronés, absence de suivi des numéros de lots et des dates de péremption). De plus, au niveau des districts et des postes de santé, les registres informatiques ne sont souvent pas utilisés, par manque de connexion internet.

Les intrants secs (seringues, dispositifs de sécurité, etc.) ne sont pas suivis dans des registres dédiés.

Malgré les contrôles internes effectués par le niveau central, concernant la qualité des données, des insuffisances persistent tant en ce qui concerne la complétude et promptitude des données.

- **Absence de mécanisme structuré pour le suivi des pertes :**

L'audit a révélé l'absence d'un dispositif formel et opérationnel permettant de suivre, documenter et analyser les pertes de vaccins ainsi que les doses et intrants secs périmés. De plus, l'utilisation qui est actuellement faite du e-SMT ne permet pas une traçabilité fiable des pertes : la catégorie « perte » y est en effet utilisée de manière imprécise et non homogène, ce qui rend difficile l'identification des pertes réelles et leur origine.

Par ailleurs, les vaccins et intrants secs périmés ne sont pas systématiquement enregistrés dans les registres de stocks, que ce soit au niveau central, régional ou périphérique. Cette absence de documentation limite fortement la capacité des gestionnaires à :

- Évaluer l'ampleur des pertes,
- Identifier les causes récurrentes (erreurs de prévision, mauvaise rotation des stocks, etc.),
- Ajuster les approvisionnements en conséquence,
- Et mettre en œuvre des mesures correctives.

Causes racines

- Absence de format standardisé pour les registres physiques de stocks ;
- Non-disponibilité ou obsolescence des équipements informatiques (voir constat 4.3.2.) ;
- Faible maîtrise technique du e-SMT par les agents de santé ;

Recommandation

Le MS devra :

1. Développer et diffuser des formats standardisés pour les registres physiques, incluant les intrants secs (voir constat 4.5.2.) ;
2. Assurer la disponibilité d'équipements informatiques adaptés, y compris une connexion internet, dans les structures de santé (voir constat 4.3.2.) ;
3. Renforcer les capacités des agents par des formations régulières sur la gestion des stocks et l'utilisation du e-SMT ;
4. Renforcer les contrôles effectués au niveau central et intégrer le contrôle qualité des registres au canevas de supervision (voir constat 4.6.5.) ;
5. Clarifier l'utilisation des catégories de pertes dans le e-SMT ;
6. Mettre en place un système de rapportage des pertes de vaccins et doses et intrants secs périmés, avec des indicateurs de suivi.

Réponses / Engagements du management

(Voir plan d'actions correctives en annexe 9)

<ul style="list-style-type: none">• Absence de formation continue sur la gestion des stocks et l'utilisation des outils numériques ;• Absence de procédure claire pour le suivi des doses périmées et des pertes (voir constat 4.5.1.) ;• Mauvaise compréhension des catégories de pertes dans le e-SMT.		
<p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none">• Perte de traçabilité des vaccins et intrants secs ;• Risque de distribution de vaccins périmés ou non conformes ;• Décisions mal informées sur les réapprovisionnements, entraînant des ruptures ou des surstocks.	<p>Responsabilités</p> <p>(Voir annexe 9)</p>	<p>Délai / Chronogramme</p> <p>(Voir annexe 9)</p>

4.6. Suivi et évaluation

4.6.1. Défis liés à la qualité et à la fiabilité des données de vaccination

Contexte

Le taux de couverture vaccinal aux Comores est insuffisant en 2024, et décroît pour certains antigènes

La disponibilité d'informations et d'indicateurs fiables est essentielle pour éclairer la prise de décision stratégique en matière d'immunisation dans chaque pays. Dans le cadre du renforcement de la qualité des données, l'Union des Comores est en cours de migration de l'outil manuel de gestion des données vaccinales appelé DVDMT vers la plateforme DHIS2. Cette migration est soutenue par Gavi et l'OMS.

Les données sont collectées au niveau des postes de santé et compilées dans un rapport mensuel. Les données sont saisies au niveau des postes de santé dans le DV-DMT.

Les districts font une revue des données contenues dans le rapport mensuel et dans le DV-DMT. Le Point Focal du district fait ensuite la saisie des données de vaccination dans le DHIS 2. Le mécanisme de contrôle inclut une réunion de contrôle et validation des données à organiser mensuellement dans chaque district, ainsi que des contrôles opérés au niveau central par le gestionnaire des données de la CNPEV.

Une évaluation de la qualité des données (DQS) a été réalisée en 2019 et en 2025 aux Comores, conduisant à l'établissement d'un PAQD pour chaque rapport, afin d'améliorer la qualité des données.

Description

Les analyses effectuées sur la qualité des données administratives de couvertures vaccinales pour les années de 2020 à 2024 démontrent une dégradation progressive de la qualité de ces données, accentuée en 2024.

- **Absence de procédures claires pour la validation et la correction des écarts**

Lors de la revue des données de vaccination, plusieurs écarts ont été observés entre les chiffres rapportés dans les registres, les fiches de synthèse mensuelles et les rapports transmis au niveau central. Ces écarts ne font l'objet d'aucune procédure formalisée de vérification ou de correction. En l'absence de directives claires, les agents de santé et les superviseurs adoptent des pratiques informelles et non uniformes pour ajuster les données, ce qui nuit à la fiabilité des rapports.

De plus, aucun mécanisme ne permet de tracer les corrections apportées ni de documenter les écarts identifiés, ce qui limite la capacité du programme à analyser les causes des erreurs et à améliorer la qualité des données. De ce fait, bien que des contrôles mensuels (rapprochements, séances de validation, contrôles croisés entre les outils) existent à chaque étape : poste de santé, district, région et central, ces contrôles ne permettent pas d'identifier les erreurs ou de les corriger sur le long terme. Cette problématique avait notamment été soulevée dans le PAQD de 2019.

- **Absence de suivi de mise en œuvre du PAQD**

Bien que le DQS 2019 ait identifié de nombreuses faiblesses et proposé des actions concrètes pour renforcer la qualité et la cohérence des données, l'audit constate qu'aucun mécanisme de suivi régulier de la mise en œuvre du plan d'amélioration n'a été instauré.

En l'absence de pilotage, de suivi-évaluation et de redevabilité sur l'exécution des activités prévues (voir constat 4.1.1.), de nombreuses faiblesses persistent telles que l'absence de directives claires, la multiplicité des outils de collecte non harmonisés, la faible utilisation des outils standards, etc. Les problématiques de complétude et de promptitude des rapports mensuels, notamment au niveau périphérique avait notamment été soulevé. L'absence de suivi du PAQD explique en grande partie la récurrence des problèmes de cohérence et de fiabilité des données de vaccination, malgré l'existence d'un plan d'action validé.

- **Discordances relevées dans les données de vaccination**

Bien que les écarts soient corrigés au niveau national, les analyses effectuées par l'équipe d'audit, au niveau décentralisé, mettent en lumière des incohérences significatives entre les données de vaccination et les informations saisies dans les différents outils (registre papier, DV-DMT, DHIS2). Le nombre d'enfants vaccinés dans les registres de pointage et les

Recommandation

La MS devra :

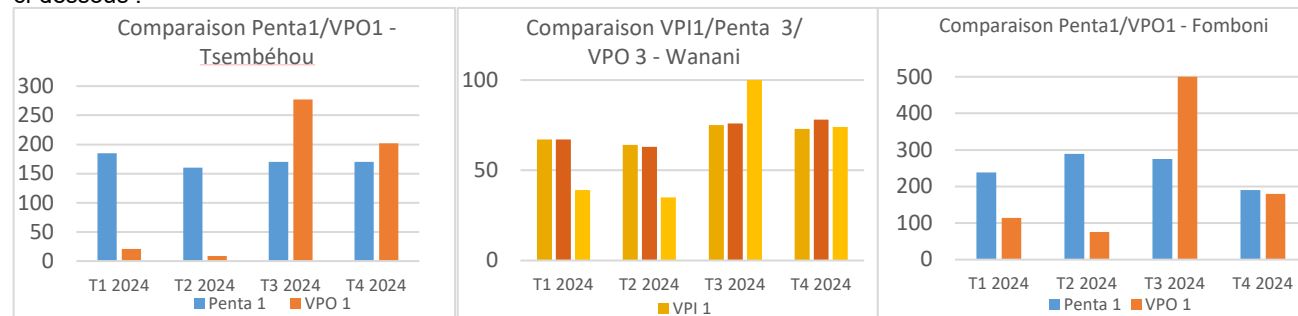
1. Définir et diffuser des procédures claires de validation et de correction des écarts ;
2. S'assurer de la mise en œuvre et du suivi régulier du PAQD de 2025 (voir recommandations du constat 4.1.1.) ;
3. Harmoniser les processus de saisie pour réduire la duplication des tâches, réduire les erreurs et améliorer l'efficacité ;
4. Renforcer les capacités des agents à travers des formations ciblées sur la qualité des données et l'utilisation des outils numériques ;
5. Mettre en œuvre des supervisions régulières avec des outils de contrôle qualité standardisés (voir constat 4.6.5.).

rapports mensuels ne correspond pas au nombre d'enfants reporter dans le DHIS2. Ces faiblesses sont persistantes et avaient déjà été rapportées lors du DQS de 2019.

Le calendrier vaccinal de l'Union des Comores inclut les antigènes suivants :

- Penta 1 et VPO ;
- VPI1, Penta 3 et VPO3.

Le nombre d'enfants vaccinés pour chaque groupe d'antigènes administrés simultanément au même âge qui devrait être sensiblement égal, présente néanmoins des discordances dans certains centres de santé, comme l'illustrent les graphiques ci-dessous :



• Défis liés à l'utilisation des outils de collecte de données

La multiplicité des outils de collecte (registres papier, DV-DMT, DHIS2) entraîne une duplication des tâches et une surcharge de travail pour les agents de santé. Cette problématique avait déjà été soulevée lors du PAQD de 2019.

Des retards de saisie des données dans les outils électroniques sont fréquents, compromettant la promptitude des rapports. Ces retards s'expliquent en partie par une faible appropriation des outils numériques et par des problèmes de connectivité. En effet, bien que certains outils électroniques aient été introduits, leur utilisation reste limitée en raison d'un manque de formation et de difficultés d'accès à internet, ce qui empêche la transmission régulière des données vers les niveaux régional et central.

Causes racines

- Absence de suivi de mise en œuvre du PAQD (voir constat 4.1.1.) ;
- Absence de procédures uniformisées ;
- Faible capacité technique des agents à utiliser les outils numériques de manière cohérente ;
- Charge de travail élevée liée à la saisie multiple des mêmes données ;
- Manque de supervision régulière (voir constat 4.6.5.) ;
- Indisponibilité des supports de saisies de collecte de données (voir constat 4.5.6.).

Risques / Implications

- Difficulté à mesurer la performance réelle du programme et à identifier les zones à faible couverture ;
- Définition de stratégie inadaptée ;
- Risque de double comptage ou de sous-déclaration.

Réponses / Engagements du management

Responsabilités

Délai / Chronogramme

4.6.2. Faiblesses en matière de surveillance des Maladies Évitable par la Vaccination (MEV)

Contexte

Depuis plusieurs années, l'Union des Comores s'efforce de renforcer son système d'information sanitaire (SIS), notamment en matière de surveillance des maladies évitables par la vaccination (MEV), telles que la poliomyélite, la rougeole et le tétanos néonatal. Le PAQD 2019–2023 a posé les bases d'un renforcement du cadre stratégique, et l'introduction progressive du DHIS2 visait à améliorer la collecte et l'analyse des données.

Les évaluations récentes (DQS 2025, SitRep 2024) ont toutefois mis en évidence des dysfonctionnements persistants dans la mise en œuvre du système de surveillance, en lien avec la fragmentation des outils, l'absence de directives harmonisées, et la faiblesse du cadre opérationnel (manuels, guides, supervision).

Description

- **Faiblesses du cadre de surveillance**

L'audit a constaté une insuffisance au niveau du cadre de surveillance. En effet, les manuels, guides techniques et protocoles censés orienter les agents de santé dans la notification, la saisie et l'analyse des données sont soit inexistantes au niveau décentralisé, soit non diffusés, soit peu appliqués sur le terrain. Cette absence de référentiel commun limite la standardisation des pratiques et contribue à une hétérogénéité dans la qualité des données produites.

Par ailleurs, les mécanismes de supervision sont irréguliers (voir constat 4.6.4.) et souvent non documentés, ce qui empêche d'identifier les dysfonctionnements et de renforcer les capacités des agents.

Enfin, aucun dispositif de contrôle qualité systématique n'est mis en œuvre pour vérifier la cohérence et la fiabilité des données saisies, notamment entre les différents outils utilisés.

Certains districts (Mutsamudu, Domoni, Mremani) sont qualifiés de « silencieux », ne transmettant pas les notifications attendues, ce qui reflète un dysfonctionnement dans la chaîne de surveillance.

- **Multiplicité des outils de saisie non harmonisés**

L'audit a relevé l'utilisation parallèle de plusieurs outils pour la collecte des données de surveillance : registres papier, Kobo Collect, DHIS2, sans directives claires sur leur articulation ou leur complémentarité. Cette absence d'harmonisation entraîne :

- Des doublons ou omissions dans les rapports transmis ;
- Une fragmentation de l'information, rendant difficile l'analyse consolidée ;
- Une charge de travail accrue pour les agents de santé, qui doivent saisir les mêmes données sur plusieurs supports.

- **Retards de saisie des données et absence d'analyse croisée**

Des retards de saisie dans DHIS2 ont été observés, compromettant la promptitude des alertes et des rapports. Par ailleurs, aucun mécanisme formel ne permet de croiser les données de surveillance avec les données de couverture vaccinale, ce qui limite la capacité à identifier les zones à risque ou à faible performance.

Ces constats traduisent une faiblesse structurelle du système de surveillance, qui affecte la qualité, la fiabilité et l'utilité des données pour la prise de décision en santé publique.

Recommandation

La MS devra :

1. Harmoniser les outils de collecte de données et diffuser des directives claires sur leur utilisation respective ;
2. Renforcer le cadre technique, en finalisant, diffusant et appliquant les manuels, guides et protocoles de surveillance ;
3. Former systématiquement les agents de santé sur les outils numériques, les procédures de surveillance et l'analyse des données ;
4. Mettre en place un mécanisme d'analyse croisée entre données de surveillance et de couverture vaccinale, avec alertes automatiques ;
5. Organiser des supervisions régulières selon la fréquence définie à chaque niveau (voir constat 4.6.5.) pour identifier les problématiques et renforcer les capacités des collaborateurs.

Causes racines

- Faible formation du personnel sur les procédures de notification, d'analyse et d'utilisation des données ;
- Rotation fréquente du personnel et manque de capitalisation des compétences (voir constat 4.1.7.) ;

Réponses / Engagements du management

<ul style="list-style-type: none">Supervision irrégulière (voir constat 4.6.5).		
<p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none">Non-détection de cas ou détection tardive, augmentant le risque de flambées épidémiques ;Décisions de santé publique mal orientées, ;Résurgence possible de maladies évitables par la vaccination.	Responsabilités	Délai / Chronogramme

4.6.3. Disponibilité limitée des supports et outils informatiques de collecte des données

<p>Contexte</p> <p>La collecte et la saisie des données vaccinales reposent sur la disponibilité de supports physiques (registres physiques) et d'outils informatiques adaptés (tablettes et accès internet). Ces moyens sont essentiels pour garantir la traçabilité, la qualité et la promptitude des données, qui alimentent les systèmes nationaux de suivi (DV-DMT, DHIS2).</p>			
<p>Description</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rupture des supports physiques de collecte des données <p>Les registres primaires de collecte sont en rupture au niveau central, notamment les bons de commande/livraison, les cahiers de mouvement, les fiches de pointage journalières et les registres enfants.</p> <p>Les structures de santé sont contraintes d'utiliser des supports improvisés, non standardisés, ce qui nuit à l'uniformité et à la fiabilité des données (voir constat 4.5. 6.).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Défis liés à l'utilisation des outils informatiques de saisie <p>De nombreux équipements informatiques, notamment ordinateurs, sont en panne, obsolètes ou non disponibles, en particulier au niveau des districts et des postes de santé (voir constat 4.3.2.).</p> <p>De plus, l'absence de crédit internet au niveau des postes de santé, empêche l'utilisation des outils numériques (DV-DMT, DHIS2), compromettant la remontée fiable des données (voir constat 4.6.1.), et la production d'analyses de performance.</p>		<p>Recommandation</p> <p>La MS devra :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mettre en place un mécanisme de planification et de suivi des besoins en supports physiques, avec un stock de réserve au niveau central (voir constat 4.5.3.) ; 2. Finaliser et mettre en œuvre le plan de reprographie et de diffusion des outils du PEV, en assurant un suivi de la distribution et de l'utilisation effective dans les structures ; 3. Élaborer un plan de maintenance et de renouvellement des équipements informatiques, en priorisant les zones à forte activité vaccinale (voir constat 4.5.3.) ; 4. Renforcer la coordination entre les niveaux central, régional et périphérique pour anticiper les ruptures et les besoins en outils de collecte (voir constat 4.5.3.). 	
<p>Causes racines</p> <ul style="list-style-type: none"> • Absence de mécanisme de planification budgétaire anticipée pour la reprographie des outils ; • Faible coordination entre les niveaux central et périphérique pour le suivi des besoins matériels (voir constat 4.5.3.) ; • Manque de stratégie de maintenance et de renouvellement des équipements informatiques (voir constat 4.3.2.) ; • Absence de budget dédié ou de mécanisme de provisionnement pour les crédits internet. 		<p>Réponses / Engagements du management</p>	
<p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> • Collecte de données incomplète ou non conforme aux standards ; • Retards dans la saisie et la transmission des données, affectant la promptitude des rapports ; • Perte de fiabilité des données utilisées pour le suivi de la couverture vaccinale. 		<p>Responsabilités</p>	<p>Délai / Chronogramme</p>

4.6.4. Nécessité de renforcer la fréquence et la qualité des supervisions formatives

Contexte

Les supervisions formatives sont un levier essentiel pour garantir la qualité des prestations de vaccination, renforcer les capacités des agents de santé, assurer l'application des directives nationales et corriger les écarts observés sur le terrain. Elles permettent également de suivre la mise en œuvre des recommandations, d'identifier les besoins en appui technique et de renforcer la redevabilité à tous les niveaux du système de santé.

Les régions doivent effectuer la supervision des districts de manière trimestrielle, et les districts doivent réaliser mensuellement une supervision de tous les postes de santé.

Une grille de supervision est utilisée lors des supervisions du niveau central vers les régions, des régions vers les districts et des districts vers les postes de santé.

Description

L'audit a mis en évidence plusieurs insuffisances dans la mise en œuvre des supervisions formatives :

- **Améliorer le cadre de supervision**

Le cadre de supervision en place au Comores nécessiterait d'être renforcé. Bien que la grille de supervision utilisée soit large et structurée, de nombreux éléments sont actuellement manquants. En effet, les lacunes suivantes ont été identifiées :

- Gestion des déchets : manque de suivi sur la conformité, la formation et la gestion des déchets autres que les seringues et aiguilles (voir constat 4.5.4.).
- Sécurité : absence de volet sur la sécurité des locaux (voir constat 4.5.4.), la gestion des équipements de la chaîne du froid (voir constat 4.5.5.), et la gestion des urgences hors chaîne du froid.
- Planification : peu de détails sur la qualité et la mise à jour du PTA ni sur l'intégration des plans d'urgence (voir constat 4.1.5.).
- Maintenance : absence de suivi sur la gestion des pannes (voir constat 4.3.2.).
- Supervision et formation : manque de contrôle sur la qualité et l'impact des supervisions et formations.
- Gestion documentaire : absence de vérification de la qualité et de la confidentialité de l'archivage (voir constat 4.2.7.).

- **Fréquence et traçabilité insuffisantes**

La fréquence des supervisions n'est pas respectée. En effet, seules 18 structures ont été visitées en 2024 par le niveau central, sur les trois régions, 17 districts et 67 postes de santé. De plus, du fait des retards dans le processus de planification (voir constat 4.1.5), seules les supervisions prévues, par les niveaux décentralisés, au PTA du troisième trimestre 2024 ont été mises en œuvre. Enfin, lors de notre visite, la DRS de Ngazidja nous a informé qu'il n'y avait pas eu de supervision en 2023, confirmant les échanges avec le niveau central.

Les rapports de supervision sont souvent absents ou mal archivés au niveau des districts et des postes de santé, ce qui limite le suivi des constats et des actions correctives.

Le rapport de supervision du semestre 2024 note un déficit de supervision régulières malgré ce qui est prévu par le cadre de procédures.

- **Suivi des recommandations non formalisé**

Les recommandations issues des supervisions ne font pas l'objet d'un suivi structuré (pas de tableau de suivi, pas d'indicateurs de mise en œuvre).

De plus, la grille de supervision du PEV ne comporte pas de module dédié au suivi des recommandations précédentes, ni à l'évaluation de leur niveau d'exécution.

Recommandation

La MS devra :

1. Compléter le cadre de supervision, afin de s'assurer que l'ensemble des processus soit couvert lors des supervisions ;
2. S'assurer de la mise en œuvre des activités prévues au PTA, et s'assurer que le processus de planification est réalisé en temps voulu (voir constat 4.1.5) ;
3. Respecter la fréquence des supervisions formatives prévues selon le calendrier ;
4. Renforcer la documentation et l'archivage des rapports de supervision à tous les niveaux ;
5. Mettre en place un mécanisme de suivi des recommandations, incluant des outils de suivi, des échéances et des responsables désignés (voir constat 4.1.1.) ;
6. Réviser la grille de supervision afin d'y intégrer le suivi des recommandations précédentes, ainsi que la qualité de l'archivage et de la documentation, les conditions de stockages des vaccins et intrants secs (constat 4.5.6.), la gestion physique des vaccins et des déchets (constat 4.5.4.) ;
7. Former les superviseurs à la supervision formative centrée sur le renforcement des compétences et non uniquement sur le contrôle.

<p>Enfin, les supervisions ne permettent pas toujours de vérifier si les recommandations ont été appliquées ou si elles ont eu un impact.</p> <p>Ces lacunes réduisent l'efficacité des supervisions comme outil d'amélioration continue de la qualité et de renforcement des capacités.</p>		
<p>Causes racines</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cadre de supervision incomplet ; • Faible taux de mise en œuvre des activités (voir constat 4.1.5.) ; • Mauvaise planification des activités, y compris des supervisions ; • Absence de mécanisme structuré de suivi des recommandations (voir constat 4.1.1). 	Réponses / Engagements du management	
<p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> • Persistance de mauvaises pratiques ; • Mauvaise gestion des vaccins ; • Faible amélioration des performances malgré les constats récurrents. 	Responsabilités	Délai / Chronogramme

Annexes

Annexe 1 – Acronymes

ACP	Accord-Cadre de Partenariat
ANO	Avis de Non-Objection
AT	Assistant(ce) technique
CCIA	Comité de Coordination Inter-Agences / Comité National de Coordination Inter-Agences
CDS	Centre de Santé
CNPEV	Coordination Nationale du Programme Elargi de Vaccination
COVID 19 - CDS	Initiative ayant pour but d'assurer un accès équitable à la vaccination contre le Covid-19
DAF	Direction Administrative et Financière
DHIS2	District Health Information System, 2ème version
DPS	Directions Provinciales de la Santé
DQS	Evaluation de la qualité des données (Data quality survey)
DRS	Direction Régionale de la Santé
DS	District Sanitaire
ECF	Equipements de la Chaine du Froid
EMO	Entités de Mise en Œuvre
e-SMT	Electronic Stock Management Tool (outil électronique de gestion des stocks de vaccins et consommables)
FOSA	Formation sanitaire
GEV	Gestion Efficace des Vaccins
GMR	Grant Management Requirements / Exigences en Matière de Gestion des Subventions Gavi
GTCV	Groupe Technique Consultatif pour la Vaccination
HSS/RSS	Subvention Gavi pour le Renforcement du Système de la Santé
IPV	Vaccin antipoliomyélitique inactivé
KMF	Franc Comorien
MEV	Maladies Evitables par la Vaccination
MS	Ministère de la Santé
OMS / WHO	Organisation Mondiale de la Santé
PAO	Plans d'Actions Opérationnels
PAQD	Plan d'évaluation de la qualité des données
Penta	Vaccin Pentavalent
PEV	Programme Elargi de la Vaccination
PON	Procédures Opératoires Normalisées
PPM	Plan de Passation des Marchés
PTA	Plan de Travail Annuel
PTF	Partenaires techniques et financiers
USD	United States dollar
WUENIC	Estimation de la Couverture Vaccinale par OMS/Unicef

Annexe 2 – Méthodologie

A. METHODOLOGIE

Les audits réalisés par Audit et Investigations (A&I) de Gavi sont menés conformément aux directives obligatoires de l'Institute of Internal Auditors (« l'Institut »), qui incluent les Principes fondamentaux pour la pratique professionnelle de l'audit interne, la définition de l'audit interne, le Code de déontologie, ainsi que les Normes internationales pour la pratique professionnelle de l'audit interne (les « Normes »). Ces directives obligatoires constituent les principes des exigences fondamentales pour la pratique professionnelle de l'audit interne et pour l'évaluation de l'efficacité de la performance de l'activité d'audit.

Les avis professionnels, guides pratiques et prises de position de l'Institut sont également respectés, dans la mesure où ils sont applicables pour orienter les opérations. En outre, le personnel de A&I respecte le manuel des procédures opérationnelles standard de A&I.

Les principes et les détails de l'approche d'audit de A&I sont décrits dans ses Termes de Référence et son Manuel d'Audit, approuvés par le Conseil d'administration, ainsi que dans les termes de référence spécifiques à chaque mission. Ces documents permettent à nos auditeurs de fournir un travail professionnel de haute qualité, et de fonctionner de manière efficace et efficiente. Ils contribuent à préserver l'indépendance des auditeurs de A&I et l'intégrité de leur travail.





Le Manuel d'Audit de A&I contient des instructions détaillées pour la réalisation des audits, conformément aux normes appropriées et aux exigences de qualité attendues.

De manière générale, le champ d'intervention de A&I s'étend non seulement au Secrétariat, mais aussi aux programmes et activités menés par les bénéficiaires des subventions et les partenaires de Gavi. Plus précisément, ce champ couvre l'examen et l'évaluation de la pertinence et de l'efficacité de la gouvernance de Gavi, des processus de gestion des risques, du système de contrôle interne, ainsi que de la qualité de la performance dans l'exécution des responsabilités assignées pour atteindre les objectifs fixés.

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 dans un domaine présentant un risque modéré quant à la réalisation des objectifs de l’entité a été identifié.
-  **Améliorations significatives nécessaires** – Les contrôles internes et les procédures de gestion des risques présentent des faiblesses dans leur nature ou dans leur opérationnalisation qui pourraient affecter négativement la réalisation des objectifs de l’entité.
-  **Insatisfaisant** – Les contrôles internes et les procédures de gestion des risques ne sont pas établis ou ne fonctionnent pas. La majorité des problèmes identifiés présente un risque élevé et pourrait compromettre de manière significative l’atteinte des objectifs de l’entité.

B. NIVEAUX DE RISQUE DES CONSTATS D’AUDIT

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

Classification	Description
Elevé	Au moins un des critères ci-dessous s’applique au constat formulé : <ul style="list-style-type: none"> • Les contrôles atténuant des risques inhérents élevés ou des risques stratégiques pour l’organisation sont inadéquats ou inefficaces. • Les problèmes identifiés peuvent entraîner la matérialisation d’un risque susceptible d’avoir : un impact majeur sur l’atteinte des objectifs organisationnels ; un dommage réputationnel important ; ou des conséquences financières significatives. • Le risque s’est matérialisé ou la probabilité qu’il survienne est très élevée et les mesures d’atténuation en place ne réduisent pas efficacement ce risque. • L’attention de la direction est requise en priorité absolue. • Fraude et comportements non éthiques, y compris contournement des contrôles clés par la direction
Modéré	Au moins un des critères ci-dessous s’applique au constat formulé : <ul style="list-style-type: none"> • Les contrôles atténuant des risques inhérents moyens sont inadéquats ou inefficaces. • Les problèmes identifiés peuvent entraîner la matérialisation d’un risque susceptible d’avoir : un impact modéré sur l’atteinte des objectifs organisationnels ; un préjudice réputationnel modéré ; ou des conséquences financières modérées. • La probabilité de matérialisation du risque est possible et les mesures d’atténuation en place réduisent modérément le risque. • Une action de la direction est requise dans un délai raisonnable.
Faible	Au moins un des critères ci-dessous s’applique au constat formulé : <ul style="list-style-type: none"> • Les contrôles atténuant des risques inhérents faibles sont inadéquats ou inefficaces. • Les problèmes identifiés pourraient avoir un impact négatif mineur sur l’environnement de risque et de contrôle. • La probabilité de matérialisation du risque est faible. • Une action corrective est requise, selon ce qui est approprié.

Annexe 4 – Classification des dépenses

Dépenses suffisamment justifiées

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

Dépenses insuffisamment justifiées

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

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

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

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

Dépenses non justifiées

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

Dépenses irrégulières

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

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

Dépenses inéligibles

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

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

Date	Taux de change	Montant dépenses (en KMF)	Montant échantillon (en KMF)	% échantillon	suffisamment justifiées	% validé	Insuffisamment justifié	Non justifiées	Irrégulières	Inéligibles	Total questionné	% questionné	dont marchés insuffisamment justifiés	Dont marchés irréguliers	TOTAL MARCHÉS
2020	400,92	132 109 360	96 541 590	73%	82 571 590	86%	9 302 500	1 786 500	2 881 000		13 970 000	14%	7 642 900	2 405 000	10 047 900
		329 515,51	240 800,13		205 955,28		23 202,88	4 456,00	7 185,97	34 844,86	19 063,40		5 998,70	25 062,11	
2021	433,566	56 118 025	42 108 162	75%	20 881 662	50%	13 817 500	7 250 000	159 000		21 226 500	50%	9 651 500	0	9 651 500
		129 433,64	97 120,54		48 162,59		31 869,43	16 721,79	366,73	48 957,94	22 260,74		0	22 260,74	
2022	462,202	181 517 318	162 378 319	89%	126 838 519	78%	27 579 500	7 960 300			35 539 800	22%	14 667 000	0	14 667 000
		392 722,92	351 314,62		274 422,26		59 669,80	17 222,56	0	76 892,35	31 732,88		0	31 732,88	
2023	443,055	62 309 689	38 919 650	62%	19 337 050	50%	18 598 600	984 000			19 582 600	50%	15 094 600	0	15 094 600
		140 636,46	87 843,83		43 644,81		41 978,08	2 220,94	0	44 199,03	34 069,36		0	34 069,36	
2024	472,229	83 529 762	64 164 950	77%	38 125 150	59%	14 101 600	3 514 200	8 424 000		26 039 800	41%	8 487 850	5 628 000	14 115 850
		176 884,02	135 876,77		80 734,45		29 861,78	7 441,73	17 838,80	55 142,31	17 974,01		11 917,95	29 891,96	
TOTAL UNICEF		515 584 154	404 112 671	78%	287 753 971	71%	83 399 700	21 495 000	11 464 000	0	116 358 700	29%	55 543 850	8 033 000	63 576 850
		1 169 192,55	912 955,89		652 919,39		186 581,97	48 063,02	25 391,50	260 036,49	125 100,39		17 916,65	143 017,04	
2024 DAF	437,17	107 689 691	86 221 895	80%	74 822 795	87%	5 228 100	0	6 171 000		11 399 100	13%	4 333 100	5 731 000	10 064 100
		246 333,67	197 227,38		171 152,63		11 958,96		14 115,80	26 074,76	9 911,70		13 109,32	23 021,02	
Avances DS	435,56	55 813 750	55 813 750	100%	52 582 121	94%	51 000	3 180 629	0		3 231 629	6%			
		128 142,51	128 142,51		120 723,02		117,09	7 302,39	0	7 419,48					
TOTAL GENERAL		679 087 595	546 148 316	80%	415 158 887	76%	88 678 800	24 675 629	17 635 000	0	130 989 329	24%	59 876 950	13 764 000	73 640 950
		1 543 668,73	1 238 325,78		944 795,04		76%	198 658,02	55 365,41	39 507,30	0		293 530,73	24%	135 012,09

Annexe 6 – Constats détaillés de l'audit

Dépenses insuffisamment justifiées

2020 UNICEF	N°requête	Libellé de la dépense	Montant total en KMF	Insuffisamment justifié	Explications	dont marchés insuffisamment justifiés
28/01/2020	14	Location salle, restauration (évaluation conjointe)	1 115 000	0	Absence de mise en concurrence	1 115 000
01/10/2020	84	Location salle, restauration (formation sur la gestion)	1 728 000	0	Absence de mise en concurrence	1 728 000
15/04/2020	69	Fournitures de bureau (appui au fonctionnement DGS)	600 000	0	Absence de mise en concurrence Absence de fiche de suivi de stock permettant de vérifier la cohérence des quantités achetées Le bon de commande est postérieur à la facture et au BL	600 000
15/04/2020	69	Cartes de téléphone (production des supports de communication)	500 000	500 000	Absence d'état de répartition	
15/04/2020	69	Affichage 5 panneaux (production des supports de communication)	1 225 000	0	Absence de mise en concurrence	1 225 000
15/04/2020	69	Elaboration et validation manuel de procédures	3 610 450	1 159 600	Déplacement DGS : 379 800 KMF Absence de facture de billet d'avion Absence d'ordre de mission et de rapport de mission Perdiems : comptable : 640 000 L'ordre de mission n'est pas visé à l'aller comme au retour Absence de facture de billet d'avion Absence de rapport de mission Location salle et pause café : 735 000 KMF Absence de mise en concurrence pour les 3 régions et d'attestation de services faits Location salle et pause café : 215 900 + 176 000 KMF Absence de mise en concurrence et d'attestation de services faits Absence de rapport de l'atelier Normalement les 3 ateliers ont déjà fait l'objet d'une facture dans les 3 régions Billets d'avion : 139 800 KMF Absence d'ordre de mission et de rapport de mission	1 126 900
15/04/2020	69	Location salle, restauration (Appui au renforcement de l'équité vaccinale en Union des Comores)	1 848 000	0	Absence de mise en concurrence	1 848 000
		TOTAL 2020 UNICEF	10 626 450	1 659 600		7 642 900
2021 UNICEF	N°requête	Libellé de la dépense	Montant total en KMF	Insuffisamment justifié	Explications	dont marchés insuffisamment justifiés
22/01/2021	18	Pause-café et déjeuner (Réaliser l'Organisation de l'évaluation conjointe 2020)	1 035 000	0	Absence de mise en concurrence	1 035 000

02/02/2021	363	Fonctionnement et de la gestion de la CNPEV du premier trimestre 2021	6 580 000	30 000	<p>Achat fournitures : 1 075 000 KMF Absence de mise en concurrence (incidence 1 075 000 KMF)</p> <p>Achat mobilier de bureau : 824 000 KMF Absence de mise en concurrence (incidence 824 000 KMF)</p> <p>Achat stock produits d'entretiens : 450 000 KMF Absence de mise en concurrence (incidence 450 000 KMF)</p> <p>Il manque le bon de commande et le bon de livraison</p> <p>Achat crédits téléphoniques : 300 000 KMF Il n'y a pas de preuve que El-Habib Alifeni et Antura Bina ont reçu leurs tickets. La décharge a été signée par l'Assistante à la Coordination (incidence 30 000 KMF)</p> <p>Achat pneu : 720 000 KMF Absence de mise en concurrence (incidence 720 000 KMF)</p> <p>Prestation de maintenance informatique : 100 000 KMF</p>	3 069 000
29/12/2021	551	Location salle, projecteur, sono, climatiseur + pause-café & déjeuner (atelier Ngadiza)	1 366 500	0	Absence de mise en concurrence Absence de BC et de BL	1 366 500
29/12/2021	551	Location salle, projecteur, sono, climatiseur + pause-café & déjeuner (atelier Ngadiza)	882 000	0	Absence de mise en concurrence Absence de BC et de BL	882 000
29/12/2021	551	Location salle, projecteur, sono, climatiseur + pause-café & déjeuner (atelier Ngadiza)	1 425 000	0	Absence de mise en concurrence Absence de BC et de BL	1 425 000
29/12/2021	551	Etats de paiement et frais de déplacement 25/09	423 000	423 000	Absence d'ordres de mission et de rapport de mission	
29/12/2021	551	Atelier de sensibilisation chefs de village et chefs religieux	570 000	570 000	Etat de paiement sans date, Absence de rapport de l'atelier	
29/12/2021	551	Atelier de formation chefs de village et chefs religieux	156 000	156 000	Etat de paiement sans date, Absence de rapport de l'atelier	
29/12/2021	551	Billets Anjouan	578 000	578 000	Absence de TDR justifiant ces déplacements Absence de liste d présence démontant la présence effective de ces participants	
29/12/2021	551	Location salle + pause-café & déjeuner (atelier Anjouan)	1 230 000	-	Absence de mise en concurrence Absence de BC et de BL	1 230 000
29/12/2021	551	Billets NGAZIDJA	252 000	252 000	Absence de rapport de mission permettant de justifier l'effectivité de ma mission les ordres de mission reçu ne sont pas visé à l'aller et au retour "	
29/12/2021	551	Frais déplacement formateurs et participants	120 000	120 000	Absence de rapport de mission permettant de justifier l'effectivité de ma mission les ordres de mission reçu ne sont pas visé à l'aller et au retour "	
29/12/2021	551	Perdiems pour l'élaboration des modules de formation des formateurs	1 960 000	1 960 000	Absence d'ordres de mission et de rapport de mission	
29/12/2021	551	Location salle et paus café pour l'élaboration de modules de formation des formateurs	644 000	0	Absence de mise en concurrence Absence de BC et de BL	644 000
29/12/2021	551	Billet d'avion atelier d'élaboration des modules de formation des formateurs	77 000	77 000	Absence d'ordres de mission et de rapport de mission	
		TOTAL 2021 UNICEF	17 298 500	4 166 000		9 651 500

2022 UNICEF	N° requête	Libellé de la dépense	Montant total en KMF	Montant non justifié en KMF	Explications	dont marchés insuffisamment justifiés
-------------	------------	-----------------------	----------------------	-----------------------------	--------------	---------------------------------------

02/02/2022	80	Location de véhicule	4 480 000	0	Absence de mise en concurrence. Selon le PEV aucune autre société n'est capable de mettre à disposition 18 véhicules en même temps mais aucune note explicative n'est jointe et aucun ANO préalable n'a été demandé à GAVI	4 480 000
02/02/2022	80	Perdiems et indemnités de campagne	60 000	60 000	" El-Marouf: Liste du 10/12/2021 (J2) non signée par Hadjidja MedMbae Une seule signature a été apposée grandement sur l'espace allouée aux signatures de Moinaecho Soufiane, et Olessun Mohamed Liste de présence du 12/12/21 non signée par Bathina Charif Liste de présence du 09/12/2021 (S18) non signée par Mariama Idjabou Liste de présence du 13/12/2021 (S20) non signée par Zahara Abdou Liste de présence non signée par Faiga Said et Antika Hassane	
		SOUS TOTAL REQUETE 80	4 540 000	60 000		4 480 000
19/07/2022	299 CARITAS	Pièces automobiles	327 000	327 000	Absence de bon de commande et bon de livraison	
19/07/2022	299 CARITAS	Frais de déplacement	222 000	222 000	Absence de contrat ou d'ordre de mission des animateurs Absence de TDR Fiche d'émargement non datée	
19/07/2022	299 CARITAS	Frais de déplacement	532 500	355 000	Nous n'avons disposé que d'une seule liste de présence sans date pour une activité de 3 jours	
19/07/2022	299 CARITAS	Frais de déplacement (dec 2021-mars 2022)	576 000	576 000	Absence d'ordres de mission et de rapport de mission	
		SOUS TOTAL CARITAS	1 657 500	1 480 000		0
19/07/2022	299 VVS	Frais de déplacement (28/01-06/02)	320 000	320 000	Absence d'ordres de mission et de TDR	
19/07/2022	299 VVS	Indemnités animateurs	160 000	160 000	Seuls 2 contrats nous ont été transmis, aucune autre PJ n'est disponible	
19/07/2022	299 VVS	Frais de déplacement causeries éducative (27/01-05/02)	306 000	306 000	Absence de TDR et de rapport de mission	
19/07/2022	299 VVS	Location de véhicule et location de salle	420 000	0	Il s'agit du fournisseur ADC (Action Développement Comores) pour les 2 factures. Absence de mise en concurrence (3 factures pro forma), de bons de commande et de livraison	420 000
19/07/2022	299 VVS	Pause-café renforcée	805 000	0	Absence de mise en concurrence (3 factures pro forma), de bons de commande et de livraison	805 000
19/07/2022	299 VVS	Pause-café	294 000	0	Absence de mise en concurrence (3 factures pro forma), de bons de commande et de livraison	294 000
19/07/2022	299 VVS	Frais de déplacement causeries éducative (07/06-08/06)	184 000	184 000	Absence d'ordres de mission pour les 2 animateurs	
19/07/2022	299 VVS	Frais de déplacement	250 000	250 000	Absence de liste de présence	
19/07/2022	299 VVS	Frais de déplacement	337 500	337 500	Absence de liste de présence	
		SOUS TOTAL VVS	3 076 500	1 557 500		1 519 000
19/07/2022	299 UNOMO	Location de salle	240 000	240 000	Absence de bon de commande et bon de livraison	
19/07/2022	299 UNOMO	Frais de déplacement	504 000	504 000	Absence d'ordres de mission	
19/07/2022	299 UNOMO	Location de véhicule et location de chaise	645 000	0	Absence des 2 autres factures proforma de BC et de BL	645 000
19/07/2022	299 UNOMO	Conception et multiplication des Flyers	1 350 000	0	Absence des 2 autres factures proforma de BC et de BL	1 350 000

19/07/2022	299 UNOMO	Frais de déplacement animateurs et formateurs	489 000	489 000	Absence de TDR, ordres de mission et rapports de mission	
19/07/2022	299 UNOMO	Pause déjeuner	272 000	-	Absence de mise en concurrence Absence de BC et BL	272 000
19/07/2022	299 UNOMO	Frais de déplacement suivi des enfants de plus de 3 mois	240 000	240 000	Absence de listes de présence pour les 3 jours de formations, de TDR, rapport de mission et ordres de mission pour les animateurs	
19/07/2022	299 UNOMO	Frais de déplacement supervision des superviseurs	200 000	200 000	Absence de rapport de mission Absence de TDR Absence de 3 listes de présence sur les 4 jours d'activité "	
		SOUS TOTAL UNOMO	3 940 000	1 673 000		2 267 000
19/07/2022	299 BADJINI	Location de voiture plus chauffeur	680 000	-	Absence de mise en concurrence Absence de BC et BL	680 000
19/07/2022	299 BADJINI	Location sonorisation plus groupe électrogène	425 000	-	Absence de mise en concurrence Absence de BC et BL	425 000
19/07/2022	299 BADJINI	Frais de déplacement réunion mères enfants	270 000	270 000	Absence de TDR et de rapport de l'atelier	
19/07/2022	299 BADJINI	Pause déjeuner	270 000	270 000	Absence de mise en concurrence Absence de BC et BL	
19/07/2022	299 BADJINI	Indemnités agents recenseurs	712 500	712 500	Absence de TDR, rapport de mission et de listes de présence	
19/07/2022	299 BADJINI	Indemnités agents recenseurs dans ls 17 localités	306 000	306 000	Absence de TDR, rapport de mission et de listes de présence	
		SOUS TOTAL BADJINI	2 663 500	1 558 500		1 105 000
19/07/2022	299 AMPBC	Diffusion et conception de chansons	550 000	0	Absence de mise en concurrence Absence de BC et BL	550 000
19/07/2022	299 AMPBC	Location de véhicules	200 000	0	Absence de mise en concurrence Absence de BC et BL	200 000
19/07/2022	299 AMPBC	Location de véhicules	420 000	0	Absence de mise en concurrence Absence de BC et BL	420 000
		SOUS TOTAL AMPBC	1 170 000	0		1 170 000
19/07/2022	299 CODESAWA	Perdiems du 20/03/2022	210 000	210 000	Absence de TDR, rapport de mission et de listes de présence	
19/07/2022	299 CODESAWA	Pauses café et location véhicule	506 000	0	Absence de mise en concurrence Absence de BC et BL 2 jours de facturés pour une activité d'ene journée	506 000
19/07/2022	299 CODESAWA	Perdiems animateurs conférence éducative	210 000	210 000	Absence de TDR et de rapport de l'atelier 7 jours de perdiem payé aux animateurs contre 1 jour aux ASC	
19/07/2022	299 CODESAWA	Location sono et véhicule (conférence éducative)	570 000	0	Absence de mise en concurrence Absence de BC et BL	570 000
19/07/2022	299 CODESAWA	Perdiems animateurs recensement des enfants	195 000	195 000	Absence de TDR, rapport de mission Sur les 3 jours d'activité, nous n'avons disposé que de la liste de présence du 22/03/22	

19/07/2022	299 CODESAWA	Location sono et véhicule (recherche et enquête)	570 000	0	Absence de mise en concurrence Absence de BC et BL	570 000
19/07/2022	299 CODESAWA	Location sono et véhicule (recensement des enfants)	570 000	0	Absence de mise en concurrence (Offre du second soumissionnaire (Ali Issoufa BOINA WANANI) non obtenue) Absence de BC et BL	570 000
		SOUS TOTAL CODESAWA	2 831 000	615 000		2 216 000
19/07/2022	299 AFCPEA	Location de voiture	450 000	0	Absence de mise en concurrence Absence de BC et BL	450 000
19/07/2022	299 AFCPEA	Perdiems animateurs	360 000	60 000	Les listes de présence ne concernent que 5 localités et non 6 comme indiqué sur les états de paiement	
19/07/2022	299 AFCPEA	Location sono plus groupe	375 000	0	Absence de mise en concurrence Absence de BC et BL	375 000
19/07/2022	299 AFCPEA	Fabrication de cachet	350 000	0	Absence de mise en concurrence Absence de BC et BL	350 000
19/07/2022	299 AFCPEA	Indemnité de participation	750 000	250 000	Absence de TDR et rapport de l'atelier Perdiem facturés par jour et par localité à KMF 500 ; pour 25 localités en 3 jour pour 20 personnes nous n'avons disposé que de la liste de présence du 15/03/22	
19/07/2022	299 AFCPEA	Indemnité de participation	412 500	137 500	Absence de TDR et rapport de l'atelier Perdiem facturés par jour et par localité à KMF 500 ; pour 25 localités en 3 jour pour 11 personnes nous n'avons disposé que d'une liste de présence	
19/07/2022	299 AFCPEA	Indemnité de participation	1 215 000	1 215 000	Absence de TDR et rapport de l'atelier Perdiem facturés par jour et par localité à KMF 3000 ; pour 15 localités en 3 jour pour 9 personnes nous n'avons disposé que d'une liste de présence non datée	
19/07/2022	299 AFCPEA	Multiplication et production des fiches	225 000	225 000	Absence de TDR et rapport de l'atelier Perdiem facturés par jour et par localité à KMF 3000 ; pour 15 localités en 3 jour pour 9 personnes nous n'avons disposé que d'une liste de présence non datée	
		SOUS TOTAL AFCPEA	4 137 500	1 887 500		1 175 000
19/07/2022	299 AEMEV	Location sono	420 000	0	Absence de mise en concurrence Absence de BC et BL	420 000
19/07/2022	299 AEMEV	Perdiems 1er trimestre 2022	240 000	240 000	Absence de TDR et rapport de mission	
19/07/2022	299 AEMEV	Perdiems 1er trimestre 2022	1 050 000	700 000	Absence de TDR Liste de présence non datée Selon le rapport de mission, les activités se sont déroulées uniquement en janvier 2022 et non pas sur le trimestre entier Pour 3 jours de perdiems, nous n'avons disposé que d'une liste de présence non datée.	
19/07/2022	299 AEMEV	Perdiems	108 000	108 000	Absence de rapport de mission et TDR	
		SOUS TOTAL AEMEV	1 818 000	1 048 000		420 000
19/07/2022	299 AMVT	Indemnités des agents recenseurs	2 137 500	1 425 000	3 jours de perdiem payés, mais nous n'avons disposé que d'une liste de présence du 13/10/22. Absence de TDR	

19/07/2022	299 AMVT	Indemnités des agents	1 512 000	1 008 000	3 jours de perdiem payés, mais nous n'avons disposé que d'une liste de présence Absence de TDR	
		SOUS TOTAL AMVT	3 649 500	2 433 000		0
19/07/2022	299 MADAHALI	Perdiems enquêteurs	600 000	600 000	Absence de TDR, ordres de mission et rapport de mission	
19/07/2022	299 MADAHALI	Location de voiture	315 000	0	Absence de mise en concurrence Absence de BC et BL	315 000
		SOUS TOTAL MADAHALI	915 000	600 000		315 000
		SOUS TOTAL OSC	25 858 500	12 852 500		10 187 000
		TOTAL 2022 UNICEF	30 398 500	12 912 500		14 667 000

2023 UNICEF	N° requête	Libellé de la dépense	Montant total en KMF	Montant non justifié en KMF	Explications	dont marchés insuffisamment justifiés
28/02/2023	34	Perdiems collecte des données PEV	2 550 000	2 550 000	Absence de TDR et de rapport de mission Bien que le PEV indique dans ses commentaires nous avoir transmis les listes de présence, celles-ci ne nous ont pas été remises	
28/02/2023	34	Location chauffeur + voiture	272 500	0	Absence de mise en concurrence Absence de BC et de BL	272 500
28/02/2023	34	Pause-café et déjeuner	1 825 000	0	Absence de mise en concurrence Absence de BC et de BL Les ordres de mission joints ne concernent que 6 participants sur 35	1 825 000
28/02/2023	34	Location vidéoprojecteur	420 000	0	Absence de mise en concurrence Absence de BC et de BL	420 000
28/02/2023	34	Location salle et pause déjeuner	690 000	0	Absence de mise en concurrence Absence de BC et de BL	690 000
28/02/2023	34	Location salle et pause déjeuner	1 150 000	0	Absence de mise en concurrence Absence de BC et de BL	1 150 000
28/02/2023	34	Location de véhicule	480 000	0	Absence de mise en concurrence Absence de BC et de BL	480 000
28/02/2023	34	Location salle et pause déjeuner	580 000	0	Absence de mise en concurrence Absence de BC et de BL	580 000
28/02/2023	34	Location véhicules et carburant	792 000	0	Absence de mise en concurrence Absence de BC et de BL	792 000
		SOUS TOTAL REQUETE 34	8 759 500	2 550 000		6 209 500
31/07/2023	162	Organiser une réunion du CCIA (location salle et restauration)	839 100	0	Absence de mise en concurrence Absence de BC et de BL	420 500
31/07/2023	162	Fonctionnement CNPEV (fournitures de bureau)	11 658 600	0	Absence de mise en concurrence Absence de BC et de BL	1 264 600

31/07/2023	162	Fonctionnement CNPEV (entretien climatiseurs)		0	Absence de mise en concurrence Absence de BC et de BL	800 000
31/07/2023	162	Fonctionnement CNPEV (Encre photocopieurs)		0	Absence de mise en concurrence Absence de BC et de BL	1 200 000
31/07/2023	162	Fonctionnement CNPEV (produits entretien)		0	Absence de mise en concurrence Absence de BC et de BL	900 000
31/07/2023	162	Fonctionnement CNPEV (crédit de télécommunication)		0	Absence de mise en concurrence Absence de BC et de BL	800 000
31/07/2023	162	Fonctionnement CNPEV (pneus)		0	Absence de mise en concurrence Absence de BC et de BL	491 000
31/07/2023	162	Organiser des réunions de suivi avec les OSC (perdiems)	2 269 300	954 000	Absence d'ordres de mission pour les participants ayant reçus des perdiems	
31/07/2023	162	Organiser des réunions de suivi avec les OSC (location salle avec pause-café et déjeuner)		0	Absence de mise en concurrence Absence de BC et de BL	714 000
31/07/2023	162	Costing de la SNV (location salle, pause-café et déjeuner)	6 956 000	0	Absence de mise en concurrence Absence de BC et de BL	2 295 000
		SOUS TOTAL REQUETE 162	21 723 000	954 000		8 885 100
		TOTAL 2023 UNICEF	30 482 500	3 504 000		15 094 600

2024 UNICEF	N° requête	Libellé de la dépense	Montant total en KMF	Montant non justifié en KMF	Explications	dont marchés insuffisamment justifiés
26/01/2024	13	Perdiems participants non-résidents	1 680 000	240 000	1) La signature sur les listes de présence de WIRDANE Rizikousouf ne correspond pas à celles de l'état de paiement alors que sa réservation d'avion n'est pas confirmée (incidence 120 000 KMF) 2) Mr DAWDARE Youssouf n'a pas signé les listes de présence et sa réservation n'était pas confirmée (incidence 120 000 KMF) Les documents complémentaires qui nous ont été transmis ne sont pas probants	
26/01/2024	13	Location de salle et pause-café et déjeuner	1 158 000	0	Absence de mise en concurrence Le tarif de location de la salle au RETAJ à Moroni est de 35 000 KMF par jour en 2024 pour la DAF alors que le tarif de ce prestataire est de 75 000 KMF Absence d'attestation de services faits Le PEV a indiqué que l'absence de mise en concurrence se justifiait par la non-disponibilité des autres salles mais aucune note explicative n'a été faite sur le sujet et aucun ANO n'a été demandé à GAVI	1 158 000
		SOUS TOTAL REQUETE 13	2 838 000	240 000		1 158 000
17/02/2024	19	Véhicule DRS NDZUWANI	714 500	0	1) Aucun devis estimatif de réparation 2) Les factures correspondent exactement au budget prévu 3) Les bons de commande et bons de livraison des pièces ne sont pas joints	714 500
17/02/2024	19	Carburant NGAZIDJA	572 000	572 000	1) La facture définitive n'est ni datée ni numérotée. Elle ne comporte pas de numéro d'immatriculation 2) Absence de carnet de bord et de fiche de suivi de consommation 3) Absence de fiche de suivi du stock des bons de carburant	

17/02/2024	19	Carburant NDZUWANI	572 000	572 000	1) Un état de répartition concernant les différents membres de l'équipe de ANJOUAN (880 L) est joint alors qu'il n'existe qu'un seul véhicule. Aucun document explicatif sur cette répartition 2) Absence de carnet de bord et de fiche de suivi de consommation 3) Absence de fiche de suivi du stock des bons de carburant	
17/02/2024	19	Carburant MWALI	295 750	295 750	1) Un état de répartition concernant les différents membres de l'équipe de MOEHLI (455 L) est joint alors qu'il n'existe qu'un seul véhicule. Aucun document explicatif sur cette répartition 2) Absence de carnet de bord et de fiche de suivi de consommation 3) Absence de fiche de suivi du stock des bons de carburant	
		SOUS TOTAL REQUETE 19	2 154 250	1 439 750		714 500
13/05/2024	75	Carburant	624 000	624 000	Les commentaires du PEV ne permettent pas de savoir comment ont été utilisées ces 2 commandes de carburant en l'absence de carnet de bord et fiche de suivi des consommations Dettes abonnement journaux : 200 000 KMF Absence de relance du fournisseur ou de document justificatif	
13/05/2024	75	Assurance véhicules	300 000	0	Ce n'est pas l'offre la moins-disante qui a été retenue car elle ne proposait pas le bris de glace. En l'absence de demande de cotation, il est toutefois impossible si cette option avait été effectivement demandée. Un courrier aurait dû être transmis aux soumissionnaires non retenus afin de leur demander le coût de cette option	300 000
13/05/2024	75	Antivirus	675 000	0	Les documents évoqués dans les commentaires ne nous ont pas été transmis La facture définitive et la proforma sont des copies Absence de bon de commande, du bon de livraison et de l'état de répartition	675 000
13/05/2024	75	Pneus	1 200 000	1 200 000	Vu bon de commande mais absence de bon de livraison	
13/05/2024	75 ZD	Perdiems ANJOUAN et MOEHLI (THAMRA et BEN CHADHOULI, Mariam AHMED)	480 000	240 000	Ordres de mission ANJOUAN non visés à l'aller et au retour (copie)	
13/05/2024	75 ZD	Location de salle, pause-café et déjeuner MORONI 02 et 03/02/2024	1 950 000	0	Absence de mise en concurrence Absence de bon de commande et attestation de services faits Absence de liste de présence et rapport de l'atelier	1 950 000
13/05/2024	75 ZD	Réalisation de 2 films	1 850 000	0	Absence de demande de cotation et TDR permettant de vérifier si les spécifications techniques sont respectées Aucune proforma n'est jointe, seul le tableau de comparaison des prix est disponible Le bon de commande est daté du 28/12/2023 alors que le tableau de comparaison des prix est daté du 03/01/2024 Absence d'attestation de services faits ou de clé USB avec le film	1 850 000
13/05/2024	75 ZD	Indemnité mère LEADER centre 16/05	1 220 000	20 000	52 participants ont signé l'état de paiement de BADINI EST alors que seuls 50 participants ont signé la liste de présence (incidence 20 000 KMF)	
13/05/2024	75 ZD	Frais services prestataires externes	200 000	200 000	Ces 2 prestataires ont reçu cette somme sans qu'aucune explication ne soit donnée. Une seule liste de présence pour les 2 jours	
13/05/2024	75 ZD	Location foyer et sono	100 000	100 000	Absence de bon de commande et de bon de livraison La facture n'est pas acquittée alors qu'elle a été payée en espèces"	

13/05/2024	75 ZD	Publi-reportage ORTC MOEHLI	300 000	0	Absence de mise en concurrence (s'il est plus difficile de demander des proformas à MOEHLI, il faut qu'une autorisation préalable soit demander pour déroger à la procédure) Absence de bon de commande et attestation de services faits (clé USB)	300 000
13/05/2024	75 ZD	Kits fournitures	300 000	300 000	Absence de bon de commande et bon de livraison	
13/05/2024	75 ZD	Pause-café et pause déjeuner	630 000	630 000	Absence de bon de commande et attestation de services faits	
13/05/2024	75 ZD	Indemnité mère LEADER FOMBONI 24/05	660 000	20 000	Zam Zam AHAMADA et RAHADA Ali ont reçu des perdiems alors qu'ils n'ont pas signé la liste de présence (incidence 20 000 KMF)	
13/05/2024	75 ZD	Location de salle, pause-café et déjeuner	790 350	0	Absence de mise en concurrence (s'il est plus difficile de demander des proformas à ANJOUAN, il faut qu'une autorisation préalable soit demander pour déroger à la procédure) Absence de bon de commande et attestation de services faits (clé USB) Absence de rapport de l'atelier	790 350
13/05/2024	75 ZD	Location de bus	90 000	90 000	Absence de bon de commande et d'attestation de services faits La période de location n'est pas indiquée sur la facture et ne correspond pas à la période de l'atelier La facture n'est pas acquittée Absence de copie de chèque	
13/05/2024	75 ZD	Location sono et aménagement espace	75 000	75 000	Absence de bon de commande et d'attestation de services faits Les factures ne sont pas acquittées	
13/05/2024	75 ZD	Location de voiture	90 000	90 000	Absence de bon de commande et d'attestation de services faits La période de location n'est pas indiquée sur la facture et ne correspond pas à la période de l'atelier La facture n'est pas acquittée	
13/05/2024	75 ZD	Banderole	35 000	35 000	Absence de bon de commande et d'attestation de services faits La facture n'est pas acquittée	
13/05/2024	75 ZD	Location sono, aménagement espace et banderole	110 000	110 000	Absence de bon de commande et d'attestation de services faits La facture n'est pas acquittée Ces dépenses ont déjà fait l'objet d'autres factures	
13/05/2024	75 ZD	Kits fournitures bébé	480 000	0	Absence de mise en concurrence (s'il est plus difficile de demander des proformas à ANJOUAN, il faut qu'une autorisation préalable soit demander pour déroger à la procédure) Absence de bon de commande et bon de livraison	480 000
13/05/2024	75 ZD	Frais services prestataires externes	200 000	200 000	Ces 2 prestataires ont reçu cette somme sans qu'aucune explication ne soit donnée. Une seule liste de présence pour les 2 jours	
13/05/2024	75 ZD	Kits fournitures bébé	270 000	0	Absence de mise en concurrence (s'il est plus difficile de demander des proformas à ANJOUAN, il faut qu'une autorisation préalable soit demander pour déroger à la procédure) Absence de bon de commande et bon de livraison	270 000
			12 629 350	3 934 000		6 615 350
		TOTAL 2024 UNICEF	17 621 600	5 613 750		8 487 850
		TOTAL INSUFFISAMMENT JUSTIFIEES UNICEF 20-24	106 427 550	27 855 850		55 543 850

2024 DAF	N°requête	Libellé de la dépense	Montant total en KMF	Insuffisamment justifié	Explications	dont marchés insuffisamment justifiés
19/04/2024	CDS2024	Perdiem BAKARY MOZE MOGNE - Atelier sur l'introduction du vaccin HPV	360 000	160 000	BAKARY MOUZE MOGNE n'a pas signé les listes de présence du 06-10-13-15/04/2025	
28/06/2024	CDS2024	RESTAURATION ET LOCATION DE SALLE-ATELIER ELABORATION DES REQUETES	3 761 100	0	Absence de mise en concurrence (les commentaires de la DAF concernant la présence du PFM dans cet hôtel ne sont pas suffisantes car il n'y a ni courrier explication ni demande d'autorisation préalable) Absence d'attestation de services faits	3 761 100
26/08/2024	FAE2024	Location de salle de conférence, pause-café et déjeuner _Atelier du 19 au 20 Août sur l'élaboration et distribution des fiches techniques, aides mémoires sur la stratégie 2YL	286 000	0	Absence de mise en concurrence (vu note explicative) Absence de TDR, d'attestation de services faits et de rapport de l'atelier	286 000
15/04/2020	FAE2024	RETAJ_location de salle de conférence, pause-café et déjeuner _Atelier du 21 au 22 Août sur l'élaboration des registres communautaires pour recenser les enfants de 0 à 5	286 000	0	Absence de mise en concurrence (vu note explicative) Absence de TDR, d'attestation de services faits et de rapport de l'atelier Absence de liste de présence pour les journées du 21 et 22 août 2024	286 000
15/04/2020	FAE2024	Frais pour Atelier du 19 au 20 Août sur l'élaboration et distribution des fiches techniques, aides mémoires sur la stratégie 2YL	240 000	240 000	Absence de TDR et de rapport de l'atelier Le montant de 12 000 KMF par jour ne respecte pas la note verbale des UN du 15/12/2023 qui indique que les frais de transports pour les résidents seront de 5 000 KMF	
12/03/2024	RSS2 2024	TELMA FACT DU 13/02/2024 ACHAT CREDIT TELMA FORMATION LOGIVAC	225 000	225 000	L'état de répartition non daté qui nous a été transmis dans les éléments complémentaires ne concerne pas cette facture (il indique 80 000 KMF seulement de crédit TELMA)	
12/03/2024	RSS2 2024	PERDIEM Dr HAYIRIAT BINT HAKIM FORMATION LOGIVAC	480 000	240 000	Simon ABDUR ABDALLAH a reçu la totalité des perdiems alors qu'il n'a pas signé la liste de présence pour les journées du 16/02 et du 18 au 22/02 (incidence 240 000 KMF)	
25/11/2024	VPI2024	RQ0031CNPEV-Chèque n°0107441 frais de déplacement élaboration des différents supports de formation su l'introduction du VPI	150 000	30 000	Elhahad MOHAMED et Amani MMADI ont reçu des indemnités alors qu'ils n'ont pas signé les listes de présence (incidence 30 000 KMF)	
		TOTAL DAF 2024 INSUFFISAMMENT JUSTIFIEES	5 788 100	895 000		4 333 100
		TOTAL GENERAL INSUFFISAMMENT JUSTIFIES 20-24	112 215 650	28 750 850		59 876 950

Dépenses non justifiées

2020 UNICEF	N° requête	Libellé de la dépense	Montant total en KMF	Montant non justifié en KMF	Explications
28/01/2020	14	Organiser une réunion du CCIA	1 082 250	670 250	Les pièces justificatives transmises sont d'un montant de 412 000 KMF
28/01/2020	14	Doter la CNPEV en fournitures de bureau et communication	2 145 000	825 000	Les pièces justificatives transmises sont d'un montant de 1 325 000 KMF
09/07/2020	148	Renforcement de l'équité vaccinale en Union des Comores	96 650	96 650	Pièces justificatives manquantes
09/07/2020	148	Elaboration d'un protocole de validation des données en Union des Comores	159 950	159 950	Pièces justificatives manquantes
18/08/2020	72	Organiser 3 réunions pour la fusion CCIA/CCM	800 500	8 500	Le montant total des dépenses pour l'organisation de la réunion est 792 000 KMF alors que le montant retiré à la banque est de 800 500 KMF.
15/04/2020	69	Elaboration et validation manuelle de procédures	126 150	26 150	Frais de déplacement et facilitation : 126 150 KMF Le montant justifié n'est que de 100 000 KMF soit un montant de 26 150 non justifié
TOTAL 2020 UNICEF			4 410 500	1 786 500	

2021 UNICEF	N° requête	Libellé de la dépense	Montant total en KMF	Montant non justifié en KMF	Explications
18/01/2021	15	Retraite sur l'introduction du vaccin COVID 19	3 393 250	120 000	Retrait en espèces de 120 000 KMF non justifié
22/01/2021	18	Organiser 6 réunions techniques mensuelles avec les partenaires	450 000	450 000	Absence de pièces justificatives
22/01/2021	18	Organiser des activités intensives de vaccination+ fonds additionnels pour la mise en œuvre des activités intensives de vaccination	6 505 000	6 505 000	Absence de pièces justificatives
02/02/2021	363	Fonctionnement et de la gestion de la CNPEV du premier trimestre 2021	6 580 000	175 000	Le montant des dépenses justifiées n'est que de 6 405 000 KMF
TOTAL 2021 UNICEF			16 928 250	7 250 000	

2022 UNICEF	N° requête	Libellé de la dépense	Montant total en KMF	Montant non justifié en KMF	Explications
02/02/2022	80	Matériel pour la supplémentation en vitamine A et B et déparasitage	2 776 900	2 776 900	Absence de pièces justificatives

19/07/2022	299 VVS	Frais de déplacement, location salle, visio-conférence, fiches animation	540 000	540 000	Absence de pièces justificatives
19/07/2022	299 BADJINI	Location chaises	170 000	170 000	Absence de pièces justificatives
19/07/2022	299 CARITAS	Total des dépenses non justifiées par rapport au montant des dépenses comptabilisées	2 861 800	413 875	Dépenses reconstituées à KMF 2 447 900 contre KMF 2 861 800 comptabilisé Absence de TDR
19/07/2022	299 VVS		8 049 800	1 148 500	Dépenses reconstituées à KMF 6 901 300 contre KMF 8 049 800 comptabilisé
19/07/2022	299 AMPBC		4 045 400	257 500	Dépenses reconstituées à KMF 3 787 900 contre KMF 4 045 400 comptabilisé Absence de TDR et de rapport de mission
19/07/2022	299 AFCPEA		5 957 975	280 525	Dépenses reconstituées à KMF 5 677 450 contre KMF 5 957 975 comptabilisé Absence de TDR et de rapport de mission
19/07/2022	299 AEMEV		5 034 200	1 623 000	Dépenses reconstituées à KMF 3 411 200 contre KMF 5 034 200 comptabilisé Absence de TDR et de rapport de mission
19/07/2022	299 MADAHALI		2 694 200	750 000	Dépenses reconstituées à KMF 1 944 200 contre KMF 2 694 200 comptabilisé Nous n'avons pas disposé de justifs pour l'activité 1 Absence de TDR et de rapport de mission
SOUS TOTAL OSC			29 353 375	5 183 400	
TOTAL 2022 UNICEF			32 130 275	7 960 300	

2023 UNICEF	N° requête	Libellé de la dépense	Montant total en KMF	Montant non justifié en KMF	Explications
31/07/2023	162	Mise en œuvre des activités de fonctionnement et de la gestion de la CNPEV	11 658 600	895 000	Dépense reconstituée à KMF 10 763 600 contre 11 658 600 comptabilisées
31/07/2023	162	Costing de la stratégie nationale de vaccination (SNV) aux Comores	6 956 000	89 000	Dépense reconstituée à KMF 6 867 000 contre KMF 6 956 000 comptabilisées
TOTAL 2023 UNICEF			18 614 600	984 000	

2024 UNICEF	N° requête	Libellé de la dépense	Montant total en KMF	Montant non justifié en KMF	Explications
13/05/2024	75 ZD	Indemnité mère LEADER MORONI CENTRE 07/03	3 680 000	2 480 000	Les commentaires du PEV indiquent que ces dépenses ont toutes été payées par le chèque de 3 570 000 KMF. La différence de 2480 000 KMF n'est donc pas justifiée
13/05/2024	75 ZD	Réunion de cadrage et de briefing 02 et 04/02/2024	930 000		
13/05/2024	75 ZD	Indemnité mère LEADER OUZOINI / HAMBOU 06/03	1 400 000		
13/05/2024	75 ZD	Requête 75 SD	31 844 100	1 034 200	Le rapport financier est de 31 844 100 KMF alors que les dépenses reconstituées sont de 30 809 900 KMF Les rapports des différentes régions pour les différentes journées promotionnelles ne sont pas joints
TOTAL 2024			37 854 100	3 514 200	

TOTAL NON JUSTIFIEES 2020-2024			109 937 725	21 495 000	
---------------------------------------	--	--	--------------------	-------------------	--

Dépenses irrégulières

2020 UNICEF	N°requête	Libellé de la dépense	Montant total en KMF	Irrégulières	Explications	Dont marchés irréguliers
15/04/2020	69	Maintenance (appui au fonctionnement DGS)	476 000	476 000	Le montant de la facture (682 000) est différent du montant du bon de commande et du chèque (476 000 KMF)	
15/04/2020	69	Achat de batteries pour les districts	2 405 000	0	Les demandes de cotation ne sont pas jointes et les 2 soumissionnaires non retenus ne semblent pas avoir reçu les mêmes informations Absence d'état de répartition indiquant dans quels districts ont été livrés les batteries	2 405 000
		TOTAL 2020 UNICEF	2 881 000	476 000		2 405 000

2021 UNICEF	N°de pièce	Libellé de la dépense	Montant total en KMF	Irrégulières	Explications	Dont marchés irréguliers
29/12/2021	551	Organiser des ateliers de formation des ASC - Ngazidja	4 554 950	159 000	Fiches d'émargement sans date. Diverses personnes ont signé plusieurs fois. On note une signature manquante La liste de présence présente des signatures et écritures similaires	
		TOTAL 2021 UNICEF	4 554 950	159 000		

2024 UNICEF	N°de pièce	Libellé de la dépense	Montant total en KMF	Irrégulières	Explications	Dont marchés irréguliers
17/02/2024	19	Véhicule CNPEV	2 078 000	0	1) Aucun devis estimatif de réparation 2) Les factures correspondent exactement au budget prévu 3) Mise en concurrence de 2 proformas pour la facture de 948 000 KMF mais aucune mise en concurrence pour la facture de 1 130 000 KMF 4) C'est la même société qui a remporté les 2 marchés mais avec 2 types de facture différente 5) Les bons de commande et bons de livraison des pièces ne sont pas joints	2 078 000
17/02/2024	19	Véhicule DRS MOHELI	1 750 000	0	1) 2 proformas seulement pour la mise en concurrence 2) Bloc moteur à 1 750 000 KMF alors que le bloc moteur de la requête 75 est à 650 000 KMF 3) Absence de bon de commande et de facture définitive 4) Le paiement a été fait uniquement sur la base d'une attestation d'engagement 5) Aucun bon de travaux ne permet de vérifier l'effectivité de la prestation	1 750 000
13/05/2024	75	Acquisition de vidéoprojecteurs	1 800 000	0	1) La demande de cotation nous a été transmise mais elle n'indique aucune spécification technique ce qui rendait impossible une évaluation correcte des offres. Sur les 4 vidéoprojecteurs, 3 auraient été transmis aux DRS mais nous ne disposons pas des décharges (malgré une relance auprès du logisticien) et le 4ème serait au dépôt 2) La facture définitive originale ne nous a pas été transmise. Le PEV indique qu'ils n'ont pas pu récupérer la facture définitive car le magasin LAY SHOP n'existait plus lorsqu'ils l'ont redemandé mais le bon de livraison transmis concerne la société MOUZNAT et non la société LAY SHOP	1 800 000
13/05/2024	75 ZD	Indemnité mères LEADER 16/05	2 480 000	1 240 000	2 états de paiements sur MORONI le même jour (16/05) avec les mêmes participants (incidence 580 000 KMF) et 2 fois la même liste de présence 2 états de paiements sur CENTRE le même jour (16/05) avec les mêmes participants (incidence 660 000 KMF) et 2 fois la même liste de présence	
13/05/2024	75 ZD	Indemnité mères LEADER 16/05	1 220 000	1 220 000	Les listes de présence jointes ne sont pas datées et n'indiquent pas la localité	
13/05/2024	75 ZD	Réunions comité villageois	210 000	210 000	L'état de paiement pour 38 personnes (3000 KMF par pers) n'est pas signé par la directrice et par le gestionnaire	

					Des participants ont été rajoutés après coup et les signatures semblent avoir été faites par la même personne Les signatures sur la liste de présence sont différentes de celles sur l'état de paiement Baraka Ismaël a reçu des indemnités alors qu'il n'a pas signé la liste de présence (incidence 3000)	
13/05/2024	75 ZD	Réunions comité villageois	260 000	36 000	L'état de paiement et la liste de présence pour le comité villageois ne sont pas signés par la directrice et le gestionnaire Les 12 derniers participants sur la liste de présence sont inscrites par la même personne et les signatures ne correspondent pas aux états de paiement (incidence 36 000 KMF)	
13/05/2024	75 ZD	Location de bus	90 000	90 000	La facture est acquittée par la même personne que la dépense précédente alors qu'il s'agit de 2 sociétés différentes. Cette société aurait fait en plus une erreur dans son propre nom "révolutionnaire" Absence de bon de commande et de bon de livraison	
TOTAL 2024 UNICEF			9 888 000	2 796 000		5 628 000

2024 DAF	N° de pièce	Libellé de la dépense	Montant total en KMF	Irrégulières	Explications	Dont marchés irréguliers
19/04/2024	CDS 2024	Perdiem Dr ABOUBACAR Said Anli -Atelier sur l'introduction du vaccin HPV	280 000	80 000	"L'écriture et la signature du SG sur les listes de présence du 10 et 13/04 ne semblent pas être les siennes	
19/04/2024	CDS 2024	Perdiem Dr Saindou Ben Ali Mbaé - Atelier sur l'introduction du vaccin HPV	280 000	80 000	"Les signatures du DGS sur les listes de présence du 10 et 13/04 sont décalées sur un autre participant comme si elles avaient été signées à l'avance	
26/04/2024	CDS 2024	Location salle/pause/ déjeuner- atelier GTCV	1 090 000	0	1) Absence de preuve de la non-disponibilité de la salle chez les 2 autres soumissionnaires en l'absence de mail ou courriers 2) La transmission de la proforma avant la demande de cotation montre qu'il n'y a pas eu de réelle mise en concurrence 3) Le délai trop court entre la demande de cotation et l'atelier (2 jours) ne permet pas de s'assurer de la disponibilité de la salle chez tous les soumissionnaires Comme l'indique le manuel de procédures du GTCV, les réunions GTCV doivent être convoquées au minimum 2 semaines à l'avance pour permettre d'envoyer l'agenda et les documents de référence	1 090 000
09/09/2024	FAE2024	MIC IMPRESSION -Reprographie Registre communautaire	4 175 000	0	Les 4 soumissionnaires ont fait les mêmes fautes d'orthographe "COUVERURE EN COULEIUR" alors que ces fautes n'existaient pas dans la demande de cotation. Ces erreurs semblent montrer un lien entre les soumissionnaires ce qui me remet en cause la réalité de la mise en concurrence	4 175 000
07/06/2024	RSS2 2024	Photo Soleil Comores fa du 07/06/2024 achat 4 inverseurs	316 000,00	0,00	"Les 3 proformas obtenues ne reprennent pas les spécifications techniques demandées et n'indiquent même pas la marque et le modèle Aucune fiche d'évaluation n'est jointe pour vérifier le respect des spécifications techniques Point photo n'avait pas été retenu initialement alors qu'il était le moins disant car à priori il ne respectait pas les spécifications techniques	316 000
24/06/2024	RSS2 2024	INSTALLATION DES INVERSEURS	150 000,00	0,00	Facture antérieure à la proforma, au tableau comparatif et au bon de commande	150 000
12/03/2024	RSS2 2024	PERDIEM ABDALLAH ALI HOUMADI FORMATION LOGIVAC	480 000	80 000,00	Les listes de présence du 22 et 23/02 sont des copies et des rajouts semblent avoir été effectués après coup et ce alors que les ordres de mission ne sont pas visés à l'aller et au retour et sont des copies également	
12/03/2024	RSS2 2024	PERDIEM FOUAD MOHAMED FORMATION LOGIVAC	480 000	80 000,00		
12/03/2024	RSS2 2024	PERDIEM Bacar CHIPINDA FORMATION LOGIVAC	440 000	40 000,00		
12/03/2024	RSS2 2024	PERDIEM Dr MZE FORMATION LOGIVAC	440 000	40 000,00		
12/03/2024	RSS2 2024	PERDIEM HAYTOUNE ALI CASSIM FORMATION LOGIVAC	440 000	40 000,00		

	TOTAL 2024 DAF	8 571 000	440 000	5 731 000
	TOTAL GENERAL DEPENSES IRREGULIERES 2020-2024	25 894 950	3 871 000	13 764 000

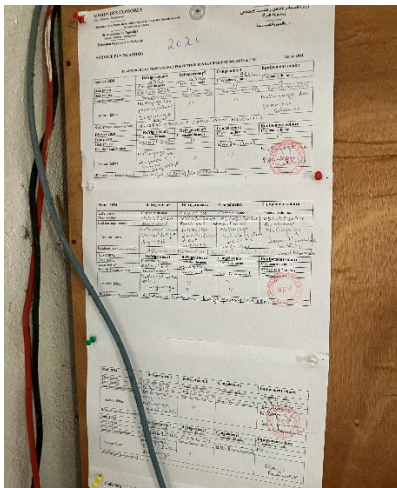
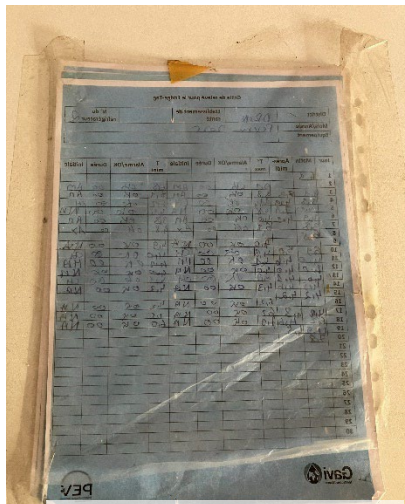

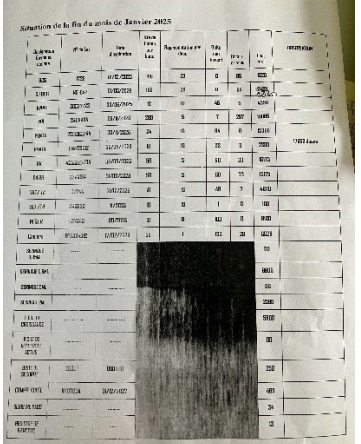
Annexe 7 – Détail des avances non justifiées par district en novembre 2025

DRS	Entité	Décaissement (en KMF)	Dépenses justifiées	% justifiées	Ecart (en KMF)	PJ non reçues	PJ revues par le PSA et en cours de régularisation	Reliquat	Dépassement budgétaire
Anjouan	CMU Mutsamudu	2 117 700	2 117 700	100%	0	0	0	0	0
Anjouan	CSD Ouani	2 378 300	2 310 300	97%	68 000	0	51 000	17 000	0
Anjouan	CSD Tsembehou	2 564 100	2 451 100	96%	113 000	0	0	113 000	0
Anjouan	CSD Mremani	2 504 150	2 461 150	98%	43 000	0	0	43 000	0
Anjouan	DRS Anjouan	3 063 250	3 063 250	100%	0	0	0	0	0
Anjouan	CSD Sima	2 043 950	2 043 950	100%	0	0	0	0	0
Anjouan	CSD Pomoni	2 136 550	2 114 950	99%	21 600	21 600	0	0	0
Anjouan	HP Domoni	3 210 300	3 198 300	100%	12 000	0	0	12 000	0
Total Anjouan		20 018 300	19 760 700	99%	257 600	21 600	51 000	185 000	0
Ngazidja	Oichili	2 097 800	1 213 000	58%	884 800	226 000	0	658 800	0
Ngazidja	Badjini Ouest	4 504 250	4 462 450	99%	41 800	0	0	68 500	-26 700
Ngazidja	District Centre PMI	7 983 900	7 950 200	100%	33 700	0	0	33 700	0
Ngazidja	DRS Ngazidja	2 292 000	2 268 000	99%	24 000	0	0	24 000	0
Ngazidja	Mitsamiouly	2 457 800	2 407 800	98%	50 000	0	0	50 000	0
Ngazidja	Hambou	3 271 000	2 792 500	85%	478 500	0	0	490 500	-12 000
Ngazidja	Mbeni	4 361 100	3 398 600	78%	962 500	84 000	0	898 500	-20 000
Ngazidja	District Badjini Est - Foumboni	2 207 100	2 160 300	98%	46 800	0	0	61 200	-14 400
Total Ngazidja		29 174 950	26 652 850	91%	2 522 100	310 000	0	2 285 200	-73 100
Mohéli	Nioumachoua	1 246 050	1 230 800	99%	15 250	0	0	240 000	-224 750
Mohéli	District Fômboni	2 414 650	2 020 950	84%	393 700	105 800	0	287 900	0
Mohéli	DRS Mohéli	826 750	783 750	95%	43 000	0	0	43 000	0
Mohéli	Wanani	2 133 050	2 133 071	100%	-21	0	0	0	-21
Total Mohéli		6 620 500	6 168 571	93%	451 929	105 800	0	570 900	-224 771
Total général		55 813 750	52 582 121	94%	3 231 629	437 400	51 000	3 041 100	-297 871

DRS	Entité	Décaissement (en KMF)	Dépenses justifiées	% justifiées	Ecart (en KMF)	PJ non reçues	PJ revues par le PSA et en cours de régularisation	Reliquat	Dépassement budgétaire
Anjouan	CMU Mutsamudu	4 862,02	4 862,02	100%	0	0	0	0	0
Anjouan	CSD Ouani	5 460,33	5 304,21	97%	156,12	0	117,09	39,03	0
Anjouan	CSD Tsembehou	5 886,90	5 627,47	96%	259,44	0	0	259,44	0
Anjouan	CSD Mremani	5 749,27	5 650,54	98%	98,72	0	0	98,72	0

Anjouan	DRS Anjouan	7 032,90	7 032,90	100%	0	0	0	0	0
Anjouan	CSD Sima	4 692,69	4 692,69	100%	0	0	0	0	0
Anjouan	CSD Pomoni	4 905,29	4 855,70	99%	49,59	49,59	0	0	0
Anjouan	HP Domoni	7 370,51	7 342,96	100%	27,55	0	0	27,55	0
Total Anjouan		45 959,91	45 368,49	99%	591,42	49,59	117,09	424,74	
Ngazidja	Oichili	4 816,33	2 784,92	58%	2 031,41	518,87	0	1 512,54	0
Ngazidja	Badjini Ouest	10 341,28	10 245,32	99%	95,97	0	0	157,27	-61,3
Ngazidja	District Centre PMI	18 330,20	18 252,82	100%	77,37	0	0	77,37	0
Ngazidja	DRS Ngazidja	5 262,19	5 207,09	99%	55,1	0	0	55,1	0
Ngazidja	Mitsamiouly	5 642,85	5 528,06	98%	114,79	0	0	114,79	0
Ngazidja	Hambou	7 509,87	6 411,29	85%	1 098,59	0	0	1 126,14	-27,55
Ngazidja	Mbeni	10 012,63	7 802,83	78%	2 209,80	192,86	0	2 062,86	-45,92
Ngazidja	District Badjini Est - Foumboni	5 067,27	4 959,82	98%	107,45	0	0	140,51	-33,06
Total Ngazidja		66 982,62	61 192,14	91%	5 790,48	711,73	0	5 246,58	-167,83
Mohéli	Nioumachoua	2 860,80	2 825,79	99%	35,01	0	0	551,01	-516
Mohéli	District Fômboni	5 543,78	4 639,89	84%	903,89	242,91	0	660,99	0
Mohéli	DRS Mohéli	1 898,13	1 799,41	95%	98,72	0	0	98,72	0
Mohéli	Wanani	4 897,26	4 897,31	100%	-0,05	0	0	0	0
Total Mohéli		15 199,97	14 162,39	93%	1 037,58	242,91	0	1 310,73	-516,05
Total général		128 142,51	120 723,03	94%	7 419,48	1 004,22	117,09	6 982,05	-683,88
Pourcentage		100%	94%		6%				

Annexe 8 – Compte-rendu de visite de sites

Site visité :	DIRECTION REGIONAL DE LA SANTE (DRS) DE MORONI	ILLUSTRATIONS	
Date :	Jeudi 20 février 2025		
Interlocuteurs rencontrés :	1) 1 assistant logistique DRS 2) 1 assistant logistique PEV 3) 1 point focal PEV 4) 1 logistique PEV 5) 1 gestionnaire des finances		
Observations	<p>Aspects généraux</p> <ul style="list-style-type: none"> Supervision de 7 districts : compilation des données, demandes de vaccins et intrants. Absence de procédures opératoires normalisées au niveau de la DRS de Moroni. Pas de procédure concernant la gestion des finances Microplans réalisé en 2024 et consolidés au niveau de la DRS avant envoi la CNPEV, Absence de procédure opératoire normalisée (PON) et de procédure Administrative et financière. <p>Gestion financière</p> <ul style="list-style-type: none"> Compte dédié GAVI, 3 signataires, Rapprochement bancaire mensuel, Les reliquats restent sur le compte de la DRS. L'information remonte au comptable du CNPEV qui a une vue sur tous les soldes en compte. Contrôle visuel des pièces justificatives, Pas de checklist, <p>Chaîne du froid</p> <ul style="list-style-type: none"> La région dispose de 2 réfrigérateurs solaires fonctionnels, une chambre froide au niveau du dépôt central, 1 congélateur (en panne depuis 1 an). Le stock de vaccins contenu dans les frigos au niveau de la DRS est équivalent à 1 mois. Le relevé de température est effectué régulièrement 2 fois par jours. Le processus de maintenance curative et de réparation n'est pas efficace. Les cas de pannes sont rapportés au niveau de la DSIVE. Mais celle-ci n'a pas de maintenanciers dans son effectif. Elle fait recours à l'Unicef pour prendre en charge les réparations Les frigos fonctionnement grâce aux panneaux solaires, mais ceux-ci ne fonctionnent pas en cas de fortes pluies (pas de générateur). <p>Gestion des stocks de vaccins et intrants secs</p> <ul style="list-style-type: none"> Poster de lecture PCV disponible Les mouvements de stocks sont retracés dans un registre de stock. L'assistante logistique met à jour le SMT (y compris pour les intrants sec), 	 <p data-bbox="1220 879 1615 919">Plan de maintenance préventive</p>	 <p data-bbox="1713 895 2116 919">Feuille de relevé de températures</p>
		 <p data-bbox="1243 1385 1615 1425">Vue du rangement de l'un des réfrigérateurs</p>	 <p data-bbox="1713 1417 2134 1441">Rapport mensuel de stock DRS Moroni.</p>

- Les inventaires sont effectués mensuellement par antigène et le stock inventorié est inscrit en rouge dans le registre correspondant.
- Un rapport mensuel des stocks est envoyé au niveau central.
- Un cas de rupture national de polio de février à mai 2023.
- La Point Focale PEV effectue un contrôle en croisant les données du registre, des mouvements et du SMT pour identifier des incohérences. **Ce contrôle n'est pas formalisé.**
- En cas de vaccins virés, le niveau central vient les chercher et signe un bordereau.
- **Pas de rapportage des vaccins virés dans le SMT :**
- **Le dépôt du matériel intrants secs est particulièrement encombré et partagé avec d'autres programmes. Il ne respecte pas les normes de sécurité.**

Distribution des vaccins

- Approvisionnement trimestriel de la DRS
- Mensuellement, chaque district vient s'approvisionner en amenant leur accumulateurs **(la DRS ne disposant plus de congélateur).**
- La DRS ne dispose pas de véhicule. Les districts disposent de véhicule (non PEV).

Supervision

- Les supervisions sont censées être trimestrielles.
- Les districts doivent avoir des cher de suivi des recommandations.
- **Mais non-respect des fréquences : pas de supervision en 2023 et seulement enT3 2024.**

Gestion des données

- Les postes de santé remontent les données de vaccination au niveau des districts via papier. Le PF du district saisit les données dans le DV-DMT (et dans DHIS2) puis envoie un email avec les données extraites du DV-DMT au PF de la DRS. La PF du DRS effectue un contrôle des données (en les rapprochant des données de stocks : doses utilisées vs doses vaccinées).
- **Les corrections sont faites par téléphone.**
- **Au niveau de la DRS, il n'y a pas de contrôle sur les données saisies dans DHIS2.**
- **De manière générale, il y a plus de personne vaccinées que de doses utilisées.**
- **Manque de formation du personnel (turn over) au niveau des postes de santé.**

Surveillance MEV

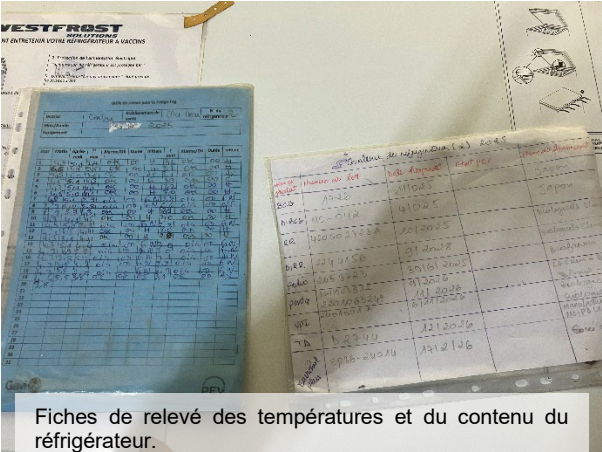

- Groupe WhatsApp
- Utilisation de ODK
- **Il arrive que des cas ne soient pas remontés, ou soient remontés sous format papier mais pas dans ODK.**



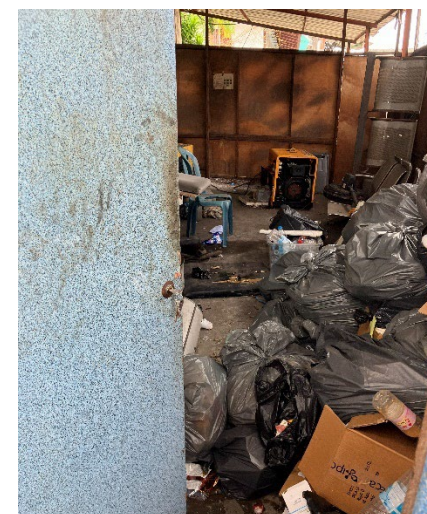
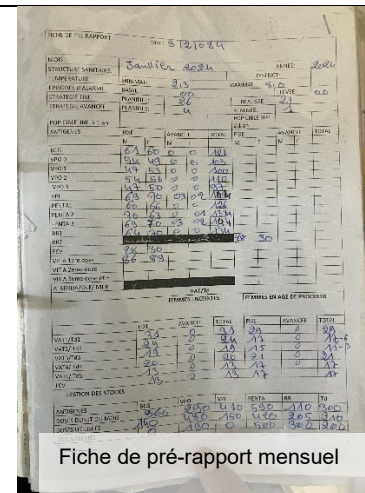
Vue du dépôt intrants secs



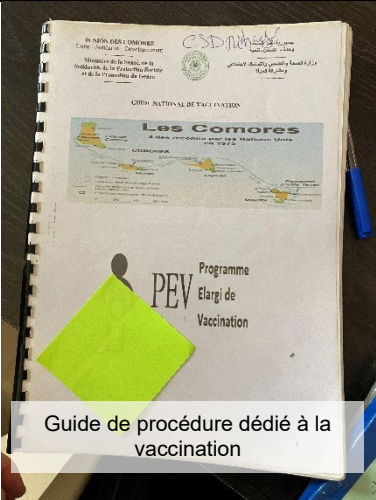

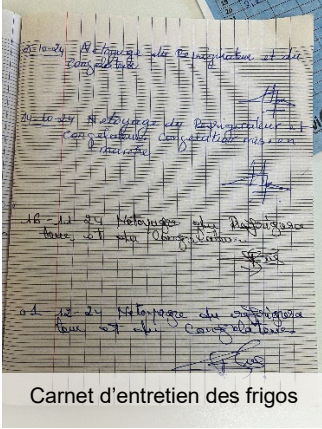
Stock des intrants secs

Site visité :	DISTRICT CENTRE (DRS MORONI))	ILLUSTRATIONS
Date :	Jeudi 20 février 2025	
Interlocuteurs rencontrés :	1) Point focal PEV 2) Gestionnaire 3) Point focal Surveillance	
Observations	<p>Aspects généraux</p> <ul style="list-style-type: none"> 8 postes de santé gérés par le district. Les procédures ont été apprises au travers de formation Absence de procédure opératoire normalisée (PON) <p>Gestion des finances</p> <ul style="list-style-type: none"> Le district dispose d'un sous compte dédié aux fonds GAVI, avec 3 signataires dont la gestionnaire et le médecin chef. La séparation des fonctions n'est pas bonne car le médecin chef (signataire principal) et très souvent le valideur/contrôleur final. La gestionnaire effectue une revue des documents justificatif mais son contrôle n'est pas formalisé. Les fonds non utilisés restent sur le compte du district. Un rapprochement bancaire est effectué tous les mois <p>Chaîne du froid</p> <ul style="list-style-type: none"> Le district centre dispose de deux réfrigérateurs et 1 congélateur 1 en panne. Les stocks du district et de la PMI sont entreposés dans les réfrigérateurs de manière distincte. Entretien préventif mensuel (nettoyage) Les réfrigérateurs fonctionnent à l'énergie solaire et disposent de batteries. Relevé des températures 2x/jours et fridge tag contrôlés ponctuellement par le niveau national <p>Gestion des stocks de vaccins</p> <ul style="list-style-type: none"> Un cahier de mouvement des stocks est maintenu. Un inventaire mensuel est effectué à 2 et formalisé dans le cahier de mouvements. Lorsque des vaccins sont virés, ils sont notés dans le cahier de mouvements et renvoyés à la DRS avec un papier Il n'existe pas de formulaire pour retourner les vaccins virés. Pas de protocole de gestion des déchets et pas d'incinérateur ce qui complique la gestion des déchets. SMT pas complété car l'ordinateur est en panne. <p>Supervision</p> <ul style="list-style-type: none"> Supervision des postes de santé tous les mois. 	 <p>Fiches de relevé des températures et du contenu du réfrigérateur.</p>  <p>Registre de mouvement de stocks et prise d'inventaire (rouge)</p>

- Recommandations consignées dans le carnet de supervision.
- Gestion des données**
- L'ordinateur ne fonctionne plus depuis septembre 2024 (en février 2025) – les outils SMT ; DV-DMT, DHIS2 et ODK ne sont donc pas complétés.
 - La Point focale (non PEV) du district saisit dans DHIS2 les vaccinations sur la base des rapports de vaccinations.
 - Un contrôle est effectué entre les doses utilisées et les doses administrées et, est consigné dans un canevas de rapport (papier).
- Surveillance**
- Rapport hebdomadaire via le groupe WhatsApp.
 - Si besoin alors recherche active + ODK (renseigner).



Dépôt de déchets encombrés – risque sanitaire

Site visité :	DISTRICT DE HAMBOU (DRS DE MORONI)	ILLUSTRATIONS
Date :	Jeudi 20 février 2025	
Interlocuteurs rencontrés :	1) Point focal PEV 2) Gestionnaire 3) Point focal Surveillance	
Observations	<p>Aspects généraux</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ PF du district – 19 villages, 4 structures de santé avec CDF fonctionnelles. ○ 30 060 habitants, cible annuelle de 791. ○ Guide vaccinal disponible. <p>Gestion des finances</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Trois signataires sur le compte : Médecin chef, gestionnaire et le point focal ○ Micro plans faits au niveau du district, impliquant chefs de village, chefs de poste, communautés, DRS. ○ Une formation a été donnée en 2024 (par GAVI PFM) ○ Utilisation de fonds pour des dépenses non prévues dans le microplan (chauffeur). ○ Pas de copie des chèques pour justifier du paiement. ○ Manque de connaissance sur les pièces justificatives à remonter. ○ Les fonds non utilisés restent sur le compte du district. <p>Chaîne du froid</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Formation GEV en 2019 et début 2024. ○ 1 congélateur et réfrigérateur solaire. ○ Capacité de stockage suffisante. ○ Suivi température 2x/jour ○ Maintenance préventive (nettoyage des panneaux et équipements), ○ Pas de maintenance curative (pas de technicien dans le district). ○ Lors des fortes pluies, le logisticien est venu dormir sur place pour s'assurer que les équipements fonctionnaient ○ En cas de problème, transfert des vaccins dans un autre dépôt. <p>Gestion des stocks de vaccins</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Besoin défini sur la base de la population cible avec établissement de bons de commande à la DRS. ○ Pas de cas de rupture ○ Les postes de santé n'ont pas accès au SMT ○ Retards dans la mise à jour du SMT. ○ Problème d'ordinateur et de connexion. ○ Inventaire mensuel, écrit en rouge sur les registres des stocks. ○ Pas de lieu pour les déchets, pas d'incinérateur. 	 <p>Guide de procédure dédié à la vaccination</p>  <p>Equipements du district et poste de santé</p>  <p>Carnet d'entretien des frigos</p>

Supervision

- Supervision mensuelle si budget disponible.
- En 2024, 3 supervisions.
- **Pas de supervision régulière**

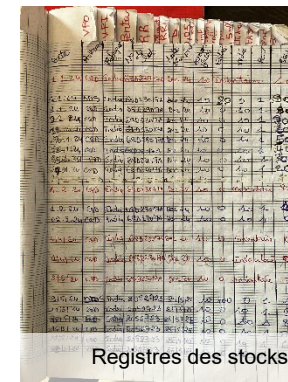
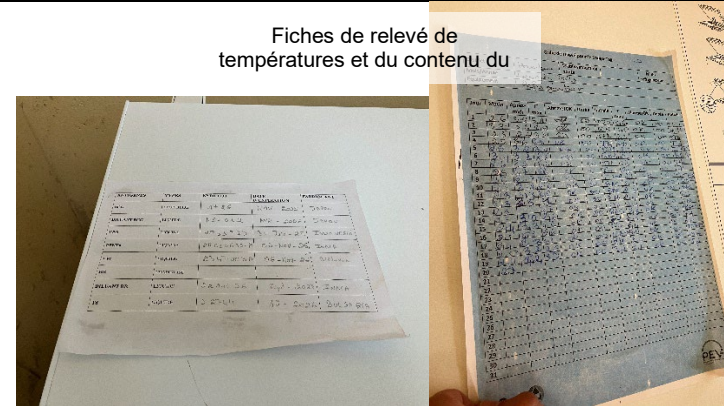
Surveillance

- Collect Cobo pour notification/investigation, recherche active, rapport hebdomadaire dans DHIS2, contrôle OMS/DRS.



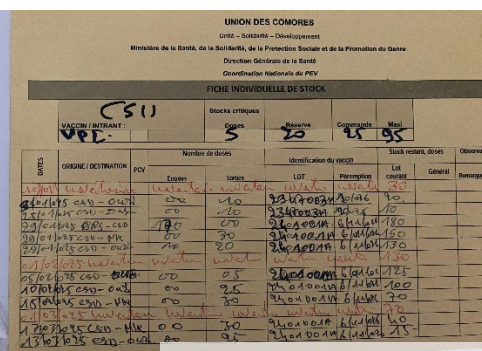
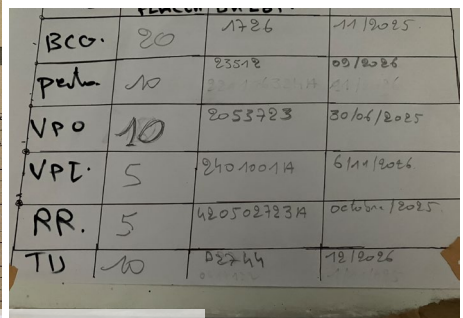
Gestion des données

- Validation mensuelle des données avec contrôles de concordance entre le registre et le stock.
- Registre électronique en pilote, non généralisé.
- Difficulté à suivre un enfant vacciné dans un autre district.
- **Pas d'archivage des PV de validation ni des fiches de stocks.**
-

Fiches de relevé de températures et du contenu du





Site visité :	DISTRICT SANITAIRE BAJJINI OUEST (DRS de MORONI)	ILLUSTRATIONS	
Date :	Lundi 19 mai 2025		
Interlocuteurs rencontrés :	1) Point focal PEV 2) Suivi et évaluation 3) Suivi et évaluation CNPEV		
Observations	<p>Aspects généraux</p> <ul style="list-style-type: none"> 19 villages, 4 structures de santé avec CDF fonctionnelles. 30 060 habitants, cible annuelle de 791. Pas de manuel de procédure finance. Guide vaccinal uniquement. <p>Gestion des finances</p> <ul style="list-style-type: none"> Utilisation de fonds pour des dépenses non prévues (chauffeur). Pas copie du chèque pouvant être attachée aux pièces justificatives. Manque de connaissance sur les pièces justificatives à remonter Fonds non utilisés non remontés. <p>Chaîne du froid</p> <ul style="list-style-type: none"> Formation GEV en 2019 et 2024 1 réfrigérateur et 1 congélateur fonctionnant à énergie solaire, Pas de backup – lors des fortes pluies le logisticien est venu dormir sur place pour s'assurer que tout fonctionnait. Relevé des températures 2x/jour. Capacité de stockage suffisante, Maintenance préventive régulière mais pas de technicien au niveau du district en cas de panne. En cas de panne – transfert des vaccins dans un autre dépôt. Pas de solution de maintenance curative. La DRS fait recours au PEV Central (CNPEV) qui sollicite à son tour l'appui de l'Unicef. <p>Gestion des stocks de vaccins et intrants secs</p> <ul style="list-style-type: none"> Avant de faire une commande de vaccins, le logisticien contrôle la quantité de vaccins en stock. Stock de réserve calculé par antigène, Formation SMT en 2022. Les postes de santé n'ont pas accès au SMT (bon de commande). Registre physique et SMT à jour mais il y a parfois du retard avec le SMT par manque de connexion, Les inventaires (mensuel) sont inscrits en rouge dans les registres de stocks La gestion des déchets est un réel problème – pas d'incinérateur et pas de lieu de stockage. Certains postes de santé remontent leurs déchets au niveau du district. Stockage des antigènes dans des bouteilles en plastique car le réfrigérateur génère de l'humidité, abimant les cartons. 	 <p>Equipements chaîne du froid de la DRS de Badjini ouest</p>	
		 <p>Registres des mouvements et stocks disponibles</p>	

○ Stocks d'intrants secs périmés.

Supervision

- La DRS n'a bénéficié d'autre supervision formative que la supervision de la qualité des données réalisée en 2024.

Gestion des données

- Le gestionnaire du SIS était absent lors de la visite.





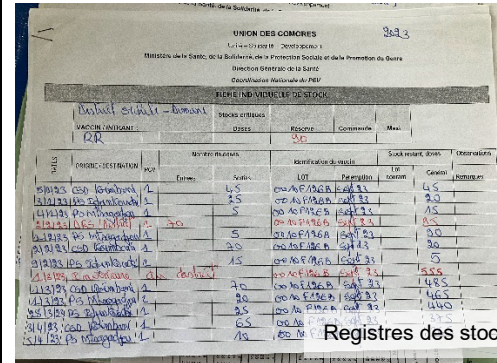
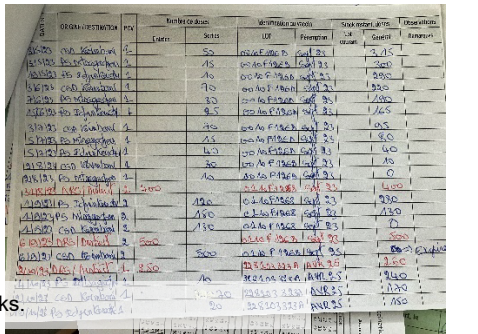
Stocks de seringues périmées



Extincteur dans le couloir de la CMI



Déchets entreposés à l'extérieur de la DRS

Site visité :	District sanitaire OICHILI (région MORONI)	ILLUSTRATIONS	
Date :	Vendredi 20 mai 2025		
<p>Interlocuteurs rencontrés :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Médecin chef 2) Point focal PEV 3) Gestionnaire des programmes 4) Suivi et évaluation CNPEV 			 <p>Vaccins et stocks intrants secs DRS Oichili</p>
<p>Observations</p>	<p>Aspects généraux</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ PF PEV depuis 2022. ○ 3 sites de vaccination + un poste de santé. ○ Guide vaccinal disponible <p>Gestion des finances</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Pas de manuel de procédures ○ Fonds décaissés sur le compte dédié au fonds GAVI. 2022 et 2023 pas de décaissement sur le compte. Seulement 2024 et 2021 ○ Pas de rapprochement entre relevé bancaire et requêtes/plans d'activités, ○ Pas de comptabilité. ○ T3 2024 – pas clair sur comment justifier. Justificatifs non détaillés, ○ Difficulté à distinguer les dépenses vaccination/non vaccination. ○ Guide non ajusté à la réalité. ○ Pas de facture d'essence détaillée car pas de voiture dédiée au programme PEV – voiture partagée avec d'autres programmes. ○ Retards de décaissement nécessite des avances sur fonds propres. ○ Relevés bancaires remontés au central mais reliquat reste sur le compte du district. 	 <p>Registres des stocks</p>	

Chaîne du froid

- 1 congélateur, 3 réfrigérateurs (tous fonctionnels), glacières, panneaux solaires.
- Maintenance préventive mensuelle.
- Plan d'urgence en cas de panne.
- Pas d'incinérateur.

Gestion des stocks de vaccins

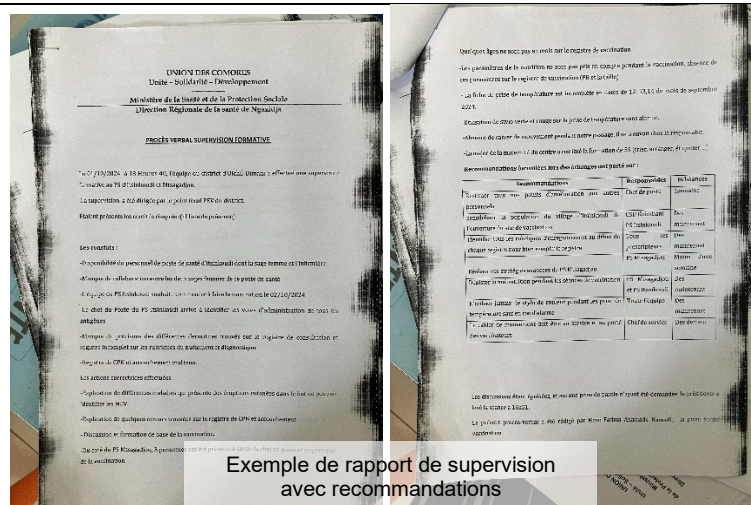
- Les vaccins correctement rangés dans le réfrigérateur.
- Calcul des besoins par le central.
- Pas de stock de sécurité malgré la règle des 25%
- Ruptures au niveau des postes liées au manque de moyen roulant.
- Utilisation des vaccins en priorité selon la PCV ou date de péremption.
- Dans le SMT, le frigo enregistré n'est pas le bon, ce qui ne reflète pas la capacité de stockage réelle.
- Stock des intrants secs dans SMT mais pas de registre physique.
- Problème grave de gestion des déchets, stockage sans incinération.

Supervision


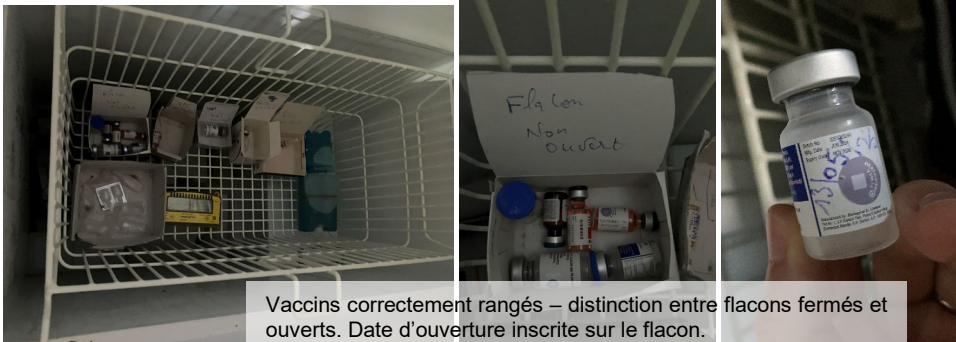
- Cahier de supervision disponible.
- Supervision des postes en T3 2024.
- Supervisions irrégulières.

Gestion des données

- Rapport mensuel, DV-DMT et papier.
- Pas de DV-DMT fonctionnel depuis mi-2024 (problème d'ordinateur/licence Excel).
- Les postes n'utilisent pas DHIS2 en temps réel à cause de la connexion.



Exemple de rapport de supervision avec recommandations

Site visité :	Aire sanitaire de Tsinimoichongo (DS DE Badjini)	ILLUSTRATIONS	
Date :	Vendredi 19 mai 2025		
Interlocuteurs rencontrés :	1) Point focal PEV (sage-femme) 2) Suivi et évaluation DRS <i>Le centre de santé était en pleine activité de vaccination au moment de la visite (voir photo).</i>		
Observations	<p>Aspects généraux</p> <ul style="list-style-type: none"> 3 villages – 4416 habitants dont 150 enfants faisant partis de la population cible. Vaccination quotidienne sauf le dimanche. PF PEV en poste depuis 2015 Absence de procédure opératoire normalisée (PON) <p>Chaîne du froid</p> <ul style="list-style-type: none"> Le centre de santé de Tsinimoichongo dispose d'un réfrigérateur et de glacières. Fonctionnement via des panneaux solaires. Panneaux contrôlés tous les trimestres. Pas de backup. Relevé des températures 2x/jour. Et rapport mensuel de températures pour identifier les variations. Maintenance préventive du frigo (nettoyage) mensuelle, Présence de poster pour la lecture des PCV. Absence d'extincteur. <p>Gestion des stocks de vaccins</p> <ul style="list-style-type: none"> L'inscription de l'état de la pastille n'est pas systématiquement écrite. Registre des stocks à jour Inventaire mensuel dans le registre des stocks. La date d'ouverture est inscrite sur le flacon le jour de l'ouverture. Sur le contrôle effectué, la quantité de vaccins, le numéro de lot et la date de péremption sont correctement reportés dans le registre. Les vaccins virés sont remontés au district – de même pour les déchets. Rupture pendant 3 semaines de VPO et VPI <p>Supervision</p> <ul style="list-style-type: none"> Effectué tous les trois mois – supervision conjointe. Carnet de supervision complété. Dernière supervision PEV en 2023 (supervision peu fréquente) Une supervision a été faite par le district en 2024 mais n'est pas consignée dans le cahier. Des recommandations sont formulées en fonction du superviseur – pas d'homogénéité des pratiques. 	 <p>Réfrigérateur du CDS, relevé des températures et poster PCV</p>	 <p>Vaccins correctement rangés – distinction entre flacons fermés et ouverts. Date d'ouverture inscrite sur le flacon.</p>

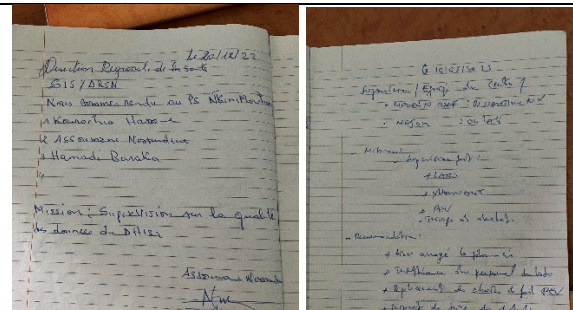
- o Une supervision spécifique sur la surveillance réalisée le 13.05.2025.

Surveillance

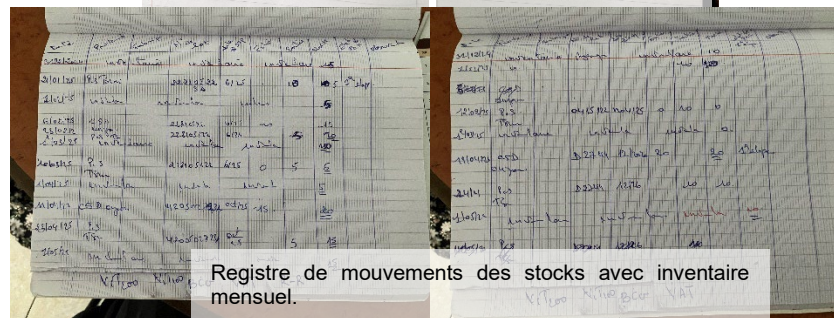
- o Remonté lors des rapports mensuels et dans DHIS2 de manière hebdomadaire.
- o Pas d'accès à Cobo Collect – le district est averti et vient faire le prélèvement. Le district complète Cobo Collect
- o DHIS2 : complète les données de surveillance tous les lundis (même en cas de cas)

Gestion des données





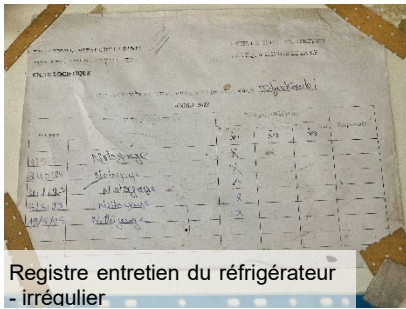
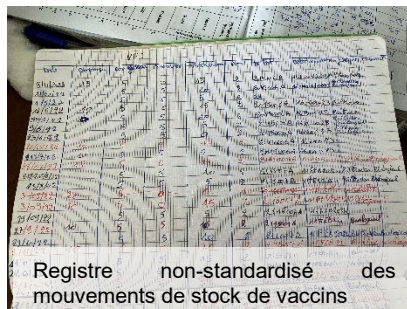
- o Rapport mensuel revue par le Médecin central (control non formalisé) avant envoi des données au district.
- o Réunion mensuelle avec le district pour le control des données.
- o Croisement entre le registre de vaccination, les fiche de rapport mensuel et DHIS2.
- o Elle utilise son téléphone personnel car la connexion est plus rapide.
- o DHIS2 est complété de manière mensuelle.



Rapports de supervisions – succins et absence de suivi de la mise en œuvre des recommandations précédentes

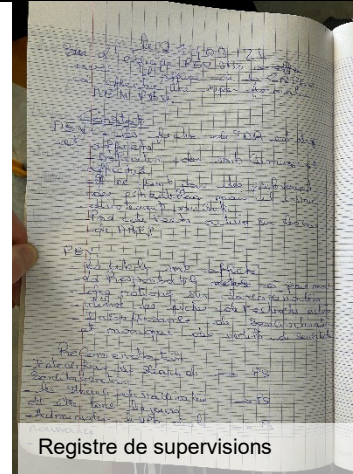


Registre de mouvements des stocks avec inventaire mensuel.

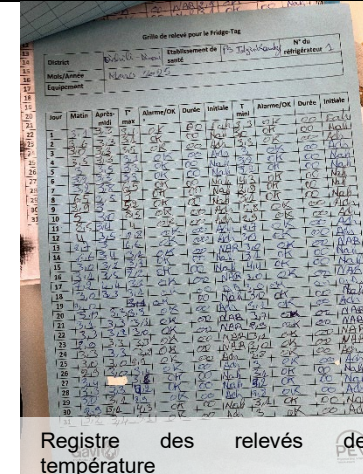
Site visité :	Aire sanitaire Idjinkoundzi (DRS DE OICHILI)	ILLUSTRATIONS	
Date :	Vendredi 20 mai 2025		
Interlocuteurs rencontrés :	1) Point focal PEV 2) Agent de vaccination 3) Suivi et évaluation DRS		
Observations	<p>Aspects généraux</p> <ul style="list-style-type: none"> Le point focal PEV n'a pas reçu de formation sur la GEV. Elle est chargée de la vaccination, de la gestion des stocks et du rapportage des données. Absence de procédure opératoire normalisée (PON) <p>Chaîne du froid</p> <ul style="list-style-type: none"> Le centre de santé dispose d'1 réfrigérateurs-solaires fonctionnel. Le relevé des températures est effectué 2x/jour. Si le frigo tombe en panne – utilisation des glacières. Nettoyage du réfrigérateur – mais pas mensuel (voir registre) Pas d'extincteur. Pas de back-up au solaire. Les panneaux solaires ne sont pas nettoyés régulièrement. <p>Gestion des stocks de vaccins</p> <ul style="list-style-type: none"> Les carnets de registres de mouvements de stocks existent mais ne sont pas standards. Les inventaires sont inscrits dans le registre des mouvements. La commande de vaccins se fait surtout par rapport à la consommation mensuelle. Ravitaillement mensuel par le district La date d'ouverture des flacons est inscrite sur les flacons Un flacon dont la pastille était au stade 4 était dans le frigo avec les autres vaccins. <p>Supervision</p> <ul style="list-style-type: none"> 2 supervisions fin 2024 Supervisions irrégulières <p>Gestion des données</p> <ul style="list-style-type: none"> Rapportage mensuel des données. Le canevas DHIS2 est complété après validation des données. Se déplace au niveau du district pour compléter DHIS2 (problème de connexion) avec les registres de vaccinations et registres de stocks. Contrôle entre le nombre d'enfants vaccinés et le nombres de doses utilisées. 	 <p>Réfrigérateur du CDS – sécurisé dans le local à pharmacie.</p>	
		 <p>Flacon viré</p>	 <p>Flacon ouvert avec date inscrite</p>
		 <p>Registre entretien du réfrigérateur - irrégulier</p>	 <p>Registre non-standardisé des mouvements de stock de vaccins</p>

Surveillance

En cas de cas suspect, le PF vient faire un prélèvement.



Registre de supervisions



Registre des relevés de température

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

Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
4.1	Gouvernance et performance organisationnelle des entités					
4.1.1	S’assurer de la mise en œuvre des recommandations issues des différentes évaluations	<p>Le MS devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> Mettre en place un mécanisme institutionnalisé de suivi des recommandations de l’ensemble des évaluations internes et externes, avec des échéances claires et des points de contrôles réguliers Désigner une entité de coordination au sein du Ministère chargée de centraliser et formaliser le suivi de toutes les recommandations issues des missions d’évaluations internes ou externes du Ministère (y compris des GMR, de l’audit des programmes Gavi, de la GEV, du PAQD, etc.) réalisées avec l’appui des différents partenaires. Cette entité pourra s’appuyer notamment sur les services de la DAF. Établir une présentation formelle de l’état d’avancement de la mise en œuvre des principales recommandations issues des différentes évaluations internes et externes lors des forums de coordination existants tels que les réunions du CCIA (voir constat 4.1.2.). 	Modérée	<ul style="list-style-type: none"> Il sera inscrit à l’ordre du jour des réunions trimestrielles du CCIA un point sur le suivi des recommandations des évaluations ; le PV des réunions de CCIA permettra de vérifier l’évolution. Une séance mensuelle de travail entre la DAF et la CNPEV sera instituée pour faire le suivi de toutes les recommandations et relancer les différents responsables de mise en œuvre. Ceci permettra de préparer l’état de mise en œuvre à présenter trimestriellement lors des réunions de CCIA. Le SG prendra une note de service mettant en place cette séance mensuelle. Le groupe de travail sera constitué de : RAF et la RPM (DAF/MS), RESA, Responsable prestation de services et le responsable logistique (CNPEV). Le groupe sera appuyé par MP Dalberg et AT PKF Bage Un canevas de présentation de l’état d’avancement de la mise en œuvre des recommandations sera créé et mis à disposition pour utilisation au cours des réunions du CCIA 	<ul style="list-style-type: none"> Secrétaire du CCIA (Coordinatrice Nationale du PEV) DAF Management Partner Dalberg 	<ul style="list-style-type: none"> Continue (premier suivi : 30 avril 2026) 31 mars 2026 31 mars 2026

Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
4.1.2	Redynamiser l'implication des organes de gouvernance dans l'exercice de leurs responsabilités stratégiques	<p>Le MS, en collaboration avec les partenaires du PEV, devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer le rôle stratégique du CCIA et du GTCV en clarifiant leurs prérogatives et en formalisant les attentes vis-à-vis de leurs membres ; • Mettre en place un mécanisme de suivi des décisions, incluant un tableau de bord des recommandations et des actions à suivre ; • Intégrer systématiquement à l'ordre du jour des réunions du CCIA et du GTCV les points de suivi des recommandations antérieures et les problématiques stratégiques prioritaires ; • Mobiliser pleinement le Sous-Comité Technique du CCIA, en assurant des réunions régulières et en valorisant ses contributions techniques ; 	Modérée	<p>Les termes de références seront révisés et validés ; la liste des membres sera mise à jour ; une séance d'information sur le rôle et les attentes de ces organes sera organisée ;</p> <p>Des réunions de sensibilisation et d'échanges sur le rôle de ces organes, leur fonction et leur contribution dans l'atteinte des objectifs seront organisées pour renforcer le leadership du ministère</p> <p>- Le tableau de suivi des recommandations sera passé en revue au cours de chaque réunion mensuelle PEV/DAF/PTF</p> <p>- Il sera inscrit à l'ordre du jour des réunions trimestrielles du CCIA un point sur le suivi des recommandations des évaluations ; le PV des réunions de CCIA permettra de vérifier l'évolution</p> <p>- Le sous-comité technique du CCIA se réunit une fois par mois dans le cadre des réunions mensuelles. 75% des réunions seront effectivement organisées en 2026, avec PV disponibles.</p> <p>- le tableau de suivi des recommandations extrait du PV de la réunion sera partagé aux membres du CCIA ,72h après chaque réunion</p>	<ul style="list-style-type: none"> • DAF <p>Suivi Evaluation CNPEV</p> <ul style="list-style-type: none"> • Secrétaire du CCIA (Coordinatrice Nationale du PEV) <p>Coordinatrice Nationale du PEV</p> <p>Suivi Evaluation CNPEV</p>	<p>- 30 juin 2026</p> <p>- A chaque réunion mensuelle (à partir du 30 avril 2026)</p> <p>- Continue (premier suivi : 30 avril 2026)</p> <p>- Continue (premier suivi : 30 avril 2026)</p> <p>- Continue (premier suivi : 30 avril 2026)</p>

Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
		<ul style="list-style-type: none"> Renforcer la redevabilité des membres des différentes instances, en instaurant un système de rapport périodique sur les actions entreprises suite aux décisions du CCIA, Sous-Comité et GTCV ; S'assurer que la CNPEV endosse pleinement son rôle de Secrétariat du GTCV, en planifiant et organisant les séances selon les statuts 		<p>mensuelle du sous-comité technique du CCIA.</p> <p>La CNPEV s'engage à :</p> <ul style="list-style-type: none"> Élaborer et diffuser un calendrier annuel des réunions du GTCV, en conformité avec les dispositions statutaires ; Assurer la préparation systématique des réunions, incluant l'élaboration et la transmission préalable des ordres du jour et documents techniques ; Veiller à la rédaction et à la diffusion des comptes rendus et relevés de décisions, avec un mécanisme clair de suivi des recommandations ; Intégrer les décisions du GTCV dans le mécanisme de suivi des recommandations en place 	Coordinatrice du PEV	<p>suivi : 30 avril 2026)</p> <p>Continu (premier suivi : 30 avril 2026)</p>
4.1.3	Manque de redevabilité dans la mise en œuvre du programme de vaccination	<p>Le MS devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> Mettre en place un mécanisme formel de redevabilité, incluant des indicateurs de performance, des rapports périodiques et des mesures correctives en cas de non-respect des engagements. Les indicateurs de performance pourraient par exemple prendre en compte les horaires d'ouverture des postes de santé, le nombre d'enfants vaccinés par poste par rapport à la population cible, etc. Renforcer le rôle des médecins chefs et des responsables des formations sanitaires, en clarifiant leurs responsabilités en matière de supervision, d'animation d'équipe et de suivi 	Elevée	<ul style="list-style-type: none"> Une liste d'indicateurs de performance sera établie et partagée avec les acteurs à tous les niveaux. Le pays travaille actuellement sur le passage de la collecte des données de vaccination à travers le DHIS2. Ceci permettra la mise à disposition à temps des données pour un meilleur suivi qui sera systématique à l'occasion des réunions techniques mensuelles. Un calendrier de coaching sera élaboré et mis en œuvre pour renforcer les capacités des MCD, suivi et supervision des activités de vaccination 	<p>-Suivi Evaluation CNPEV.</p> <p>-Consultant LMC niveau opérationnel</p>	<p>30 avril 2026</p> <p>-30 avril 2026</p>

Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
		<p>des résultats, et en les impliquant activement dans l'amélioration continue du programme ;</p> <ul style="list-style-type: none"> Instaurer un système de suivi de la disponibilité et de la qualité des services de vaccination, avec des contrôles réguliers sur les horaires d'ouverture et la qualité du service. Sur la base d'une analyse d'adéquation entre les profils-postes (voir recommandation du constat 4.1.7.), s'assurer que l'ensemble des postes clés sont pourvus par du personnel formellement recruté afin de limiter la dépendance aux personnels bénévoles. 		<p>-Un plan de supervision à tous les niveaux sera élaboré, partagé et mise en œuvre</p> <p>-Un point sera fait sur la situation des bénévoles au niveau des centres de vaccination. Un document de plaidoyer sera élaboré sur cette base et soumis aux autorités.</p>	<p>-Responsable Prestation de Services CNPEV.</p> <p>Ressources Humaines MS</p>	<p>-31 mars 2026</p> <p>-Juin 2026</p>
4.1.4	Insuffisances des mécanismes de surveillance de la gestion des soutiens GAVI	<p>Le MS devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> Assurer la transmission régulière du PTA et du budget à l'IGS et à l'IGF afin qu'elles préparent une cartographie des risques et intègrent le programme dans leur périmètre d'audit ; Préparer des états financiers pour chaque subvention. Recruter un cabinet d'audit externe et s'assurer du suivi des recommandations ; Transmettre à la cour des comptes des TDR de mission validés. 	Elevée	<p>- Dès que validé, le Plan d'Action Opérationnel (PAO) sera transmis à l'IGS et à l'IGF</p> <p>- Des états financiers annuels pour l'ensemble des subventions seront préparés</p> <p>- Un appel d'offre sera lancé pour le recrutement d'un cabinet pour l'audit externe des comptes.</p>	<p>-DAF</p> <p>-DAF</p> <p>- DAF</p>	<p>-30 avril 2026</p> <p>31 mars 2026</p> <p>30 avril 2026</p>
4.1.5	Défaillances dans le processus de planification	<p>Le MS devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> Anticiper l'élaboration du PTA, en lançant le processus dès le troisième trimestre de l'année précédente, et en rapportant sur l'état d'avancement de l'élaboration au Sous-Comité Technique du CCIA et au CCIA ; Élaborer un calendrier national de planification, intégrant les échéances des différents programmes et les contraintes opérationnelles ; 	Elevée	<p>-Le processus d'élaboration du PAO 2026 a démarré en novembre 2025. Les changements liés au passage à Gavi 6.0 ont retardés le processus. Le PAO sera finalisé et validé dès la confirmation par Gavi de l'enveloppe allouée au pays.</p> <p>- Un plaidoyer sera fait à la Direction Générale de la Planification et études (DGPE) pour élaborer un</p>	<p>-Coordinatrice Nationale du PEV</p> <p>Directeur General de la Santé</p>	<p>- 30 avril 2026</p> <p>30 avril 2026</p>

Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
		<ul style="list-style-type: none"> Renforcer les capacités des districts en matière de planification, à travers des formations ciblées et un accompagnement technique. 		<p>calendrier national intégré pour tous les programmes</p> <p>- Un plan de formation sera établi et partagé</p>	Consultant LMC niveau opérationnel	30 mai 2026
4.1.6	Défis liés à la coordination entre la CNPEV et la DAF	<p>Le MS devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> Mettre en place un cadre formel de coordination entre la CNPEV et la DAF, incluant des réunions régulières de suivi des requêtes et des décaissements ; Ajouter à la procédure d'établissement des requêtes, un processus de relance et de suivi avec des indicateurs concernant des délais cibles et des points de contrôle (voir constat 4.2.1.) ; Instaurer un outil partagé de suivi des requêtes, accessible aux deux entités, permettant de tracer les demandes, les délais de traitement et les montants engagés. S'assurer du respect de la procédure et de la complétude des requêtes avant envoi à la DAF ; Mettre en place une checklist, contenant les documents attendus, afin de faciliter l'établissement des requêtes ; Réaliser si besoin une formation de l'équipe finance de la CNPEV concernant l'établissement des requêtes. 	Modérée	<p>- Une réunion impliquant la DAF et la CNPEV (unité de Suivi Evaluation) sera instituée et tenue une fois par mois pour la revue budgétaire, le suivi des requêtes et des décaissements. Un point sera partagé à la Coordinatrice et aux autres parties prenantes à l'issue de cette réunion</p> <p>- Le protocole de validation des requêtes entre la CNPEV et la DAF intégrant un processus de relance et de suivi sera mis à jour et partagé</p> <p>- Un outil sera mis en place et partagé dans google sheet pour le contrôle des délais prévus pour l'établissement des requêtes, leur évaluation et le décaissement effectif des fonds</p> <p>- Le protocole de validation des requêtes ci-dessus mentionné permettra de s'assurer du respect de la procédure et de la complétude des requêtes.</p> <p>- Une checklist des éléments constitutif des requêtes sera partagée avec l'équipe de la CNPEV</p> <p>Une séance sera organisée pour briefier l'équipe de la CNPEV</p>	<p>DAF</p> <p>RAF</p> <p>RAF</p> <p>RAF</p> <p>RAF</p>	<p>A partir de 31 mars 2026</p> <p>31 mars 2026</p> <p>31 mars 2026</p> <p>31 mars 2026</p> <p>31 mars 2026</p> <p>31 mars 2026</p>

Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
4.1.7.	Faiblesses liées à la gestion des ressources humaines	<p>Le MS devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> Prendre les dispositions nécessaires pour finaliser le recrutement des postes essentiels à la DAF et au PEV soit finalisé dans les plus brefs délais (voir constat 4.1.6.). Élaborer et mettre à jour annuellement un plan de main d'œuvre pour le PEV et la DAF, intégrant une cartographie complète des effectifs actuels (personnel et bénévole), avec identification des postes vacants et des mouvements prévus (départs, fins de contrat, etc.) et une projection des besoins en effectifs à moyen terme, tenant compte des priorités stratégiques, des évolutions de charge de travail et des risques de rotation. Prendre toutes les dispositions pour que les salaires et primes de performance soient payés dans les délais prévus (voir recommandations 4.1.6., de plus des avis de non-objection (ANO) peuvent être demandés en début d'année lorsque les PTA ne sont pas validés dans les délais). Réaliser une évaluation complète des ressources humaines du PEV et de la DAF, combinant : <ul style="list-style-type: none"> Une analyse quantitative : recensement de l'ensemble des effectifs (personnel formellement recruté, contractuel, et bénévole), identification des postes pourvus et vacants, suivi des mouvements du personnel (recrutements, départs, congés), Une analyse qualitative : évaluation des compétences, analyse d'adéquation profils-postes, identification des écarts de compétences, et appréciation de la dépendance au personnel bénévole. Sur la base de cette analyse, définir un plan de dotation en ressource humaine, considérant l'ensemble des besoins du 	Elevée	<p>- Tous les postes essentiels au niveau de la DAF ont été pourvus. Le processus de recrutement de personnel additionnel au profit de la CNPEV a été finalisé en décembre 2025. Le PV pourra être partagé.</p> <p>- La cartographie des effectifs actuels du PEV sera élaborée</p> <p>Des discussions relatives au paiement des salaires et des primes de performance pour l'année 2026 sont engagées avec Gavi en attendant la validation du PAO 2026.</p> <p>- Des discussions seront engagées avec les partenaires pour la mise en œuvre d'une évaluation complète des ressources humaines du PEV et de la DAF (analyse quantitative et qualitative)</p>	<p>DAF</p> <p>Coordinatrice du PEV</p> <p>Coordinatrice PEV</p> <p>Secrétariat Général</p> <p>Coordinatrice du PEV</p>	<p>31 décembre 2025</p> <p>31 novembre 2026</p> <p>28 février 2026</p> <p>30 septembre 2026</p>

Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
		<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place un dispositif de diffusion systématique du manuel synthétique de la DAF auprès de toutes les équipes, y compris au niveau décentralisé ; Organiser des sessions de formation régulières sur ce manuel, en ciblant les gestionnaires et les équipes opérationnelles. 		<p>des solutions.</p> <ul style="list-style-type: none"> La DAF a rédigé et diffusé un mini-manuel de procédures à toutes les équipes aux niveaux central et décentralisé. Ce manuel a été encore diffusé par email lors du décaissement des fonds vers les districts et régions. Des rappels des dispositions du manuel ont également faits lors des sessions de formations organisés à l'endroit desdites équipes. A ce jour, des sessions de formations ont été organisées (avril, août et septembre 2025) dans les trois régions (Ngazidja, Anjouan et Mohéli) à l'endroit de tous les gestionnaires comptables des DRS et districts. Celles-ci portaient sur la justification et le suivi des avances. Des appuis ponctuels sont également prévus dans le cadre des missions de supervision trimestrielles organisées par la DAF avec l'assistance de l'AT PKFBAGE. 	RAF	<p>(à partir du 31 mars 2026)</p> <p>Continu (à partir du 31 mars 2026)</p> <p>Continu (à partir du 31 mars 2026)</p>
4.2.2	Manquements aux obligations de tenue de comptabilité	<p>Le MS devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> Mettre en place un mécanisme de suivi régulier de la comptabilité et des rapports financiers par la DAF, avec des points de contrôle trimestriels ; 	Elevée	<ul style="list-style-type: none"> La DAF prévoit d'instaurer un comité de pilotage financier mensuel qui sera chargé de faire une revue détaillée des dépenses prévues et réalisées. Ce comité sera appuyé par l'AT PKFBAGE 	DAF	Continu à partir du 31 mars 2026

Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
		<ul style="list-style-type: none"> Élaborer et diffuser une procédure de clôture comptable annuelle, incluant la production systématique d'états financiers provisoires et certifiés ; Paramétrer le logiciel comptable Tom2Pro de manière à permettre la traçabilité des fonds Gavi et la génération d'états financiers conformes aux exigences ; Prévoir un audit externe annuel des comptes liés aux subventions Gavi, en coordination avec la Cour des comptes, 		<ul style="list-style-type: none"> Des discussions sont déjà en cours pour la révision du manuel de procédures administratives et financières. Toutefois, en attendant sa mise à jour, une note de procédure de clôture comptable annuelle sera formalisée avec l'appui de l'AT PKFBAGE validée par les parties prenantes. Le logiciel comptable Tom²Pro a été mis en place par Softwell pour répondre aux besoins de la comptabilisation et de rapportage au sein de la DAF. Le logiciel est opérationnel et utilisé par la DAF pour l'enregistrement des transactions comptables liées aux subventions Gavi. Le logiciel Tom²Pro permet de générer le grand livre des opérations ainsi que les récapitulatifs de dépenses par activité. Ces récapitulatifs ont servi de base pour l'élaboration des rapports financiers des subventions RSS2, CDS3, RSS3, FAE et VPI2 au 30/06/2025. La DAF a également demandé au prestataire Softwell de lui faire une proposition pour une intégration d'une extension au logiciel comptable du module TomEtafin qui permet de générer directement des états financiers. L'audit externe des comptes annuels de l'exercice 2024 a été déjà réalisé par la Cour des 	<p>RAF</p> <p>SOFTWELL</p> <p>RAF</p>	<p>31 mars 2026</p> <p>30 juin 2026</p> <p>30 juin 2026</p>

Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
		<p>afin de garantir la fiabilité des informations financières (voir constat 4.1.4) ;</p> <ul style="list-style-type: none"> Garantir la sauvegarde informatique des données programmatiques et financières sur un support sécurisé (cloud ou disque dur externe) ; Formaliser une procédure de restitution des équipements et documents lors du départ du personnel, incluant une checklist de passation. 		<p>Comptes. Le rapport définitif a été transmis à Gavi. Pour l'audit des exercices à venir, la DAF prévoit de contractualiser avec un cabinet d'audit externe à la suite d'un appel à concurrence.</p> <ul style="list-style-type: none"> En accord avec l'observation. La DAF en coordination avec la CNPEV veillera à ce que les informations financières et programmatiques soient sauvegardées sur des disques durs externe. En attendant la mise à jour du manuel de procédures, une note de procédure de restitution des équipements et documents lors du départ du personnel sera formalisée et validée par la DAF en coordination avec la CNPEV. 	<p>RAF/Suivi évaluation</p> <p>RAF</p>	<p>31 mars 2026</p> <p>31 mars 2026</p>
4.2.3	Renforcer la préparation et le suivi budgétaire	<p>La DAF devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> Initier le processus d'élaboration et de validation du budget et du PTA, conformément au manuel de procédures, en mobilisant toutes les parties prenantes (DAF, CNPEV, EMO, partenaires techniques) ; 	Modérée	<ul style="list-style-type: none"> L'initiative de l'élaboration du PTA est du ressort de la CNPEV. Elle est chargée de coordonner ce processus en collaboration avec les EMO et les partenaires techniques. La DAF quant à elle participe aux allocations budgétaires des activités annuelles retenues par la CNPEV dans le PTA. A titre illustratif, l'élaboration du PTA 2026 actuellement en cours a été initiée par la CNPEV. 	Coordinatrice du PEV	30 avril 2026

Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
		<p>Le MS devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> Appuyer la DAF et l'Unicef pour la mise en place d'un cadre de collaboration et de partage d'information permettant un suivi efficace de l'exécution des budgets relatifs aux différentes subventions. 		<p>Un point sur les réalisations des subventions gérées par les partenaires sera inscrit à l'ordre du jour lors des réunions techniques mensuelles avec mention au PV</p>	DAF	31 mars 2026
4.2.4	Nécessité d'améliorer la gestion et le suivi des comptes bancaires du programme	<p>La DAF devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> Désigner un signataire suppléant pour chaque compte bancaire, conformément aux exigences du manuel de procédures, et notifier les PTF pour avis de non-objection. Unifier les bases comptables au niveau de Tom2Pro dans les plus brefs délais afin de faciliter le suivi des opérations sur les comptes bancaires recevant les fonds Gavi. Mettre en place une comptabilité d'engagement et procéder à la saisie comptable au jour le jour afin de pouvoir rapprocher la comptabilité des relevés bancaires en fin de mois (voir constat 4.2.1.). 	Modérée	<ul style="list-style-type: none"> Les comptes bancaires sont cosignés par le Secrétaire Général (SG) et le Directeur Administratif et Financier (DAF), avec pour signataire suppléant le Secrétaire Général Adjoint (SGA). Toutefois, le poste de SGA est actuellement vacant à la suite du départ à la retraite de son précédent titulaire. Un processus de désignation d'un nouveau SGA est en cours. La DAF estime que l'approche préconisée ne garantit pas une traçabilité optimale de l'information financière. La consolidation des données financières extraites des bases comptables dans Tom²pro permet d'assurer un meilleur suivi des opérations enregistrées sur les comptes bancaires. Actuellement, une mise à jour du manuel de procédures est prévue. Une réunion préliminaire entre la DAF, le PSA et l'AT a été tenue en novembre 2025. Il a été discuté durant cette réunion du changement de la méthode de comptabilisation en "comptabilité d'engagement". Ce point reste à discuter et à convenir avec le 	<p>MS/DAF</p> <p>RAF</p> <p>Comptable/MS</p>	<p>30 juin 2026</p> <p>30 septembre 2026</p> <p>En continu à la fin de chaque mois</p>

Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
		<ul style="list-style-type: none"> Obtenir les relevés bancaires mensuels des entités et faire des vérifications ponctuelles pour s'assurer que les fonds sont utilisés conformément aux objectifs du programme. Etablir de manière mensuelle des ERB pour tous les comptes (y compris ceux des DRS et districts), avec validation formelle par le RAF, le DAF et le Secrétaire Général, conformément au manuel. Procéder à la clôture des subventions lorsqu'elles sont terminées et après vérification des soldes, reverser les fonds résiduels selon les modalités prévues par les accords de partenariat. 		<p>"Finance Manager" de Gavi.</p> <ul style="list-style-type: none"> Les relevés bancaires sont disponibles et peuvent être demandés auprès des entités de mise en œuvre pour faire les vérifications de l'utilisation des fonds. Les états de rapprochement bancaires des comptes du DAF/MS sont établis mensuellement. Pour ceux des DRS et Districts leur établissement se fera après enregistrement des pièces justificatives reçues des entités de mise en œuvre. <p>En accord avec l'observation. Les subventions dont les délais de mise en œuvre sont échus seront clôturées selon les modalités prévues par les accords de partenariat.</p>	<p>Comptable/MS</p> <p>RAF</p>	<p>En continu à partir du 31 mars 2026</p> <p>Au plus tard trois (03) mois à compter de la fin de la subvention</p>
4.2.5	Insuffisances dans l'apurement des avances	<p>La DAF devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> Mettre en place un mécanisme formel de relance mensuelle, centralisé par la DAF, pour la transmission des pièces justificatives et des relevés bancaires par les entités décentralisées (voir constat 4.2.1.), et lier ce dispositif à la mise en œuvre d'un plan d'apurement des avances, incluant le suivi et le recouvrement systématique des avances non justifiées (voir constat 4.2.8.). 	Elevée	<ul style="list-style-type: none"> En accord avec l'observation. Actuellement, le taux de justification des avances sur les activités du microplan du T3 2024 est à 94%. Les relevés bancaires des DRS et des districts ont été fournis afin de vérifier la réception des fonds, leur utilisation et le solde disponibles à la fin de chaque activité. Une checklist des PJ est à remplir avant le décaissement aux DRS et 	RAF	Continu après réalisation des activités de terrain

Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
		<ul style="list-style-type: none"> Organiser des sessions de formation ciblées pour les gestionnaires des DRS et des districts sur les procédures d'octroi, de justification et de suivi des avances, en mettant l'accent sur les délais et les responsabilités (voir constat 4.2.1.); Prendre les mesures adéquates pour accélérer la vérification et la comptabilisation des lots de pièces justificatives de liquidation des avances. Instaurer un mécanisme formel de relance mensuelle pour la transmission des pièces justificatives et des relevés bancaires, avec un suivi centralisé par la DAF Obtenir des preuves de versement de fonds (attestation de réception des fonds) afin de comptabiliser ces opérations en avance. 		<p>districts pour les prochaines réalisations du microplan.</p> <ul style="list-style-type: none"> En accord avec l'observation. A ce jour, des sessions de formations ont été organisées (avril, août et septembre 2025) dans les trois régions (Ngazidja, Anjouan et Mohéli) à l'endroit de tous les gestionnaires comptables des DRS et districts. Celles-ci portaient sur la justification et le suivi des avances. Des appuis ponctuels sont également prévus dans le cadre des missions de supervision trimestrielles organisées par la DAF avec l'assistance de l'AT PKFBAGE. En accord avec l'observation. Les lots de pièces justificatives reçues des entités de mise en œuvre ont fait l'objet de vérification à la fois par la DAF et le prestataire de services d'assurances (PSA). La DAF prendra les dispositions pour leur enregistrement dans la comptabilité. <p>En accord avec l'observation. La DAF fera une relance mensuelle par mail pour la transmission des pièces justificatives et des relevés bancaires</p> <ul style="list-style-type: none"> En accord avec l'observation. Les relevés bancaires obtenus des 	<p>RAF</p> <p>Comptable</p> <p>Comptable</p> <p>Comptable</p>	<p>En continu à partir du 31 mars 2026</p> <p>En continu à partir du 31 mars 2026</p> <p>En continu (à la fin de chaque mois à compter du 31 mars 2026)</p>

Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
		<ul style="list-style-type: none"> S'assurer que les relevés bancaires des entités décentralisées sont reçus mensuellement (voir constat 4.2.4.). 		<p>régions et districts ont permis d'attester de la réception des fonds par ces derniers.</p> <p>En accord avec l'observation. Les relevés bancaires des EMO au 31 décembre 2024 sont disponibles.</p>	Comptable	<p>15 jours après chaque versement de fonds</p> <p>En continu à la fin de chaque mois</p>
4.2.6	Nécessité de renforcer le cadre de redevabilité des organisations de la société civile	<p>Le MS devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> S'assurer que les contrats signés avec les OSC précisent les obligations en matière de justification financière, à savoir les délais, les types de documents et les formats attendus, et les conséquences en cas de non-conformité. Joindre des checklists pour chaque type de dépenses en annexe des contrats afin de permettre aux OSC de savoir ce qui est attendu en matière de pièces justificatives. Avant tout décaissement, effectuer une revue du système de contrôle interne et des manuels de procédures des OSC pour s'assurer qu'ils sont alignés avec les exigences de Gavi en matière de gestion financière et de redevabilité. Le cas échéant, proposer un manuel de procédures succinct si ceux utilisés par les OSC ne sont pas assez précis Organiser des sessions de renforcement des capacités pour les OSC partenaires sur les normes de gestion financière, de justification et de reporting attendues. S'assurer que le processus de vérification systématique des pièces justificatives prévu dans le manuel de procédure, soit mis en place pour les OSC et y ajouter l'émission d'un rapport de conformité et une liste formelle des pièces manquantes à transmettre aux OSC (voir constat 4.2.1.). Obtenir les relevés bancaires mensuels des entités afin de vérifier l'existence réelle des fonds versés. 	Modérée	<p>Des défis ont été constatés lors de la première sélection par la CNPEV des OSCs devant intervenir dans les trois îles, notamment dans la clarification des tâches attendues et des livrables, ayant nécessité l'intervention de Gavi et du PSA pour aboutir à la révision des termes de référence et l'élaboration d'un dossier d'appel d'offres révisé. Les contrats qui seront signé avec les OSCs préciseront les obligations en matière de contrôle interne et de justification des dépenses, ainsi que l'utilisation du manuel de procédures en vigueur.</p>	DAFMSPS/CNPEV	En continu
4.2.7.	Absence de procédure d'archivage au niveau de la CNPEV	<p>La DAF devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> Élaborer une procédure claire précisant les modalités de classement, de conservation, de numérotation et d'accès aux pièces justificatives, en conformité avec les exigences du manuel de procédures. 	Elevée	<ul style="list-style-type: none"> Nous prenons acte de cette recommandation. Toutefois, nous pensons qu'en lieu et place de 	RAF	

Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
		<ul style="list-style-type: none"> Réviser le système de rangement physique des pièces justificatives originales (par journaux comptable plutôt que par requête) afin de faciliter leur recherche ; Désigner un responsable de l'archivage, chargé notamment d'assurer un suivi périodique des pièces jointes afin de garantir leur disponibilité à tout moment et non lors de de l'audit uniquement Assurer un suivi régulier du processus de numérisation des pièces justificatives en cours. 		<p>l'élaboration d'une nouvelle procédure, il serait préférable d'assurer une meilleure diffusion et assimilation de cette disposition déjà prévue dans le manuel de procédures.</p> <ul style="list-style-type: none"> En accord avec l'observation. Les pièces justificatives seront désormais rangées par journaux comptables ; En accord avec l'observation. Un responsable de l'archivage sera désigné au niveau de chaque service ; <p>En accord avec l'observation.</p>	<p>Comptable</p> <p>DAF/Coordinatrice du PEV</p> <p>DAF/CNPEV</p>	<p>31 mars 2026</p> <p>Immédiat</p> <p>30 mars 2026</p> <p>En continu</p>
4.2.8	Dépenses mises en question	<p>Voir recommandations spécifiques à chaque catégorie de constats :</p> <ul style="list-style-type: none"> Diffuser le manuel de procédures et les attentes en matière de justification de l'utilisation des fonds à toutes les structures concernées (Districts, DRS, OSC, etc.) (voir constat 4.2.61 et 4.2.6.) ; Mettre en place un mécanisme structuré de renforcement des capacités à destination des gestionnaires au niveau décentralisé et des gestionnaires des OSC (voir constat 4.2.1. et 4.2.6.) ; Mettre en place des mécanismes de contrôle interne concernant la justification des fonds (check-list de dépenses notamment) ; 	Elevée	<ul style="list-style-type: none"> Voir réponses données aux points 4.2.1 et 4.2.6 ; Voir réponses données aux points 4.2.1 et 4.2.6 ; Observation prise en compte. Une check-list des dépenses est en cours d'élaboration afin de renforcer le système de contrôle interne ; 	RAF	Trimestre 1_2026

Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
		<ul style="list-style-type: none"> Respecter les seuils de mises en concurrence prévu dans le manuel de procédures et dans les textes nationaux (voir constat 4.4.1.). 		<ul style="list-style-type: none"> Voir réponses données aux points 4.4.1 ; 		
4.2.9	Non-respect des obligations fiscales liées aux rémunérations	<p>La DAF devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> S'assurer de la conformité du programme aux dispositions légales en vigueur, notamment celles du Code du travail, du Code général des impôts et des décrets applicables, en intégrant ces exigences dans les procédures internes. 	Elevée	<p>Application de l'IGR sur les primes :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le non-paiement de l'IGR sur les primes de performance est une non-conformité au regard des textes fiscaux en vigueur et déjà rappelée au DAF. Au titre de régularisation, le RAF a fait la déclaration des salaires et de l'impôt sur le revenu des personnes physiques (IRPP) retenus à la source le 1^{er} février 2025 pour la période de janvier à novembre 2024. La déclaration concerne le personnel bénéficiaire de la DAF et de la CNPEV. Les IRPP dus ont été payés le 22 février 2025 après validation par le Secrétaire Général du Ministère de la Santé. <p>Mise à jour sur les procédures de la paie :</p> <p>Les procédures révisées de la paie devront être adaptée pour inclure automatiquement le calcul et le prélèvement de l'IRPP sur toutes les rémunérations, y compris les primes de performance afin de garantir une conformité réglementaire continue.</p>	RAF	A partir de janvier 2026
4.3	Gestion des immobilisations					
4.3.1	Lacunes dans la gestion des immobilisations	<p>La DAF devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> Veiller à l'intégration de toutes les immobilisations du programme dans un fichier consolidé et les intégrer dans le 	Elevée	<ul style="list-style-type: none"> En accord avec l'observation. Toutes les acquisitions faites depuis la transition de 		

Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
		<p>logiciel comptable (y-compris celles acquises par le responsable passation des marchés et notamment les nouveaux matériels roulants) ;</p> <ul style="list-style-type: none"> Recenser, codifier et étiqueter l'ensemble des équipements et matériels financés par Gavi (via Unicef ou DAF), en y intégrant les informations essentielles (nature, localisation, état, valeur, date d'acquisition). La DAF devra intégrer le matériel roulant et s'assurer la mise à jour régulière de cette base ; S'assurer que chaque bien immobilisé reçoit automatiquement un code d'identification unique lors de son enregistrement, grâce au système informatique, et vérifier que cette codification est correcte et sans erreur ; Planifier et exécuter des inventaires physiques annuels : Elaborer un calendrier budgétisé d'inventaires, conformément au manuel des procédures, afin de disposer d'une vue d'ensemble actualisée sur les immobilisations et de détecter à temps les pertes, dégradations ou besoins de renouvellement ; Veiller à l'enregistrement, dans le registre des immobilisations, des nouveaux matériels roulants (motos) réceptionnés en 2025 avant d'être envoyés sur le terrain afin de s'assurer que toutes les informations nécessaires au suivi ont bien été prises en compte. 		<p>la gestion financière à la DAF font l'objet de suivi dans un fichier Excel. Cependant, une séance de travail avec l'Unicef est prévue pour le début d'année 2026 afin de consolider le fichier unique des immobilisations.</p> <ul style="list-style-type: none"> Des travaux d'inventaire des immobilisations de fin d'exercice sont prévus, en complément de ceux déjà réalisés au mois de septembre 2025, afin de constituer une liste exhaustive de toutes les immobilisations du programme. Le rapport d'inventaire sera partagé Tous les équipements financés par Gavi seront recensés. La codification et étiquetage, avec une attention particulière portée aux nouveaux matériels est prévu pour fin juillet 2026. Chaque bien recevra désormais un code d'identification unique <p>Une mission d'inventaire physique annuelle sera budgétisée et intégré dans le PAO 2026.</p> <p>Le registre sera mis à jour pour tenir compte des nouveaux matériels roulant réceptionnés.</p>	<p>RAF</p> <p>RPM</p> <p>RPM</p> <p>RPM</p> <p>Logisticien CNPEV</p>	<p>31 juillet 2026</p> <p>31 juillet 2026</p> <p>31 juillet 2026</p> <p>30 avril 2026</p> <p>30 avril 2026</p>
4.3.2	Insuffisances dans le dispositif de suivi et de maintenance des équipements	<p>La DAF devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> Veiller à ce que tous les équipements (y compris les véhicules) disposent d'une couverture d'assurance adéquate, conformément aux exigences des partenaires techniques et 	Elevée	<ul style="list-style-type: none"> Une ligne assurance et maintenance des véhicules disponible au pays et ceux en attente de livraison et des matériels sera 	RAF	A compter 30 avril 2026

Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
		financiers (PTF) ; <ul style="list-style-type: none"> Mettre en place des contrats de maintenance pour l'ensemble des équipements bureautiques, informatiques et véhicules ; Développer un plan de maintenance préventif et curatif pour le matériel roulant et s'assurer que les réparations sont faites à temps ; Veiller à ce que tous les véhicules disposent d'un carnet de bord, incluant toutes les informations requises par le manuel de procédures et indiquant également le programme concerné ; Assurer le suivi mensuel de consommation via une fiche de suivi de consommation remplie mensuellement par le RAF et vérifiée par le DAF et le SG. Les consommations excessives doivent être analysées et justifiées. 		inscrite dans le PTA 2026. <ul style="list-style-type: none"> Des contrats de maintenance seront mis en place pour les équipements critiques, avec un plan de maintenance préventif et curatif opérationnel. Il est important de souligner que le programme ne dispose pas actuellement de véhicules en état de fonctionnement. Chaque véhicule disposera d'un carnet de bord conforme aux procédures dont les consommations excessives seront systématiquement analysées et justifiées. Un mécanisme de suivi régulier sera mis en place et sera assuré par les responsables administratifs et financiers, pour la conformité et la transparence dans la gestion des ressources. 		
4.4	Achats et passations de marchés					
4.4.1	Faiblesses dans la planification et la gestion des marchés publics	Le MS, soutenu par la DAF, devra : <ul style="list-style-type: none"> Finaliser le recrutement d'un RPM dans les plus brefs délais (voir constat 4.1.7.) ; Élaborer et valider un PPM annuel, en concertation avec les équipes programmatiques et financières, et le transmettre à la DNCMP et aux partenaires techniques ; 	Elevée	<ul style="list-style-type: none"> Observation déjà prise en compte. Le RPM a été recruté et a pris fonction en juillet 2025 ; En accord avec l'observation. Le responsable en passation des marchés (RPM) récemment recruté aura la charge de l'établissement du plan de passation de marchés (PPM) annuel en concertation avec les équipes programmatiques et financières dès validation du 	DAF RPM	Depuis juillet 2025 30 mars 2026

Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
		<ul style="list-style-type: none"> Lancer chaque année un avis général de passation des marchés pour constituer une base de fournisseurs agréée, selon des critères techniques et financiers clairs ; S'assurer du respect des procédures décrites dans le manuel de procédures relative à la passation des marchés (notamment en ce qui concerne les seuils, le plan de passation de marchés, la liste de fournisseurs agréés) ; Mettre en place un processus formalisé de sélection et d'évaluation des fournisseurs, incluant la documentation des comparatifs d'offres ; Renforcer le rôle du CCIA dans le contrôle préalable des étapes de planification et de passation (voir constat 4.1.2.) ; <p>Mettre en place un index d'archivage permettant de retrouver facilement les éléments constitutifs des dossiers de passation de marchés (voir constat 4.2.7.).</p>		<p>PAO.</p> <ul style="list-style-type: none"> Observation déjà prise en compte pour l'exercice 2025. Toutefois, l'appel n'a pas été concluant en raison du nombre très limité de fournisseurs ayant répondu (05 au total). La DAF a demandé et obtenu de l'UNICEF le partage de sa base de données des fournisseurs et prévoit de demander l'ANO de Gavi pour son utilisation. En accord avec l'observation ; Observation déjà prise en compte en 2024 avec la mise en place d'un manuel de procédures. La sélection et l'évaluation des fournisseurs sont ainsi effectuées et formalisée avant tout achat de biens ou services. En accord avec l'observation. Voir réponse donnée au point 4.1.2 ci-dessus. <p>Voir réponse donnée au point 4.2.7 ci-dessus.</p>	<p>RPM</p> <p>RAF</p>	<p>28 février</p>
4.5	Gestion des vaccins					
4.5.1	Défaut de mise à jour et de diffusion des procédures	<p>Le MS devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> Réviser et valider les PON au niveau central. Vulgariser et diffuser les PON, à tous les niveaux de la 	Elevée	<ul style="list-style-type: none"> Les PON ont été révisées et validées au niveau du groupe technique logistique (GTL) et sont en attente de reproduction et diffusion dans toutes les régions 	Logisticien CNPEV	Juin 2026

Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
	opérateurs normalisés (PON)	<p>pyramide sanitaire pour garantir une application uniforme des procédures de gestion des vaccins et de la chaîne du froid ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place des sessions de formation régulières pour le personnel afin de renforcer la compréhension et l'application des PON ; • Instaurer un mécanisme de suivi et d'évaluation, notamment à travers les supervisions périodiques (voir recommandation 4.6.5.), pour s'assurer que les PON sont bien comprises et appliquées correctement à tous les niveaux. 		<p>et districts.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des sessions de formation sont programmées pour renforcer la compréhension et l'application de ces PON. • Les supervisions 2026 vont intégrer la thématique suivie d'utilisation et application des PON, afin de garantir son application uniforme à l'amélioration de la chaîne d'approvisionnement. 		
4.5.2	Insuffisance du dispositif de suivi et de mise en œuvre du plan d'amélioration de la GEV	<p>La MS devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un mécanisme de suivi du plan d'amélioration, avec des indicateurs de progrès, des échéances claires et des revues trimestrielles ; • Désigner un point focal GEV au sein de la CNPEV, responsable du pilotage du plan et du reporting ; • Intégrer les actions prioritaires du plan dans le PTA, avec un suivi budgétaire et opérationnel dédié ; • Organiser une revue semestrielle du plan, avec présentation des progrès lors des réunions du CCIA et des GMR ; • Mobiliser les partenaires techniques pour appuyer la mise en œuvre des activités en retard, notamment en matière de formation, d'équipement et de supervision ; • Mettre à jour le plan d'amélioration, en fonction des progrès réalisés et des nouvelles priorités identifiées. 	Elevée	<ul style="list-style-type: none"> • À la suite des faiblesses de suivi sur le plan d'amélioration de la GEV au sein de la CNPEV, l'Unicef a pris le lead en attendant la désignation d'un point focal GEV par la CNPEV. • Le plan d'amélioration est exécuté actuellement à 48,4%. Cependant, 25,0% activités sont soit partielles, soit en cours de réalisation. 3 activités seront finalisées d'ici juin 2026 et 3 autres d'ici septembre 2026. Une révision opérationnelle est prévue en juin 2026 pour adapter les 10 activités partielles et les 17 non démarrées au contexte actuel des ressources limitées et en assurer la progression. • Les activités du PAO/PTA 2026 de la logistique sera centre sur la mise en œuvre du PA/GEV, bien que les contraintes budgétaires et opérationnel soient au rendez-vous. • Les partenaires techniques seront mobilisés pour appuyer la mise en œuvre du PA/GEV, notamment lors des revues semestrielles organisées dans 	Logisticien CNPEV	Décembre 2026

Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
				les lles, lors des formations et supervisions.		
4.5.3	Défaillances dans la planification et la distribution des vaccins	<p>La MS devra s'assurer que :</p> <ul style="list-style-type: none"> Mettre en place un mécanisme de validation des prévisions au niveau régional, avant une consolidation au niveau central ; Renforcer les capacités des agents de santé dans la définition des besoins ; Élaborer un plan logistique national pour le transport des vaccins, incluant les besoins en véhicules, les itinéraires, les fréquences de livraison et les responsabilités ; Développer un plan de maintenance préventif et curatif pour le matériel roulant et s'assurer que les réparations sont faites à temps (voir constat 4.3.2.) ; Mettre en place un mécanisme de coordination logistique entre les niveaux central, régional et périphérique, avec des calendriers partagés et des outils de suivi. 	Elevée	<ul style="list-style-type: none"> Un système de rapportage mensuel des états des stocks est mis en place pour faciliter la visibilité des stocks et consolidation au niveau régional. Avec l'appui de l'Unicef et du financement de GAVI, un atelier de renforcement des capacités des points focaux PEV avait été organisé en Aout et Septembre, dont la thématique validation des prévisions avait été développé dont le suivi est en cours. Après la réalisation d'un inventaire général des équipements du PEV, un plan logistique national est en cours d'élaboration, incluant la maintenance préventive et curative du matériel roulant. La GTL initie des réunions de coordination logistique avec les prestataires du niveau régional et district, dont le suivi, des orientations de gestion sont partagés. 	<ul style="list-style-type: none"> CNPEV (responsable de la gestion de vaccin de des approvisionnements), Logisticien de 3 DRS <p>PF/PEV de chaque DS</p>	Mars 2026
4.5.4	Améliorations requises en matière de gestion physique des vaccins et des intrants secs	<p>La MS devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> Finaliser et diffuser les PON relatives à la gestion physique des vaccins, des intrants secs et des déchets (voir constat 4.5.1.) ; Réaliser un diagnostic national des capacités de stockage des intrants secs à tous les niveaux (central, régional, périphérique) ; Stocker de manière appropriée les seringues et autres intrants secs : Définir un emplacement approprié pour le stockage des seringues et des intrants secs, pour éviter toute contamination et faciliter l'accès et la gestion des stocks ; Mettre en place un système de gestion des stocks, y compris des intrants secs, incluant le suivi des dates de péremption, 	Modérée	<ul style="list-style-type: none"> Comme dit à la section 4.5.1, les PON révisé en attente de reproduction et diffusion, ont intégré toutes les composantes de la GEV, dont la gestion physique des vaccins et des intrants secs. En guise de préparation de la campagne RR et introduction du nouveau vaccin HPV, un diagnostic national des capacités de stockage avait été réalisé et le pays a des GAP considérable dans le stockage et gestion des intrants sec. Les dépôts du PEV 	<ul style="list-style-type: none"> Responsable de la gestion de vaccin des approvisionnements CNPEV 	Juin 2026

Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
		<p>la rotation des intrants (premier expiré, premier sorti), et des inventaires réguliers ;</p> <ul style="list-style-type: none"> Former, à tous les niveaux, le personnel, chargé de la gestion des vaccins, aux bonnes pratiques en matière de gestion des stocks (de vaccins et intrants secs), à l'utilisation d'outils de suivi (registres physiques et électroniques) et à l'élimination des déchets (et leur rapportage) ; Renforcer les supervisions : en lien avec les recommandations du constat 4.6.5., intégrer des indicateurs sur la gestion physique des vaccins, sur l'évaluation des conditions d'entreposage des intrants secs, et sur la gestion des déchets dans les guides de supervision ; S'assurer du respect des normes de sécurité, en équipant l'ensemble des dépôts d'alarme incendie, d'extincteurs et de fosses sécurisées. Renforcer la coordination logistique, pour assurer une collecte régulière et sécurisée des déchets médicaux, notamment dans les zones périphériques. 		<p>et des DS ne disposent pas des capacités nécessaires et spécifiques pour ses intrants</p> <ul style="list-style-type: none"> Eu égard aux GAP, les stockages desdits intrants sont difficilement réorganisés sans respect des normes, et le système de gestion des stocks sont encore lacunaires. Des actions prioritaires engagées, ont incluent la réorganisation des espaces, le renforcement de la gestion des stocks et une utilisation efficace des étagères. Une nécessité de mobilisation des ressources pour la réhabilitation graduelle des dépôts, permettra d'améliorer la conformité et sécuriser des intrants Pour ce faire, les supervisions intègrent désormais des indicateurs spécifiques de suivi de stock, bien que celui-ci est d'obligation de rapportage chaque mois lors de partage des états de stocks en vaccin et consommables. 		
4.5.5	Garantir la fiabilité et la maintenance des équipements de la chaîne du froid	<p>La MS devra s'assurer que :</p> <ul style="list-style-type: none"> Élaborer et mettre en œuvre un plan national de maintenance des équipements de la chaîne du froid, couvrant les interventions préventives et curatives, avec des calendriers, des responsabilités claires et des outils de suivi (voir constat 4.3.2.) ; Renforcer les capacités techniques en formant les points focaux régionaux aux bases de la maintenance, avec l'appui du niveau central ou de partenaires techniques ; Mettre en place un système de suivi et d'enregistrement des pannes (voir constat 4.3.2.), assorti d'indicateurs de performance (temps moyen de réparation, taux de disponibilité des équipements, etc.) ; 	Elevée	<ul style="list-style-type: none"> Après les inventaires réalisés en septembre 2025, un plan de maintenance des équipements de la chaîne du froid est en cours d'élaboration pour être mis en œuvre en 2026. Les logisticiens du PEV et les points focaux régionaux et districts seront accompagnés/coaché dans la maintenance de base. Un système de suivi des pannes et des indicateurs de performance se feront de manière opérationnelle. Les 	<ul style="list-style-type: none"> Logisticien CNPEV 	Juin 2026

[Réf.]	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
		<ul style="list-style-type: none"> • Explorer les options de contrats de maintenance avec des prestataires agréés pour certaines zones difficiles d'accès ou à forte densité d'équipements. 		<p>installations des RTMD faciliteront le suivi du fonctionnement des ECF à temps réel à travers la gestion de température.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des options de contrats de maintenance sont toujours en étude bien qu'une main d'œuvre locale soit absente. 		
4.5.6	Insuffisances dans la gestion administrative des vaccins et intrants secs	<p>Le MS devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer et diffuser des formats standardisés pour les registres physiques, incluant les intrants secs (voir constat 4.5.2.) ; • Assurer la disponibilité d'équipements informatiques adaptés, y compris une connexion internet, dans les structures de santé (voir constat 4.3.2.) ; • Renforcer les capacités des agents par des formations régulières sur la gestion des stocks et l'utilisation du e-SMT ; • Renforcer les contrôles effectués au niveau central et intégrer le contrôle qualité des registres au canevas de supervision (voir constat 4.6.5.) ; • Clarifier l'utilisation des catégories de pertes dans le e-SMT ; • Mettre en place un système de rapportage des pertes de vaccins et doses et intrants secs périmés, avec des indicateurs de suivi. 	Elevée	<ul style="list-style-type: none"> • Des outils standards de gestion ont été validés lors de l'atelier de Retaj. La reproduction est en attente, suite au manque de financement sur la ligne. • Des nouvelles ordinateurs 23 ont été acquis et distribué pour renforcer le parc informatique. • La capacité des logisticiens et PF/PEV des DRS et DS ont été renforcé sur la thématique lors de la formation/atelier de 3 jours par régions, sur la gestion des stocks et l'utilisation du eSMT. • Les contrôles qualité et suivi sont intégrés aux supervisions et lors de rapportage des états des stocks. • La clarification des catégories de pertes et le mécanisme de rapportage ont été présentés aux logisticiens et PF/PEV, avec un rapportage hebdomadaire des états des stocks désormais institué. Des mesures complémentaires sont en cours lors du rapportage par Thrive360, pour assurer le suivi des pertes et périmés conformément aux SOP-GEV. 	<ul style="list-style-type: none"> • Logisticien CNPEV 	Juin 2026
4.6	Suivi et évaluation					

Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
4.6.1	Défis liés à la qualité et à la fiabilité des données de vaccination	<p>La MS devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Définir et diffuser des procédures claires de validation et de correction des écarts ; • S'assurer de la mise en œuvre et du suivi régulier du PAQD de 2025 (voir recommandations du constat 4.1.1.) ; • Harmoniser les processus de saisie pour réduire la duplication des tâches, réduire les erreurs et améliorer l'efficacité ; • Renforcer les capacités des agents à travers des formations ciblées sur la qualité des données et l'utilisation des outils 	Elevée	<p>- Un protocole et un guide de validation des données ont été élaborés puis diffusés à l'ensemble des régions afin d'harmoniser les procédures de vérification et de validation des données (Juin 2025). Un accompagnement sera offert aux districts pour l'utilisation des procédures.</p> <p>- Le PAQD 2025 sera mis en œuvre à 80% au moins à la fin de 2026. Son suivi sera assuré dans le cadre du mécanisme de suivi mise en place et des mises à jour seront partagés lors des réunions mensuelles du sous-comité technique du CCIA.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un atelier de révision et de validation des outils de gestion a été organisé afin d'harmoniser les processus de saisie et d'améliorer l'efficacité du système. (Aout 2025) <p>Le pays est passé au DHIS2 pour la collecte des données d'immunisation. Ceci participera de renforcer l'harmonisation, la qualité et la disponibilité des données vaccinales au niveau national. Un suivi sera fait du niveau de rapportage au cours des réunions mensuelles du sous-comité technique du CCIA, les PV faisant foi.</p> <p>Après l'élaboration du protocole et du guide opérationnel de validation des données, une formation en</p>	<p>Suivi évaluation CNPEV</p> <p>Suivi évaluation CNPEV</p> <p>Suivi évaluation CNPEV</p> <p>Suivi évaluation CNPEV</p>	<p>Continu (à partir du 30 avril 2026</p> <p>Continu (à partir du 30 avril 2026)</p> <p>Continu (à partir du 30 avril 2026)</p> <p>Continu (à partir du 30 avril 2026)</p>

Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
		<p>numériques ;</p> <ul style="list-style-type: none"> Mettre en œuvre des supervisions régulières avec des outils de contrôle qualité standardisés (voir constat 4.6.5). 		<p>cascade a été organisée afin d'assurer leur appropriation par l'ensemble des acteurs concernés (Juillet 2025). Une formation a été réalisée en février 2026 dans le cadre du passage au DHIS2 pour la saisie des données d'immunisation. Les capacités des acteurs ont été renforcées à tous les niveaux sur la qualité des données et l'utilisation du DHIS2 pour contrôler la qualité des données. Le PV des formations sera partagé</p> <p>-Un plan de supervision formative intégré sera élaboré. Un point trimestriel sera fait sur la réalisation régulière des supervisions et partagé au cours de la réunion mensuelle, le mois suivant la fin du trimestre le PV faisant foi</p>		30 avril 2026
4.6.2	Faiblesses en matière de surveillance des Maladies Evitables par la Vaccination (MEV)	<p>La MS devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> Harmoniser les outils de collecte de données et diffuser des directives claires sur leur utilisation respective ; Renforcer le cadre technique, en finalisant, diffusant et appliquant les manuels, guides et protocoles de surveillance ; Former systématiquement les agents de santé sur les outils numériques, les procédures de surveillance et l'analyse des données ; Mettre en place un mécanisme d'analyse croisée entre données de surveillance et de couverture vaccinale, avec alertes automatiques ; 	Elevée	<ul style="list-style-type: none"> Les outils de collecte des données ont été harmonisés en août 2025 Les manuels, guides et protocoles de surveillance seront mise à jour, avec l'appui de l'OMS Une session de formation des agents sera organisée Les comités polio déjà en place seront le cadre formel d'analyse croisée entre les données de surveillance et les données de 	<p>Responsable Surveillance des MEV/CNPEV</p> <p>Responsable Surveillance des MEV/CNPEV</p> <p>Responsable Surveillance des MEV/CNPEV</p> <p>Responsable Surveillance des MEV/CNPEV</p>	<p>30 avril 2026</p> <p>30 avril 2026</p> <p>30 juin 2026</p> <p>30 juin 2026</p>

Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
		<ul style="list-style-type: none"> Organiser des supervisions régulières selon la fréquence définie à chaque niveau (voir constat 4.6.5.) pour identifier les problématiques et renforcer les capacités des collaborateurs. 		<p>couverture vaccinale. Sur le DHIS2, le tableau de bord sera paramétré pour permettre de visualiser simultanément les indicateurs clés de surveillance et de performance vaccinale. Un système d'alertes automatiques (avec seuils prédéfinis) sera paramétré pour identifier rapidement les districts présentant une baisse de couverture associée à une augmentation des cas suspects ou confirmés</p> <p>Un plan de supervision intégré sera élaboré et permettra de couvrir l'ensemble des thématiques</p>	Responsable Surveillance des MEV/CNPEV	30 avril 2026
4.6.3.	Disponibilité limitée des supports et outils informatiques de collecte des données	<p>La MS devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> Mettre en place un mécanisme de planification et de suivi des besoins en supports physiques, avec un stock de réserve au niveau central (voir constat 4.5.3.) ; Finaliser et mettre en œuvre le plan de reprographie et de diffusion des outils du PEV, en assurant un suivi de la distribution et de l'utilisation effective dans les structures ; Élaborer un plan de maintenance et de renouvellement des équipements informatiques, en priorisant les zones à forte activité vaccinale (voir constat 4.5.3.) ; Renforcer la coordination entre les niveaux central, régional et périphérique pour anticiper les ruptures et les besoins en outils de collecte (voir constat 4.5.3.). 	Modérée	<ul style="list-style-type: none"> -Un registre sera mis en place pour la gestion des stocks des outils de collecte de données - Un plan de reprographie et de distribution des outils de collecte de données basé sur les besoins sera finalisé et mis à disposition - Un inventaire des équipements informatiques sera fait, avec un plan de maintenance et de renouvellement <p>Un mécanisme formel de remontée et de consolidation trimestrielle des besoins en outils de collecte depuis le niveau périphérique vers le niveau central sera mis en place, avec une mise à jour présentée lors des réunions mensuelles, les PV faisant foi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Responsable Logistique CNPEV, - Responsable Logistique CNPEV - Responsable Logistique CNPEV - Responsable Logistique CNPEV 	<ul style="list-style-type: none"> -30 avril 2026 -30 avril 2026 -30 avril 2026 30 avril 2026

Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
4.6.4	Nécessité de renforcer la fréquence et la qualité des supervisions formatives	La MS devra :	Modérée	Le cadre de supervision sera complété pour couvrir l'ensemble des processus.	CNPEV (suivi évaluation)	30 avril 2026
		<ul style="list-style-type: none"> • Compléter le cadre de supervision, afin de s'assurer que l'ensemble des processus soit couvert lors des supervisions ; • S'assurer de la mise en œuvre des activités prévues au PTA, et s'assurer que le processus de planification est réalisé en temps voulu (voir constat 4.1.5) ; 		Le management veillera au respect du plan de travail et à sa planification dans les délais.	Coordinatrice Nationale du PEV	
		<ul style="list-style-type: none"> • Respecter la fréquence des supervisions formatives prévues selon le calendrier ; 		-Un plan de supervision formative intégré sera élaboré et permettra de suivre le respect du calendrier. . Un point sera fait lors des réunions trimestrielles du CCIA	Coordinatrice Nationale du PEV	30 avril 2026
		<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la documentation et l'archivage des rapports de supervision à tous les niveaux ; 		Un drive sera mis en place et l'accès sera donné aux DRS et aux districts pour faciliter l'archivage des rapports dans le cloud.	Responsable Suivi Evaluation CNPEV,	30 avril 2026
		<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un mécanisme de suivi des recommandations, incluant des outils de suivi, des échéances et des responsables désignés (voir constat 4.1.1.) ; 		Un outil de suivi des recommandations partagé dans le drive sera utilisé pour le suivi. L'état de mise en œuvre sera partagé lors des réunions mensuelles du sous-comité technique du CCIA	Responsable Evaluation CNPEV, Suivi	30 avril 2026
		<ul style="list-style-type: none"> • Réviser la grille de supervision afin d'y intégrer le suivi des recommandations précédentes, ainsi que la qualité de l'archivage et de la documentation, les conditions de stockages des vaccins et intrants secs (constat 4.5.6.), la gestion physique des vaccins et des déchets (constat 4.5.4.) ; 		La grille de supervision intégrée révisée en 2025 sera passée en revue pour s'assurer que les éléments mentionnés sont pris en compte	Responsable Evaluation CNPEV, Suivi	30 avril 2026
<ul style="list-style-type: none"> • Former les superviseurs à la supervision formative centrée sur le renforcement des compétences et non uniquement sur le contrôle. 	Les superviseurs seront briefés sur la supervision formative centrée sur le renforcement des compétences	Responsable Evaluation CNPEV, Suivi	31 mai 2026			