

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

Le rapport d'audit ci-joint présente les conclusions de l'audit portant sur les soutiens de Gavi au Programme d'immunisation du Gouvernement du Niger, mis en œuvre par le ministère de la Santé et de l'Hygiène Publiques (MSHP). Les travaux d'audit, menés par l'équipe d'audit des programmes de Gavi entre mai et juin 2025, ont porté sur l'utilisation des subventions Gavi versées entre le 1er janvier 2020 et le 31 décembre 2024. Ces subventions ont concerné le renforcement du système de santé (RSS), l'acquisition de vaccins, les coûts opérationnels de la vaccination, ainsi que les soutiens apportés au pays au titre de la facilité COVAX entre 2021 et 2022.

Cet audit fait suite à celui réalisé en 2019, qui avait conclu à une gestion partiellement satisfaisante des soutiens apportés par Gavi au pays. L'audit de 2025 fait observer des progrès notables dans la gestion du Programme Élargi de Vaccination et un engagement continu du ministère en faveur de l'immunisation. Toutefois, il met en évidence la persistance de défis majeurs susceptibles de compromettre la pérennité des acquis, notamment en matière de gouvernance et de gestion financière. Les points saillants de la synthèse du rapport d'audit (pages 3 à 6), décrits de manière détaillée dans le corps du rapport, sont les suivants :

1. L'audit a conclu que la gestion des soutiens Gavi par le MSHP **nécessite des améliorations significatives** (page 3), ce qui signifie que « les contrôles internes et les procédures de gestion des risques présentent des faiblesses dans leur nature ou dans leur opérationnalisation qui pourraient affecter négativement la réalisation des objectifs des programmes soutenus par Gavi ».
2. Vingt-sept (27) recommandations ont été formulées en réponses aux déficiences identifiées dans : (i) la Gouvernance ; (ii) la Gestion comptable et financière ; (iii) la passation des marchés ; (iv) la Gestion des vaccins, et (v) le Suivi-évaluation.
3. Les principaux constats ont mis en évidence notamment les éléments suivants :
 - a. L'Unité de Gestion des Subventions Gavi (UGS-G) souffre d'un manque de reconnaissance institutionnelle et de cadre légal. En l'absence d'un cadre organisationnel approprié et reconnu, l'UGS-G n'a pas été dotée des profils et compétences nécessaires à l'accomplissement de sa mission, ce qui a fortement affecté sa performance dans la gestion des subventions Gavi durant la période auditée.
 - b. Le processus de rapportage financier par l'UGS-G est inefficace, marqué par des ateliers coûteux, des retards dans la production des Rapports de Suivi Financier (RSF) et une faible supervision de la gestion comptable dans les régions. À cela s'ajoutent des défaillances d'archivage et une faible qualité des pièces justificatives qui ont conduit à la mise en question de dépenses d'un montant de 80 343 USD.
 - c. La gestion des immobilisations acquises à l'aide des financements Gavi présente également d'importantes lacunes dont l'absence d'un registre consolidé des biens et le défaut d'inventaire physique périodique.

- d. La gestion des espaces de stockage au niveau des entrepôts du dépôt central présente des insuffisances de nature à mettre à risque les éléments en stocks. De plus, la multiplicité des outils de monitoring des stocks et les discordances d'informations entre ces outils compromettent la fiabilité des données pour la prise de décision.
- e. Des améliorations importantes sont nécessaires dans le processus de dédouanement des véhicules frigorifiques acquis sur financement Gavi pour réduire les délais et disponibiliser les véhicules au bénéfice du Programme.
- f. Des défis persistent dans la qualité des données de vaccination malgré des améliorations progressives observées entre 2022 et 2024.

Les constats de l'audit des programmes ont été partagés avec le MSHP, ainsi que la demande de remboursement du montant de 80 343 USD. En mars 2026, le MSHP a soumis au Secrétariat de Gavi, un plan d'actions correctives adressant les recommandations formulées par l'audit.

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

Genève, mai 2026.

RAPPORT D'AUDIT DES PROGRAMMES

République du Niger

Avril 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 | 8 |
| 2.3. Déroulement de la mission d'audit | 8 |
| 2.4. Taux de change appliqués | 9 |
| 3. Contexte | 10 |
| 3.1. Introduction | 10 |
| 3.2. Structures impliquées dans la mise en œuvre des subventions Gavi | 11 |
| 4. Résultats détaillés | 13 |
| 4.1. Gouvernance et performance organisationnelle des entités | 13 |
| 4.2. Gestion comptable et financière | 24 |
| 4.3. Achats et passations de marchés | 32 |
| 4.4. Gestion des vaccins | 33 |
| 4.5. Suivi et évaluation | 41 |
| Annexes | 46 |
| Annexe 1 – Acronymes | 47 |
| Annexe 2 – Méthodologie | 48 |
| Annexe 3 – Définitions : opinion, notes d'audit et priorités | 49 |
| Annexe 4 – Classification des dépenses | 50 |
| Annexe 5 – Etat d'exécution du plan d'actions correctives du MSHP issu de l'audit précédent | 51 |
| Annexe 6 – Synthèse des dépenses testées et des conclusions de l'audit | 56 |
| Annexe 7 – Détail des dépenses mises en question par l'audit | 57 |
| Annexe 8 – Discordances de données de stocks | 62 |
| Annexe 9 – Compte-rendu de visites de terrain | 63 |
| Annexe 10 – Plan d'actions correctives aux constats d'audit | 74 |

1. Résumé exécutif

1.1. Constatations d'audit par section

| Section* | Constat | Risque* | Page |
|-------------|--|---------|-----------|
| 4.1. | Gouvernance et performance organisationnelle | | 13 |
| 4.1.1. | Nécessité d'un cadre de suivi formalisé de la mise en œuvre des recommandations | ■ | 13 |
| 4.1.2. | Défis liés au fonctionnement des organes de pilotage stratégique du programme | ■ | 15 |
| 4.1.3. | Insuffisance du cadre légal et organisationnel de l'UGS-G | ■ | 17 |
| 4.1.4. | Gouvernance et coordination insuffisantes au sein de l'UGS-G | ■ | 18 |
| 4.1.5. | Gestion des ressources humaines à renforcer | ■ | 19 |
| 4.1.6. | Besoin de renforcement du cadre procédural de l'UGS-G | ■ | 20 |
| 4.1.7. | Nécessité de clarifier la fonction de contrôleur interne de l'UGS-G | ■ | 22 |
| 4.1.8. | Rôle de surveillance des subventions Gavi non tenu par l'IGSS | ■ | 23 |
| 4.2. | Gestion comptable et financière | | 24 |
| 4.2.1. | Absence de compte bancaire dédié aux fonds Gavi à la Direction des Immunisations | ■ | 24 |
| 4.2.2. | Manque d'efficacité du processus d'élaboration des rapports de suivi financiers par l'UGS-G | ■ | 25 |
| 4.2.3. | Besoins de renforcement de la gestion comptable des subventions Gavi | ■ | 26 |
| 4.2.4. | Faiblesse de suivi des avances ouvertes | ■ | 27 |
| 4.2.5. | Défaillances du système d'archivage des pièces justificatives de dépenses | ■ | 28 |
| 4.2.6. | Dépenses mises en question | ■ | 29 |
| 4.2.7. | Insuffisances dans la gestion patrimoniale des biens financés par Gavi | ■ | 30 |
| 4.2.8. | Absence de dispositif de gestion du carburant des générateurs et des véhicules | ■ | 31 |
| 4.3. | Achats et passations de marchés | | 32 |
| 4.3.1. | Défaut d'appropriation par l'UGS-G du processus de planification et de suivi d'exécution des marchés | ■ | 32 |
| 4.4. | Gestion des vaccins | | 33 |
| 4.4.1. | Nécessité d'adaptation et de mise à disposition des procédures opératoires normalisées (PON) | ■ | 33 |
| 4.4.2. | Gestion insuffisante des entrepôts secs du dépôt central du PEV | ■ | 34 |
| 4.4.3. | Besoin d'allègement du processus de dédouanement des véhicules octroyés par Gavi | ■ | 35 |
| 4.4.4. | Dispositif de maintenance des équipements de la chaîne du froid à renforcer | ■ | 36 |
| 4.4.5. | Gestion physique des vaccins insuffisante | ■ | 37 |
| 4.4.6. | Multiplicité des outils de rapportage des données de stocks aux niveaux régional et district | ■ | 38 |
| 4.4.7. | Insuffisance dans la saisie et le contrôle des données des fichiers SMT du niveau central | ■ | 39 |
| 4.5. | Suivi et évaluation | | 41 |
| 4.5.1. | Défis liés à la qualité des données de vaccination | ■ | 41 |
| 4.5.2. | Nécessité de renforcer la supervision des activités du PEV de routine | ■ | 44 |
| 4.5.3. | Capacité de surveillance épidémiologique au niveau opérationnel à renforcer | ■ | 45 |

1.2. Opinion d'audit globale

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

Afin de réduire les risques associés aux constats énumérés ci-dessus, l'équipe d'audit a proposé **27 recommandations** nécessitant la mise en œuvre d'un plan d'actions correctives (**Annexe 10 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 présente les résultats de l'audit des programmes Gavi au Niger réalisé en 2025. Il couvre les différents volets de l'appui apporté par Gavi à la République du Niger sur la période de 2020 à 2024 et fait suite à l'audit de 2019 qui avait conclu à une gestion partiellement satisfaisante. L'audit de 2025 confirme des progrès notables dans la gestion du Programme Élargi de Vaccination (PEV ou Programme). Toutefois, il met en évidence la persistance de défis majeurs susceptibles de compromettre la pérennité des acquis, notamment en matière de gouvernance et de gestion financière.

Points positifs relevés par l'audit

L'audit a permis de constater des avancées significatives dans la gestion du PEV au Niger. Le ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) démontre un fort engagement, illustré par la tenue régulière des réunions du Comité de Coordination Inter-Agences (CCIA) avec la participation ministérielle, ainsi que par la création de plusieurs comités thématiques pour le suivi de la mise en œuvre du programme d'immunisation.

Des progrès notables sont également observés dans la chaîne du froid, grâce à une dotation globalement satisfaisante en équipements à tous les niveaux de la pyramide sanitaire avec l'appui des subventions CCEOP Gavi. Les subventions RSS ont aussi permis la construction d'infrastructures clés, dont les nouveaux bureaux de la Direction des Immunisations (DI) et des entrepôts centraux et régionaux.

Enfin, les efforts en matière d'amélioration de la qualité des données se sont intensifiés avec le déploiement du registre électronique « Tracker », en cours de mise à l'échelle après une phase pilote réussie, et avec l'intensification du monitoring des données via l'outil DHIS2, soutenue par les partenaires.

Malgré ces avancées, des insuffisances subsistent, notamment en matière de cadre de gouvernance appliqué à la gestion des subventions Gavi, de gestion des vaccins, et de suivi-évaluation.

Gouvernance et performance organisationnelle

L'audit révèle des faiblesses persistantes dans la gouvernance et l'organisation du Programme. L'absence d'un cadre formalisé pour le suivi des recommandations issues des évaluations et audits limite la mise en œuvre des engagements du MSHP et empêche une coordination efficace des actions correctives.

La préparation technique des réunions du CCIA est affaiblie par l'absence d'activité du sous-comité technique et ses commissions prévus dans les textes de création du CCIA. De même, le fonctionnement du Groupe Technique Consultatif de Vaccination (GTCV) n'est pas conforme à ses textes. Ce comité d'experts se réunit uniquement sous saïne du MSHP plutôt que par des réunions ordinaires trimestrielles telles que prévues. Par ailleurs, le remplacement des membres de droit du GTCV indisponibles n'a pas encore pu être effectué, privant le Programme d'une partie des expertises requises. La résolution rapide de cette situation est indispensable pour éviter toute interruption dans le traitement des questions urgentes liées à la vaccination par le GTCV.

Sur le plan organisationnel, l'Unité de Gestion des Subventions Gavi (UGS-G) souffre d'un manque de reconnaissance institutionnelle et de cadre légal. En dehors de la lettre adressée à Gavi par le Secrétaire Général du MSHP en mai 2022, aucun texte n'officialise sa création au sein du Gouvernement et ne légitime ainsi la mission qui lui est confiée. Dans son fonctionnement, l'UGS-G continue de se référer au manuel des procédures administratives, financières et comptable du Fonds Commun Santé (FCS), bien que certaines dispositions de ce manuel ne soient pas adaptées à l'organisation de l'UGS-G et qu'elles n'intègrent pas les exigences spécifiques convenues entre Gavi et le Gouvernement (GMR).

Par ailleurs, en l'absence d'un cadre organisationnel approprié et reconnu, l'UGS-G n'a pas été dotée des profils et compétences nécessaires à l'accomplissement de sa mission, ce qui a fortement affecté sa performance dans la gestion des subventions Gavi durant la période audité. Afin de remédier à cette situation, la mise en œuvre des recommandations spécifiques des GMR relatives à l'organisation de l'UGS-G doit être engagée de manière prioritaire.

Les enjeux liés aux ressources humaines portent aussi, à un niveau plus global, sur la nécessité d'anticiper la gestion des effectifs du Programme et de revoir le plan de transfert des compétences. Un dispositif de relève et de transfert des compétences s'impose, tant pour le nombre significatif d'acteurs proches de l'âge de la retraite que pour les comptables régionaux déployés temporairement par Gavi dans les huit régions du pays. Enfin, le mécanisme de surveillance de la gestion des subventions Gavi, à l'initiative du MSHP nécessite un renforcement. Des exigences spécifiques formulées dans les GMR relativement à l'implication de l'Inspection Générale des Services de Santé (IGSS) dans la surveillance de cette gestion n'ont pas été adressées.

Gestion comptable et financière

Les défis organisationnels précédemment évoqués ont entraîné une gestion comptable et financière défailante des subventions Gavi au Niger sur la période audité, compromettant ainsi la conformité et la transparence de leur gestion. Dans ce contexte, les insuffisances suivantes ont été constatées.

Le processus de rapportage financier par l'UGS-G est inefficace, marqué par des ateliers coûteux, des retards dans la production des Rapports de Suivi Financier (RSF) et une faible supervision de la gestion comptable dans les régions. La comptabilité présente également des insuffisances telles que l'absence de contrôle budgétaire automatisé, la faible maîtrise du logiciel Tom2Pro, la non-conformité au plan comptable OHADA et des retards dans la justification des avances. À cela s'ajoutent des défaillances d'archivage et une faible qualité des pièces justificatives qui ont conduit à la mise en question de dépenses d'un montant de 80 343 USD (47 462 384 FCFA) représentant 3% du montant total testé. Par ailleurs, la DI ne dispose pas de compte bancaire dédié, entraînant une manipulation excessive d'espèces et des risques élevés de fraude et de non-conformité réglementaire.

La gestion des immobilisations acquises à l'aide des financements Gavi présente également d'importantes lacunes dont l'absence d'un registre consolidé des biens et le défaut d'inventaire physique périodique. En outre, aucun dispositif n'est en place pour le suivi du carburant des générateurs ni pour le suivi de l'utilisation des véhicules du Programme, accentuant le risque de détournement de carburant et d'utilisation inadéquate des véhicules.

Achats et passations de marché

L'audit a constaté un manque d'appropriation par l'UGS-G du processus de planification et de suivi des marchés, en contradiction avec les exigences des GMR et du manuel de procédures du FCS. Bien que ces textes prévoient une implication active de l'UGS-G dans l'élaboration des Plans de Passation des Marchés (PPM) et le suivi de leur exécution, cette participation demeure limitée. Aucun PPM spécifique aux subventions Gavi n'est préparé et aucun rapport d'exécution des marchés n'est produit, limitant la transparence et la traçabilité. Ces insuffisances s'expliquent par l'absence d'un manuel de procédures adapté et d'un profil dédié à la gestion des marchés au sein de l'UGS-G. L'UGS-G et la DI ont dû solliciter à plusieurs reprises le bureau pays de l'Unicef pour piloter certains processus de passation de marchés, en dehors des acquisitions d'engins roulants et d'équipements de la chaîne du froid qui lui sont spécifiquement attribuées par les GMR.

La révision de la structure organisationnelle et du cadre opérationnel de l'UGS-G est indispensable pour lui permettre d'assumer pleinement son rôle dans le suivi des marchés financés par Gavi. Cette action contribuera également à renforcer la transparence et la traçabilité des activités, réduisant ainsi de manière significative les risques de fraude et de corruption dans le processus de passation de marchés.

Gestion des vaccins

Concernant la gestion des vaccins et des intrants associés, l'audit a mis en évidence des insuffisances majeures de nature à nuire à la performance et à la durabilité du programme.

Le dispositif de maintenance de la chaîne du froid est fragile, dépendant d'un prestataire externe au niveau du dépôt central et des régions, et d'agents insuffisamment équipés au niveau périphérique, ce qui accroît le risque de pannes et de ruptures. La gestion des espaces de stockage au niveau des entrepôts du dépôt central est inappropriée et met à risque les éléments en stocks.

En outre, les nouvelles procédures opératoires normalisées (PON), bien que disponibles au niveau central, ne sont ni adaptées ni diffusées efficacement dans les structures périphériques, favorisant la perpétuation de pratiques inadéquates en matière de gestion des vaccins et intrants. De plus, la gestion physique des vaccins et la supervision sont insuffisantes, notamment dans les cliniques privées, exposant à des pertes de stocks et à une baisse de qualité du service de vaccination. Sur le plan de la gestion administrative des stocks, la multiplicité des outils de rapportage et les erreurs dans les fichiers Excel de suivi de stocks (*Stock Management Tool* – SMT) génèrent des incohérences, compromettant la fiabilité des données pour la prise de décision. Les risques de pertes de vaccins et consommables, de ruptures de stocks, et d'altération de la couverture vaccinale au Niger sont ainsi élevés.

Par ailleurs, le dédouanement de cinq véhicules frigorifiques acquis sur financement Gavi et destinés aux régions a accusé un retard de plus de deux ans, retardant l'amélioration de la distribution des vaccins dans les localités cibles. Il est nécessaire que le MSHP engage le plaidoyer auprès du Gouvernement pour l'allègement du processus de dédouanement des équipements octroyés par Gavi au Programme.

Suivi et évaluation

Des défis persistent dans la qualité des données de vaccination malgré des améliorations progressives observées entre 2022 et 2024, notamment grâce à la mise en œuvre du plan d'amélioration de la qualité des données (PAQD 2020-2022). Les écarts entre les données de couvertures administratives et celles issues des enquêtes restent élevés (16 points en 2023 contre un objectif de 5 prévu dans le PPAC 2016-2022), révélant des problèmes de fiabilité des données. Des discordances entre les stocks de vaccins disponibles et les doses administrées, des omissions fréquentes de saisie des données dans les fichiers SMT, ainsi que des erreurs de saisie au niveau des points de collecte (formations sanitaires), sont également constatées, et, loin d'être marginaux, ces écarts sont structurels en nature, révélant des problèmes profonds et persistants de fiabilité des données.

L'impact de ces faiblesses est aggravé par l'insuffisance de supervision des activités du PEV de routine (faible fréquence, absence d'inclusion des structures privées, recommandations peu formalisées et non suivies). De plus, le dispositif actuel ne prévoit pas de mécanisme structuré pour la supervision de proximité du PEV de routine par les responsables des formations sanitaires. L'insuffisance de supervision du PEV de routine limite la disponibilité d'informations fiables pour orienter les choix stratégiques, ce qui peut conduire à des priorités mal définies et à des décisions peu adaptées aux besoins réels.

Par ailleurs, la capacité de surveillance épidémiologique est limitée : seulement 5 % des agents de santé au niveau national ont suivi une formation structurée en rapport avec la surveillance épidémiologique et les communautés sont peu sensibilisées, ce qui réduit la capacité à détecter et répondre rapidement aux foyers épidémiques.

1.4. Impact quantitatif des constatations d'audit

L'impact quantitatif des constatations est présenté 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 en FCFA et USD (en bleu)

| Subventions MSHP | Dépenses engagées | Dépenses testées | Dépenses suffisamment justifiées | Proportion testée justifiée % | Dépenses mises en question | Proportion testée mise en question % |
|----------------------|-----------------------|----------------------|----------------------------------|-------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|
| RSS | 12 777 400 462 | 858 982 500 | 836 635 621 | 97% | 22 346 879 | 3% |
| | 21 629 116 | 1 454 054 | 1 416 226 | | 37 828 | |
| CDS & VPI | 4 249 489 972 | 335 243 545 | 315 108 040 | 94% | 20 135 505 | 6% |
| | 7 193 381 | 567 488 | 533 403 | | 34 085 | |
| Campagne Rougeole | 2 036 191 770 | 199 068 369 | 194 088 369 | 97% | 4 980 000 | 3% |
| | 3 430 069 | 335 341 | 326 911 | | 8 430 | |
| Total général | 19 063 082 204 | 1 393 294 414 | 1 345 832 030 | 97% | 47 462 384 | 3% |
| | 32 252 566 | 2 356 883 | 2 276 540 | | 80 343 | |

2. Champ et objectifs de l'audit

2.1. Champ de l'audit

Depuis 2004, le Gouvernement de la République du Niger, représenté par le ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP), a initié un partenariat avec Gavi formalisé par la signature d'un Accord-Cadre de Partenariat le 8 janvier 2014. Dans le cadre de cet accord, le MSHP a bénéficié à ce jour de plus de 535 millions USD de subventions Gavi pour l'achat des vaccins et équipements et pour le financement de diverses activités en lien avec le programme national d'immunisation établi par le Gouvernement.

Le présent audit a porté sur la période du 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2024 (« période auditée »), au cours de laquelle un montant total de 325,4 millions USD en ressources a été alloué au gouvernement du Niger sous forme de versements en espèces et de soutien à l'acquisition de vaccins. Le tableau suivant détaille par nature et par année les soutiens Gavi aux programmes d'immunisation en République du Niger au cours de la période auditée.

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

| Type de soutiens | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | Grand Total |
|--------------------------------------|-------------------|-------------------|--------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| Soutiens en espèces (1) | 8 727 584 | 17 552 190 | 19 001 165 | 17 534 031 | 22 358 750 | 85 173 720 |
| CCEOP | | 2 408 882 | 2 692 984 | | 5 400 | 5 107 266 |
| COVAX | | 3 825 319 | 3 591 218 | 5 210 830 | 4 058 143 | 16 685 510 |
| EAF | | | | 3 435 446 | 274 835 | 3 710 281 |
| HSS | 8 575 805 | 11 088 351 | 8 242 756 | 7 205 712 | 5 457 303 | 40 569 927 |
| IPV | | 205 283 | | | | 205 283 |
| M (Rougeole) | 125 537 | | 3 147 504 | | | 3 273 041 |
| MAL | | | | 203 846 | 14 269 | 218 115 |
| TCA | | | 1 316 292 | 1 430 599 | 4 205 621 | 6 952 513 |
| YF | 26 242 | 24 355 | 10 410 | 47 598 | 8 343 179 | 8 451 785 |
| Vaccins (2) | 14 895 418 | 49 566 238 | 87 700 670 | 34 868 519 | 53 191 896 | 240 222 741 |
| Vaccins Covid 19 | | 20 053 007 | 50 909 599 | 17 239 843 | | 88 202 449 |
| OCV | | 2 297 166 | 4 292 262 | 91 548 | 2 272 516 | 8 953 491 |
| VPI | 1 161 131 | 5 736 206 | 3 423 641 | 1 451 526 | 4 616 753 | 16 389 257 |
| Malaria (Paludisme) | | | | 2 817 225 | 4 788 632 | 7 605 857 |
| Men A | 711 132 | 5 716 171 | 5 138 977 | 3 061 398 | 6 714 577 | 21 342 256 |
| Rougeole (MR) | | | 2 846 842 | 46 637 | 890 544 | 3 784 023 |
| Pneumo (PCV) | 9 286 483 | 7 302 098 | 10 665 559 | 3 125 794 | 9 550 392 | 39 930 325 |
| Penta | 1 412 217 | 1 321 202 | 3 587 158 | 1 126 982 | 4 767 321 | 12 214 880 |
| Rotavirus (RV) | 1 214 508 | 5 511 377 | 4 031 558 | 2 042 980 | 5 932 235 | 18 732 658 |
| Fièvre Jaune (YF) | 1 109 947 | 1 629 011 | 2 805 074 | 3 864 587 | 13 658 927 | 23 067 545 |
| Total soutiens Gavi (1) + (2) | 23 623 002 | 67 118 429 | 106 701 835 | 52 402 549 | 75 550 646 | 325 396 461 |

Tableau 3 – Espèces décaissées par subvention et par entité de mise en œuvre durant la période auditée (en USD)

| Entité de mise en œuvre | CCEOP | CDS - COVAX | RSS | FAE | MAL (PALU) | MR | VPI | FIÈVRE JAUNE (YF) | TCA | Grand total |
|-------------------------|------------------|-------------------|-------------------|------------------|----------------|------------------|----------------|-------------------|------------------|-------------------|
| MSHP /UGS-G | | 10 883 632 | 27 574 359 | | | 3 147 504 | 205 283 | | | 41 810 778 |
| UNICEF | | 610 611 | 9 432 032 | 3 710 281 | | | | | 2 354 263 | 16 107 187 |
| WHO | | 97 028 | | | 218 115 | | | 8 332 996 | 1 652 704 | 10 300 843 |
| UNICEF SD | 5 107 266 | 2 169 659 | 3 456 259 | | | | | | | 10 733 183 |
| Autres AT* | | 2 924 580 | 107 277 | | | 125 537 | | 118 788 | 2 945 547 | 6 221 729 |
| Total | 5 107 266 | 16 685 510 | 40 569 927 | 3 710 281 | 218 115 | 3 273 041 | 205 283 | 8 451 785 | 6 952 513 | 85 173 720 |

(*) AT = Assistance technique

L'audit a principalement porté sur les dépenses engagées par le MSHP à partir des fonds Gavi décaissés par le FCS entre 2020 et 2022, et ceux décaissés par l'UGS-G de 2022 à 2024, soit un montant de 32 252 566 USD.

À la mi-2023, à la suite du coup d'État militaire, les décaissements directs au MSHP ont été suspendus et réalisés via l'UNICEF et l'OMS.

- UNICEF a géré les subventions RSS3 et FAE.
- OMS a géré les subventions pour l'introduction du vaccin contre le paludisme et la campagne contre la fièvre jaune.

La majorité des dépenses effectuées par le MSHP à partir des fonds décaissés par ces partenaires a été apurée en 2025, donc hors période auditée. Toutefois, certaines opérations apurées en 2024 ont été incluses dans le champ de l'audit :

- 3 642 859 USD pour les décaissements UNICEF
- 52 266 USD pour les décaissements OMS

Ces montants portent le total audité à **35 947 691 USD**.

Tableau 4 – Soutiens en espèces inclus dans le périmètre de cet audit (en USD)

| Entité | Fonds décaissés par Gavi | Hors périmètre d'audit | Périmètre d'audit | Soldes |
|----------------------|--------------------------|---|---|--------------------------------------|
| | 2020 - 2024 | (Part exécutée directement par les partenaires) * | (Dépenses exécutées par les structures du MSHP du 1er jan. 2020 - 31 déc. 2024) | (Trésorerie et engagements en cours) |
| MSHP / UGS-G | 41 810 778 | 0 | 32 252 566 | 9 558 212 |
| OMS (YF, MAL) | 8 551 112 | 0 | 52 266 | 8 498 845 |
| OMS (Autres) | 1 749 731 | 1 749 731 | 0 | 0 |
| Unicef (RSS 3 & FAE) | 13 142 313 | 7 265 725 | 3 642 859 | 2 233 729 |
| Unicef autres | 2 964 874 | 2 964 874 | 0 | 0 |
| Unicef Copenhague | 10 733 183 | 10 733 183 | 0 | 0 |
| Autres AT | 6 221 729 | 6 221 729 | 0 | 0 |
| TOTAL | 85 173 720 | 28 935 242 | 35 947 691 | 20 290 786 |

Les soldes de trésorerie au 31 décembre 2024 se présentent comme suit.

Tableau 5 – Fonds Gavi décaissés aux partenaires et au MSHP, non-encore dépensés au 31 décembre 2024 (en USD)

| Entité de mise en œuvre | Subventions | Solde de trésorerie au 31 décembre 2024 | Antériorité du solde | Source |
|-------------------------|--------------|---|----------------------|------------------------|
| MSHP /UGS-G* | CDS | 2 216 141 | 1 an 7 mois | Selon rapport PFM Gavi |
| MSHP /UGS-G* | RSS | 1 418 223 | 5 mois | Selon rapport PFM Gavi |
| UNICEF** | RSS | 1 833 992 | 7 mois | Selon rapport PFM Gavi |
| UNICEF** | FAE | 2 329 942 | 12 mois | Selon rapport PFM Gavi |
| OMS** | Fièvre Jaune | 5 263 309 | 8 mois | Selon rapport PFM Gavi |
| TOTAL | | 13 061 607 | | |

(*) Les états transmis par l'UGS-G à l'audit présentent un solde total de trésorerie de 3 439 762 USD au 31 décembre 2024.

(**) Les soldes de trésorerie des partenaires n'ont pas pu être validés par l'équipe d'audit.

2.2. Objectifs de l'audit

Conformément aux accords de programme et à la politique de Gavi sur la transparence et la responsabilité financière, tout pays 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, des informations de gestion et des informations opérationnelles, l'efficacité des opérations, la sécurité du patrimoine immobilisé, et la conformité avec les règlements et procédures nationaux et les exigences de Gavi en matière de gestion des subventions.

2.3. Déroulement de la mission d'audit

L'audit s'est fait en deux phases au Niger, en avril 2025 et de mai à juin 2025 :

- Mission de planification du 14 au 18 avril 2025 ;
- Mission d'audit du 26 mai au 06 juin 2025.

Les travaux d'audit ont été menés dans la capitale au niveau central et dans la Direction Régionale de la Santé Publique (DRSP) de Niamey, dans les districts sanitaires (DS) de Niamey 3 et 5 ainsi que dans certains centres de santé intégrés (CSI) et une clinique privée relevant de la DRSP de Niamey. Ces visites ont permis d'évaluer, au niveau décentralisé, la qualité et l'efficacité de la gestion des vaccins ainsi que l'utilisation faite des subventions Gavi.

2.4. Taux de change appliqués

Sur la période audité, les appuis financiers de Gavi ont été transférés directement au pays à travers le FCS et l'UGS-G, puis de manière transitoire, à l'Unicef et à l'OMS, suite au changement de régime politique au Niger. L'Unicef et l'OMS décaissent les fonds au MSHP directement en monnaie locale (F CFA). Quant à l'UGS-G, elle reçoit les fonds Gavi dans un compte bancaire en dollars américains (USD) et effectue des décaissements vers les comptes bancaires en francs CFA ouverts pour chacune des subventions reçues. Les virements sont enregistrés en comptabilité au taux de change en vigueur à la date de réception des fonds.

Sauf indication contraire, les taux de change appliqués dans le présent rapport pour les différentes observations correspondent aux taux en vigueur au 31 décembre de chaque année, tels que publiés par la Banque Centrale des États de l'Afrique de l'Ouest (BCEAO), et présentés dans le tableau ci-après.

Tableau 6 – Taux de change moyen entre USD et F CFA pour chaque année auditée

| ANNEE | FCFA pour 1 USD |
|------------|-----------------|
| 2020 | 535 |
| 2021 | 579 |
| 2022 | 615 |
| 2023 | 594 |
| 2024 | 631 |
| Taux moyen | 591 |

3. Contexte

3.1. Introduction

Contexte Général

Le Niger, pays sahélien enclavé d'Afrique de l'Ouest, s'étend sur environ 1 267 000 km². Il est limité à l'Est par le Tchad, à l'Ouest par le Mali et le Burkina Faso, au Nord par l'Algérie et la Lybie et au Sud par le Nigeria et le Bénin. Trois-quarts du pays sont désertiques et le quart restant (partie Sud) est une zone sahélo-soudanienne. Le principal cours d'eau permanent est le fleuve Niger qui traverse le pays à l'extrême Ouest sur 550 km.



Sa population est estimée à 27 millions d'habitants en 2024 selon la base de données de la Banque mondiale¹, avec une croissance démographique très rapide de 3,3 % par an et un âge médian d'environ 15 ans.

Sur le plan économique, le Niger a connu un rebond spectaculaire de sa croissance en 2024, à +8,4 % du PIB, poussé par le démarrage des exportations pétrolières et une bonne campagne agricole². Le PIB total s'élève à 19,5 milliards USD, avec un PIB par habitant d'environ 723 USD. Cependant, l'inflation a atteint 9,1 % en 2024, et 45 % de la population vit dans l'extrême pauvreté³.

Contexte sanitaire

Le système de santé du Niger est structuré selon une organisation pyramidale à trois niveaux :

- le niveau central, piloté par les Directions Centrales du MSHP, assure l'élaboration des politiques nationales, la régulation et la coordination ;
- le niveau intermédiaire, représenté par les Directions Régionales de la Santé Publique (DRSP), couvre les 8 régions administratives : Agadez, Diffa, Dosso, Maradi, Niamey, Tahoua, Tillabéri et Zinder.
- le niveau périphérique, qui comprend les 72 districts sanitaires, environ 1092 centres de santé intégrés (CSI) et 2464 cases de santé, assure les soins de santé primaires à la population.

Malgré cette structuration, le système sanitaire nigérien souffre d'un manque de ressources humaines, matérielles et financières. Le pays affiche l'un des ratios de personnel de santé les plus faibles d'Afrique, avec seulement 0,18 médecin pour 1 000 habitants⁴. L'accès aux soins reste très inégal entre zones urbaines et rurales, et les infrastructures sont souvent vétustes ou sous-équipées.

Les indicateurs de santé demeurent préoccupants : la mortalité maternelle est estimée à 441 décès pour 100 000 naissances vivantes, et la mortalité infanto-juvénile à environ 80 décès pour 1 000 naissances vivantes (Unicef Niger 2020). Les épidémies de paludisme, rougeole, et méningite sont récurrentes, et la malnutrition aiguë sévère touche une part importante des enfants de moins de cinq ans.

Vaccination

La lutte contre les maladies évitables par la vaccination (MEV) au Niger a été marquée au cours des dernières années par le renforcement de la vaccination de routine à travers la mise en œuvre non seulement des stratégies classiques (fixe, avancée et mobile), mais aussi des stratégies novatrices de vaccination en milieu urbain, nomade, désertique et d'insécurité sur l'ensemble du pays. Les enquêtes de couverture vaccinale réalisées successivement en 2010, 2013, 2018 et 2024 montrent que les couvertures par antigènes semblent progresser d'une enquête à l'autre. Les couvertures Penta 1 étaient respectivement de 87%, 89%, 93%, 94%, et celles de Penta 3 de 78%, 78%, 82% et 86%.

L'insécurité croissante dans les régions frontalières de Diffa, Tillabéri et Tahoua a provoqué des déplacements de population et affaibli les services de santé locaux. Le pays continue toutefois d'enregistrer des progrès dans un contexte de résilience à la situation d'insécurité, aux multiples contingences socio-sanitaires et économiques, y compris des épidémies liées aux maladies évitables par la vaccination (rougeole, méningite, diphtérie, polio et fièvre jaune) enregistrées au cours du premier semestre 2024.

¹ [Site Banque Mondiale](#)

² [Banque Mondiale : Press release N° 2025/088/AFW](#)

³ the docs.worldbank.org

⁴ [Banque mondiale, 2023](#)

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

Comité de Coordination Inter-Agences (CCIA)

Le CCIA a été créé au Niger par l'arrêté n° 0578/MSP/SG/DGSR/DI du 14 juin 2017 portant création, missions, composition, organisation et fonctionnement du comité de coordination interagences pour les activités de vaccination (CCIA), en vue de coordonner et de superviser les activités liées à la vaccination. Le CCIA est présidé par le ministre de la Santé, secondé par le ministre des Finances. Tous les directeurs généraux du MSHP et les partenaires techniques et financiers (PTF) sont parties prenantes aux réunions du CCIA. Le CCIA se réunit quatre fois par an en session ordinaire, de manière participative, et peut se réunir en session extraordinaire en fonction des besoins ou des urgences sanitaires. Sa mission principale est de garantir l'accessibilité, l'égalité, l'équité et la durabilité de la couverture vaccinale sur l'ensemble du territoire national.

Le CCIA s'appuie sur le sous-comité technique de coordination. Ce sous-comité est composé de 5 commissions : i) la commission des opérations, ii) logistique, iii) communication et plaidoyer, iv) monitoring et évaluation et v) finances.

Groupe Technique Consultatif pour la Vaccination (GTCV)

Le GTCV a été créé par arrêté n°00397/MSP/DGSR/DI en date du 28 octobre 2013, dans le but de renforcer la gouvernance scientifique du programme national de vaccination. Sa mission principale est de conseiller le MSHP et les principaux responsables en charge des programmes de vaccination, en matière de nouvelles orientations, politiques et stratégies vaccinales (révision des programmes/ calendrier vaccinal, introduction des nouveaux vaccins, l'efficacité, la qualité et la sécurité des vaccins). Il doit également émettre des recommandations pertinentes et motivées aux autorités sanitaires pour une prise de décision éclairée dans le domaine des immunisations.

Le GTCV est composé de trois catégories de membres :

- membres « de droit » (17) ;
- membres « ex officio » représentant les services techniques de l'Etat ;
- membres de liaison représentant les institutions internationales.

Le groupe se réunit en session ordinaire une fois par trimestre, et en session extraordinaire selon les besoins. Le Secrétariat du GTCV est assuré par la Direction des Immunisations (DI).

L'arrêté n°000989/MSP/SG/DGSR/DI du 13 septembre 2019 portant nomination des membres du Groupe Technique Consultatif pour la Vaccination (GTCV) du Niger a désigné les membres pour un mandat de 3 ans renouvelable une fois. Toutefois ce renouvellement ne pourra concerner à la fois plus de la moitié des membres (article 5).

Direction des Immunisations (DI)

La Direction des Immunisations (DI) relève de la Direction Générale de la Santé Publique, elle-même rattachée au Secrétariat Général du MSHP.

La DI est responsable de la mise en œuvre des programmes de vaccination de routine, des campagnes de vaccination, ainsi que des stratégies avancées et foraines visant à atteindre les enfants non-vaccinés. La DI est composée d'un directeur, de quatre divisions (Vaccinations, Logistique et Approvisionnement, Gestion des données, Communication), d'un Secrétariat de la Direction et d'un Service Administratif et Financier.

La Direction de la Surveillance et de la Riposte aux Épidémies (DSRE)

La DSRE au sein du MSHP a les missions suivantes :

- *Surveillance épidémiologique* : La DSRE suit de manière active et intégrée les épidémies à travers le pays en collectant des données épidémiologiques auprès des centres de surveillance épidémiologique et des centres de santé intégrés.
- *Riposte aux épidémies* : Elle est responsable de la réponse aux épidémies.
- *Centralisation des données* : La DSRE centralise les données épidémiologiques fournies par les différentes régions du pays, y compris les statistiques sur les cas, la distribution géographique, les agents pathogènes et le taux de létalité.
- *Publication de rapports* : Elle publie régulièrement des bulletins d'information sur la situation épidémiologique, comme des bulletins sur la méningite.

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

Sur la période audité, les subventions Gavi ont été gérées par le MSHP à travers le Fonds Commun d'Appui à la mise en œuvre du Plan de Développement Sanitaire (FCS), de 2020 à mi-2022, et à partir du deuxième trimestre 2022 par l'UGS-G. Avant la mise en place de l'UGS-G (mai 2022) le FCS était le point focal des financements des Partenaires Techniques et Financiers participants au Fonds Commun (PTF-FC), y compris Gavi depuis 2012, au sein du MSHP. Il supervisait et traitait la soumission des demandes de fonds provenant des directions de l'Etat qui bénéficient des financements des PTF-FC. Plus largement, il est redevable de la gestion des fonds des PTF-FC octroyés aux différents organes du MSP.

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

Le Secrétaire Général du MSHP (SG) est le Coordonnateur du FCS. Le FCS compte plus de vingt collaborateurs au niveau central et un Comptable Régional dans chacune des huit (08) Directions Régionales de Santé Publique (DRSP). Le niveau central intègre les services de comptabilité, trésorerie, informatique, ressources humaines, passations de marchés, contrôle de gestion, contrôle interne et audit interne.

En 2022, par accord mutuel entre Gavi et le MSHP, les subventions Gavi ont été dissociées de la gestion par le FCS et confiées à une Unité de gestion dédiée.

Unité de Gestion des Subventions Gavi (UGS-G)

L'Unité de Gestion des Subventions Gavi (UGS-G) est née de la sortie des subventions Gavi du FCS en 2022. Elle demeure cependant placée sous la coordination du SG du ministère de la santé tout comme le FCS. L'UGS-G a pour mission d'assurer la coordination, la gestion technique, administrative et financière des subventions octroyées par Gavi Alliance, par la Fondation Bill et Melinda Gates, et la Fondation Aliko Dangote au Gouvernement du Niger, à travers le MSHP. Elle est en charge de :

- élaborer et suivre le plan de mise en œuvre des subventions ;
- assurer la gestion budgétaire, comptable et financière des fonds ;
- coordonner les activités avec les autres parties prenantes (ministères, partenaires, régions sanitaires) ;
- produire les rapports techniques et financiers exigés par les bailleurs ;
- veiller à la conformité des dépenses aux règles de passation des marchés et aux procédures de Gavi ;
- faciliter les audits et évaluations liés à l'utilisation des subventions.

Structures du niveau déconcentré

Le système de santé déconcentré du Niger repose sur une organisation territoriale comprenant :

- Huit (08) Directions Régionales de la Santé Publique (DRSP)
- Soixante-douze (72) districts sanitaires. Chaque district sanitaire regroupe plusieurs Centres de santé intégrés (CSI) et Postes de santé.
- Les CSI offrent des services plus complets que les postes de santé, incluant des soins de santé maternelle et infantile, des soins curatifs, et parfois des services de laboratoire.
- Les postes de santé sont souvent situés dans les zones rurales et offrent des soins de santé de base, comme la vaccination, les consultations prénatales, et la prise en charge des maladies courantes.

Organisations de la société civile (OSC)

Le ROASSN (Regroupement des ONG et Associations du Secteur de la Santé au Niger) est un regroupement d'organisations non-gouvernementales (ONG) et d'associations nigériennes travaillant dans le domaine de la santé. Ses objectifs incluent le renforcement des capacités de ses membres, la lutte contre les maladies endémiques, et le soutien aux programmes de santé publique tels que la vaccination et le don de sang.

Dans le cadre de la stratégie nationale pour améliorer la couverture vaccinale et l'équité, plusieurs OSC à travers le ROASSN ont bénéficié de partenariats entre 2020 et 2024 pour appuyer la DI. 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, et des zéro-dose dans les communautés faiblement couvertes.

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 identifiées lors de l'audit, leurs impacts, et propose des mesures correctives. Les constats d'audit sont regroupés par thématique, tels que présentés dans les sous-sections 4.1 à 4.5 ci-après.

4.1. Gouvernance et performance organisationnelle des entités

4.1.1. Nécessité d'un cadre de suivi formalisé de la mise en œuvre des recommandations

Contexte

En octobre 2017, Gavi a communiqué au MSHP les nouvelles exigences en matière de gestion des subventions « GMR », lesquelles remplacent, conformément à l'article 17.6 de l'Accord-Cadre de Partenariat (ACP), l'annexe 6 de l'accord initial signé le 8 janvier 2014. Ces GMR ont été mises à jour et notifiées au MSHP en décembre 2024. Il a été convenu que la mise en œuvre des GMR ferait l'objet d'un suivi semestriel, notamment à l'occasion des évaluations conjointes, et se poursuivrait jusqu'à ce que toutes les exigences soient pleinement satisfaites et, le cas échéant, intégrées dans les dispositifs réguliers de gestion, en cohérence avec les autres clauses de l'ACP.

En 2019, l'équipe d'audit des programmes du Secrétariat de Gavi a réalisé un audit des subventions Gavi au Niger. À l'issue de cette mission, vingt-et-une (21) recommandations ont été formulées pour corriger les faiblesses identifiées dans la gestion des programmes. En réponse, le MSHP a transmis à Gavi un plan d'actions correctives, avec pour échéance le troisième trimestre de 2020 pour la mise en œuvre complète des actions envisagées.

En 2020, le MSHP a élaboré avec l'appui des partenaires, un plan d'amélioration de la qualité des données (PAQD) pour exécution sur la période 2020-2022. Le mécanisme de suivi de ce plan incluait une évaluation formelle du plan au terme de la période et l'élaboration d'un nouveau plan couvrant 2023-2027.

Description

La mission d'audit a constaté que le MSHP n'a pas mis en place un cadre centralisé, formalisé et documenté pour assurer le suivi des recommandations issues des différentes évaluations de la gestion du Programme. Actuellement, seules les recommandations provenant des audits financiers externes font l'objet d'un suivi formalisé, réalisé par le contrôleur interne de l'UGS-G.

Les observations concernent notamment les recommandations et plans d'actions suivants adoptés par le MSHP :

- **Les GMR communiquées par Gavi en 2017 (mises à jour en décembre 2024)** : L'analyse menée dans le cadre de l'évaluation des capacités du Programme (ECP), commanditée par Gavi en 2023, a révélé que plusieurs exigences des GMR de 2017 n'avaient pas été mises en œuvre de manière satisfaisante. Cette analyse a conduit à la mise à jour des GMR en décembre 2024.
- **Le plan d'actions correctives établi par le MSHP à la suite de l'audit des programmes Gavi de 2019** : L'examen de l'état d'exécution de ce plan a montré que, sur les vingt-et-une (21) recommandations formulées, seules six (6) ont été mises en œuvre de manière satisfaisante, onze (11) partiellement mises en œuvre et quatre (4) non mises en œuvre (voir annexe 5). L'absence d'un mécanisme formalisé de suivi a entraîné le maintien de plusieurs faiblesses déjà relevées, notamment : la faiblesse du cadre de contrôle interne appliqué à la gestion des subventions Gavi (cf. constats 4.1.3-7), le manque d'encadrement du recours aux paiements en espèces (cf. constat 4.2.1), les insuffisances dans la gestion des immobilisations (cf. constat 4.2.7) et la faible qualité des données de stocks (cf. constat 4.5.1).
- **Le plan d'amélioration de la qualité des données (PAQD 2020-2022) élaboré en octobre 2020** : bien que plusieurs actions aient été réalisées, l'évaluation formelle du plan à son terme et l'élaboration d'un nouveau plan pour la période 2023-2027 n'ont pas été effectuées. L'absence de cette évaluation et d'un plan actualisé a contribué à la non-atteinte de l'objectif de réduction des écarts entre les données des enquêtes de couverture vaccinale et les données administratives (cf. constat 4.5.1).

Ces constats résultent de l'absence d'un mécanisme structuré de suivi transversal des recommandations et de leur rapportage aux instances de coordination et de pilotage. Elle empêche le MSHP de disposer d'une vision consolidée des faiblesses identifiées dans les différents domaines du Programme, ainsi que de l'état d'avancement des mesures

Recommandation 1

Le MSHP devrait instaurer un mécanisme formalisé, centralisé et opérationnel pour le suivi des recommandations issues des audits, évaluations et revues externes du Programme. Ce mécanisme devrait inclure :

1. **Un dispositif de suivi dédié**, permettant la coordination, le rapportage régulier et l'alerte en cas de retard ;
2. **Un registre électronique consolidé des recommandations**, intégrant leur origine, leur statut de mise en œuvre, les responsables désignés et les échéances ;
3. **Un rapportage périodique au CCIA** sur l'état d'avancement de la mise en œuvre des recommandations.

| | |
|--|--|
| <p>correctives associées.</p> | |
| <p>Causes racines</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Défaut de responsabilisation d'une structure du MSHP pour assurer la coordination du suivi des recommandations ; ○ Manque d'outils de suivi harmonisés, accessibles et utilisés de manière systématique par les parties prenantes. | <p>Réponses / Engagements du management</p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 10)</p> |
| <p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Réapparition des mêmes faiblesses, compromettant l'atteinte des objectifs du Programme ; ○ Diminution de l'efficacité des interventions du Programme de vaccination, en raison de la persistance des dysfonctionnements ; ○ Fiabilité insuffisante des données utilisées pour le suivi des indicateurs de performance, affectant la planification et la prise de décision ; ○ Maintien de faiblesses structurelles dans la gestion des vaccins, impactant la mise en œuvre du Programme ; ○ Difficultés à détecter et corriger rapidement les écarts de performance ou les dysfonctionnements du système. | |

4.1.2. Défis liés au fonctionnement des organes de pilotage stratégique du programme

Contexte

Le Comité de Coordination Interagences pour les Activités de Vaccination (CCIA) a été institué par arrêté n°0578/MSP/SG/DGSR/DI du 14 juin 2017, portant création, missions, composition, organisation et fonctionnement du CCIA. Sa mission est d'assister le MSHP dans la formulation, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques et des plans nationaux de vaccination.

Cet arrêté prévoit que le CCIA soit appuyé par un sous-comité technique de coordination, composé de membres issus du CCIA et organisé en cinq commissions : Opérations, Logistique, Monitoring et Évaluation, Communication et Plaidoyer, Finances. Le sous-comité technique a pour missions spécifiques :

- Examiner en détail les plans de travail, les budgets des activités de vaccination et les subventions de Gavi et de l'État ;
- Mettre en œuvre, suivre et évaluer les recommandations émanant du CCIA, et rendre compte des résultats de ses travaux au CCIA.

La DI organise régulièrement des réunions avec les partenaires techniques au sein du groupe thématique « DI-Partenaires ». De plus, un Comité de suivi de la gestion des vaccins a été créé par arrêté n°862/MSP/P/AS/SG/DGSP/DI du 24 août 2022, avec pour mission de suivre la mobilisation du financement de l'État pour l'achat des vaccins.

Le Groupe Technique Consultatif de Vaccination (GTCV) a été institué par arrêté n°00397/MSP/DGSR/DI du 28 octobre 2013. Il est composé de 17 membres de droit, des membres ex officio et des membres de liaison. Ses missions sont :

- Conseiller le ministère de la Santé Publique [MSHP] et les principaux responsables en charge des programmes de vaccination, en matière des nouvelles orientations, politiques et stratégies vaccinales (révision des programmes/calendrier vaccinal, introduction des nouveaux vaccins, l'efficacité, la qualité et la sécurité des vaccins) ;
- Emettre des recommandations pertinentes et motivées aux autorités sanitaires pour une prise de décision éclairée dans le domaine des immunisations ;
- Faire un plaidoyer en direction des autorités nationales, de la société civile, du secteur privé, pour soutenir les politiques nationales de vaccination ;
- Rédiger et partager périodiquement les rapports d'activités avec le ministère de la Santé Publique [MSHP] et les principaux partenaires concernés par la promotion des activités de vaccination.

Le GTCV se réunit en session ordinaire trimestrielle et en session extraordinaire sur convocation de son président. Les membres actuels ont été désignés par arrêté n°000989/MSP/SG/DGSR/DI du 13 septembre 2019, pour un mandat de trois ans, renouvelable une fois, avec la règle que le renouvellement ne peut concerner simultanément plus de la moitié des membres.

Description

La mission d'audit a relevé des insuffisances dans le fonctionnement du CCIA et du GTCV.

• CCIA : absence de mise en place formelle du sous-comité technique prévu par les textes

Le CCIA du Niger se réunit régulièrement avec la participation du ministre de la Santé, des partenaires techniques et financiers (PTF) et des organisations de la société civile. Toutefois, le sous-comité technique de coordination et ses cinq commissions, chargés d'apporter un appui opérationnel au CCIA, n'ont pas été formellement institués. Bien que des réunions soient organisées entre la DI et les points focaux techniques des PTF, celles-ci ne peuvent être assimilées au sous-comité technique tel que défini dans les textes. Ce sous-comité a pour missions spécifiques :

- Examiner en détail les plans de travail, les budgets des activités de vaccination et les subventions de Gavi et de l'État ;
- Mettre en œuvre, suivre et évaluer les recommandations émanant du CCIA.

L'examen des procès-verbaux des réunions du CCIA indique que la préparation technique et le suivi des recommandations sont assurés par d'autres instances telles que « DI-Partenaires », mais l'absence de ce sous-comité remet en question la légitimité de ces instances.

• GTCV : fonctionnement non conforme aux textes de création et difficultés de renouvellement des membres

L'arrêté de création du GTCV prévoit des sessions ordinaires trimestrielles et des sessions extraordinaires en cas de besoin. En pratique, le GTCV fonctionne uniquement sur saisine du MSHP et ne se réunit pas systématiquement chaque trimestre comme prévu.

Recommandation 2

Afin de renforcer le pilotage stratégique du Programme et soutenir l'atteinte des objectifs d'immunisation fixés par le Gouvernement, il est recommandé que le MSHP :

1. **Opérationnalise le sous-comité technique de coordination du CCIA** et ses commissions, afin d'assurer un appui efficace à la préparation des réunions du CCIA.
2. **Veille à la tenue des réunions du GTCV conformément à la fréquence prévue par les textes.** Dans le cas où le MSHP jugerait nécessaire de modifier le mode de fonctionnement du GTCV, les textes devront être actualisés en conséquence.
3. **Appuie la DI dans l'identification des profils et expertises requis et procède au renouvellement des membres du GTCV**, afin d'éviter toute interruption dans le traitement des questions urgentes liées à la vaccination.

| | |
|---|--|
| <p>La mission a constaté l'existence d'avis documentés produits par le GTCV à la demande du MSHP (notamment lors de l'introduction de nouveaux vaccins), mais aucun procès-verbal de réunions ordinaires trimestrielles. Il est donc nécessaire que le MSHP clarifie le mode de fonctionnement du GTCV et actualise les textes en conséquence.</p> <p>Par ailleurs, le mandat des membres actuels, nommés le 13/09/2019 pour trois ans, renouvelable une fois, est arrivé à terme. Bien que la DI ait engagé des démarches pour le renouvellement, elle rencontre des difficultés à identifier certains experts requis, sans que les raisons spécifiques soient documentées. Cette situation, si elle perdure, pourrait limiter ou retarder l'intervention du GTCV sur des questions urgentes liées à la vaccination.</p> | |
| <p>Causes racines</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Coexistence de plusieurs groupes thématiques réunissant régulièrement les mêmes acteurs ; ○ Défaut d'analyse des besoins d'actualisation des textes ; ○ Anticipation insuffisante du renouvellement des membres du GTCV. | <p>Réponses / Engagements du management</p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 10)</p> |
| <p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fonctionnement insuffisant des organes de gouvernance pouvant impacter les prises de décisions stratégiques et limiter l'efficacité du Programme ; ○ Analyses et prises de décisions ne bénéficiant pas de certaines expertises requises. | |

4.1.3. Insuffisance du cadre légal et organisationnel de l'UGS-G

Contexte

Le 10 mai 2022, par lettre n°354/FCS intitulée « Ancrage institutionnel de l'Equipe Fiduciaire dédiée aux subventions Gavi Alliance et des Fondations Bill et Melinda Gates, et Aliko Dangote » adressée au Responsable pays Gavi Alliance, le Secrétaire général du MSHP a informé que « suite aux décisions prises lors des réunions ordinaires du comité de pilotage du Fonds Commun santé du 05 octobre 2021 et extraordinaires du 22 octobre et 05 novembre 2021, il est procédé à la création des Unités de Gestion des projets (UGP) dont celle des subventions Gavi Alliance qui sera basée à la Direction des Immunisations. Cette dernière comprend : un contrôleur de gestion, un contrôleur interne, un comptable principal et quatre comptables régionaux. »

Depuis 2022, l'UGS-G a pris le relais du Fond Commun Santé (FCS) dans la gestion comptable et financière des subventions Gavi au Niger. Elle est constituée de 3 personnes au niveau central et de 8 comptables dans les régions, tous placés sous la supervision directe du Secrétaire Général du MSHP. La gestion des comptes bancaires des subventions Gavi demeure sous la responsabilité de la DAF du MSHP.

Au quatrième trimestre 2024, le nombre de comptables régionaux a été augmenté à 8, assignant un comptable à chaque région.

Le point 02) des GMR actualisées de décembre 2024 stipule que : « À la suite de la restructuration portant création d'une unité de gestion des subventions de Gavi (UGS-G) [UGS-G] entièrement dédiée à Gavi et entérinée par la lettre d'ancrage institutionnel n°00354/FCS du 10 mai 2022 du MSP, le Ministère prendra un acte administratif (Arrêté ou Décision) portant création de l'UGS/G ainsi que les modalités de son fonctionnement. Le Secrétaire Général du MSP/P/AS assurera son rôle régalien de supervision des financements du ministère de la Santé et donc Coordonnateur principal de l'UGS-G. Il est l'ordonnateur des dépenses et signataire des chèques. Il est suppléé par le Secrétaire Général Adjoint (SGA) du MSP/P/AS ».

Description

La mission d'audit a constaté qu'aucun acte administratif n'a encore été pris pour conférer à l'UGS-G une existence légale et un cadre formel de fonctionnement. À la date de l'audit, son existence repose uniquement sur une lettre adressée à Gavi le 10 mai 2022 par le Secrétaire Général du MSHP, laquelle ne lui confère pas une légitimité institutionnelle suffisante pour exercer pleinement ses missions.

Ainsi, à travers ses 3 agents au niveau central et ses 8 comptables régionaux, l'UGS-G opère sans un cadre de fonctionnement formalisé. Cette situation limite son efficacité, crée des ambiguïtés dans ses rôles et responsabilités et affaiblit ses interactions avec les autres structures du ministère (cf. constat 4.1.4).

Recommandation 3

Afin de garantir la légitimité institutionnelle et l'efficacité opérationnelle de l'UGS-G, il est nécessaire de mettre en place un cadre formel définissant son existence et ses modalités de fonctionnement. À cet effet, il est recommandé que le MSHP :

1. **Prene un acte administratif (arrêté ou décision)** portant création de l'UGS-G et définissant ses modalités de fonctionnement, conformément aux exigences des GMR (voir GMR actualisées de décembre 2024).
2. **Précise dans cet acte les modalités de collaboration** entre l'UGS-G, la Direction de l'Immunisation (DI) et les autres structures du MSHP, afin d'assurer une coordination efficace de la gestion du Programme.

Causes racines

- o Absence de formalisation juridique de la lettre du Secrétaire Général ;
- o Manque d'anticipation institutionnelle lors de la mise en place de l'UGS-G ;
- o Mise en place de l'UGS-G intervenue dans un contexte de scission avec le Fonds Commun Santé.

Réponses / Engagements du management

(Voir plan d'actions correctives en annexe 10)

Risques / Implications

- o Légitimité institutionnelle affaiblie, pouvant entraîner des difficultés pour l'UGS-G à faire valoir son autorité et à être reconnue comme un interlocuteur officiel pour la gestion des subventions Gavi au sein du MSHP ;
- o Insuffisances dans la gestion susceptibles de conduire à la suspension des appuis financiers de Gavi.

4.1.4. Gouvernance et coordination insuffisantes au sein de l'UGS-G

Contexte

Le point 04) des GMR actualisées de décembre 2024 stipule que « *L'unité de gestion sera animée par une équipe technique sous la responsabilité d'un coordonnateur technique recruté par le MSP/P/AS en concertation et avec l'appui de GAVI. Elle est supervisée directement par le Secrétaire Général du MSP/P/AS [MSHP]. Le coordonnateur technique aura pour mission principale de s'assurer de la mise en œuvre adéquate des subventions Gavi et du fonctionnement de l'UGS-G-G conformément aux procédures, indicateurs de performance afin de fournir les résultats attendus* ».

Description

L'analyse de la composition et du fonctionnement actuel de l'UGS-G met en évidence deux points critiques :

• **Faiblesses organisationnelles**

L'absence d'un cadre institutionnel (cf. constat 4.1.3) n'a pas permis de structurer l'équipe de manière appropriée. Les liens hiérarchiques sont hétérogènes, ce qui limite la synergie de travail. Par exemple :

- Le contrôleur de gestion et le contrôleur interne relèvent directement du Secrétaire Général du MSHP ;
- Le comptable principal rapporte au Directeur des Ressources Financières et Matérielles (DRFM) ;
- Les comptables régionaux dépendent administrativement des Directeurs Régionaux de la Santé Publique (DRSP), mais leur redevabilité reste floue. Ils rapportent plutôt au DRFM et à l'équipe centrale de l'UGS-G.

En outre, l'UGS-G ne dispose pas d'une fonction assurant le lien entre les aspects programmatiques et financiers, indispensable pour une coordination efficace et une gestion optimale des ressources Gavi.

• **Absence d'un coordonnateur technique de l'UGS-G**

Le bon fonctionnement de l'UGS-G requiert un rôle de coordination opérationnelle que le Secrétariat Général, à vocation stratégique, ne peut assumer. Les GMR de décembre 2024 ont recommandé le recrutement d'un coordonnateur technique relevant du Secrétaire Général. Ce recrutement n'a pas été réalisé, laissant l'équipe de l'UGS-G sans supervision technique dédiée. Cette situation a entraîné un manque de synergie entre les agents et une faible performance de l'UGS-G durant la période auditée.

Recommandation 4

Afin de permettre à l'UGS-G de remplir efficacement ses missions, il est essentiel de renforcer sa structure organisationnelle et ses capacités techniques. À cet effet, le MSHP devrait :

1. **Dans le cadre de la formalisation du cadre institutionnel de l'UGS-G recommandé en 4.1.3**, clarifier la structure, les rôles et responsabilités de l'UGS-G, ainsi que les liens hiérarchiques entre l'équipe centrale et les comptables régionaux
2. **Mettre en place une fonction de coordination technique**
Procéder au recrutement d'un coordonnateur technique relevant du Secrétaire Général, chargé de la supervision opérationnelle et de la synergie entre les membres de l'équipe de l'UGS-G.

Causes racines

- o Cadre réglementaire incomplet : Aucun texte officiel définissant la structure, les rôles et responsabilités de l'UGS-G (voir constat 4.1.3) ;
- o Structure organisationnelle hybride combinant la volonté de mettre en place une UGS-G sans se dissocier du modèle structurel du Fonds Commun Santé ;
- o Non-application des recommandations GMR : le recrutement du coordonnateur technique n'a pas été priorisé.

Réponses / Engagements du management

(Voir plan d'actions correctives en annexe 10)

Risques / Implications

- o Duplication ou omission des tâches conduisant à une perte d'efficacité et au gaspillage de ressources. ;
- o Flou hiérarchique pouvant occasionner des conflits internes, la démotivation du personnel et une faible responsabilisation
- o Non-respect des GMR pouvant conduire à la perte de confiance des partenaires.

4.1.5. Gestion des ressources humaines à renforcer

Contexte

La Charte d'Investissement dans les Ressources Humaines en Santé en Afrique publiée par l'OMS en mai 2024⁵, souligne que « *Le développement des ressources humaines en santé est un pilier fondamental pour atteindre la couverture sanitaire universelle et renforcer la sécurité sanitaire en Afrique. Il nécessite des investissements stratégiques, coordonnés et durables, alignés sur les priorités nationales et soutenus par des partenariats solides.* »

Les DRSP sont dotées d'un chef des services administratifs et financiers (SAF) qui a la responsabilité première de la gestion comptable et financière au sein de la région. Dans le cadre de l'amélioration de la gestion comptable des subventions bailleurs dans les régions, des comptables spécialisés en été déployés dans toutes les DRSP du pays.

L'équipe de l'UGS-G est constituée de trois personnes au niveau central (un contrôleur de gestion, un contrôleur interne, un comptable principal) et de huit comptables dans les régions.

Description

La revue des ressources humaines du Programme au Niger a révélé deux enjeux importants :

1. Besoins de renforcement des compétences

- **Au niveau de l'équipe central de l'UGS-G** : Les agents présentent des lacunes importantes en comptabilité, en maîtrise du logiciel TomPro et en suivi budgétaire des subventions. Ces insuffisances entraînent des analyses budgétaires limitées et des retards fréquents dans la soumission des rapports financiers (cf. constats 4.2.2).
- **Au niveau des DRSP** : Les SAF (Services Administratifs et Financiers) disposent de capacités limitées pour assurer une comptabilité conforme aux normes internationales exigées par les bailleurs. Cette faiblesse a conduit au recours à des comptables régionaux contractuels financés par Gavi.
- **Sur les aspects de la surveillance épidémiologique** : des besoins de renforcement des capacités des agents des formations sanitaires ont été identifiés sur les aspects de la surveillance épidémiologique (cf. constat 4.5.3).

2. Absence de gestion prospective des ressources humaines

- **Personnel technique du Programme** : Bien que composé de cadres expérimentés, une partie importante du personnel approche l'âge de la retraite à court ou moyen terme. Aucun plan de relève ni mécanisme de transfert de compétences n'est en place pour anticiper ces départs.
- **Cas spécifique des SAF des DRSP** : Plusieurs partenaires (Gavi, ENABEL, Fonds Mondial, etc.) ont recruté des comptables régionaux contractuels pour assurer la tenue de comptabilité selon les normes internationales. Cependant, il n'existe aucune coordination entre ces partenaires pour mutualiser les efforts et renforcer durablement les capacités des SAF. Pour les subventions Gavi, aucun cadre de collaboration ou de transfert de compétences entre les comptables régionaux et les SAF n'a été instauré, ce qui limite l'appropriation des pratiques comptables par les DRSP.

Le modèle actuel, basé sur des ressources contractuelles, est transitoire et ne garantit pas un renforcement durable des capacités des DRSP sans un plan structuré de transfert de compétences.

Recommandation 5

Pour garantir la pérennité et l'efficacité du Programme Gavi, il est essentiel que le MSHP :

1. **Mettre en œuvre un plan de renforcement des compétences** : le MSHP devrait organiser des formations ciblées pour l'équipe centrale de l'UGS-G sur la comptabilité conforme aux normes internationales, la maîtrise du logiciel TomPro et le suivi budgétaire des subventions, afin d'améliorer la qualité des rapports financiers et réduire les retards. Prendre en compte également le besoin de renforcement des capacités des formations sanitaires en matière de surveillance épidémiologique (cf. constat 4.5.3).
2. **Élaborer un plan de relève et de transfert de compétences** : le MSHP doit identifier les postes critiques dont les titulaires approchent la retraite et mettre en place un mécanisme structuré de transfert des connaissances (mentorat, documentation, sessions pratiques) pour assurer la continuité des activités.
3. **Instaurer un cadre de coordination entre partenaires** : le MSHP devrait créer un mécanisme de collaboration avec les partenaires techniques et financiers (Gavi, ENABEL, Fonds Mondial, etc.) afin de mutualiser les efforts de renforcement des capacités des SAF et garantir un transfert progressif des compétences des comptables contractuels vers les équipes des DRSP.

Causes racines

- Absence d'une culture de transfert de compétences ;
- Absence d'un plan à long terme dans le développement des ressources humaines ;
- Défaut de coordination entre les différents partenaires au niveau régional.

Risques / Implications

- Faible qualité des rapports financiers ;
- Perte de compétences critiques ;
- Fragmentation et inefficacité des efforts de renforcement.

Réponses / Engagements du management

(Voir plan d'actions correctives en annexe 10)

⁵ [Charte d'investissement dans les ressources humaines en santé en Afrique, OMS Afrique, 2024](#)

4.1.6. Besoin de renforcement du cadre procédural de l'UGS-G

Contexte

Le manuel des procédures du FCS « décrit les processus de mise en œuvre des opérations administratives, financières et comptables du FCS dans le cadre de l'utilisation des ressources qu'il reçoit des bailleurs de fonds. » Il est aligné sur l'organisation administrative, financière et comptable du FCS d'Appui au Plan de Développement Sanitaire (PDS) et sa dernière mise à jour date de septembre 2020.

Le point 24.1 des GMR actualisées en décembre 2024 prévoit que « L'UGS-G avec le support de l'Agence de Contrôle du Risque Fiduciaire s'assurera de l'adaptation du manuel de procédures déjà en cours d'utilisation aux exigences de Gavi »

L'UGS-G utilise le manuel des procédures administratives, financières et comptables du FCS complété par des notes de services du Secrétaire Général du MSHP fixant certaines règles et modalités. Selon la lettre n°354/FCS signé par le Secrétaire général du MSHP le 10 mai 2022 « [...] Suite à cette réorganisation [réorganisation UGS-G], certaines dispositions du manuel de procédures feront l'objet de révision ou de complément ».

Description

L'UGS-G se réfère au manuel du FCS dans son fonctionnement. Cependant, ce manuel décrit des procédures générales de gestion applicables à tout financement bailleur et s'appuie sur les postes et responsabilités prévus dans l'organisation du FCS. La mise en place d'une UGS pour la gestion des subventions Gavi constitue une démarcation du fonctionnement habituel du FCS qui nécessite une adaptation de certaines dispositions du manuel du FCS. Dans sa lettre n°354/FCS du 10 mai 2022 adressée à Gavi, le Secrétaire Général du MSHP indiquait que le manuel de procédures ferait l'objet de révision ou de complément. Mais aucune adaptation du manuel n'a encore été effectuée.

Par exemple, le manuel du FCS prévoit un Responsable Administratif et Financier (RAF) avec un rôle central dans la gestion comptable. En effet, ce RAF est chargé en autres de :

- Assure la supervision des comptes centraux et des comptes régionaux ;
- Veille à la production des RSF dans les délais ;
- Contrôler les pièces comptables pour s'assurer de leur validité, de leur exactitude et de leur bonne imputation avant leur comptabilisation ;
- Superviser le classement et l'archivage des pièces comptables ;
- Collaborer à la réalisation des missions d'audit du FCS en fournissant les informations, les documents et pièces comptables et les explications nécessaires.

Ces tâches sont exécutées par défaut par le Comptable central (comptable principal) et le Contrôleur interne de l'UGS-G, sans que cela soit soutenu par un cadre procédural actualisé.

En outre, les dispositions spécifiques ci-dessous des GMR renforcent la nécessité d'adaptation de certaines dispositions du manuel du FCS pour le bon fonctionnement de l'UGS-G :

- le recrutement d'un Coordonnateur Technique de l'UGS-G (GMR 04),
- l'appui apporté par une Agence de Contrôle du Risque Fiduciaire (GMR 05),
- la mise en place d'un dispositif spécifique de contrôle des autorisations d'exécution budgétaire étendu aux comptes régionaux (GMR 06).

Par ailleurs, au cours de la période audité, le Secrétaire Général a dû émettre plusieurs notes de service pour établir certains traitements comptables non spécifiquement décrits dans le manuel du FCS. La consolidation de cette série de notes de services dans un document unifié s'avère utile pour éviter toute omission, duplication ou contradiction dans l'application des procédures. De telles omissions ont déjà été observées en ce qui concerne la note de service n°167/FCSS du 25 avril 2023 relative à la tenue d'une balance âgée des avances (cf. constat 4.2.4).

Recommandation 6

Afin de renforcer le cadre de contrôle interne lié à la gestion des subventions Gavi, le MSHP devra :

1. **Adapter le manuel du FCS à l'utilisation par l'UGS-G:** Adapter les procédures à la structure organisationnelle de l'UGS convenue avec Gavi. Intégrer les procédures spécifiques convenues dans les GMR dans ce manuel, et y consolider les instructions spécifiques du Secrétaire Général du MSHP inscrites dans les diverses notes de service.
2. **Mettre en place un mécanisme de mise à jour régulière** Prévoir une révision périodique du manuel afin de garantir son alignement avec les évolutions réglementaires, les recommandations des partenaires et les pratiques comptables en vigueur.
3. **Veiller à divulguer ce manuel des procédures spécifiques et former l'ensemble de ses utilisateurs.**

| | |
|--|--|
| <p>Causes racines</p> <ul style="list-style-type: none">○ Cadre réglementaire incomplet de l'UGS-G (cf. constat 4.1.3) ;○ Assimilation du fonctionnement de l'UGS-G à celui du FCS. | <p>Réponses / Engagements du management</p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 10)</p> |
| <p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none">○ Utilisation simultanée du manuel du FCS et de notes de service isolées, pouvant entraîner des divergences dans l'application des procédures ;○ Erreurs comptables et non-conformité○ Risque d'une gestion inefficace des fonds conduisant à la mise en question de certaines dépenses ;○ Faiblesse du cadre de contrôle interne accentuant le risque de fraude et de détournement. | |

4.1.7. Nécessité de clarifier la fonction de contrôleur interne de l'UGS-G

Contexte

L'équipe actuelle de l'UGS-G est constituée d'un contrôleur de gestion, d'un contrôleur interne, d'un comptable principal et de huit comptables régionaux. Selon le manuel du FCS, les missions confiées aux Contrôleur Interne sont :

- Vérifier la bonne application du manuel de procédures administratives financières et comptables ;
- Vérifier le respect strict des notes de services internes ;
- Vérifier et valider les pièces comptables des dépenses effectuées par les services du niveau central ;
- Contribuer à l'amélioration de l'organisation générale des méthodes et procédures comptables ;
- Vérifier le respect strict des notes de services internes ;
- Vérifier l'apurement des comptes de liaison entre les Comptables Centraux et les Comptables Régionaux ;
- Identifier et proposer des solutions aux difficultés comptables.

L'Evaluation des Capacités du Programme (ECP) réalisée par Gavi en 2023 a révélé des confusions dans la fonction du contrôleur interne et formulé des recommandations.

Description

La mission d'audit a relevé une confusion persistante entre la fonction de contrôleur interne et celle d'auditeur interne dans l'organisation de l'UGS-G. Les missions confiées au contrôleur interne correspondent en réalité à celles d'un auditeur interne. L'analyse des rapports produits montre que ses travaux sont réalisés a posteriori, avec des caractéristiques similaires à un audit interne.

Selon les bonnes pratiques, et tel que rappelé dans le rapport d'ECP, un contrôleur interne effectue des contrôles a priori, ce qui n'est pas le cas à l'UGS-G, où ces contrôles sont déjà assurés par le contrôleur de gestion. L'appellation « contrôleur interne » n'est donc pas cohérente avec les tâches exercées.

L'absence de reconnaissance formelle de cette fonction comme « audit interne » n'a pas permis la mise en place du cadre normatif requis, notamment :

- Une charte d'audit interne ;
- Un plan annuel d'audit interne, tel que demandé dans les GMR.

Enfin, le positionnement hiérarchique actuel ne garantit pas l'indépendance nécessaire. Le contrôleur interne rapporte au Secrétaire Général, qui est responsable de la gestion des subventions et signataire des comptes bancaires, ce qui compromet l'objectivité des missions d'audit interne.

Recommandation 7

Dans le cadre de l'évaluation de la structure organisationnelle de l'UGS-G recommandée en 4.1.4, le MSHP devrait :

1. **Clarifier la fonction de contrôleur interne et son appellation** : formaliser la fonction actuelle en tant qu'« Auditeur interne » afin d'aligner les missions avec les standards internationaux et éviter toute confusion avec une fonction de contrôleur interne proprement dit ou avec le contrôle de gestion.
2. **Mettre en place un cadre normatif pour l'audit interne** : élaborer et adopter une charte d'audit interne ainsi qu'un plan annuel d'audit, conformément aux recommandations des GMR, pour structurer et encadrer les activités.
3. **Revoir le positionnement hiérarchique de l'auditeur interne pour garantir son indépendance** : assurer que l'auditeur interne soit rattaché à une instance indépendante de la gestion opérationnelle (par exemple, directement au Ministre, au CCIA ou à un comité de pilotage) afin de préserver l'objectivité des missions.

Causes racines

- o Absence de mise en œuvre des recommandations issues de l'ECP (cf. constat 4.1.1) ;
- o Manque de cadre légal et organisationnel pour l'UGS-G (cf. constat 4.1.4).

Réponses / Engagements du management

(Voir plan d'actions correctives en annexe 10)

Risques / Implications

- o Confusion des rôles et responsabilités entachant l'efficacité de l'UGS-G ;
- o Faiblesse du cadre de contrôle interne accentuant le risque de fraude et de détournement.

4.1.8. Rôle de surveillance des subventions Gavi non tenu par l'IGSS

Contexte

L'article 19 de l'Annexe 2 à l'Accord-Cadre de Partenariat stipule que : « *Il incombe au gouvernement de veiller à ce que les fonds soient gérés prudemment, conformément à la politique sur la transparence et la responsabilité et aux conditions relatives à la gestion financière* ».

Le manuel du FCS indique que « *Placée sous l'autorité du MSP [MSHP], l'Inspection Général des Services [IGSS] est un organe de veille, de contrôle interne et d'appui-conseil. Elle assiste le Ministre dans la gestion administrative et technique des services et contrôle l'utilisation rationnelle des ressources humaines, matérielles et financières mises à la disposition du ministère et des organes qui en dépendent. Elle veille également au respect des normes tant pour l'administration centrale, déconcentrée et décentralisée que pour des établissements et organismes sous tutelles.* »

Le point 31 des GMR de décembre 2024 relatif à l'IGSS stipule que « *L'inspection générale des services de santé réalisera des missions d'audit interne dans le cadre du contrôle interne et déclinera sur la base d'un plan d'audit interne annuel convenu avec les DRFM, la DI et UGS-G-Gavi.* »

Selon le point 32 des GMR « *L'IGS [IGSS] devra soumettre un rapport d'audit interne annuel, évaluant le système de contrôle interne sur les subventions (y compris des vaccins et non-vaccins) et le respect des dispositions du manuel de procédures en vigueur dans la gestion des financements de la DI et de l'UGS-G. Les rapports seront partagés avec GAVI* ».

Description

L'audit a relevé le mécanisme de surveillance et de contrôle propre au MSHP n'a pas couvert la gestion des ressources financières et matérielles allouées par Gavi au pays. Plus précisément :

- **Absence de contrôle institutionnel (2020-2024)** : Aucune mission d'inspection ou d'évaluation de la gestion des ressources Gavi n'a été réalisée, ni par l'IGSS du MSHP, ni par d'autres organes de contrôle de l'État. Cette absence de supervision réduit la capacité du ministère à détecter et corriger rapidement les défaillances de gestion.
- **Non-intégration dans le plan d'audit de l'IGSS** : Les GMR actualisées de décembre 2024 rappellent la nécessité pour l'IGSS d'inclure la gestion des subventions Gavi dans son plan annuel. Cependant, lors des échanges avec l'IGSS en juin 2025, il apparaît que cette exigence n'a pas été prise en compte. Aucune intervention sur la gestion des subventions Gavi n'est prévue et aucun cadre de collaboration n'a été établi entre l'auditeur interne de l'UGS-G et l'IGSS permettant à cette dernière d'être informée des principaux constats faits par l'auditeur interne à l'issue de ses missions.

L'audit a révélé des faiblesses majeures dans la gestion des subventions Gavi au Niger (cf. constats 4.2.1 à 4.2.5), ce qui confirme la nécessité pour le MSHP de renforcer son rôle de supervision à travers l'IGSS, conformément aux obligations prévues dans l'Accord Cadre de Partenariat signé avec Gavi en 2014.

Causes racines

- Absence de mise en œuvre des recommandations issues des évaluations et audits précédents ;
- Défaut de priorisation de la gestion des subventions bailleurs dans le mécanisme de surveillance propre au MSHP ;
- Absence d'un cadre de collaboration entre l'IGSS et l'Audit interne de l'UGS-G ;
- Absence d'un cadre de suivi de la mise en œuvre des GMR (cf. constat 4.1.1).

Risques / Implications

- Utilisation non conformes ou inefficace des fonds alloués affectant la mise en œuvre du Programme ;
- Faiblesse de surveillance accentuant le risque de fraude et de détournement ;
- Mise en question de certaines dépenses conduisant à des demandes de remboursements aux bailleurs de fonds.

Recommandation 8

Dans le respect de l'Accord Cadre de Partenariat, le MSHP devra dynamiser son mécanisme propre de surveillance de la gestion des subventions octroyées par Gavi. Ceci implique de :

1. **Intégrer systématiquement la gestion des subventions Gavi dans le plan annuel d'audit** de l'Inspection Générale des Services de Santé (IGSS) (voir GMR).
2. **Etablir un cadre de collaboration et de partage d'informations entre l'Auditeur Interne de l'UGS-G et l'IGSS**, en tant qu'organe de veille et de contrôle interne du MSHP.
3. **Impliquer d'autres organes de contrôle de l'État** pour renforcer la transparence.

Réponses / Engagements du management

(Voir plan d'actions correctives en annexe 10)

4.2. Gestion comptable et financière

4.2.1. Absence de compte bancaire dédié aux fonds Gavi à la Direction des Immunisations

Contexte

Le point 22 des GMR de décembre 2024 indique que : « Pour la gestion des nouvelles subventions de Gavi, le MSP/P/AS [MSHP] doit procéder à l'ouverture d'un nouveau compte bancaire dédié aux financements de Gavi. Ce compte devra être ouvert dans une banque commerciale choisie par le MSP/P/AS et le ministère des Finances selon un processus de sélection approuvé par Gavi. Pour éviter une multitude des comptes ouverts pour les subventions de Gavi, le MSP/P/AS [MSHP] devra à partir du compte principal ouvert pour les subventions RSS, demander à la banque sélectionnée l'ouverture de sous-compte pour chacune des subventions de Gavi autre que le RSS. Ces dispositions sont applicables à toutes les entités et sous entités mettant en œuvre les subventions de Gavi ».

Selon le point 23 des GMR de décembre 2024 précise que « L'ensemble des Fonds Gavi en espèces sera décaissé vers des comptes bancaires séparés et dédiés libellés en XOF ouverts dans une Banque Commerciale avec une option de réalisation des virements et des consultations en ligne. »

L'instruction n°233/07/2024 de la BCEAO prévoit en son article premier « Est fixé à cinq millions (5.000.000) de francs CFA, sans préjudice des dispositions spécifiques plus contraignantes en vigueur dans les Etats membres de l'UMOA, le seuil à partir duquel le paiement d'une dette ne peut être effectué en espèces ou par instruments négociables au porteur, qu'il s'agisse d'une opération unique ou de plusieurs opérations qui apparaissent liées ».

L'article 3 de cette instruction indique que « Le non-respect des dispositions de la présente Instruction est passible des sanctions prévues par la Loi uniforme relative à la lutte contre le blanchiment de capitaux, le financement du terrorisme et de la prolifération des armes de destruction massive dans les Etats membres de l'UEMOA. »

Description

L'audit a constaté que les huit régions (DRSP) disposent chacune d'un compte bancaire dédié aux subventions Gavi. En revanche, la Direction de l'Immunisation (DI), qui reçoit environ 30 % des décaissements Gavi, n'a pas de compte bancaire pour percevoir ces fonds et en assurer la traçabilité. Actuellement, la Direction des Finances (DRFM) remet les fonds à la DI par des chèques libellés au nom du gestionnaire (SAF), quel que soit le montant. Le gestionnaire encaisse ensuite les chèques en espèces pour régler les dépenses et payer les bénéficiaires. Ainsi, plusieurs centaines de millions de FCFA sont régulièrement manipulés en espèces pour exécuter les activités.

Cette pratique entraîne une forte circulation de liquidités, ce qui réduit la traçabilité des paiements et augmente les risques de perte, vol ou fraude. Elle contrevient également à l'Instruction n°233/07/2024 de la BCEAO, qui limite à 5 millions de FCFA le montant des paiements en espèces pour le règlement des dettes dans les États membres de l'UEMOA, qu'il s'agisse d'une opération unique ou de plusieurs opérations liées.

Enfin, ce mode de fonctionnement crée une dépendance excessive vis-à-vis du SAF. Par exemple, en avril 2025, son hospitalisation a paralysé tous les paiements jusqu'à son retour.

Recommandation 9

Pour renforcer la traçabilité des transactions et réduire les risques de pertes ou la forte dépendance à la disponibilité du gestionnaire de la caisse, il est recommandé à la DI de :

1. **Mettre en place un compte bancaire dédié pour la Direction de l'Immunisation (DI)** conformément au point 22 des GMR, afin de recevoir directement les fonds Gavi et garantir une traçabilité complète des opérations financières.
2. **Interdire les paiements en espèces pour les montants supérieurs à 5 millions FCFA**, conformément à l'Instruction BCEAO n°233/07/2024, et privilégier les virements bancaires ou autres moyens de paiements électroniques sécurisés.
3. **Réduire la dépendance à une seule personne (SAF)** en instaurant des mécanismes de délégation ou de double signature pour assurer la continuité des paiements en cas d'indisponibilité.

Causes racines

- Une ancienne loi de finances interdirait aux Directions centrales de l'État d'ouvrir des comptes bancaires dans des établissements commerciaux ;
- Résistance au changement : volonté de maintenir un système en place depuis longtemps ;
- Absence d'un cadre de suivi de la mise en œuvre des GMR (cf. constat 4.1.1).

Réponses / Engagements du management

(Voir plan d'actions correctives en annexe 10)

Risques / Implications

- Risque de pertes d'actifs ou de vols pouvant conduire à des demandes de remboursement ;
- Non-conformité aux exigences légales et réglementaires ;
- Faible traçabilité des opérations financières pouvant altérer la confiance des bailleurs ;
- Risque opérationnel élevé : Paralysie des activités en cas d'indisponibilité du gestionnaire des espèces.

4.2.2. Manque d'efficacité du processus d'élaboration des rapports de suivi financiers par l'UGS-G

| | |
|--|--|
| <p>Contexte</p> <p>L'article 19 de l'annexe 2 de l'Accord Cadre de Partenariat stipule qu'en ce qui concerne tous les fonds fournis par Gavi, le Gouvernement a l'obligation de respecter les conditions fixées par Gavi pour l'utilisation et la gestion des fonds. L'article précise que « <i>Il incombe au Gouvernement de veiller à ce que les fonds soient gérés prudemment, conformément à la politique de transparence et la responsabilité et aux conditions relatives à la gestion financière</i> ».</p> <p>L'équipe de l'UGS-G est constituée d'un contrôleur de gestion, un contrôleur interne, un comptable principal, basés à Niamey (niveau central) et de 8 comptables régionaux (un par région).</p> <p>Le point 24 des GMR de décembre 2024 stipule que : « <i>L'UGS-G est responsable de s'assurer de la visibilité par le MSP/P/AS et par Gavi de l'exécution des subventions Gavi sur l'ensemble du territoire y compris la situation de trésorerie et les avances. Le rapportage à Gavi sera fait sur une base semestrielle (45 jours après la fin du semestre) ou selon les exigences de Gavi communiquées au pays.</i> »</p> | |
| <p>Description</p> <p>L'audit a révélé un manque d'efficacité et une rationalisation insuffisante des coûts dans le processus d'élaboration des Rapports de Suivi Financier (RSF) des subventions. Les principaux problèmes identifiés sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coûts logistiques élevés liés aux ateliers semestriels <ul style="list-style-type: none"> ○ Chaque semestre, un atelier de 10 jours réunit le comptable principal, le contrôleur de gestion, le contrôleur interne et huit comptables régionaux pour la consolidation comptable et la préparation des RSF. ○ Ces ateliers génèrent des dépenses importantes (perdiem, transport, location de salle, pause-café, fournitures), sans garantir une approche rationnelle ni des gains d'efficacité. • Impact négatif sur les activités courantes <ul style="list-style-type: none"> ○ Les travaux de routine des comptables sont interrompus pendant ces ateliers, ce qui entraîne des retards dans le traitement des opérations régulières. • Problèmes persistants malgré les ateliers <ul style="list-style-type: none"> ○ Absence de supervision régulière : Les comptables régionaux et les SAF des directions centrales ne bénéficient pas d'un suivi continu par l'équipe centrale, en dehors des ateliers. ○ Retards dans la soumission des RSF : Les rapports ne sont pas transmis à Gavi dans les délais (45 jours après clôture). Exemple : les RSF du second semestre 2024, attendus le 15 février 2025, n'étaient pas finalisés au 6 juin 2025. <p>Ainsi, la méthode de travail actuelle de l'UGS-G est à reconsidérer dans le sens de l'efficacité et de la rationalisation des coûts.</p> | <p>Recommandation 10</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mettre en place des solutions alternatives aux ateliers physiques (par exemple, consolidation comptable à distance via des outils collaboratifs) afin de limiter les dépenses liées aux perdiems, transports et locations. 2. Optimiser le processus d'élaboration des Rapports de Suivi Financiers (RSF) en exploitant pleinement les fonctionnalités du logiciel comptable Tom2Pro. Une configuration adéquate permettrait de générer automatiquement des états financiers consolidés, réduisant ainsi les tâches manuelles longues et coûteuses. 3. Adapter la structure organisationnelle de l'UGS-G (voir recommandation 4) afin de mettre en place un dispositif efficace de supervision et de contrôle des opérations réalisées par les comptables régionaux et les SAF des directions centrales. |
| <p>Causes racines</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Intérêt pécunier généré par les paiements de perdiem lors des ateliers ; ○ Faible maîtrise du logiciel comptable de l'UGS-G (cf. constat 4.1.5) ; ○ Faiblesse organisationnelle de l'UGS-G occasionnant une concentration de responsabilités chez le comptable principal. | <p>Réponses / Engagements du management</p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 10)</p> |
| <p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Non-respect des accords en termes de gestion prudente des fonds octroyés par Gavi ; ○ Gaspillage de ressources allouées par Gavi, au détriment d'autres activités plus utiles du programme ; ○ Non-respect des délais de rapportage à Gavi pouvant entraîner le blocage des décaissements subséquents ; ○ Manque de fiabilité des états financiers produits. | |

4.2.3. Besoins de renforcement de la gestion comptable des subventions Gavi

| | |
|--|---|
| <p>Contexte</p> <p>Selon les dispositions de l'article 23 de l'annexe 2 de l'Accord Cadre de Partenariat « <i>Le Gouvernement tient des comptes et des dossiers séparés et exacts de chaque programme, préparés conformément aux normes internationalement reconnues et qui sont suffisants pour établir et vérifier avec précision les frais et les dépenses des programmes. Le Gouvernement devra tenir ces comptes et archives et tout document justificatif des dépenses réalisées avec les fonds de GAVI conformément aux normes fiscales du pays pendant une durée minimale de cinq ans après l'achèvement d'un programme. Si les fonds de GAVI sont mis en commun avec d'autres sources de financement, les comptes et les dossiers seront tenus de la même manière pour les fonds communs</i> ».</p> <p>Le point 24 des GMR relatif au Système de reporting comptable et financier stipule que : « <i>Le MSP/P/AS s'assurera que : (1) Le logiciel de comptabilité, au niveau de l'UGS-G et dans les régions, est paramétré de manière à servir à la comptabilisation et au reporting de toutes les dépenses en espèces de Gavi. (2) L'actualisation du paramétrage du logiciel Tom2Pro [est faite] de manière à permettre une traçabilité des fonds Gavi et d'offrir le maximum de souplesse possible permettant la production d'états de reporting, à la demande et adaptés aux besoins de Gavi</i> »</p> | |
| <p>Description</p> <p>L'audit a révélé plusieurs insuffisances dans la gestion comptable des subventions Gavi par l'UGS-G :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Absence de contrôle budgétaire automatisé : <ul style="list-style-type: none"> ○ Le logiciel Tom2Pro n'a pas été paramétré pour le suivi budgétaire : aucun budget n'a été saisi dans le système pour les activités réalisées. ○ En conséquence, le suivi budgétaire est effectué en dehors de la comptabilité, de manière partielle et peu fiable. Il se limite à un tableau annexé au RSF, sans analyse des écarts ni justification des taux d'exécution anormaux. • Maîtrise insuffisante du logiciel Tom2Pro : <ul style="list-style-type: none"> ○ Le personnel de l'UGS-G et les responsables SAF régionaux ne maîtrisent pas suffisamment l'outil pour assurer les contrôles nécessaires (exhaustivité, régularité et fiabilité des écritures comptables). ○ Un renforcement urgent des capacités est requis pour garantir une utilisation correcte et autonome du logiciel (cf. constat 4.1.5). • Non-conformité du plan comptable : <ul style="list-style-type: none"> ○ Le plan comptable utilisé par l'UGS-G n'est pas conforme au référentiel SYCEBNL, obligatoire depuis le 1er janvier 2024 dans l'espace OHADA pour les projets de développement. <p>Par ailleurs, l'auditeur externe, dans sa lettre de recommandations issue de l'audit des comptes 2023, a signalé des tâches routinières non réalisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Absence de réconciliation consolidée <ul style="list-style-type: none"> ○ Les mouvements de fonds entre la subvention CDS et la subvention RSS 3 ne font pas l'objet d'une analyse globale consolidée lors de l'élaboration des états financiers. • Manque de contrôle des écritures RSS 3 <ul style="list-style-type: none"> ○ Les comptables régionaux saisissent les écritures relatives à la subvention RSS 3 dans Tom2Pro, mais ces opérations ne font l'objet d'aucun contrôle, approbation ni suivi des pièces justificatives par le niveau central. | <p>Recommandation 11</p> <p>Le MSHP, en collaboration avec l'UGS-G, devra engager les actions suivantes afin d'améliorer l'efficacité du dispositif comptable et la qualité des Rapports de Suivi Financier (RSF) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Paramétrer les budgets dans Tom2Pro et élaborer un guide et un processus formalisé pour la saisie des budgets dans le logiciel, en définissant clairement les responsabilités et les étapes à suivre afin de garantir la qualité et la cohérence des données. 2. Renforcer les compétences des utilisateurs à travers des sessions de formation pratique sur Tom2Pro pour tous les acteurs impliqués dans la gestion comptable et budgétaire, afin d'assurer une appropriation complète et une utilisation optimale des fonctionnalités du logiciel. 3. Mettre à jour le plan comptable : adapter le plan comptable en conformité avec le Système Comptable des Entités à But Non Lucratif (SYCEBNL), applicable depuis le 1er janvier 2024 dans l'espace OHADA. |
| <p>Causes racines</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Absence d'un coordonnateur ou superviseur technique de l'équipe de l'UGS-G (cf. constat 4.1.5) ; ○ Faible maîtrise du logiciel comptable Tom2Pro par le personnel de l'UGS-G ; ○ Manque de formation adaptée du personnel comptable de l'UGS-G (voir le constat 4.1.5). | <p>Réponses / Engagements du management</p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 10)</p> |
| <p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Erreurs comptables et budgétaires pouvant impacter la fiabilité des décisions ; ○ Difficultés à répondre aux exigences de reporting financier de Gavi ; ○ Non-respect de l'Accord-Cadre de Partenariat (ACP) : Risque de suspension des décaissements de fonds Gavi. | |

4.2.4. Faiblesse de suivi des avances ouvertes

| | |
|--|---|
| <p>Contexte</p> <p>La note de service n°167/FCSS du SG du 25 avril 2023 intitulée « Rappel sur les procédures applicables aux financements Gavi Alliance- autres partenaires » a informé les structures bénéficiaires des fonds que « <i>le délai de justification des dépenses est de 7 jours après l'exécution de l'activité. Le comptable central et les comptables régionaux doivent faire le suivi régulier des avances à justifier sur des balances âgées dont les modèles sont annexés à la note [...] En conséquence, toute autre validation des TDR et/ou déblocage ultérieur de fonds pour une structure, seront conditionnés par la justification des précédents fonds</i> ».</p> | |
| <p>Description</p> <p>L'audit a relevé des retards dans la justification des avances versées par l'UGS-G aux structures bénéficiaires. Au 6 juin 2025 (date de clôture des travaux), un montant de 162 346 859 FCFA (282 156 USD) restait non justifié, y compris des avances vieilles de plus de trois (3) ans. Ce montant n'a été apuré qu'à la fin novembre 2025, avec le suivi effectué par l'équipe d'audit Gavi.</p> <p>Des retards ont été observés dans le traitement et la validation des pièces comptables par l'UGS-G. Ces délais s'expliquent principalement par l'obligation de faire valider toutes les pièces justificatives des directions centrales par le contrôleur interne avant leur enregistrement en comptabilité, ce qui ralentit le processus global.</p> <p>Par ailleurs, le cadre de suivi des avances prévu par le manuel de procédures du FCS et la note de service n°167/FCSS du 25 avril 2023 n'a pas été respecté. Les comptables (principal et régionaux) ne tiennent pas les balances âgées des avances exigées par cette note.</p> <p>L'audit des programmes Gavi de 2019 avait déjà signalé un suivi insuffisant des avances et recommandé la mise en place d'une balance âgée pour suivre chaque avance jusqu'à réception des justificatifs et remboursement du solde. L'absence de suivi du plan d'actions du MSHP issu de cet audit n'a pas permis la mise en œuvre de cette recommandation (cf. constat 4.1.1).</p> | <p>Recommandation 12</p> <p>Pour éviter le cumul des avances non justifiées, il est recommandé à l'UGS-G de :</p> <ol style="list-style-type: none"> Mettre en place un outil automatisé de suivi des avances (tableau de bord dynamique avec alertes) permettant : <ul style="list-style-type: none"> - un suivi en temps réel ; - des relances systématiques avant échéance ; - la remontée des retards aux niveaux hiérarchiques pour déclencher des actions correctives ou des sanctions. Appliquer strictement le principe de non-cumul des avances, en conditionnant la validation des TDR ou le déblocage des fonds à la régularisation préalable des avances existantes, afin de responsabiliser les bénéficiaires. Intégrer, dans le cadre de la formation du personnel sur le manuel des procédures (voir recommandation 6), des sessions ciblées pour les DRSP, districts sanitaires, OSC et directions centrales axées sur les obligations de justification des avances, les exigences documentaires (pièces requises), les délais contractuels et les sanctions applicables en cas de manquement. Optimiser le processus de validation des pièces comptables en mettant en place un circuit de validation différencié ; limiter l'intervention du contrôleur interne aux pièces présentant un risque élevé ou un montant significatif, tout en permettant un traitement direct des pièces courantes par la comptabilité. Définir des délais de validation (par exemple, 5 jours ouvrables) et les intégrer dans les procédures internes. |
| <p>Causes racines</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Absence d'un cadre de suivi des plans d'actions du MSHP issu de l'audit 2019 (cf. constat 4.1.1) ; ○ Maîtrise insuffisante des procédures de justification des avances (cf. constats 4.1.6) ; ○ Validation centralisée et lente des pièces justificatives par le contrôleur interne ; ○ Faiblesse du mécanisme de surveillance propre au MSHP. | <p>Réponses / Engagements du management</p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 10)</p> |
| <p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Cumul d'avances non régularisées ; ○ Risque de suspension ou réduction des financements ; ○ Mise en question et demande de remboursement des avances de fonds non justifiées. | |

4.2.5. Défaillances du système d'archivage des pièces justificatives de dépenses

| | |
|--|---|
| <p>Contexte</p> <p>Le point 4.1 du manuel du FCS de septembre 2020 utilisé par l'UGS-G stipule que « Les archives doivent être organisées à l'aide d'un mode opératoire et technique spécifique, dont la conception doit être faite par un spécialiste de sorte à disposer :</p> <ul style="list-style-type: none"> - D'un support informatique de grande capacité (disque dur externe ou serveur) pour stocker toutes les archives du FCS et des projets spécifiques sous forme électronique ; - D'un anti-virus acquis en bonne et due forme avec une licence authentique, mis à jour chaque année ; - D'un scanner professionnel qui servira à constituer les archives électroniques destinées à être archivées ; - D'un local dédié aux archives du Fonds Commun Santé et des projets spécifiques. [...] <p>L'auditeur interne est chargé de veiller à ce que le mécanisme d'archivage soit régulièrement opérationnel et fiable. ».</p> <p>Les normes comptables de l'OHADA préconisent de conserver l'ensemble des pièces justificatives comptables pendant une durée minimale de dix (10) ans.</p> | |
| <p>Description</p> <p>La mission a constaté des défaillances dans le système d'archivage des pièces justificatives, sur la période audité, tant au niveau de la DI, des DRSP qu'au niveau de l'UGS-G :</p> <ul style="list-style-type: none"> • A la DI et dans les DRSP, le système d'archivage à la DI et dans les DRSP est inefficace, rendant la recherche des pièces justificatives difficile et retardant la revue des dépenses. Des pièces justificatives des DRSP d'un montant cumulé de 14 682 777 FCFA (24 854 USD) n'ont pas pu être fournis (cf. constat 4.2.6). • L'UGS-G ne dispose pas d'un système centralisé d'archivage comptable. Les pièces justificatives liées aux avances sont conservées par le contrôleur interne, tandis que celles relatives aux achats sont chez le comptable principal. L'absence d'un référent unique et d'un local dédié entraîne une gestion fragmentée, exposant les documents à des risques de perte ou de dégradation, en violation des règles OHADA. Cette organisation a rendu difficile la mise à disposition des documents demandés par l'audit. Certaines pièces justificatives de dépenses n'ont été retrouvées que plusieurs mois après les travaux d'audit dans le pays. | <p>Recommandation 13</p> <p>Le MSHP devra :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Doter l'UGS-G d'un local d'archivage aux normes, en application de son manuel de procédures. Aménager une salle dédiée, ventilée, sécurisée, accessible uniquement au personnel autorisé, pour garantir l'intégrité, l'accessibilité et la durabilité des pièces comptables et administratives. <p>L'UGS-G devra :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Désigner un seul responsable au sein de l'UGS-G chargé de conserver toutes les pièces justificatives du niveau central pour les subventions Gavi. Après ses contrôles, l'auditeur interne (contrôleur interne) devra restituer les pièces justificatives à la personne désignée pour l'archivage. <p>La DI devra :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Mettre en place au niveau de la DI et des DRSP un registre de suivi des mouvements d'archives. Ce registre d'entrée et de sortie, devra intégrer le nom, la date, le service et la signature des utilisateurs. |
| <p>Causes racines</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Manque d'infrastructures dédiées à l'archivage physique ; ○ Faible priorisation de l'archivage dans les pratiques de gestion ; ○ Sensibilisation insuffisante au respect des obligations réglementaires de conservation ; ○ Gestion dispersée et non centralisée des documents comptables. | <p>Réponses / Engagements du management</p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 10)</p> |
| <p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Risques de dépenses inéligibles en cas de pertes de pièces justificatives conduisant à la mise en question des dépenses concernées ; ○ Non-conformité avec les obligations légales de conservation des documents (OHADA) ; ○ Risques de fraude ou de manipulation des documents ; ○ Perte ou dégradation irréversible de documents comptables sensibles. | |

4.2.6. Dépenses mises en question

Contexte

Ce point présente les conclusions issues des tests substantifs réalisés par l'équipe d'audit sur un échantillon de dépenses sélectionné à partir des listes de décaissements transmises par l'UGS-G, l'OMS et l'Unicef, durant la phase préparatoire et au cours de la mission.

L'audit a procédé à l'examen des pièces justificatives mises à disposition par les différentes entités de mise en œuvre. Cette analyse visait à évaluer, dans le cadre de l'exécution des programmes Gavi :

- la conformité des dépenses avec les bonnes pratiques de justification documentaire ;
- la recevabilité et la cohérence des pièces par rapport aux activités effectivement menées.

Les constats présentés ci-après mettent en évidence les principales irrégularités et insuffisances observées lors de ces vérifications.

Description

Les constatations issues des tests substantifs ont été regroupées par catégories d'anomalies, conformément à la typologie définie en **annexe 4**, et synthétisés dans le tableau récapitulatif en **annexe 6**.

L'audit des pièces justificatives des dépenses engagées entre 2020 et 2024 par les structures bénéficiaires du MSHP et les OSC a révélé deux catégories d'insuffisances (détails et montants en annexe 7) :

- **Dépenses insuffisamment justifiées :**

Absence d'un ou plusieurs éléments essentiels de preuve documentaire : l'audit a observé notamment des cas d'incohérences entre les signatures figurant sur les listes de présence et celles apposées sur les documents de paiement des perdiems, l'absence de documentation attestant de la présence effective de certains acteurs lors des activités des campagnes ainsi que le paiement de perdiems à des personnes ne figurant pas sur les listes de présence des activités. Montant concerné : 32 779 607 FCFA (55 488 USD).

- **Dépenses non justifiées :**

Absence totale de pièces justificatives ou écarts entre les montants déclarés et les justificatifs fournis. Montant concerné : 14 682 777 FCFA (24 854 USD).

Le montant total des dépenses mises en question s'établit donc à **47 462 384 FCFA (80 342 USD)**.

Causes racines

- Absence d'un système rigoureux d'archivage (cf. constat 4.2.5) ;
- Non-application des recommandations formulées lors d'audits précédents (cf. constat 4.1.1) ;
- Faiblesse du mécanisme de surveillance (cf. constat 4.1.8) ;
- Manque d'adaptation, de diffusion et de formation adaptées du manuel de procédures de l'UGS-G (voir le constat 4.1.6).

Risque(s) / Implication(s)

- Mise en question des dépenses conduisant à des demandes de remboursement ;
- Perte de crédibilité du MSHP auprès des partenaires techniques et financiers ;
- Suspension des financements additionnels engendrant des difficultés de mise en œuvre du programme d'immunisation.

Recommandation 14

Le MSHP devra :

1. **Mettre en place un système rigoureux d'archivage** permettant de conserver la traçabilité de toutes les pièces justificatives tant au niveau central qu'au niveau déconcentré (cf. constat 4.2.5).
2. **Sensibiliser l'ensemble des entités du MSHP** y compris les OSC aux dispositions de l'Accord Cadre de Partenariat, notamment à l'Annexe 2 (« Dispositions additionnelles relatives aux programmes ») et à l'Annexe 6, remplacée par les Grant Management Requirements (GMR) ;
3. **Initier des missions d'inspection** et d'audit interne ciblant la gestion des subventions Gavi au sein du MSHP, conformément aux obligations définies dans les GMR transmises par Gavi (cf. constat 4.1.8) ;
4. **Mettre en place un mécanisme structuré de renforcement des capacités** à destination du personnel de l'UGS-G et des comptables régionaux et SAF des DRSP et districts, ainsi que les financiers des OSC en lien avec la gestion des fonds Gavi, afin d'assurer une meilleure conformité et traçabilité des dépenses à tous les niveaux (cf. constat 4.1.5).

Réponses / Engagements du management

(Voir plan d'actions correctives en annexe 10)

4.2.7. Insuffisances dans la gestion patrimoniale des biens financés par Gavi

Contexte

Le point 29 des GMR de décembre 2024 relatif à l'assurance prévoit que «

- *Le MSP/P/AS devra assurer tous les biens du programme (y compris les vaccins et fournitures associés, les équipements de chaîne de froid et autres immobilisations corporelles (y compris achetés à travers les agences onusiennes) tant au niveau central que régional.*
- *Lorsque cela est possible à un coût raisonnable, le MSP/P/AS devra souscrire une assurance tous risques et une assurance de responsabilité civile générale auprès de compagnies d'assurance solides et de bonne réputation choisissant une couverture correspondant aux polices détenues par des organismes semblables qui réalisent des activités comparables*
- *A défaut, le MSP/P/AS devra, par écrit s'engager auprès de Gavi, à prévoir une ligne budgétaire sur des fonds nationaux permettant de provisionner le remplacement des vaccins ou actifs endommagés ou disparus. ».*

Le manuel de procédures du FCS de 2020 indique au point 6.1.2 que « *La gestion de ces immobilisations est assurée au niveau central par les directions techniques, le comptable central sous la supervision du DRFM, et par les gestionnaires sous la responsabilité du DRSP et du Médecin Chef du District au niveau régional et départemental.*

Toutes les immobilisations du FCS sont inventoriées et enregistrées dans le module immobilisation du logiciel comptable TOMPRO »

Le point 6.1.3.4 du manuel de procédures du FCS précise que « (...) *A la clôture de chaque exercice, il est procédé à un inventaire physique de toutes les immobilisations à tous les niveaux [...] Toute immobilisation acquise au cours de l'exercice et des exercices antérieurs doit figurer dans le tableau d'immobilisations. Toutes les immobilisations inscrites dans le tableau d'immobilisations doivent être justifiées par les copies des factures d'acquisition »*

Description

L'audit a relevé des insuffisances dans l'identification, le suivi et la gestion des immobilisations financées par Gavi et mises à disposition du MSHP. Malgré les dispositions du manuel de procédures du FCS, la DRFM n'a pas instauré de mécanisme formalisé pour disposer d'une vue complète et actualisée des équipements reçus, notamment ceux acquis via l'Unicef. Aucune base de données consolidée n'existe, et l'inventaire physique réalisé en 2021 n'a pas été régulièrement mis à jour.

Ces lacunes limitent la capacité à :

- évaluer l'état des biens ;
- planifier les remplacements ou la maintenance ;
- assurer une traçabilité fiable.

De plus, les biens présents dans les locaux de la DI ne sont ni étiquetés ni codifiés. La majorité des immobilisations financées par Gavi ne sont pas assurées (hors véhicules et motos), exposant le patrimoine à des risques de perte, vol ou dégradation sans compensation. Ces défaillances avaient déjà été signalées lors de l'audit de 2019, sans mise en place de mesures correctives suffisantes.

Causes racines

- Faible priorité accordée à la gestion des biens ;
- Faible appropriation des procédures internes et absence de contrôles réguliers ;
- Défaut d'anticipation sur les risques liés aux biens (perte, vol, sinistre).

Risque(s) / Implication(s)

- Perte, vol ou détournement des biens ;
- Incapacité à produire une situation patrimoniale fiable ;
- Non-conformité aux exigences réglementaires et des bailleurs ;
- Détérioration prématurée des biens faute de maintenance planifiée comme décrit au point 4.4.4 ci-dessus.

Recommandation 15

Le MSHP, via la DRFM et l'UGS-G, doit renforcer la gestion des équipements financés par Gavi en mettant en œuvre les actions suivantes :

1. **Créer une base de données patrimoniale centralisée et actualisée** : recenser, codifier et étiqueter tous les équipements financés par Gavi (via Unicef ou UGS-G) et assurer sa mise à jour régulière.
2. **Planifier des inventaires physiques annuels** : établir un calendrier budgétisé conforme au manuel des procédures pour disposer d'une vue actualisée des immobilisations et détecter rapidement pertes, dégradations ou besoins de renouvellement.

Réponses / Engagements du management

(Voir plan d'actions correctives en annexe 10)

4.2.8. Absence de dispositif de gestion du carburant des générateurs et des véhicules

| | |
|---|--|
| <p>Contexte</p> <p>Les entrepôts du PEV à la DI et dans les DRSP sont dotés de générateurs électriques régulièrement approvisionnés en carburant sur financements Gavi. Les véhicules du Programme bénéficient également de dotation de carburant sur fonds Gavi pour leur fonctionnement.</p> <p>Selon le point 6.2.1 du manuel de procédures du FCS relatif à tenue des carnets de bord des véhicules « <i>Avant chaque déplacement, le chauffeur ou l'utilisateur inscrit sur le carnet de bord du véhicule : - la date, - l'objet du déplacement, - la quantité de carburant prise, - le kilométrage au départ. Au retour du déplacement, le chauffeur : - inscrit le kilométrage à l'arrivée, - signe le carnet et le remet dans le véhicule</i> »</p> | |
| <p>Description</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitoring de l'utilisation du carburant <p>L'audit a relevé l'absence de suivi de la consommation de carburant pour les générateurs électriques et les véhicules du programme dans toutes les localités visitées. Aucun relevé ni système de contrôle du niveau de carburant n'est en place, ce qui empêche de vérifier l'utilisation rationnelle des quantités achetées et constitue une faiblesse majeure dans la gestion des ressources financées par Gavi.</p> <p>Cette situation expose les dépôts à des ruptures imprévues de carburant, pouvant affecter le fonctionnement de la chaîne du froid, surtout dans un contexte de coupures fréquentes d'électricité.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suivi de l'utilisation des véhicules du Programme <p>Concernant les véhicules du programme, l'audit a constaté un manque de contrôle sur leurs déplacements, leur maintenance et leur consommation de carburant. Les carnets de bord sont absents ou non renseignés, et aucun contrôle n'est effectué par la DI sur leur remplissage par les chauffeurs.</p> | <p>Recommandation 16</p> <p>La DI, les autres Directions Centrales du MSHP, et les DRSP devront :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mettre en place un dispositif de suivi de l'utilisation et de la maintenance des équipements hors chaîne de froid notamment les générateurs et le parc automobile. Renseigner systématiquement les carnets de bord des véhicules, établir un registre de maintenance pour les équipements critiques tel que recommandé au constat 4.4.4 ci-dessous, et prévoir un système d'alerte pour le renouvellement ou la réparation. 2. Instaurer un suivi rigoureux des consommations et du niveau de carburant des générateurs afin d'anticiper l'approvisionnement et éviter les ruptures susceptibles d'affecter la chaîne du froid. |
| <p>Causes racines</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Faible priorité accordée à la rationalisation des fournitures supportées par des financements extérieurs ; ○ Absence de procédures de gestion et de contrôle des générateurs et des véhicules. | |
| <p>Risque(s) / Implication(s)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Perte, vol ou détournement des biens ; ○ Rupture de la chaîne du froid en cas de rupture de carburant non anticipée ; ○ Usage abusif ou à des fins personnelles du carburant et des véhicules du Programme. | <p>Réponses / Engagements du management</p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 10)</p> |

4.3. Achats et passations de marchés

4.3.1. Défaut d'appropriation par l'UGS-G du processus de planification et de suivi d'exécution des marchés

| | |
|--|---|
| <p>Contexte</p> <p>Le point 28) des GMR prévoit que « <i>Toute autre passation de marché portant sur des produits non médicaux, services, et frais de fonctionnement sera effectuée par l'Unité de gestion, appuyée par la DRFM/MP/DSP et l'Agence Fournisseur d'Assurance (Assurance Provider), conformément au Manuel des procédures approuvé par Gavi et le MSP/P/AS du Niger. [...] Le MSP/P/AS devra s'assurer d'inclure à l'avance tout achat à effectuer dans le Plan de passation de marché pour validation technique par le CCIA.</i> ».</p> <p>Le point 9.1.2.2 du manuel de procédures du FCS stipule que « <i>Chaque centre de gestion établit un Plan de Passation de Marchés (PPM) qui détaille l'ensemble des acquisitions annuelles de biens et services à effectuer par le centre de gestion sur le FC [Fonds Commun]. (...) L'Expert en passation des marchés élabore un PPM annuel consolidé pour l'ensemble des centres de gestion et le soumet à l'approbation des PTF-FCS ou du (des) PTF de chacun des projets et programmes spécifiques.</i> ».</p> | |
| <p>Description</p> <p>Les GMR, tout comme le manuel de procédures du FCS, requièrent une responsabilisation de l'UGS-G dans le processus d'élaboration des plans de passations de marchés (PPM) sur fonds Gavi et dans le suivi de l'exécution conforme de ce plan. Cependant, la mission a constaté que l'UGS-G est peu impliquée dans ces processus. Actuellement, un PPM général est préparé par la DRFM selon ses propres procédures, sans que la participation de l'UGS-G soit formalisée. Les principales insuffisances relevées sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aucun PPM spécifique aux subventions Gavi n'est préparé par l'UGS-G pour permettre un suivi ciblé. - Les avis de non-objection de Gavi sur les PPM généraux ne sont ni sollicités ni documentés par l'UGS-G. - Aucune situation exhaustive des marchés exécutés sur fonds Gavi au cours de la période auditée n'est produite par l'UGS-G. ; - Aucun rapport d'exécution des marchés sur fonds Gavi n'est établi par l'UGS-G, alors qu'il est essentiel pour suivre l'avancement des marchés par rapport au plan initial, analyser les écarts de délais et de coûts, vérifier la conformité aux procédures, identifier les défis et risques rencontrés dans l'exécution du PPM, décrire les actions correctives mises en œuvre, et exposer les perspectives ainsi que les recommandations pour améliorer la performance et la passation. <p>Ces faiblesses s'expliquent par l'absence d'un manuel de procédures adapté à la gestion des fonds Gavi et par le manque d'un responsable dédié au suivi des marchés au sein de l'UGS-G. Bien que l'Assurance Provider dispose d'un expert en passation de marchés depuis mi-2024, le transfert de compétences reste difficile faute d'une personne cible dans l'équipe actuelle.</p> <p>Pour compenser ce déficit, au cours de la période auditée, l'UGS-G et la DI ont dû solliciter à plusieurs reprises le bureau pays de l'Unicef pour piloter certains processus de passation de marchés, en dehors des acquisitions d'engins roulants et d'équipements de la chaîne du froid qui lui sont spécifiquement attribués par les GMR.</p> | <p>Recommandation 17</p> <p>Le MSHP devra :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Réviser la structure et l'équipe de l'UGS-G afin d'intégrer pleinement sa mission de suivi des marchés financés par Gavi (cf. constat 4.1.3). <p>L'UGS-G devra :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Élaborer un manuel de procédures spécifique pour la gestion des subventions Gavi par l'UGS-G (cf. constat 4.1.6). 3. Mettre en place un système formel et informatisé pour la gestion et le suivi des marchés planifiés et exécutés sur fonds Gavi. |
| <p>Causes racines</p> <ul style="list-style-type: none"> o Absence d'un manuel de procédures adapté au fonctionnement de l'UGS-G (cf. constat 4.1.6) ; o Absence d'un profil de poste correspondant à la gestion des marchés au sein de l'équipe de l'UGS-G (cf. constat 4.1.5) ; | |
| <p>Risques / Implications</p> <ul style="list-style-type: none"> o Non-conformité aux exigences en matière de gestion des subventions Gavi ; o Affaiblissement de la transparence et de la traçabilité des procédures d'achats ; o Rejet des dépenses relatives aux marchés non planifiés ou ne respectant pas les procédures convenues. | <p>Réponses / Engagements du management</p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 10)</p> |

4.4. Gestion des vaccins

4.4.1. Nécessité d'adaptation et de mise à disposition des procédures opératoires normalisées (PON)

| | |
|---|---|
| <p>Contexte</p> <p>La gestion des vaccins et des équipements de la chaîne du froid constitue un pilier fondamental de l'efficacité des programmes de vaccination. Selon les directives de l'OMS⁶, chaque programme élargi de vaccination doit s'appuyer sur un ensemble de documents normatifs – procédures opératoires normalisées (PON), manuels de gestion, guides techniques – pour garantir la qualité, la sécurité et la performance à toutes les étapes du circuit logistique, du niveau central jusqu'aux aires de santé. Ces outils favorisent non seulement la standardisation des pratiques, mais servent également de références clés pour la formation, la supervision et l'assurance qualité.</p> <p>La dernière version des PON pour la gestion efficace des vaccins au Niger a été élaborée en 2020 et consolidée dans un document de 128 pages intitulé « Normes et standards du PEV ».</p> | |
| <p>Description</p> <p>Lors de l'audit, les PON actualisées pour la gestion efficace des vaccins ont été retrouvées en version numérique auprès des acteurs du niveau central. Cependant, ni cette version numérique ni des copies physiques n'étaient disponibles dans les localités visitées au niveau des régions, districts et formations sanitaires.</p> <p>De plus, sous leur forme consolidée de 128 pages, les PON sont peu pratiques pour les acteurs du niveau périphérique. Une édition des principales PON sous forme d'affiches à fixer dans les locaux du PEV serait plus utile pour le personnel opérationnel et réduirait le risque de perte des documents.</p> <p>L'audit a relevé que l'indisponibilité des PON dans les centres visités impacte négativement les pratiques de gestion physique des vaccins et de suivi administratif des stocks de vaccins et intrants associés (cf. constat 4.4.5).</p> | <p>Recommandation 18</p> <p>La DI devra, avec l'appui des partenaires :</p> <ol style="list-style-type: none"> S'assurer de la diffusion des PON sur l'ensemble du territoire Editer les principales PON du niveau périphérique sous forme d'affiches à fixer dans les locaux du PEV. Ce format sera plus utile pour le personnel du niveau opérationnel et atténuer le risque d'égarement des documents. Mettre en œuvre la recommandation 26 relative aux supervisions spécifiques des activités du PEV de routine. Les contrôles lors des supervisions devront inclure la vérification de la disponibilité des PON et leur consultation courante par les agents PEV de la localité. |
| <p>Causes racines</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Défaut d'adaptation du format des PON selon les utilisateurs cibles. ○ Dissémination insuffisante des PON. ○ Insuffisance de supervision spécifique des activités du PEV de routine. | |
| <p>Risque / Implication</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Perpétuation de pratiques inadéquates en matière de gestion des vaccins et intrants ; ○ Manque de compréhension et d'appropriation du cadre normatif par le personnel en charge du PEV ; ○ Mauvaise gestion des équipements pouvant occasionner une rupture de la chaîne du froid ; ○ Perte de doses de vaccins en raison de manipulations non conformes, compromettant la couverture vaccinale. | <p>Réponses / Engagements du management</p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 10)</p> |

⁶ Manuel d'utilisation des procédures opératoires normalisées du modèle de GEV, version 2, Mai 2011.

4.4.2. Gestion insuffisante des entrepôts secs du dépôt central du PEV

| | |
|--|--|
| <p>Contexte</p> <p>Les bonnes pratiques de stockage et de distribution des produits médicaux selon l'OMS⁷ recommandent que les entrepôts de produits de santé soient équipés de systèmes d'entreposage adaptés, tels que des racks métalliques, afin d'assurer la sécurité, la traçabilité et la préservation des intrants. Ces bonnes pratiques préconisent un stockage hors sol, à l'abri de l'humidité et des nuisibles, avec une organisation permettant la rotation des stocks. Ces bonnes pratiques visent à optimiser l'espace, prévenir les pertes et garantir la disponibilité des intrants pour les activités de vaccination. Le non-respect de ces standards expose les programmes à des risques de détérioration des fournitures, de gaspillage et de rupture de stock, compromettant la continuité des services.</p> <p>Le dépôt central du PEV à Niamey dispose de quatre (4) entrepôts pour le stockage des intrants secs et des diverses fournitures de la vaccination.</p> | |
| <p>Description</p> <p>L'audit a constaté que les principaux entrepôts secs du dépôt central du PEV, construits grâce au financement de Gavi, ne sont pas correctement équipés de racks d'entreposage. Cette insuffisance limite l'optimisation de l'espace disponible et empêche un rangement adéquat des stocks. Actuellement, plusieurs articles sont empilés les uns sur les autres, formant des piles instables. Des cartons de seringues, en particulier, sont posés directement au sol et adossés aux murs, ce qui les expose à l'humidité et aux termites. Lors de la visite, plusieurs cartons et seringues endommagés ont été observés, y compris des seringues du vaccin RTS,S contre le paludisme réceptionnées au dernier trimestre 2024 (voir photos en annexe 9).</p> <p>Sans action immédiate, ces conditions de stockage inappropriées au dépôt central augmentent considérablement le risque de pertes supplémentaires de seringues et autres fournitures destinées au Programme.</p> | <p>Recommandation 19</p> <p>La DI devra :</p> <ol style="list-style-type: none"> Faire l'inventaires des seringues détruites par les termites et en soumettre le rapport à Gavi. Veiller à une gestion rigoureuse de l'entretien des entrepôts et des éléments en stocks. <p>Le MSHP devra :</p> <ol style="list-style-type: none"> Finaliser l'aménagement des entrepôts secs du dépôt central du PEV afin d'assurer des conditions de stockage adéquates des fournitures de la vaccination qui y sont conservées. |
| <p>Causes racines</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Défaut de priorisation de l'aménagement des entrepôts par le MSHP ; ○ Manque de rigueur dans l'entretien des entrepôts et dans la gestion des stocks de vaccins et consommables de la vaccination. | |
| <p>Risque / Implication</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Persistance de conditions inappropriées de stockage dans les entrepôts ; ○ Pertes importantes de seringues et autres consommables préjudiciables aux activités de vaccination. | <p>Réponses / Engagements du management</p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 10)</p> |

⁷ [Bonnes pratiques de stockages et de distribution des produits médicaux.](#)

4.4.3. Besoin d'allègement du processus de dédouanement des véhicules octroyés par Gavi

| | |
|--|--|
| <p>Contexte</p> <p>L'évaluation de la GEV de 2020 a relevé une insuffisance de la capacité de transport des vaccins au niveau régional. Des dépôts de régions vers les districts, les vaccins sont transportés dans des glacières isothermiques sans dispositif adéquat de monitoring des températures.</p> <p>En vue de remédier aux difficultés de transport des vaccins par les dépôts régionaux, Gavi a financé l'acquisition de cinq (5) véhicules pick-up frigorifiques de 10m³ au bénéfice des régions de Niamey, Diffa, Agadez, Maradi et Zinder.</p> | |
| <p>Description</p> <p>Les cinq pick-up frigorifiques acquis grâce au financement de Gavi ont été réceptionnés par les services douaniers du Niger le 31 juillet 2023 pour dédouanement. Cependant, jusqu'en juin 2025, lors de la mission d'audit, le processus de dédouanement des véhicules n'était pas encore achevé ; les cinq véhicules étaient en attente dans le parc automobile de la douane, à ciel ouvert, exposés à toutes les intempéries. Les engins n'ont été libérés et mis à la disposition des différentes régions qu'au cours du mois d'août 2025, soit plus de deux (2) ans après leur arrivée aux services de dédouanement.</p> <p>Ce long délai est dû à des procédures de dédouanement contraignantes qui ne permettent pas un processus allégé et accéléré pour les véhicules destinés à des programmes d'urgences sanitaires, tel que le PEV et résultant de dons faits aux pays.</p> | <p>Recommandation 20</p> <p>1. Le MSHP devra faire le plaidoyer auprès du Gouvernement en vue de l'allègement du processus de dédouanement des véhicules octroyés par Gavi au Programme.</p> |
| <p>Causes racines</p> <ul style="list-style-type: none"> o Application par le Gouvernement de mesures visant à renforcer le contrôle des recettes douanières o Plaidoyer insuffisant du MSHP auprès de ses homologues du Gouvernement. | |
| <p>Risque / Implication</p> <ul style="list-style-type: none"> o Persistance de conditions inappropriées de distribution des vaccins pouvant occasionner des pertes ou ruptures ; o Risque de détérioration du fonctionnement des véhicules dû à une exposition prolongée aux intempéries ; o Risque de suspension du soutien des bailleurs pour l'acquisition de certains équipements, en raison de procédures de dédouanement jugées préjudiciables. | <p>Réponses / Engagements du management</p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 10)</p> |

4.4.4. Dispositif de maintenance des équipements de la chaîne du froid à renforcer

| | |
|--|---|
| <p>Contexte</p> <p>La performance de la chaîne du froid repose non seulement sur la disponibilité d'équipements adéquats, mais aussi sur leur bon fonctionnement continu. Conformément aux standards de l'OMS⁶, un système efficace de maintenance préventive et curative est indispensable pour assurer la conservation des vaccins à une température conforme tout au long du circuit de distribution. Ce système doit comprendre des plans de maintenance préventive, des équipes techniques formées, des calendriers d'entretien, des procédures de réparations curatives, une traçabilité des pannes et des interventions.</p> <p>Gavi finance diverses missions d'assistance technique fournies par l'Unicef et l'ONG JSI à la DI dans la gestion de la chaîne du froid du PEV.</p> | |
| <p>Description</p> <p>L'audit a constaté que, sur l'ensemble de la pyramide sanitaire, le programme PEV ne dispose pas de capacités suffisantes pour assurer la maintenance curative des équipements de la chaîne du froid.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dépôt central et dépôts régionaux : absence d'une solution pérenne de maintenance <p>La DI ne compte aucun technicien de maintenance dédié dans ses effectifs. Les réparations et la maintenance préventive du dépôt central sont confiées à un prestataire privé engagé par l'UNICEF, dont les services couvrent également les dépôts régionaux. Cette approche n'offre pas de garantie à long terme, car elle dépend des financements des partenaires et reste coûteuse.</p> <p>De plus, la réalisation des interventions dépend du renouvellement du contrat du prestataire et ne respecte pas systématiquement le calendrier établi, ce qui entraîne des retards dans la résolution des pannes. L'audit a relevé qu'en 2024, aucune intervention n'a été effectuée par le prestataire en raison du retard dans le renouvellement du contrat. De plus, lors de la visite du dépôt central et du dépôt régional de Niamey en avril 2025, les rendez-vous prévus en février et mars 2025 n'avaient pas été honorés.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au niveau opérationnel (districts et CSI) : outillage et capacité insuffisante des agents SERMEX <p>La maintenance curative dans les districts et CSI est assurée par des techniciens polyvalents de maintenance (TPM) affiliés à SERMEX (Service d'Entretien, de Réparation du Matériel d'Exploitation), une structure étatique. Cependant, ces techniciens ne disposent ni des outils ni des compétences nécessaires pour certaines réparations. Le plan d'amélioration de la GEV de 2020 prévoyait de les équiper de kits d'intervention, mais cette mesure n'a pas été mise en œuvre.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Équipements sous garantie : procédures non maîtrisées <p>Lors de la visite de deux CSI dans le district sanitaire de Niamey 5, des réfrigérateurs TCW 80 SDD installés en novembre et décembre 2024 étaient hors service quelques mois après leur installation. Des échanges avec la coordonnatrice régionale des immunisations (CRI) de Niamey ont révélé deux autres cas similaires dans les districts de Niamey 1 et 4. Ces pannes n'ont pas été formellement signalées, et les agents locaux ne connaissent pas les démarches pour activer les garanties.</p> | <p>Recommandation 21</p> <p>Le MSHP devra :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborer un plan national de maintenance des équipements de la chaîne du froid impliquant le développement de l'expertise au sein des effectifs de personnel du ministère à chaque niveau de la pyramide sanitaire. 2. Intégrer dans ce plan un dispositif de communication sur les procédures de gestion des équipements sous garantie, afin d'assurer un traitement rapide et efficace des pannes. <p>La DI devra :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Plaider auprès du MSHP pour la mise à disposition de techniciens de maintenance au sein de l'équipe de la DI, afin de permettre le transfert de compétences provenant des missions d'assistance technique dont bénéficie le Programme. 4. Mettre en place une communication régulière et efficace avec les structures déconcentrées concernant le plan de maintenance qui sera adopté. |
| <p>Causes racines</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Défaut d'un plan de maintenance offrant une sécurité à long terme pour la chaîne du froid ; ○ Défis de gestion des ressources humaines et d'opérationnalisation des transferts de compétence ; ○ Définition insuffisante des plans de communication dans la gestion des équipements sous garantie. | |
| <p>Risque / Implication</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fragilité du plan de maintenance résultant de la dépendance à un prestataire privé ; ○ Pannes des équipements et risque de rupture de la chaîne du froid ; ○ Pertes de vaccins ou difficultés d'approvisionnement continu en vaccins préjudiciables au Programme. | <p>Réponses / Engagements du management</p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 10)</p> |

4.4.5. Gestion physique des vaccins insuffisante

Contexte

La gestion physique des vaccins est un maillon essentiel de la chaîne logistique vaccinale. Elle repose sur l'application rigoureuse de principes tels que le suivi de l'état de la pastille de contrôle du vaccin (PCV), le rangement approprié par lot, la traçabilité, et l'application du principe « premier expiré, premier sorti ». Le respect de ces standards garantit la qualité, la sécurité et l'efficacité des vaccins administrés. Ces pratiques doivent être systématisées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, conformément aux directives de l'OMS⁶.

Description

L'observation des conditions de stockage physique des vaccins a révélé des insuffisances au niveau du dépôt central et de certaines formations sanitaires visitées, confirmant ainsi le besoin de renforcer la supervision à tous les niveaux (cf. constat 4.5.2).

Au niveau central, il a été constaté que certains lots de vaccins ont été exposés à l'humidité en raison d'une fuite d'eau dans l'une des chambres froides. Cette exposition prolongée a entraîné la détérioration des emballages en carton des vaccins sans affecter les flacons.

Dans certaines formations sanitaires, notamment les cliniques privées, plusieurs pratiques non conformes ont été observées :

- Les vaccins sont utilisés sans tenir compte de la proximité de la date de péremption ni de l'état de la pastille de contrôle.
- Les différents lots ne sont pas distingués lors du rangement dans les réfrigérateurs, ce qui empêche un suivi adéquat des dates de péremption et l'application du principe « premier expiré, premier sorti ».

Ces défaillances dans la gestion physique des vaccins soulignent la nécessité de rendre les PON disponibles sous un format adapté au sein des structures opérationnelles (cf. constat 4.4.1).

Pour les cliniques privées impliquées dans la vaccination, les responsables ont mentionné que la forte rotation du personnel affecté à la gestion du PEV constitue l'une des causes principales des écarts observés. Cela appelle à un suivi rapproché de ces structures par les agents PEV des districts de rattachement.

Causes racines

- PON indisponibles ou peu consultées par les agents au niveau périphérique (cf. constat 4.4.1.) ;
- Supervision insuffisante des conditions de stockage physique des vaccins au dépôt central (cf. constat 4.5.2) ;
- Supervision insuffisante des activités du PEV de routine dans les cliniques privées et certaines CSI (cf. constat 4.5.2).

Risque / Implication

- Altération de la qualité des vaccins administrés compromettant leur efficacité et la santé publique ;
- Pertes importantes de doses de vaccins faute d'un suivi approprié.

Recommandation 22

La DI devra :

1. En lien avec la recommandation liée au constat 4.4.1 sur les PON, **établir des protocoles stricts pour la gestion des stocks de vaccins**, incluant des contrôles réguliers des conditions de stockage et de la priorité d'utilisation des vaccins.
2. **Renforcer la supervision** des conditions physiques des vaccins au niveau du dépôt central, dans les formations sanitaires. Mettre en place un suivi de proximité des cliniques et autres structures privées impliquées dans la vaccination de routine, en raison du fait qu'elles connaissent une rotation plus importante de leurs effectifs.

Réponses / Engagements du management

(Voir plan d'actions correctives en annexe 10)

4.4.6. Multiplicité des outils de rapportage des données de stocks aux niveaux régional et district

Contexte

Une gestion efficace de la chaîne d’approvisionnement en vaccins repose sur la disponibilité des données de stock fiables, complètes et à jour. La tenue rigoureuse des registres physiques (registres manuels, fiche de stock) et électroniques, notamment via l’outil de gestion des stocks version Excel (SMT) ou version en ligne (eSMT), est indispensable pour assurer le suivi des mouvements des stocks de vaccins et consommables, anticiper les besoins, détecter les anomalies et prévenir les ruptures de stock. Les standards de l’OMS recommandent une tenue précise et continue de ces registres à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Description

Au Niger, la coexistence de plusieurs outils de rapportage pour les données de stocks de vaccins et de consommables complique la mise à jour et la fiabilité des informations. Dans les régions et districts, les mêmes données sont saisies simultanément dans le SMT, l’eSMT, des registres manuels, DHIS2, et, au niveau des districts, dans Niger Vaccine. Cette multiplicité d’outils, à renseigner mensuellement ou hebdomadairement par le même agent, entraîne des erreurs et des incohérences entre les informations figurant dans ces différents systèmes. A titre illustratif, la comparaison des mêmes données rapportées dans SMT et dans Niger Vaccine en 2024 par le district de Niamey 5 présente les écarts suivants :

| | Quantité de vaccins distribués en 2024 | | | Soldes vaccins au 31 décembre 2024 | | |
|---------------|--|---------------|-------|------------------------------------|---------------|---------|
| | SMT | Niger Vaccine | Ecart | SMT | Niger Vaccine | Ecart |
| BCG | 9 540 | 9 560 | (20) | 200 | 1 100 | (900) |
| bOPV | 31 240 | 31 880 | (640) | 840 | 3 520 | (2 680) |
| DTwP-HepB-Hib | 23 510 | 23 910 | (400) | 150 | 2 550 | (2 400) |
| PCV-13 | 23 664 | 23 600 | 64 | 164 | 2 524 | (2 360) |
| Rota Liq | 15 572 | 15 850 | (278) | 119 | 1 584 | (1 465) |
| IPV | 16 080 | 15 950 | 130 | 540 | 1 990 | (1 450) |
| Measles | 14 945 | 14 980 | (35) | 295 | 1 995 | (1 700) |
| Td | 9 740 | 9 630 | 110 | 1 530 | 2 180 | (650) |

Les deux outils renseignent des chiffres différents, bien qu’alimentés par le même gestionnaire, tant pour les quantités de vaccins distribuées en 2024 que pour les stocks restants au 31 décembre 2024.

Causes racines

- Duplication des outils pour répondre à différents besoins d’informations sur les stocks ;
- Interopérabilité inexistante ou limitée entre les plateformes numériques, obligeant à des saisies manuelles répétées.

Risque / Implication

- Décision d’approvisionnement erronée occasionnant des ruptures de stocks ou du surstockage ;
- Exposition du programme aux conséquences dommageables de décisions prises sur la base de données de stocks erronées.

Recommandation 23

1. En collaboration avec les autres directions concernées par les données de stocks de vaccins, la DI devra **travailler à l’unification des outils de rapportage des données de stocks** de vaccins et de consommables. Cela aura l’avantage de simplifier la tâche des agents PEV (coordonnateurs(ices) de l’immunisation) et de garantir la disponibilité en des données de stocks fiables en temps voulu.
2. A long terme, **mettre en place une solution d’intégration des systèmes** (eSMT, DHIS2, Niger Vaccine) permettant la synchronisation automatique des données et la génération d’alertes en cas d’écarts, afin de réduire les saisies multiples et améliorer la fiabilité des informations.

Réponses / Engagements du management

(Voir plan d’actions correctives en annexe 10)

4.4.7. Insuffisance dans la saisie et le contrôle des données des fichiers SMT du niveau central

Contexte

L'Unicef et l'OMS ont conçu un outil de gestion des stocks (Stock Management Tool – SMT) initialement en version Excel, puis en version en ligne, pour permettre aux gestionnaires du Programme d'avoir une visibilité de bout en bout des stocks de vaccins, de consommables de la vaccination, ainsi que des équipements de la chaîne du froid, afin de prendre des décisions éclairées qui contribuent à atteindre les objectifs de vaccination. L'outil est utilisé pour documenter les opérations quotidiennes dans les entrepôts de vaccins, ce qui facilite la visibilité des stocks à tous les niveaux et offre un moyen efficace de contrôler les ressources et les équipements de la chaîne du froid. Il est essentiel pour analyser les mouvements des stocks de vaccins et consommables, anticiper les besoins, détecter les anomalies et prévenir les ruptures de stock.

L'efficacité de cet outil repose sur la fiabilité des données qui y sont rapportées et le suivi qui en fait par les responsables du Programme. Au Niger, le SMT (version Excel) et le eSMT (version en ligne) sont utilisés parallèlement au niveau central, régional et district pour le rapportage des données de stocks de vaccins et de consommables.

Description

Les tests effectués par l'équipe d'audit sur les fichiers SMT au niveau du dépôt central du PEV ont révélé des insuffisances dans la saisie et le contrôle des données rapportées dans cet outil de monitoring des stocks.

- Discordances d'informations avec les fichiers SMT des régions**

Le rapprochement des informations sur les quantités de vaccins et consommables distribuées, telles que rapportées dans les SMT du niveau central et celles du dépôt régional de Niamey, révèle des écarts significatifs. L'analyse de ces écarts, fondée sur les bordereaux de distribution, met en évidence des omissions de saisie ou des saisies erronées au niveau des SMT du dépôt central. L'absence de rapprochements périodiques entre le SMT du niveau central et les SMT des régions n'a pas permis de détecter ces anomalies en temps utile, ce qui accroît le risque de décisions d'approvisionnement basées sur des données peu fiables. Le tableau ci-dessous présente une partie des écarts observés.

| Année 2024 / Produits | Quantité distribuée à la DRSP de Niamey en 2024 selon SMT DI | Quantité reçue en 2024 selon SMT DRSP Niamey | Ecart | Commentaires |
|-----------------------|--|--|-----------|--|
| DTwP-HepB-Hib | 211 800 | 211 800 | - | |
| IPV | 123 500 | 123 500 | - | |
| Measles | 333 250 | 325 750 | 7 500 | Sortie de 21 250 au niveau central contre 13 750 enregistrée à la DRSP de Niamey en juin 2024. |
| MenFive | 860 000 | 860 000 | - | |
| nOPV2 | 2 798 050 | 2 230 500 | 567 550 | Différentes quantités de nVPO2 enregistrées de part et d'autre par le niveau central et la DRSP de Niamey en août, octobre et novembre 2024. |
| PCV-13 | 208 000 | 208 000 | - | |
| Rota_Liq | 134 800 | 134 800 | - | |
| RUP_Sdilution_5 | 202 900 | 229 500 | (26 600) | Quantités supérieures rapportées par la DRSP en mai et septembre 2024. |
| SAB_0.05ml | 66 000 | 99 800 | (33 800) | Distributions de septembre et décembre 2024 non enregistrée au niveau central. |
| SAB_0.5ml | 1 641 600 | 1 806 060 | (164 460) | Quantités supérieures rapportées par la DRSP en mai, juin et septembre 2024. |

- Erreurs et omissions de saisie des données dans les fichiers SMT**

Pour certaines années, des erreurs de stocks ont été constatées entre les soldes de fin de période et ceux de début de période subséquente, tels qu'illustrées dans les tableaux ci-dessous. Ces erreurs proviennent notamment d'un défaut de rapportage de certains mouvements de stocks intervenus en fin ou en début d'année. Leur caractère récurrent appelle à un renforcement des contrôles effectués par la DI sur le remplissage des SMT, outil essentiel pour la prise de décisions en matière d'approvisionnement en vaccins et consommables.

Recommandation 24

La DI devra :

- Investiguer les causes des écarts identifiés** dans les SMT par l'audit et prendre les mesures de remédiation.
- Définir les contrôles périodiques à opérer sur le remplissage des outils** et les responsabilités au sein de l'équipe logistique de la DI. Les contrôles pourraient inclure des vérifications croisées régulières entre les informations détenues au niveau central et celles du niveau régional, et entre les informations des supports électroniques et celles des supports physiques (registres manuels, bons de commande, bordereaux de livraison, etc.)
- Renforcer la supervision des activités logistiques du dépôt central** par la direction de la DI, y compris des visites inopinées (Cf. recommandation liée au constat 4.5.2).

| SMT dépôt central Vaccins | Catégorie | Stock à fin décembre 2022 | Stock début janvier 2023 | Ecart |
|---------------------------|-----------|---------------------------|--------------------------|-------------|
| BCG | Routine | 1 211 000 | 1 211 000 | - |
| bOPV | Routine | 1 651 700 | 1 651 700 | - |
| DTwP-HepB-Hib | Routine | 151 000 | 151 000 | - |
| IPV | Routine | 1 737 630 | 1 722 800 | 14 830 |
| PCV-13 | Routine | 915 800 | 915 800 | - |
| Rota_Liq | Routine | 13 000 | 13 000 | - |
| Men-A | Routine | 1 617 500 | 1 617 500 | - |
| Td | Routine | 1 581 000 | 1 581 000 | - |
| C19-Janssen | AVS | 1 710 | - | 1 710 |
| C19-VaxZevria | AVS | 250 000 | - | 250 000 |
| nOPV2 | AVS | 103 850 | 2 048 850 | (1 945 000) |

| SMT dépôt central Consommables | Catégorie | Stock à fin décembre 2022 | Stock début janvier 2023 | Ecart |
|--------------------------------|-----------|---------------------------|--------------------------|-------------|
| SAB_0.05ml | Routine | 108 300 | 417 600 | (309 300) |
| SAB_0.5ml | Routine | 870 900 | 10 468 000 | (9 597 100) |
| Sdilution_2ml | Routine | - | 45 800 | (45 800) |
| Sdilution_5ml | Routine | - | 1 389 900 | (1 389 900) |
| BS_5l | Routine | 150 300 | 123 250 | 27 050 |
| SAB_0.3ml | AVS | 501 000 | 702 886 | (201 886) |
| SAB_0.5ml | AVS | (279 210) | 3 758 600 | (4 037 810) |
| Sdilution_2ml | AVS | - | 102 000 | (102 000) |
| Sdilution_5ml | AVS | - | 65 085 | (65 085) |
| BS_5l | AVS | (625) | 173 675 | (174 300) |

| SMT dépôt central Vaccins | Catégorie | Stock à fin décembre 2024 | Stock début janvier 2025 | Ecart |
|---------------------------|-----------|---------------------------|--------------------------|-------------|
| BCG | Routine | 763 000 | 763 000 | - |
| bOPV | Routine | 2 076 000 | 2 076 000 | - |
| DTwP-HepB-Hib | Routine | 1 360 560 | 1 360 590 | (30) |
| PCV-13 | Routine | 685 000 | 685 000 | - |
| Rota_Liq | Routine | 1 089 950 | 1 089 950 | - |
| IPV | Routine | 362 965 | 362 900 | 65 |
| Measles | Routine | 1 437 775 | 1 437 500 | 275 |
| Td | Routine | 3 569 600 | 3 548 600 | 21 000 |
| Men-A | Routine | 1 928 500 | 1 925 500 | 3 000 |
| YF | Routine | 2 209 270 | 2 203 200 | 6 070 |
| RTS,S | Routine | 422 200 | 422 200 | - |
| nOPV2 | AVS | - | 1 461 550 | (1 461 550) |
| Measles | AVS | 777 500 | 798 500 | (21 000) |
| DTwP-HepB-Hib | AVS | 1 293 100 | 1 293 100 | - |

| SMT dépôt central Consommables | Catégorie | Stock à fin décembre 2023 | Stock début janvier 2024 | Ecart |
|--------------------------------|-----------|---------------------------|--------------------------|-----------|
| SAB_0.05ml | Routine | 800 | 800 | - |
| SAB_0.5ml | Routine | 11 531 900 | 12 128 200 | (596 300) |
| Sdilution_2ml | Routine | 200 | 2 400 | (2 200) |
| Sdilution_5ml | Routine | 1 315 200 | 1 261 800 | 53 400 |
| BS_5l | Routine | 109 400 | 101 825 | 7 575 |
| SAB_0.3ml | AVS | 702 886 | 702 886 | - |
| SAB_0.5ml | AVS | 4 210 400 | 4 127 300 | 83 100 |
| Sdilution_2ml | AVS | 102 000 | 102 000 | - |
| Sdilution_5ml | AVS | 78 585 | 142 585 | (64 000) |
| BS_5l | AVS | 150 950 | 166 100 | (15 150) |

Certains contrôles du remplissage des SMT sont effectués par la DI et d'autres par les assistants techniques de l'Unicef. Mais un cadre formel n'a pas été établi pour décrire clairement les types de contrôles à effectuer et les personnes responsables.

Causes racines

- Défaut de clarification des procédures et des responsabilités en matière de contrôle des données des SMT
- Insuffisance de supervision des agents du dépôt central par la direction de la DI (cf. constat 4.5.2).

Risque / Implication

- Non maîtrise des quantités en stocks à différent niveaux pouvant occasionner des ruptures ou du surstockage ;
- Ruptures de stocks entravant les activités de vaccinations et l'atteinte des objectifs de couverture vaccinale.

Réponses / Engagements du management

(Voir plan d'actions correctives en annexe 10)

4.5. Suivi et évaluation

4.5.1. Défis liés à la qualité des données de vaccination

Contexte

La disponibilité d'informations et indicateurs fiables est essentielle pour éclairer la prise de décision stratégique dans la lutte contre les maladies évitables par la vaccination dans chaque pays. Le Plan Pluri Annuel Complet (PPAC) 2016-2022 du Niger prévoit de réduire de 18% à 5% l'écart entre le taux de couverture en Penta 3 issu des enquêtes et le taux selon les données administratives.

En juillet 2019, dans le cadre du renforcement de la qualité des données, le MSHP, à travers la Direction des Statistiques, a élaboré un « Guide de revue des données du Système National d'Information Sanitaire » qui permet aux agents de disposer des éléments d'orientation pour assurer une exactitude et une cohérence interne / externe des données à des fins de planification, suivi-évaluation et de prise de décision. Le guide explore les principaux aspects de l'analyse et de la triangulation des informations, permettant de renforcer les capacités des gestionnaires de données de tous les niveaux de la pyramide sanitaire en matière d'assurance qualité de l'information sanitaire. Il est intégré au DHIS 2 et accessible à tous les utilisateurs.

En 2020, le MSHP a élaboré avec l'appui des partenaires, un plan d'amélioration de la qualité des données (PAQD) pour exécution sur la période 2020-2022. Ce plan a favorisé depuis 2021, l'utilisation du DHIS 2 comme système unique de collecte et de gestion des données du système national d'information sanitaire au Niger - le DHIS 2 a été introduit en 2017 et était utilisé parallèlement avec l'outil de rapportage manuel DVD-MT. Le processus de collecte inclut la saisie des données mensuelles directement dans le DHIS 2 par le responsable de la formation sanitaire vaccinatrice sur la base du rapport mensuel de vaccination établi par l'agent PEV de la localité. Le contrôle des données s'effectue à travers une chaîne de validations : le responsable du centre vérifie avant la saisie dans DHIS2, suivi d'un contrôle au niveau du district et d'une validation régionale. Enfin, un examen final est réalisé au niveau national par le gestionnaire des données de la DI, avec l'appui d'un assistant technique de l'OMS.

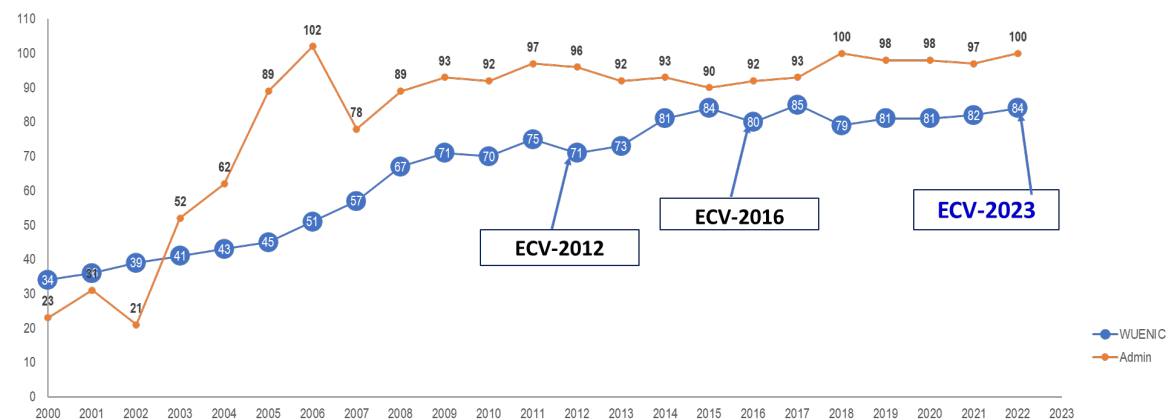
D'importants mouvements de populations interne et transfrontaliers sont occasionnés par la situation sécuritaire des pays de la boucle du Niger. Un recensement général de la population et de l'habitat a été lancé depuis 2023 et est en attente de finalisation.

Description

Les actions initiées par le MSHP avec l'appui des partenaires ont permis d'observer une amélioration progressive de la qualité des données. Toutefois, des défis demeurent et appellent une continuité des actions.

- **Ecart persistant entre les couvertures administratives et celles des enquêtes/WUENIC**

Le PPAC 2016-2022 visait à réduire l'écart entre le taux de couverture Penta 3 issu des enquêtes et celui basé sur les données administratives de 18 points de pourcentage à 5. Cependant, à fin 2023, les analyses de la DI et de l'OMS montrent que cet écart reste élevé, à 16 points, comme illustré dans le graphique ci-dessous. Les résultats de la dernière enquête de couverture vaccinale (2023), conformes aux estimations WUENIC, indiquent que l'anomalie provient des données administratives.



Source : Direction des Immunisation (DI), avril 2025.

Recommandation 25

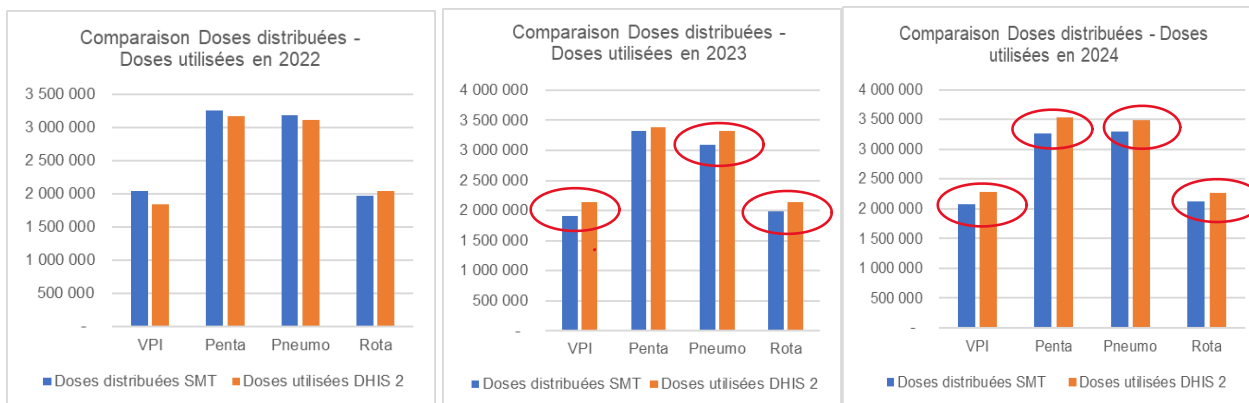
Le MHSP devra :

1. **Evaluer l'état de la qualité des données** de la vaccination et **établir un nouveau plan d'amélioration (PAQD)**.
 2. **Mettre en place un programme de formation ciblée pour les responsables des formations sanitaires** (chefs CSI, cliniques privées, etc.) afin de renforcer leurs compétences dans la supervision régulière des activités du PEV de routine. Définir une fréquence minimale (par exemple mensuelle) pour ces supervisions. La DI devra fournir aux responsables des formations sanitaires des check-lists standardisées et assurer un suivi trimestriel pour vérifier la conduite effective de ces supervisions et la qualité des contrôles effectués.
- La Direction des Statistiques devra :
3. **Renforcer l'approbation du Guide de revue des données du Système National d'Information Sanitaire** par les responsables des formations sanitaires et superviser régulièrement le respect du protocole de contrôle des données établi.

La DI avait prévu d'élaborer un PAQD pour la période 2023-2025, mais ce plan n'a pas été mis en place, entraînant une interruption des actions visant à améliorer la qualité des données.

- **Discordances d'informations entre les données de stocks des SMT et les données de vaccination du DHIS 2**

La comparaison des quantités de vaccins distribuées au niveau national selon les SMT du dépôt central aux quantités de vaccins utilisées (administrées) rapportés par les régions dans le DHIS 2 présentent des incohérences : pour de nombreux antigènes, la quantité de vaccins utilisée est supérieure à la quantité de vaccins distribuée donc disponible. L'importance des écarts ne peut se justifier par les éventuels stocks résiduels de fin de période (voir graphiques ci-dessous et **annexe 8**).



Ces anomalies pourraient résulter à la fois des erreurs de stocks identifiées dans les SMT du dépôt central (cf. **constat 4.4.7**) ou de rapportage erroné des doses de vaccins utilisées dans le DHIS 2 par certaines formations sanitaires.

- **Problématique de qualité des données au niveau des points de collecte.**

Les tests réalisés par l'audit sur les outils primaires dans trois centres de vaccination de la région de Niamey ont révélé des erreurs de saisie dans le DHIS2 dans l'un des centres. Ces erreurs s'expliquent principalement par une application insuffisante des contrôles prévus dans le Guide de revue des données du Système National d'Information Sanitaire, élaboré par la Direction des Statistiques, ainsi que par l'absence de supervision régulière des activités de vaccination de routine par le responsable du centre (cf. constat 4.5.2.).

Rapprochement des données des rapports mensuels de vaccination (RMV) aux données saisies par les Centres de Santé Intégrés (CSI) dans le DHIS 2

| CSI 1 | Mars 2022 | | | Juin 2022 | | | Octobre 2022 | | | Mars 2023 | | | Juin 2023 | | | Octobre 2023 | | | Mars 2024 | | | Juin 2024 | | | Octobre 2024 | | |
|-----------|-----------|--------|-------|-----------|--------|-------|--------------|--------|-------|-----------|--------|-------|-----------|--------|-------|--------------|--------|-------|-----------|--------|-------|-----------|--------|-------|--------------|--------|-------|
| | RMV | DHIS 2 | Ecart | RMV | DHIS 2 | Ecart | RMV | DHIS 2 | Ecart | RMV | DHIS 2 | Ecart | RMV | DHIS 2 | Ecart | RMV | DHIS 2 | Ecart | RMV | DHIS 2 | Ecart | RMV | DHIS 2 | Ecart | RMV | DHIS 2 | Ecart |
| Pentila 1 | 182 | 182 | - | 223 | 223 | - | 254 | 254 | - | 235 | 235 | - | 221 | 221 | - | 314 | 314 | - | 259 | 259 | - | 248 | 248 | - | 248 | 248 | - |
| Pentila 2 | 180 | 180 | - | 205 | 205 | - | 231 | 231 | - | 240 | 240 | - | 220 | 220 | - | 264 | 264 | - | 266 | 266 | - | 246 | 246 | - | 245 | 245 | - |
| Pentila 3 | 178 | 178 | - | 218 | 218 | - | 237 | 237 | - | 231 | 231 | - | 221 | 221 | - | 316 | 313 | 3 | 258 | 258 | - | 248 | 248 | - | 246 | 246 | - |
| VAR 1 | 141 | 141 | - | 173 | 173 | - | 165 | 165 | - | 208 | 208 | - | 198 | 198 | - | 316 | 316 | - | 258 | 258 | - | 248 | 248 | - | 246 | 246 | - |
| VAA | 141 | 141 | - | 173 | 173 | - | 165 | 165 | - | 208 | 208 | - | 198 | 198 | - | 316 | 316 | - | 258 | 258 | - | 248 | 248 | - | 246 | 246 | - |

| CSI 2 | Mars 2022 | | | Juin 2022 | | | Octobre 2022 | | | Mars 2023 | | | Juin 2023 | | | Octobre 2023 | | | Mars 2024 | | | Juin 2024 | | | Octobre 2024 | | |
|-----------|-----------|--------|-------|-----------|--------|-------|--------------|--------|-------|-----------|--------|-------|-----------|--------|-------|--------------|--------|-------|-----------|--------|-------|-----------|--------|-------|--------------|--------|-------|
| | RMV | DHIS 2 | Ecart | RMV | DHIS 2 | Ecart | RMV | DHIS 2 | Ecart | RMV | DHIS 2 | Ecart | RMV | DHIS 2 | Ecart | RMV | DHIS 2 | Ecart | RMV | DHIS 2 | Ecart | RMV | DHIS 2 | Ecart | RMV | DHIS 2 | Ecart |
| Pentila 1 | 125 | 136 | (11) | 101 | 107 | (6) | 107 | 119 | (12) | 131 | 137 | (6) | 107 | 107 | - | 142 | 149 | (7) | 116 | 116 | - | 125 | 126 | (1) | 128 | 128 | - |
| Pentila 2 | 122 | 129 | (7) | 100 | 106 | (6) | 101 | 109 | (8) | 125 | 131 | (6) | 105 | 105 | - | 100 | 100 | - | 111 | 111 | - | 88 | 92 | (4) | 101 | 105 | (4) |
| Pentila 3 | 117 | 125 | (8) | 84 | 90 | (6) | 107 | 117 | (10) | 125 | 133 | (8) | 92 | 92 | - | 100 | 101 | (1) | 112 | 112 | - | 96 | 100 | (4) | 120 | 124 | (4) |
| VAR 1 | 76 | 93 | (17) | 87 | 90 | (3) | 83 | 112 | (29) | 109 | 118 | (9) | 104 | 104 | - | 98 | 100 | (2) | 100 | 102 | (2) | 113 | 114 | (1) | 101 | 104 | (3) |
| VAA | 76 | 93 | (17) | 87 | 90 | (3) | 83 | 112 | (29) | 109 | 118 | (9) | 104 | 104 | - | 98 | 100 | (2) | 100 | 102 | (2) | 113 | 114 | (1) | 101 | 104 | (3) |

| CSI 3 | Mars 2022 | | | Juin 2022 | | | Octobre 2022 | | | Mars 2023 | | | Juin 2023 | | | Octobre 2023 | | | Mars 2024 | | | Juin 2024 | | | Octobre 2024 | | |
|-----------|-----------|--------|-------|-----------|--------|-------|--------------|--------|-------|-----------|--------|-------|-----------|--------|-------|--------------|--------|-------|-----------|--------|-------|-----------|--------|-------|--------------|--------|-------|
| | RMV | DHIS 2 | Ecart | RMV | DHIS 2 | Ecart | RMV | DHIS 2 | Ecart | RMV | DHIS 2 | Ecart | RMV | DHIS 2 | Ecart | RMV | DHIS 2 | Ecart | RMV | DHIS 2 | Ecart | RMV | DHIS 2 | Ecart | RMV | DHIS 2 | Ecart |
| Pentila 1 | 33 | 33 | - | 26 | 26 | - | 26 | 26 | - | 32 | 32 | - | 38 | 38 | - | 30 | 30 | - | 30 | 30 | - | 36 | 36 | - | 36 | 36 | - |
| Pentila 2 | 30 | 30 | - | 30 | 30 | - | 37 | 37 | - | 31 | 31 | - | 37 | 37 | - | 39 | 39 | - | 43 | 43 | - | 38 | 38 | - | 36 | 36 | - |
| Pentila 3 | 38 | 38 | - | 30 | 30 | - | 22 | 22 | - | 32 | 32 | - | 37 | 37 | - | 40 | 40 | - | 34 | 34 | - | 34 | 34 | - | 38 | 38 | - |
| VAR 1 | 20 | 20 | - | 24 | 24 | - | 38 | 38 | - | 27 | 27 | - | 42 | 40 | 2 | 27 | 27 | - | 39 | 39 | - | 35 | 35 | - | 35 | 35 | - |
| VAA | 20 | 20 | - | 24 | 24 | - | 38 | 38 | - | 27 | 27 | - | 42 | 40 | 2 | 27 | 27 | - | 39 | 39 | - | 35 | 35 | - | 35 | 35 | - |

Causes racines

- o Cadre de contrôle de la qualité des données non respectée au niveau des points de collecte ;
- o Insuffisance de supervision des activités du PEV de routine par les chefs des CSI ;
- o Données démographiques administratives ne traduisant pas la réalité de la population et altérant le calcul des taux de couverture vaccinale.

Risques / Implications

- o Rapportage de données vaccinales erronées dans le pays ;
- o Prise de décisions stratégiques fondées sur des données erronées ;
- o Résurgence de cas d'épidémie de maladie évitables par la vaccination.

Réponses / Engagements du management

(Voir plan d'actions correctives en annexe 10)

4.5.2. Nécessité de renforcer la supervision des activités du PEV de routine

Contexte

Le mécanisme de suivi et évaluation des activités mis en place par le MSHP implique des supervisions en cascade de manière descendante tout le long de la pyramide sanitaire. Le PPAC 2016-2022 prévoyait d'augmenter de 90% le taux de supervision à tous les niveaux, et prescrivait :

- deux (2) supervisions intégrées par année du niveau central vers le niveau régional,
- deux (2) supervisions intégrées par année du niveau régional vers le niveau district et
- quatre (4) supervisions intégrées par année des districts vers les CSI.

La conduite régulière des supervisions formatives est essentielle pour accroître la performance du programme d'immunisation et atteindre les objectifs de couverture vaccinale définis par le MSHP.

Au Niger, un nombre grandissant de cliniques et autres structures sanitaires privées sont mises à contribution pour offrir les services de vaccination de routine. Ces structures sont dotées d'équipement de conservation des vaccins et approvisionner régulièrement au même titre que les formations sanitaires publiques.

Description

Au cours de la période auditée, les supervisions intégrées n'ont pas été effectuées selon la fréquence prescrite dans le PPAC. Les CSI visités à Niamey n'ont bénéficié que d'une à deux supervisions intégrées trimestrielles en une année au lieu des quatre prescrites.

De plus, les structures privées offrant la vaccination ne sont généralement pas incluses dans les plans de supervision du PEV. Au cours de la période, certaines formations sanitaires ont reçu des supervisions spécifiques PEV, mais leur impact sur les pratiques reste limité. Cela s'explique notamment par la faible formalisation des recommandations et l'absence de suivi systématique de leur mise en œuvre. Les recommandations sont consignées dans des cahiers de supervision, qui ne permettent ni une bonne lisibilité ni un suivi efficace. L'examen de ces cahiers révèle des recommandations répétées d'une supervision à l'autre.

Enfin, le mécanisme actuel repose principalement sur des supervisions effectuées par les niveaux supérieurs de la pyramide sanitaire. La supervision de proximité, qui pourrait être assurée par les responsables des formations sanitaires, n'est pas encadrée par un dispositif formel. Ainsi, la supervision des agents PEV par leurs responsables directs (chefs CSI, responsables cliniques privés, etc.) est irrégulière et non formalisée.

Causes racines

- Absence d'un cadre de supervision des activités du PEV par des chefs des formations sanitaires ;
- Insuffisance de planification et de suivi d'exécution des supervisions ;
- Absence d'un canevas approprié pour la formalisation et le suivi des recommandations issues des supervisions.

Risques / Implications

- Faible performance du programme ;
- Pratiques de gestion des vaccins et intrants inadéquates.

Recommandation 26

Le MSHP devra appuyer la DI pour :

1. **Former les responsables des formations sanitaires et engager leur responsabilité** dans la supervision des activités du PEV (voir recommandation 26).
2. **Renforcer la supervision des activités du PEV au sein des structures privées** impliquées dans la vaccination (voir recommandation 22).

Les DRS devront :

3. **Faire preuve de proactivité dans le suivi d'exécution des supervisions intégrées** prévues dans le plan annuel. La préparation des supervisions devra démarrer dans un délai raisonnable, autant pour les aspects logistiques, financiers que calendaires.

La DI et DRS devront :

4. **Concevoir un canevas standard** permettant aux équipes de supervision d'explicitier les recommandations adressées aux formations sanitaires lors des supervisions. Ce canevas devra également permettre de formaliser le suivi de la mise en œuvre de ces recommandations, en précisant les actions à réaliser, les responsables et les délais.

Réponses / Engagements du management

(Voir plan d'actions correctives en annexe 10)

4.5.3. Capacité de surveillance épidémiologique au niveau opérationnel à renforcer

Contexte

Les programmes efficaces de lutte contre les maladies reposent sur des systèmes performants de surveillance et de riposte. Le renforcement des capacités en matière de surveillance permet aux pays de mieux définir leurs priorités en prévention, de planifier pour atteindre un niveau de santé optimal, de sensibiliser les populations, de concentrer les efforts sur des interventions fondées sur des données probantes et de suivre les tendances afin de démontrer l'impact et détecter rapidement les problèmes. Selon les normes de surveillance des maladies évitables par la vaccination (MEV), une surveillance de mauvaise qualité peut s'avérer plus néfaste que son absence, car elle risque d'orienter les décisions sur des données erronées ou incomplètes.

Description

Les entretiens avec la DSRE sur la gestion de la surveillance épidémiologique des maladies évitables par la vaccination ont révélé un besoin majeur de renforcer les capacités des agents de santé et des communautés à reconnaître et signaler les cas suspects. Actuellement, selon les données de la DSRE, seuls 5 % des agents de santé au Niger ont bénéficié d'une formation structurée en matière de surveillance épidémiologique.

Par ailleurs, les activités de sensibilisation des communautés au signalement des cas restent très limitées. De plus, les formations sanitaires ne font pas l'objet de supervisions spécifiques sur ces aspects : les supervisions intégrées menées par les DRS et les districts ne permettent pas d'approfondir ces sujets ni de former efficacement les agents.

Cette situation réduit la capacité du système de santé nigérien à détecter rapidement les foyers épidémiologiques et à y répondre de manière efficace et moins coûteuse.

Recommandation 27

Le MSHP devra appuyer la DSRE pour :

1. **Mettre en place un plan national de renforcement des capacités** des agents et des formations sanitaires dans la surveillance épidémiologique (cf. constat 4.1.5).

La DSRE devra :

2. **Suivre l'exécution des activités de formation des agents de Santé** en surveillance épidémiologique, selon le plan à élaborer par le MSHP tel que recommandé au point 1 ci-dessus.
3. **Renforcer la sensibilisation des communautés** dans le signalement des cas suspects.

Causes racines

- o Absence d'un plan national de renforcement de capacité en surveillance épidémiologique.

Risques / Implications

- o Diagnostic tardif des foyers épidémiologiques ;
- o Riposte plus coûteuse ;
- o Résurgences de maladies évitables par la vaccination ou flambées épidémiques .

Réponses / Engagements du management

(Voir plan d'actions correctives en annexe 10)

Annexes

Annexe 1 – Acronymes

| | |
|------------------|--|
| ACP | Accord-Cadre de Partenariat |
| ASC | Agents de santé communautaires |
| AT | Assistant(ce) technique |
| BCEAO | Banque Centrale des Etats de l'Afrique de l'Ouest |
| CCIA | Comité de Coordination Inter-Agences |
| CCEOP | Cold Chain Equipment Optimization Platform |
| COVAX / CDS | Initiative ayant pour but d'assurer un accès équitable à la vaccination contre le Covid-19 |
| DI | Direction des immunisations |
| DSRE | Direction de la Surveillance et de la Riposte aux Epidémies |
| CSI | Centre de santé Intégré |
| DEP | Direction des Etudes et de la Programmation |
| DHIS 2 | District Health Information System, 2ème version |
| DRSP | Directions Régionales de Santé Publique |
| DS | Direction des Statistiques |
| FCFA | Francs CFA |
| DRFM | Direction des Ressources Financières et du Matériel |
| GEV | Gestion Efficace des Vaccins |
| GMR | Grant Management Requirements, Exigences en Matière de Gestion des Subventions Gavi |
| GTCV | Groupe Technique Consultatif de la Vaccination |
| HSS/RSS | Subvention Gavi pour le Renforcement du Système de la Santé |
| IPV / VPI | Vaccin antipoliomyélitique inactivé |
| MSHP | Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique |
| OMS / WHO | Organisation Mondiale pour la Santé |
| PENTA / Penta | Vaccin Pentavalent |
| PEV | Programme Elargi de la Vaccination |
| Pneumo | Vaccin contre le pneumocoque |
| PON | Procédures Opératoires Normalisées |
| PPM | Plan de Passation des Marchés |
| Programme | Programme Elargi de la Vaccination |
| PTF | Partenaires techniques et financiers |
| Rotavirus / Rota | Vaccin contre le Rotavirus |
| SMT | Stock Management Tool (outil Excel de gestion des stocks de vaccins et consommables) |
| UGS-G | Unité de Gestion des Subventions Gavi |
| Unicef | Fonds des Nations Unies pour l'Enfance |
| USD | United States dollar (dollars américains) |

Annexe 2 – Méthodologie

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 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. |
| 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 (“Élevé”, “Modéré” ou “Faible”) correspond au croisement de la probabilité de matérialisation du risque et de son impact potentiel (financier et/ou opérationnel).

Cette approche est conforme aux orientations du Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO), ainsi qu’aux normes de l’Institut des Auditeurs Internes (IIA).

| Classification | Description |
|----------------|--|
| Elevé | <p>Au moins un des critères ci-dessous s’applique au constat formulé :</p> <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 | <p>Au moins un des critères ci-dessous s’applique au constat formulé :</p> <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 | <p>Au moins un des critères ci-dessous s’applique au constat formulé :</p> <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 – Etat d'exécution du plan d'actions correctives du MSHP issu de l'audit précédent

Etat d'exécution du plan d'actions correctives issu de l'audit précédent (réalisé en 2019)

| Réf. | Recommandation | Réponses / Engagements du management | Etat d'exécution | Commentaires Equipe d'Audit |
|------------|---|---|---|--|
| 4.1 | Gouvernance et performance organisationnelle des entités | | | |
| 4.1.1 | <p>Insuffisance de coordination technique des PTF-FC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Planifier, convenir et tenir des réunions ordinaires trimestrielles du CCIA/Vaccination. - Inclure dans ces réunions des points formalisés de suivi de la validation et de l'exécution des PAA. - S'assurer de la bonne coordination des différents organes de coordination technique (GTCV, CCIA Technique). | <p>CCIA</p> <p>Les quatre réunions ordinaires sont effectivement programmées dans le PAA 2020.</p> <p>La DI s'engage à tenir une réunion ordinaire du CCIA à la dernière semaine de chaque trimestre. A chaque réunion ordinaire du CCIA, l'ordre du jour prendra en compte le suivi de la mise en œuvre du PAA.</p> <p>Conformément aux textes réglementaires portant création et fonctionnement de deux comités, le CCIA technique est chargé d'examiner de manière détaillée les plans de travail, les budgets des activités de vaccination et les subventions de Gavi et de l'état. Il met en œuvre, suit et évalue les recommandations émanant du CCIA/ Vaccination.</p> <p>Quant au GTCV, c'est un groupe consultatif pour la vaccination. Il conseille le ministre de la Santé et les principaux responsables en charge des programmes de vaccination, en matière de nouvelles orientations politiques et stratégies vaccinales. En conclusion les missions assignées sont bien distinctes.</p> | <p>Partiellement exécutée</p> <p>Remplacée par la Recommandation 2 du présent audit</p> | <p>Le CCIA du Niger se réunit régulièrement avec la participation du ministre de la Santé, des partenaires techniques et financiers (PTF) et des organisations de la société civile. Toutefois, le sous-comité technique de coordination et ses cinq commissions, chargés d'apporter un appui opérationnel au CCIA, n'ont pas été formellement institués.</p> <p>L'arrêté de création du GTCV prévoit des sessions ordinaires trimestrielles et des sessions extraordinaires en cas de besoin. En pratique, le GTCV fonctionne uniquement sur saisine du MSHP et ne se réunit pas systématiquement chaque trimestre comme prévu.</p> |
| 4.1.2 | <p>Manque d'efficacité du processus d'élaboration et de validation des PAA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Clarifier les rôles et responsabilités des différentes parties prenantes au processus d'élaboration des PAA et veiller au respect du calendrier défini selon les GMR réf. H) et le Manuel de procédures paragraphe 10.2. - Réaliser une cartographie des principales étapes du processus de l'élaboration des PAA afin d'identifier à quel niveau se situent les goulots d'étranglements et les remédier. | <p>Le ministère de la Santé dispose d'un mécanisme de programmation et de revue unique dans la sous-région basée sur un processus inclusif et participatif de tous les acteurs de la santé (Les Ministères, PTF, Secteur privés, collectivités et société civile). Le processus permet d'assurer une visibilité globale, une complémentarité de toutes les subventions et une synergie des interventions à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Il faut souligner l'existence des outils de planification pour l'élaboration des plans d'actions annuels à tous les niveaux (canevas de PAA, canevas de la revue, canevas Rapport d'Exécution du Programme). L'élaboration des plans d'actions annuels se fait au niveau central, régional et départemental avec la participation de tous les intervenants [...].</p> | <p>Exécutée</p> | <p>Le processus ascendant d'élaboration des PAA est totalement mis en place et fonctionne convenablement. Le calendrier prévu est respecté et connu de toutes les parties prenantes.</p> |
| 4.1.3 | <p>Cadre de contrôle interne insuffisant et incompatibilité de certaines tâches de vérification</p> <ul style="list-style-type: none"> - Clarifier le partage des rôles et responsabilités entre le contrôleur interne, l'auditeur interne, et les comptables régionaux, notamment en ce qui concerne les tâches de vérification, contrôle, validation et enregistrement des pièces comptables des dépenses générées à chaque niveau de la pyramide sanitaire, tout en garantissant une ségrégation adéquate. - S'assurer que les tâches et responsabilités des comptables/contrôleurs régionaux supplémentaires soient clairement définies dans le Manuel de procédures et les fiches de poste correspondantes. | <p>Début 2020, il a été procédé à la révision des TDRs de l'auditeur interne qui a d'ailleurs été soumis à l'approbation des PTFs en même temps que la Lettre de validation des PAA 2020. Le manuel de procédures révisé en septembre 2020 a clairement fixé les limites entre les rôles et responsabilités de chacun des acteurs intervenant dans la vérification, le contrôle, la validation et l'enregistrement des pièces comptables.</p> | <p>Partiellement exécutée</p> <p>Remplacée par les Recommandations 7, 10 et 11 du présent audit</p> | <p>Les TDR ont été effectivement actualisés et le manuel mis à jour en 2020. Cependant, la clarification des rôles reste insuffisante (voir nouveaux constats d'audit 4.1.7, 4.2.2 et 4.2.3 dans le corps du rapport).</p> |
| 4.1.4 | <p>Cadre d'audit interne insuffisant</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pourvoir les postes clés de l'audit interne de manière permanente. - Faire réaliser par l'audit interne une évaluation des risques. - Produire un rapport d'audit interne périodique en veillant à ce que son contenu présente tous les éléments qualitatifs et quantitatifs nécessaires à une appréciation adéquate des risques, à savoir : les principaux risques identifiés, l'étendue de l'audit, la couverture des procédures d'audit, la quantification chiffrée des anomalies. | <p>Ces différents éléments ont pris en compte dans les TDRs révisés de l'Auditeur Interne. En 2020, l'auditeur interne a réalisé la cartographie de risques du Fonds commun et de GAVI Alliance</p> | <p>Partiellement exécutée</p> <p>Remplacée par la Recommandation 7 du présent audit</p> | <p>Le Contrôleur Interne joue le rôle d'auditeur interne. Besoin de clarifier la fonction. (Voir nouveau constat d'audit 4.1.7 dans le corps du rapport)</p> |

Etat d'exécution du plan d'actions correctives issu de l'audit précédent (réalisé en 2019)

| Réf. | Recommandation | Réponses / Engagements du management | Etat d'exécution | Commentaires Equipe d'Audit |
|------------|--|---|--|---|
| 4.1.5 | <p>Faiblesses du cadre de fonctionnement de l'Inspection Générale des Services (IGS)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prioriser la mise en œuvre de l'ensemble des exigences sous rubrique (t) des GMR en référence au renforcement de capacités de l'IGS du MSP. - S'assurer qu'à l'avenir la Programmation des plans d'actions annuels de l'IGS soit en ligne avec le plan de Développement Sanitaire (PDS) 2017-2021. | <p>Pour l'année 2020, la préoccupation a été prise en compte dans le PAA de l'IGS</p> | <p>Non exécutée</p> <p>Remplacée par la Recommandation 8 du présent audit</p> | <p>Aucune mission d'inspection ou d'évaluation n'a été conduite par l'IGSS sur toute la période revue.</p> <p>Les GMR actualisées de décembre 2024 rappellent la nécessité pour l'IGSS d'inclure la gestion des subventions Gavi dans son plan annuel. Cependant, cette exigence n'a pas été prise en compte.</p> |
| 4.2 | Gestion comptable, financière et budgétaire | | | |
| 4.2.1 | <p>Encadrement insuffisant des dépenses non justifiées ou mises en question</p> <ul style="list-style-type: none"> - Définir dans le Manuel de procédures les responsabilités et délais relatifs à la transmission et revue des justificatifs des dépenses, ainsi que les modalités d'une détermination de dépenses non justifiées ou mises en question. - Mettre à jour périodiquement l'état de suivi des dépenses non justifiées ou mises en question. - Rembourser ou rapatrier les montants mis en question par les audits annuels externes, et notamment les montants Gavi identifiés en Annexe 5. - Identifier et rapporter le solde à rapatrier par PTF-FC. | <p>Il est dit au point 8.1.2 du manuel de procédures révisé en septembre 2020, qu'à la fin des activités, le responsable dispose de 05 jours ouvrables pour déposer les pièces justificatives correspondantes au secrétariat du SG, du DRSP ou du MCD selon que la mission est faite au niveau central, dans les régions ou dans les départements. Il a été mis en place par l'auditeur interne un fichier de suivi des coûts questionnés pour chaque financement dont le Fonds commun et GAVI Alliance. Ce fichier, actuellement tenu par les contrôleurs interne, est régulièrement mis à jour au fur et à mesure des corrections ou remboursement effectués par les structures. Avec la séparation des bases comptables du Fonds commun et de GAVI Alliance intervenue en octobre 2020, il n'y a plus d'ambiguïté quant à la détermination des montants inéligibles par financement.</p> | <p>Partiellement exécutée</p> <p>Remplacée par la Recommandation 11 du présent audit</p> | <p>Une note de service 267 du 25/04/23 a été prise relative au « rappel sur les procédures applicables aux financements Gavi Alliance- autres partenaires » pour encadrer la justification des avances ouvertes. Mais cette note ainsi que les dispositions du manuel de procédures ne sont pas respectées par les entités de mise en œuvre du Programme.</p> |
| 4.2.2 | <p>Suivi insuffisant des avances de fonds</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conformément à la référence e) des GMR Création, dans ou hors système comptable, d'une balance âgée permettant de suivre chaque avance jusqu'à réception des justificatifs et remboursement du solde non dépensé. - Mettre en place un contrôle et un suivi trimestriel de toutes les avances qu'elles soient effectuées au niveau central, régional, district ou aux fournisseurs - Veiller à la mise en application de l'instruction officielle du Coordonnateur du FC-PDS visant le déblocage des fonds par la justification des fonds précédents. | <p>Des dispositions seront prises pour l'application de ladite recommandation. Il sera mis en place un contrôle et un suivi trimestriel de toutes les avances du niveau central, régional, district et aux fournisseurs/prestataires. Il sera procédé à la mise en application effective de l'instruction du Coordonnateur.</p> | <p>Partiellement exécutée</p> <p>Remplacée par la Recommandation 12 du présent audit</p> | <p>La note de service 267 du 25/04/23 a complété les dispositions du manuel de procédures. Mais la balance âgée des avances ouvertes exigée n'est pas tenue par le comptable principal de l'UGS. A noter que depuis Aout 2024 l'AP aide l'UGS dans le suivi de ces avances ouvertes ainsi que dans leur apurement. (Voir nouveau constat d'audit 4.2.4 dans le corps du présent rapport).</p> |
| 4.2.3 | <p>Absence de hiérarchisation dans la mise en œuvre des recommandations des audits</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prioriser la mise en œuvre des recommandations en fonction du degré de risque associé. - Maintenir le suivi périodique de la mise en œuvre des recommandations d'audit par l'audit interne et le rapportage au Coordonnateur du FC-PDS. | <p>En 2020, l'auditeur Interne a élaboré le plan d'audit, la charte et à cartographier des risques. L'auditeur interne tient un fichier de suivi des recommandations qui est régulièrement mis à jour. Ce fichier est maintenant tenu par les Contrôleurs internes</p> | <p>Partiellement exécutée</p> <p>Remplacée par la Recommandation 1 du présent audit</p> | <p>Le contrôleur interne dispose d'un suivi des GMR et des recommandations des audits externes annuels de l'UGS. Mais les recommandations issues de l'audit des programmes Gavi n'ont pas fait l'objet de suivi par le contrôle interne. (voir nouveau constat d'audit 4.1.1 dans le corps du présent rapport).</p> |
| 4.2.4 | <p>Absence de documentation du processus de détermination du reliquat à verser sur le compte bancaire dédié aux fonds Gavi ouvert en 2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - A l'avenir, documenter tout type de calcul, réconciliation et travaux de détermination entreprises hors du système comptable ou ne bénéficiant pas d'une trace d'audit automatique. | <p>Des notes de services seront prises pour définir les modalités de documentation des travaux hors système comptable.</p> | <p>Exécutée</p> | <p>Cette recommandation a été mise en œuvre et les travaux hors système comptable sont documentés.</p> |
| 4.2.5 | <p>Retards dans l'élaboration des rapprochements de comptes de caisses et de banques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en application le Manuel de procédures en : - Etablissant des rapprochements bancaires mensuels. - Entreprenant mensuellement un inventaire physique de la caisse et son rapprochement avec le solde comptable. - Fixer un délai pour l'accomplissement de ces procédures comptables essentielles, soit au plus 5 jours ouvrés après la fin d'un mois, soit avant l'émission d'une situation des liquidités, selon ce qui arrive en premier. | <p>Les Comptables Régionaux seront instruits pour veiller à l'application des procédures décrites.</p> | <p>Partiellement exécutée</p> <p>Remplacée par la Recommandation 10 du présent audit</p> | <p>Les comptables régionaux ont été recrutés et formés dans ce sens. Les états de rapprochement bancaires mensuels et ainsi que la comptabilité sont tenus de manière régulière. Un effort reste néanmoins à faire sur les délais à respecter</p> |

Etat d'exécution du plan d'actions correctives issu de l'audit précédent (réalisé en 2019)

| Réf. | Recommandation | Réponses / Engagements du management | Etat d'exécution | Commentaires Equipe d'Audit |
|------------|---|--|--|---|
| 4.2.6 | <p>Manque d'encadrement et recours trop fréquent aux règlements en espèces</p> <p>- Mettre en application la référence j) des GMR par :</p> <p>L'intégration des éléments de mitigation de risque y étant mentionnés ;</p> <p>La mise en place d'un cadre définissant les modes de règlement applicables aux versements et règlements importants en termes monétaires, en volume et en fréquence.</p> <p>Ces recommandations ne sont pas limitatives, et constituent des axes de réflexion parmi d'autres sur lesquels le FC-PDS peut s'appuyer pour mitiger les risques liés à la manipulation, le transfert et la conservation d'espèces.</p> | <p>Dans le contexte des campagnes de vaccination dont le délai est très bref, la manipulation d'importantes sommes en espèces (ex. perdiems et carburant) est obligatoire vu le faible taux de bancarisation.</p> | <p>Non exécutée</p> <p>Remplacée par la Recommandation 9 du présent audit</p> | <p>Le MSHP n'a pris aucun engagement pour la mise en œuvre de ces recommandations. Le même constat a été fait suite au présent audit voir nouveau constat d'audit 4.2.1. dans le corps du présent rapport).</p> |
| 4.2.7 | <p>Dispositif de contrôle des dépenses liées aux séminaires, ateliers et formations à renforcer</p> <p>- Pour chaque bénéficiaire d'un per diem, au moment de signer toute liste de présence et état d'émargement, s'assurer de la conformité de sa signature avec celle figurant sur sa pièce d'identité, ou autre document officiel d'authentification dont il conviendra de conserver une copie.</p> <p>- Ajouter aux modèles de liste de présence et d'état d'émargement une attestation des vérifications de conformité et intégrité faites, signée par le Responsable de la structure hôte.</p> <p>- Adapter le Manuel de procédures lors de la mise en application de cette recommandation.</p> | <p>Les réalités locales telles que décrites ne permettent pas d'appliquer ces dispositions. Sur les cartes d'identités, ce sont les empreintes digitales qui figurent et non des signatures. Il est dit aux point 8.1.1 et 8.1.2 du manuel de procédure révisé qu'au démarrage de chaque campagne, et en fonction de la cible à atteindre, le Chef CSI demande aux Chefs de village de désigner des relais (et ou distributeurs) communautaires. Les pièces justificatives font l'objet de vérification de la part du comptable régional, de l'auditeur interne et des inspecteurs généraux de services</p> | <p>Partiellement exécutée</p> <p>Remplacée par la Recommandation 13 du présent audit</p> | <p>Les efforts ont été faits pour réduire les anomalies mais la revue des dépenses a relevé l'absence des listes de présences sur certaines activités et des incohérences des émargements entre les listes de présence et les états de paiements.</p> <p>De plus le manuel n'est pas suffisamment adapté au fonctionnement de l'UGS. (Voir nouveaux constats d'audit 4.2.5 et 4.2.6 dans le corps du présent rapport).</p> |
| 4.2.8 | <p>Insuffisance des dispositions de sauvegarde des données au DRSP Dosso</p> <p>- Mettre en œuvre les mesures définies à la section 4.2.2 du Manuel de procédures.</p> <p>- Identifier un site d'entreposage à l'écart des bureaux pour les données informatiques et physiques, sensibles et/ou importantes au fonctionnement du DRSP.</p> <p>- S'assurer que le Manuel de procédures est explicite quant aux moyens et procédés propres aux niveaux décentralisés.</p> | <p>Un serveur pour la sauvegarde des données est en cours d'acquisition. Après la mise en place dudit dispositif (Serveur, disques durs externes), une correspondance de rappel sera adressée aux différents acteurs.</p> | <p>Exécutée</p> | <p>Un serveur de sauvegarde données a été acquis et installé au niveau central. Des sauvegardes périodiques sont effectuées.</p> |
| 4.3 | Gestion des immobilisations | | | |
| 4.3.1 | <p>Insuffisance générale concernant la gestion des immobilisations</p> <p>- Mettre en œuvre le GMR réf. I) visant à faire respecter la section 6. du Manuel de procédures pour assurer la traçabilité et la gestion des immobilisations acquises sur les ressources du FC-PDS.</p> <p>- Dans le Manuel de procédures, la section 6.1 <i>Gestion des immobilisations de bureau</i> s'appliquerait à d'avantage de catégories d'immobilisations au regard de la liste d'immobilisations dans la section 6.1.2 <i>Règles de gestion</i>. Si tel est le cas :</p> <p>. Modifier le titre de la section 6.1 afin de ne plus le limiter au matériel de bureau ; et</p> <p>. Modifier le titre de la section 6.2 pour qu'il reflète les <i>Dispositions complémentaires propres à la gestion du matériel roulant</i>.</p> <p>- Préciser les véhicules concernés par les dispositions de la section 6.2 du Manuel de procédures.</p> | <p>Le Manuel de procédure révisé prend en compte uniquement les immobilisations de la coordination du FC y compris la DI. En ce qui concerne les autres, par lettre N°1457/FC-PDS du 26 septembre 2018 et l'Avis de Non-Objection (ANO) des PTFs RS/FL/FG/MD/MC/DK/2018 N°130/D du 11 Octobre 2018 qui stipule que : « Seules les immobilisations de la Coordination feront l'objet d'un suivi comptable et d'un inventaire ». L'Avis de Non-Objection ci-dessus engage l'ensemble des PTFs dont GAVI fait partie. Le manuel de procédure révisé en septembre 2020 a pris en compte cette recommandation. Désormais, nous avons comme libellé « 6.1 Gestion des immobilisation ». Au point 6.2 du manuel de procédures révisé en septembre 2020, il est précisé que le matériel roulant comprend les véhicules motorisés à deux (2) roues ou plus et doivent porter le nom du FCS et être utilisés uniquement dans le cadre des activités du FCS</p> | <p>Partiellement exécutée</p> <p>Remplacée par la Recommandation 15 du présent audit</p> | <p>Le manuel de procédures du FCS a été révisé en septembre 2020 pour prendre en compte toutes ces observations. Un inventaire physique des immobilisations a été effectué en 2021.</p> <p>Malgré les dispositions du manuel de procédures du FCS, la DRFM n'a pas instauré de mécanisme formalisé pour disposer d'une vue complète et actualisée des équipements reçus, notamment ceux acquis via l'Unicef. Aucune base de données consolidée n'existe, et l'inventaire physique réalisé en 2021 n'a pas été régulièrement mis à jour.</p> |

Etat d'exécution du plan d'actions correctives issu de l'audit précédent (réalisé en 2019)

| Réf. | Recommandation | Réponses / Engagements du management | Etat d'exécution | Commentaires Equipe d'Audit |
|------------|--|--|--|--|
| 4.3.2 | <p>Insuffisances du cadre de gestion des équipements de chaîne du froid</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prioriser la mise en œuvre des exigences sous rubriques (l) et (r) des GMR. Déployer un dispositif de suivi de la disponibilité des pièces de rechange pour les équipements de chaîne du froid dans l'ensemble des sites concernés. - S'assurer de la suffisance des ressources humaines dédiées aux services de maintenance pour l'ensemble des sites décentralisés. - S'assurer que les plans de contingence sont à jour pour l'ensemble des sites. | <p>Toutes les structures sont dotées d'un plan de maintenance des équipements de la chaîne du froid intégrant toutes les composantes, y compris la gestion des stocks des pièces de rechange et consommables. Des outils de gestion sont mis en place et les pièces de rechange seront désormais distribuées au prorata des ECF distribués. Les nouveaux districts ne disposent pas de RH dédiées à la maintenance ainsi que certains districts dont les agents de maintenance sont en stage. En prélude à la tenue de l'évaluation externe de la gestion efficace des vaccins, la direction des immunisations a réalisé au mois de décembre 2019, une mission de supervision des activités du PEV de routine à l'issue de laquelle un accent a été mis entre autres sur la mise à jour et l'affichage du plan de contingence.</p> | <p>Partiellement exécutée</p> <p>Remplacée par la Recommandation 21 du présent audit</p> | <p>Un plan de maintenance a été élaboré.</p> <p>Cependant, l'audit a constaté que, sur l'ensemble de la pyramide sanitaire, le programme PEV ne dispose pas de capacités suffisantes pour assurer la maintenance curative des équipements de la chaîne du froid.</p> |
| 4.4 | Achats et passation de marché | | | |
| 4.4.1 | <p>Approbation non-matérialisée de factures fournisseurs</p> <ul style="list-style-type: none"> - Matérialiser systématiquement les contrôles et vérifications entrepris respectivement par le Contrôleur de Gestion Principal et le DRFM. - Préciser dans la section 11.3.1.2 <i>Contrôle et vérification</i> du Manuel de procédures la nature des contrôles et vérifications à entreprendre ainsi qu'un mode de matérialisation. - Préciser dans la section 11.3.1.3 <i>Etablissement de l'ordre de paiement</i> du Manuel de procédures un contrôle a posteriori visant à vérifier la matérialisation de la facture par le Contrôleur de Gestion Principal et le DRFM. | <p>Le Manuel sera révisé pour préciser la nature des contrôles et vérifications à entreprendre ainsi qu'un mode de matérialisation.</p> | <p>Exécutée</p> | <p>Le manuel de procédures du FCS a été révisé et validé en septembre 2020.</p> |
| 4.4.2 | <p>Non-conformité de factures fournisseurs avec le Code Général des Impôts</p> <ul style="list-style-type: none"> - Notifier les prestataires nigériens en situation d'irrégularité avec le CGI. - Notifier l'autorité compétente (ex. Direction des Impôts) de toute situation d'irrégularité qui perdure. - C26Préciser dans la section 11.3.1.2 <i>Contrôle et vérification</i> du Manuel de procédures qu'une vérification de la conformité avec le CGI en vigueur, et toute autre législation applicable au Niger, de toute facture reçue d'une entreprises nigérienne assujettie à la TVA doit être effectuée. | <p>Il sera précisé dans le Manuel de procédures que toute facture ne comportant pas les informations obligatoires édictées par l'administration fiscale sera purement et simplement rejetée. Le FC dispose d'un NIF N°3375.</p> | <p>Non exécutée</p> <p>Remplacée par la Recommandation 6 du présent audit</p> | <p>Le manuel de procédures du FCS a été révisé et validé en septembre 2020 ne traite pas les aspects fiscaux de la gestion.</p> |
| 4.4.3 | <p>Manque de cohérence entre le mode de référencement des marchés et leur enregistrement comptable</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saisir le numéro du marché dans toute écriture comptable faite durant le cycle de vie de l'engagement financier. - Pour pallier une panne ou un changement de système comptable, étudier la faisabilité d'une conservation d'une copie des factures fournisseurs et des justificatifs de paiement dans le dossier de passations de marché correspondant, avec l'avantage que cela atteste également de l'adéquation des prestations avec les marchés passés. | <p>Le Manuel de procédures révisé précisera que le numéro interne du FC sera maintenu dans toutes les écritures comptables des marchés.</p> | <p>Exécutée</p> | <p>Le manuel de procédures du FCS a été révisé et validé en septembre 2020.</p> |

Etat d'exécution du plan d'actions correctives issu de l'audit précédent (réalisé en 2019)

| Réf. | Recommandation | Réponses / Engagements du management | Etat d'exécution | Commentaires Equipe d'Audit |
|--------------------------------|--|---|--|--|
| 4.5 Gestion des vaccins | | | | |
| 4.5.1 | <p>Manque de fiabilité des données de stock de vaccins</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instaurer des contrôles des données saisies dans les fichiers SMT à travers des réconciliations entre les registres de stock et les bons de commande et de livraison. - Développer une liste de contrôle permettant de standardiser les supervisions et les vérifications des registres de stock utilisés à chaque niveau de la chaîne d'approvisionnement de vaccins. - S'assurer que les écarts de stock identifiés lors des inventaires physiques sont investigués et renseignés de manière appropriée dans le registre de stock. - Depuis la mission de réalisation des travaux d'audit, la DI a entamé un travail visant à identifier et corriger des erreurs et incohérences de saisie des données au niveau du dépôt national et a partagé avec Gavi des registres de stock de vaccins (fichiers SMT) révisés pour 2016, 2017 et 2018. Cela n'impacte en rien les constatations faites au moment de ladite mission et les risques/ impacts/implications et recommandations demeurent intacts. Toutefois, Gavi salue l'urgence avec laquelle la DI tient à disposer de registres de stock complets et fiables et l'encourage à parachever ce travail correctif. | <p>Tenue régulière des réunions mensuelles de l'équipe logistique pour l'analyse des SMT (national et régional) avec réconciliations entre les registres de stock et les bons de livraison. Une <i>Grille de supervision logistique</i> a été développée et partagée en janvier 2020 à travers le nouveau <i>Manuel des procédures et des supports du PEV</i> avec toutes les régions sur la tenue des registres de stocks. Un suivi de l'utilisation des SOP sera fait semestriellement lors des supervisions logistiques et lors des occasions (campagnes de vaccination, supervision vaccination de routine et ravitaillement des régions). Le comité logistique va faire l'analyse des inventaires et l'investigation des écarts constatés. Le comité logistique poursuivra le travail correctif des registres de stock et SMT.</p> | <p>Partiellement exécutée</p> <p>Remplacée par la Recommandation 24 du présent audit</p> | <p>Des efforts d'amélioration ont été consentis par la DI, cependant, des insuffisances demeurent dans la saisie et le contrôle des données des fichiers SMT du niveau central. voir nouveau constat d'audit 4.4.7 dans le corps du présent rapport).</p> |
| 4.5.2 | <p>Manque de fiabilité des données de la vaccination</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etablir un suivi du plan d'amélioration qui reprend les recommandations faites suite à la DQS 2018. - S'assurer de la mise en œuvre d'une vérification et validation appropriée par chaque DS des données de vaccination issues de leurs CSI. - Entreprendre des supervisions routinières par la DI en priorisant les sites rencontrant le plus de difficultés à fournir des données fiables et/ou à atteindre leurs objectifs de couverture vaccinale. - Poursuivre le programme d'opérationnalisation de l'outil DHIS2 à travers tous les sites concernés. | <p>Le processus d'élaboration et de validation (fin Mars 2020) du plan d'amélioration de la qualité de données en cours a pris en compte les actions de suivi de la qualité de données. En plus, en 2020 un projet pilote pour le basculement vers le DHIS2 sera conduit dans deux régions. Il est prévu dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'action de 2020 de la DS, des réunions de saisie et validation des données des CSI dans chaque district. Les sites à superviser seront identifiés sur la base d'une analyse de données et de leurs spécificités. En 2020 un projet pilote pour le basculement vers le DHIS2 sera conduit dans deux régions. Après l'évaluation du projet pilote suivra une mise à échelle.</p> | <p>Partiellement exécutée</p> <p>Remplacée par les recommandations 25 et 26 du présent audit</p> | <p>En 2020, le MSHP a élaboré avec l'appui des partenaires, un plan d'amélioration de la qualité des données (PAQD) pour exécution sur la période 2020-2022. Sa mise en œuvre a permis une amélioration relative de la qualité des données.</p> <p>Cependant des écarts persistent entre les couvertures administratives et celles des enquêtes/WUJENIC. La supervision des activités du PEV de routine est encore insuffisante. (Voir nouveaux constats d'audit 4.5.1 et 4.5.2 dans le corps du présent rapport).</p> |
| 4.5.3 | <p>Insuffisances en matière de gestion des supervisions et de suivi des plans d'amélioration</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assurer les supervisions par la DI à fréquence semestrielle tel que prévu par les rubriques m) et n) des GMR. - Mettre en place un mécanisme de remontée des données de supervision réalisées au niveau décentralisé, dont la DI devra assurer l'exploitation. - Assurer une mise à jour et un rapportage régulier des divers plans d'amélioration qui sont en cours par le développement d'outils adéquats (de type tableau de bord). | <p>Deux supervisions de la DI sont planifiées dans le PAA 2020 et seront mises en œuvre. Cette activité va être prise en compte dans le cadre du plan d'amélioration de la qualité de données 2020- 2022. Un dispositif de suivi de la mise en œuvre du PAQD un guide de suivi de la mise en œuvre est prévu et un tableau de bord de suivi des indicateurs de la chaîne de froid et de la couverture vaccinale est disponible selon les niveaux/ un accent particulier sera mis à tous les niveaux pour leur suivi.</p> | <p>Partiellement exécutée</p> <p>Remplacée par la Recommandation 26 du présent audit</p> | <p>Le plan d'amélioration de la GEV a fait l'objet d'un suivi satisfaisant.</p> <p>Des supervisions ont été réalisées mais demeurent insuffisantes (voir nouveau constat d'audit 4.5.2 dans le corps du présent rapport).</p> |

Annexe 6 – Synthèse des dépenses testées et des conclusions de l'audit

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

| Subventions | Année | Dépenses engagées sur la période | Dépenses auditées | Proportion de dépenses testées | Dépenses insuffisamment justifiées (a) | Dépenses non justifiées (Pièces non reçues) (b) | Total mis en question (a+b) | Part des dépenses auditées mises en question |
|--|----------------------------|----------------------------------|-----------------------|--------------------------------|--|---|-----------------------------|--|
| Fonds Gavi décaissés par FCS / UGS | | | | | | | | |
| RSS | 2020 | 455 979 938 | 91 768 574 | 20% | | 6 163 879 | 6 163 879 | 7% |
| | 2021 | 3 157 359 209 | 305 263 277 | 10% | 7 803 000 | - | 7 803 000 | 3% |
| | 2022 | 3 636 687 673 | 188 225 981 | 5% | 4 320 000 | - | 4 320 000 | 2% |
| | 2023 | 3 944 661 227 | 135 972 358 | 3% | 4 060 000 | - | 4 060 000 | 3% |
| | 2024 | 1 582 712 415 | 137 752 310 | 9% | | | - | 0% |
| | Total RSS | | 12 777 400 462 | 858 982 500 | 7% | 16 183 000 | 6 163 879 | 22 346 879 |
| | | <i>21 629 116</i> | <i>1 454 054</i> | | <i>27 394</i> | <i>10 434</i> | <i>37 828</i> | |
| CDS & VPI | 2021 | 861 324 767 | 51 987 416 | 6% | 6 926 607 | 8 518 898 | 15 445 505 | 30% |
| | 2022 | 197 070 654 | 52 014 650 | 26% | 4 690 000 | - | 4 690 000 | 9% |
| | 2023 | 2 377 084 373 | 162 804 759 | 7% | - | - | - | 0% |
| | 2024 | 814 010 178 | 68 436 720 | 8% | - | - | - | 0% |
| | Total CDS & VPI | | 4 249 489 972 | 335 243 545 | 8% | 11 616 607 | 8 518 898 | 20 135 505 |
| | | <i>7 193 381</i> | <i>567 488</i> | | <i>19 664</i> | <i>14 420</i> | <i>34 084</i> | |
| Campagne Rougeole (CAR) | 2023 | 2 036 191 770 | 199 068 369 | 10% | 4 980 000 | - | 4 980 000 | 3% |
| | Total CAR | | 2 036 191 770 | 199 068 369 | 10% | 4 980 000 | 0 | 4 980 000 |
| | | <i>3 430 069</i> | <i>335 341</i> | | <i>8 430</i> | <i>0</i> | <i>8 430</i> | |
| Total décais. FCS / UGS | FCFA | 19 063 082 204 | 1 393 294 414 | 7% | 32 779 607 | 14 682 777 | 47 462 384 | 3% |
| | USD | <i>32 252 566</i> | <i>2 356 883</i> | | <i>55 488</i> | <i>24 854</i> | <i>80 342</i> | |
| Fonds Gavi décaissés par UNICEF au MSHP | | | | | | | | |
| RSS / Unicef | 2024 | 1 546 433 707 | 79 291 709 | 5% | - | - | - | 0% |
| FAE / Unicef | 2024 | 753 667 297 | - | 0% | - | - | - | - |
| Total Unicef | | 2 300 101 004 | 79 291 709 | 3% | 0 | 0 | 0 | 0% |
| | | <i>3 642 859</i> | <i>125 581</i> | | | | | |
| Fonds Gavi décaissés par OMS au MSHP | | | | | | | | |
| MAL / OMS | 2024 | - | - | | - | - | - | - |
| YF / OMS | 2024 | 33 000 971 | 33 000 971 | 100% | - | - | - | - |
| Total OMS | | 33 000 971 | 33 000 971 | 100% | 0 | 0 | 0 | 0% |
| | | <i>52 266</i> | <i>52 266</i> | | | | | |

(*) Synthèse des montants mis en question par entité de mise en œuvre (voir détails en Annexe 7)

| Structures concernées | Dépenses insuffisamment justifiées | Dépenses non justifiées (Pièces non reçues) | Montant total mis en question |
|--|------------------------------------|---|-------------------------------|
| Unité de Gestion des Subventions (UGS-G) et Directions Centrales | 9 670 000 | | 9 670 000 |
| DRSP Tahoua | | 14 682 777 | 14 682 777 |
| DRSP Maradi | 4 271 607 | | 4 271 607 |
| DRSP Tillabéri | 18 580 000 | | 18 580 000 |
| DRSP Zinder | 258 000 | | 258 000 |
| TOTAL | 32 779 607 | 14 682 777 | 47 462 384 |

Annexe 7 – Détail des dépenses mises en question par l'audit

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

a) Dépenses insuffisamment justifiéesUGS-G / DIRECTIONS CENTRALES

| Entité | Subvention/année | Description | Montant mis en question | Constatations | Commentaires UGS-G / DI | Conclusion audit Gavi |
|---|------------------|---|-------------------------|---|---|---|
| UGS-G (Directions Centrales du MSHP) | CAR / 2023 | Entretien 5 groupes électrogènes/CAR | 4 980 000 | <p>1. Absence des TDR, contrat ou bon de commande décrivant le contexte de la prestation facturée, les localités d'intervention.</p> <p>2. Absence des rapports d'interventions de maintenance visés, attestant la réalisation effective des prestations.</p> | <p>Pour réaliser les campagnes de vaccination de masse, un seul TDR est soumis pour toutes les rubriques. Les TDR concernant la CAR soumis en décembre 2022 étaient bien disponibles à l'UGS ; trouver la copie jointe.</p> <p>L'entretien de 5 groupes électrogènes de 5 000 000 FCFA était une ligne dans le budget de la CAR, donc ne pouvant faire l'objet d'un TDR ad hoc. Le manuel de procédures de gestion des fonds Gavi (Fonds Commun du Ministère) ne prévoit pas de joindre dans les documents justificatifs des rapports de maintenance ; la facture "certifiée service fait" tient lieu du rapport.</p> | <p>REJETEE</p> <p>Des dépenses relatives à des grosses réparation de générateurs (1.000.000 FCFA pour chaque engin) ne peuvent être validées sans une justification précise de l'opportunité de la dépense, des dates et localités d'intervention, ainsi que la preuve que la prestation a été effectivement réalisée (rapports d'interventions détaillés et visés par les structures bénéficiaires).</p> <p>Pour ce type de prestation, la mention "certifiée service fait" inscrite par le Responsable Administratif et financier (SAF) de la DI n'a pas une valeur probante et suffisante.</p> |
| | CDS-VPI / 2022 | Production spot publicitaire et location écrans LED/ Campagne vaccination COVID19 | 4 690 000 | <p>1. Les documents justificatifs ne comportent pas de TDR ou autre document décrivant la nature et les modalités du spot publicitaire à réaliser. L'appréciation de la conformité des livrables ne peut être justifier.</p> <p>2. Les documents ne comportent pas de preuve de la bonne exécution de la prestation facturée.</p> <p>3. Pas de précision du nombre d'écrans LED loués, de leur emplacement et de la durée de location permettant de justifier le coût total de location facturée.</p> | <p>Pour réaliser les campagnes de vaccination de masse, un seul TDR est soumis pour toutes les rubriques. Les TDR concernant la Campagne Covid a été soumise en juin 2022 et était bien disponible à l'UGS ; trouver la copie jointe.</p> <p>Le manuel de procédures de gestion des fonds Gavi (Fonds Commun du Ministère) ne prévoit pas de fournir une attestation de bonne exécution d'une prestation de service ; la facture "certifiée service fait" fait foi en lieu et place.</p> <p>Le nombre d'écran LED et la durée de location sont précisés sur la facture (au nombre de 06) Voir emplacements joints</p> | <p>REJETEE</p> <p>La conception de spots publicitaires nécessite une description suffisamment claire de la prestation attendue. Ces détails sont généralement fournis dans un bon de commande ou dans un contrat de prestation. Les documents reçus ne contiennent aucun document de ce type.</p> <p>Les images fournies présentent des affiches papiers sur panneaux ordinaires. Ce qui ne correspondent pas à la prestation facturée (location d'écrans LED et production de spot publicitaires).</p> |
| Total non justifié | | | 9 670 000 | | | |

DRSP DE MARADI

| Entité | Année | Description | Montant | Constatations |
|--|-------|---|------------------|---|
| DRSP DE MARADI | 2021 | CAMPAGNE DES ACTIVITES DU ROUND3/CDS COVID-19/DS G. ROUMDJI | 4 066 607 | <p>Constats sur l'ensemble des pièces justificatives fournies :</p> <p>Reproduction récente de pièces justificatives anciennes</p> <p>Les pièces justificatives transmises comme étant de l'exercice 2021 ont en réalité été refaites récemment, ce qui remet en cause leur authenticité et leur valeur probante.</p> <p>Uniformité dans la rédaction des états de paiement</p> <p>L'état de paiement des perdiems a été renseigné par une seule personne, ce qui n'est pas conforme aux procédures en vigueur (chaque bénéficiaire devrait signer pour soi-même).</p> <p>Signatures incohérentes</p> <p>Les signatures figurant sur l'état de paiement sont manifestement différentes les unes des autres.</p> <p>Absence de liste de présence</p> <p>Aucune liste de présence n'a été jointe pour attester la participation effective des bénéficiaires.</p> |
| | 2022 | ORGANISATION DE 04 REUNIONS DE VALIDATION DES DONNEES DANS DHIS2 (JSP 4.6) /DS DAKORO | 40 000 | <p>Constat sur la liste de présence et l'état des perdiems :</p> <p>La signature d'un Agent de Santé de Base (ASB) est identique sur toutes les listes de présence, mais différente sur l'état de paiement des perdiems. Par ailleurs, le numéro de téléphone communiqué est injoignable.</p> |
| | | FORMATION DE 48 RELAIS DONT 2/CSI/CSI/DS TESSAOUA | 50 000 | <p>Constat sur la liste de présence et l'état des perdiems :</p> <p>Lors de la revue des pièces relatives à la formation des formateurs des agents DRSP/P/AS, nous avons relevé une irrégularité portant sur une dépense de 50 000 FCFA.</p> <p>Ce montant correspond à des perdiems perçus par un facilitateur, dont le nom n'apparaît pas sur la liste de présence, et qui n'a pas visé l'état de paiement des perdiems.</p> |
| | | CONTRIBUER AU RENFORCEMENT DE CAPACITE DE 2 ECD EN MANAGEMENT DS EN 2023 DS BERMOU | 20 000 | <p>Constat sur la liste de présence :</p> <p>Nous avons constaté lors de l'analyse des pièces liées au renforcement de capacité qu'un facilitateur nommé "MANOUDOU HAMA" a perçu et émargé pour la somme de 20 000 FCFA sans toutefois émargé sur la liste de présence.</p> |
| | | ORGANISATION DES SORTIES DE SUPERVISION INTEGRE DES FORMATION SANITAIRES DS MADAROUN | 95 000 | <p>Constat sur les perdiems :</p> <p>Nous avons constaté que des perdiems d'un montant total de 95 000 FCFA ont été versés à un membre du Comité Régional de Santé (20 000 FCFA) et à un chauffeur (75 000 FCFA), sans preuve de réception effective. En effet, les deux bénéficiaires n'ont pas émargé l'état de paiement, et leurs noms ne figurent pas sur la liste de présence relative à l'activité.</p> |
| Total insuffisamment justifié (DRSP MARADI) | | | 4 271 607 | |

DRSP DE TILLABERI

| Entité | Année | Description | Montant | Constatations |
|---|-------|---|-------------------|---|
| DRSP DE TILLABERI | 2021 | REALISATION DES SORTIES AVANCEES ET MOBILES POUR LA VACCINATION | 7 545 000 | <p>1. Les listes journalières d'émargement n'ont pas été transmises pour cette activité, ce qui ne permet pas de justifier de manière formelle la présence effective des bénéficiaires des perdiems. L'absence de cette liste limite la traçabilité des paiements effectués et empêche de s'assurer que seuls les participants réellement présents ont perçu les sommes correspondantes.</p> <p>2. Par ailleurs, les pièces justificatives des paiements des perdiems ne comportent ni les pièces d'identité des bénéficiaires, ni leurs numéros de téléphone. Cette absence d'informations empêche de confirmer directement l'identité et la présence des personnes qui ont perçu ces perdiems et ne permet pas de vérifier la conformité des paiements.</p> |
| | | ACTIVITÉS CDS COVID-19/ROUND 4/DS KOLLO | 2 860 000 | <p>1. Absence d'ordre de mission autorisant les déplacements des vaccinateurs fixes</p> <p>Nous n'avons pas obtenu d'ordres de mission dûment signés et autorisant les déplacements des participants concernés pour cette activité. L'ordre de mission constitue pourtant un justificatif clé pour établir la conformité avec des dépenses qui en découlent. Cette absence remet donc en question la régularité des paiements de perdiems effectués dans le cadre de cette activité.</p> <p>2. Absence de liste d'émargement journalière attestant la présence effective des bénéficiaires.</p> <p>Nous avons également constaté qu'aucune liste d'émargement journalière signée par les bénéficiaires n'a été présentée. Cette liste est pourtant essentielle pour attester de la présence réelle des personnes qui ont perçu les perdiems et pour s'assurer que ces paiements ont bien été effectués au profit de participants effectivement présents et impliqués dans l'activité.</p> |
| | 2022 | CONTROLE DE QUALITE (DQS) DES DONNEES DE LA VACCINATION | 4 115 000 | Nous avons relevé l'absence d'une liste journalière d'émargement signée par les bénéficiaires. Ce document est pourtant indispensable pour attester de la présence effective des personnes qui ont perçu les perdiems et pour s'assurer que les paiements ont bien été effectués au profit de participants réellement impliqués dans l'activité. |
| | 2023 | APPUYER CHAQUE TRIM. LA VACCINAT° DANS LES 18 CSI DU DS DE SAY | 4 060 000 | Nous avons relevé l'absence d'une liste journalière d'émargement signée par les bénéficiaires. Ce document est pourtant indispensable pour attester de la présence effective des personnes qui ont perçu les perdiems et pour s'assurer que les paiements ont bien été effectués au profit de participants réellement impliqués dans l'activité. |
| Total insuffisamment justifié (DRSP TILLABERI) | | | 18 580 000 | |

DRSP DE TILLABERI

| Entité | Année | Description | Montant | Constatations |
|---|-------|--|----------------|--|
| DRSP DE ZINDER | 2021 | ATELIER APPROPRIATION JSP-DI | 240 000 | Sur le montant total de 8 723 237 FCFA audité, seuls 240 000 FCFA ont été identifiés comme des dépenses insuffisamment justifiées. Il s'agit d'une activité prévue pour sept jours, nous n'avons pas obtenu la liste de présence des deux premiers jours, alors que des perdiems au taux journalier de 40 000 FCFA ont été versés pour ces journées. |
| | | CARTOGRAPHIE DES MOUVEMENTS DES ZONES NOMADES/DS GOURE | 18 000 | Un achat de kits pour un montant de 18 000 FCFA, sans aucune facture ou reçu d'achat. |
| Total insuffisamment justifiés (DRSP ZINDER) | | | 258 000 | |

b) Dépenses non justifiéesDRSP DE TAHOUA

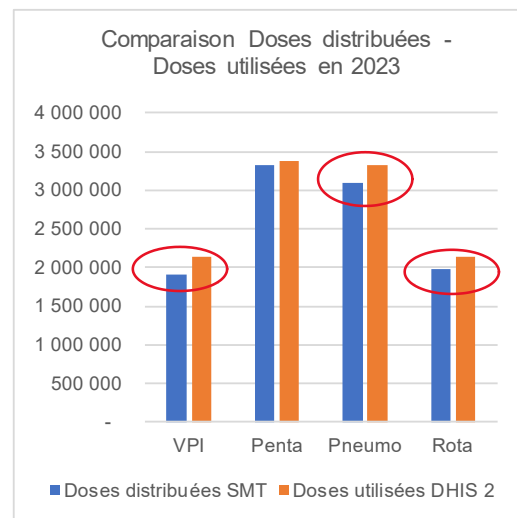
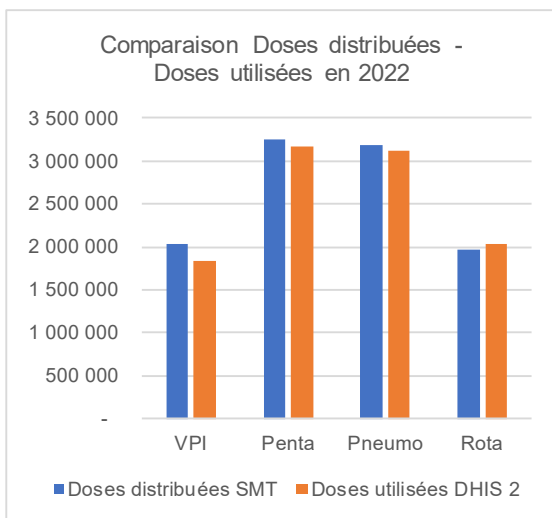
| Entité | Subvention/ année | Description | Echantillon | Dépenses non justifiées | Constatations |
|---------------------------|----------------------|--|-------------|----------------------------|--|
| DRSP DE TAHOUA | RSS / 2020 | Atelier/Mission de Suivi et d'appropriation de la JSP, T3 2020 : Perdiem + carburant | 6 163 879 | 6 163 879 | Nous n'avons reçu aucune pièce justificative appuyant les dépenses engagées. |
| | CDS-VPI / 2021 | Justifs / Activités CDS Covid-19 Round3/DRSP Tahoua | 8 518 898 | 8 518 898 | Nous n'avons reçu aucune pièce justificative appuyant les dépenses engagées. |
| Total non justifié | | | | 14 682 777 | |

Annexe 8 – Discordances de données de stocks

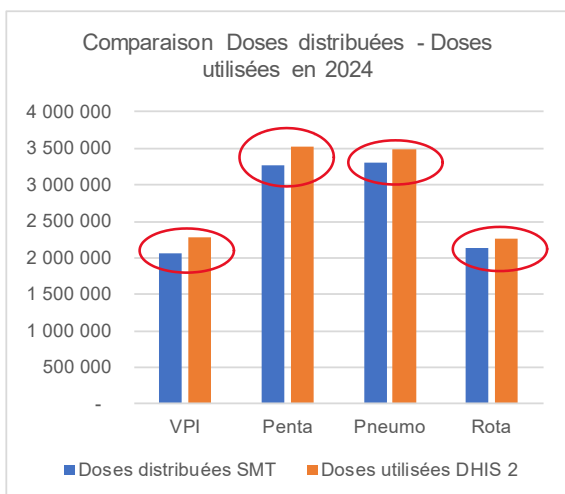
La comparaison des quantités de vaccins distribuées au niveau national selon les SMT du dépôt central aux quantités de vaccins utilisées (administrées) rapportés par les régions dans le DHIS 2 présentent des incohérences : pour de nombreux antigènes, la quantité de vaccins utilisée est supérieure à la quantité de vaccins distribuée donc disponible. L'importance des écarts ne peut se justifier par les éventuels stocks résiduels de fin de période.

| 2022 | Doses distribuées SMT | Doses utilisées DHIS 2 | |
|--------|-----------------------|------------------------|----------|
| VPI | 2 038 120 | 1 841 176 | 196 944 |
| Penta | 3 255 350 | 3 164 338 | 91 012 |
| Pneumo | 3 181 200 | 3 113 569 | 67 631 |
| Rota | 1 967 900 | 2 034 758 | (66 858) |





| 2023 | Doses distribuées SMT | Doses utilisées DHIS 2 | |
|--------|-----------------------|------------------------|-----------|
| VPI | 1 913 400 | 2 141 370 | (227 970) |
| Penta | 3 322 300 | 3 377 727 | (55 427) |
| Pneumo | 3 095 000 | 3 324 356 | (229 356) |
| Rota | 1 985 800 | 2 144 076 | (158 276) |



| 2024 | Doses distribuées SMT | Doses utilisées DHIS 2 | |
|--------|-----------------------|------------------------|-----------|
| VPI | 2 068 835 | 2 281 294 | (212 459) |
| Penta | 3 262 440 | 3 527 492 | (265 052) |
| Pneumo | 3 296 200 | 3 486 040 | (189 840) |
| Rota | 2 125 900 | 2 260 055 | (134 155) |



Annexe 9 – Compte-rendu de visites de terrain

| Site visité : | Dépôt National du PEV à Niamey | Illustrations |
|-----------------------------|--|---|
| Date : | Mardi 15 avril 2025 | |
| Interlocuteurs rencontrés : | - Cheffe de division approvisionnement et logistique - Equipe Logistique | |
| Observations | <p>1. chaîne du froid au Niger</p> <p>Niveau central : reçoit les vaccins achetés et assure la distribution aux dépôts régionaux.</p> <p>Niveau régional : - 8 dépôts, 1 par région. Niamey et Zinder ont de petites chambres froides en plus de la chambre froide positive de 40 m3.</p> <p>- Gavi a financé à travers l'Unicef la construction de 7 magasins secs dans les régions</p> <p>Districts sanitaires : chacun des 72 districts à au moins 4 réfrigérateurs et 1 congélateur électrique.</p> <p>Points de prestation : CSI et leurs Cases de santé ou structures privées. Ils sont pour la plupart dotés de réfrigérateurs solaires.</p> <p>2. Plan de distribution</p> <p>- distribution trimestrielle de la DI vers les régions à l'aide de 2 camions frigorifiques et 2 camions pour le transport du sec</p> <p>- distribution mensuelle des régions vers les districts. Chaque région à un véhicule réfrigéré (pick-up frigorifique)</p> <p>- distribution mensuelle des districts vers les CSI. 48 pick-up acquis sur financement de la banque mondiale. Quelques fois les chefs des CSI viennent s'approvisionner auprès des districts à l'aide de leurs motos.</p> <p>La DI reçoit les commandes trimestrielles des régions et arbitre en fonction des stocks disponibles. Quelques fois les stocks disponibles sont insuffisants pour répondre à la commande des régions. Dans ce cas, la DI privilégie donc les régions les plus éloignées.</p> <p>Dépôt central de Niamey</p> <p>Personnel logistique La division approvisionnement et logistique comprend un effectif de</p> |  <p>Vue des nouveaux bureaux du PEV en construction sur financement Gavi</p>  <p>Vue d'un entrepôt sec et des chambres froides du dépôt central du PEV à Niamey.</p>  <p>Fuite d'eau dans une chambre froide du dépôt central endommageant l'emballage cartonné des vaccins.</p>  <p>Accumulation de givre dans une chambre froide négative du dépôt central</p> |

8 personnes dont la cheffe de division et 7 agents répartis dans deux services :

1. Service quantification (gestion des vaccins) : 1 chef (licence en Logivac) + 3 agents
2. Service logistique de la chaîne du froid : 1 chef + 2 agents.

7/8 membres de la division ont suivi la formation en logistique de la vaccination.

Infrastructure et équipements

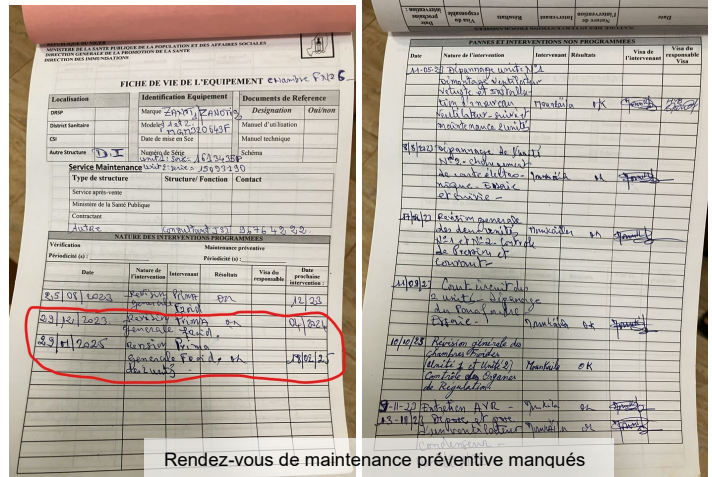
Le dépôt central dispose de 13 chambres froides (11 positives dont 2 sur Covax, 2 négatives) et 4 congélateurs ultrafroid Covax. Il dispose également de 4 magasins pour les consommables (pièces détachées, porte-vaccins, seringues, etc.)

L'alimentation électrique est suppléée par des groupes électrogènes. Des difficultés d'approvisionnement en carburant ont été observées entre 2023 et 2024 à la suite au coup d'Etat et à l'embargo sur la fourniture de gasoil par le Nigéria. Les partenaires ont appuyé le pays pour assurer la continuité pendant cette période.

Maintenance

Le ministère a un service de maintenance appelé SERMEX (Service d'Entretien, de Réparation du Matériel d'Exploitation) avec des représentations dans les régions. Ce service n'a pas toute la compétence pour effectuer certaines réparations des chambres froides.

Un prestataire privé est contracté par l'Unicef pour assurer la maintenance curative.





Rendez-vous de maintenance préventive manqués



Diverses seringues et cartons de seringues détruits par des termites dans les entrepôts secs du dépôt central à Niamey.


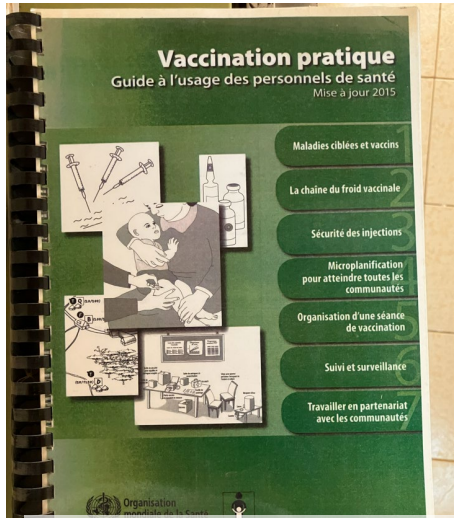
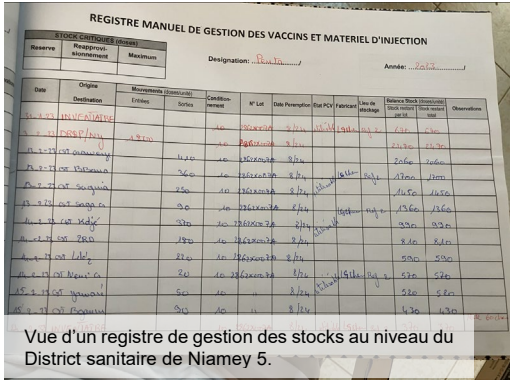


| Site visité : | Direction Régionale de la Santé Publique (DRSP) de Niamey | Illustrations |
|-----------------------------|--|---|
| Date : | Jeudi 17 avril 2025 | |
| Interlocuteurs rencontrés : | <ul style="list-style-type: none"> - Directrice DRSP Niamey - Directeur DRSP Adjoint Niamey - Coordinatrice Régional de l'Immunisation (CRI) - Gestionnaire des données de la DRSP de Niamey | |
| Observations | <p>Aspects généraux</p> <p>La DRSP de Niamey comprend 5 districts sanitaires, 67 Centres de Santé Intégrés (CSI), 5 Cases de santé, 1 Hôpital régional, 1 hôpital de district et 405 cliniques privées pour 1,5 millions d'habitants. 2 districts sur les 5 sont soutenus par Gavi (Niamey III et Niamey IV).</p> <p>La DRSP tient des réunions hebdomadaires et des réunions mensuelles au cours desquelles les différents indicateurs de la santé sont analysés.</p> <p>La DRSP dispose d'un seul agent en charge de la gestion des vaccins et de la logistique au niveau régional.</p> <p>Gestion financière – niveau régional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une équipe de 6 personnes dont un comptable dédié Gavi et une responsable du SAF - Existence de compte bancaire dédié des fonds Gavi et des états de rapprochements bancaire ainsi que des pièces justificatives sur la période sous revue (2020 à 2024). - La Responsable du SAF n'as pas de connaissance du logiciel TomPro utilisé pour la tenue de comptabilité des subventions Gavi. Le contrôle qu'elle peut opérer sur les enregistrements comptables effectués par le comptable Gavi est très limité. <p>Les autres points d'attention suivants ont été identifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Besoin d'examiner la correcte justification des dépenses (sur la base d'un échantillon établi sur les années de 2020 à 2024)</i> - <i>Besoin d'examiner le suivi adéquat des biens acquis sur fonds Gavi au niveau régional (tenue de registre des immobilisations, prises d'inventaire physique, Entretien des véhicules et suivi de la consommation de carburant</i> - <i>Besoin de s'assurer du reversement effectif des reliquats de fonds non utilisés sur le compte bancaire principal de la DRSP.</i> <p>Chaîne du froid et maintenance</p> <ul style="list-style-type: none"> - La DRSP de Niamey est suffisamment dotée en équipement de la chaîne du froid. Un seul CSI a été identifié avec un équipement défaillant. - Le dépôt régional est composé de : <ul style="list-style-type: none"> +1 chambre froide mixte de 40 m3 dans un bâtiment dédié et doté d'un générateur d'électricité pour compenser les coupures de courant + 1 magasin pour le stockage des seringues et autres consommables. Le magasin est propre et l'accès est sécurisé par des serrures à clés. + 2 congélateurs. <p>La maintenance préventive et curative est assurée par le prestataire externe contractualisé par l'Unicef. Un rapport d'intervention de maintenance est disponible et régulièrement renseigné.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La CRI distribue mensuellement les vaccins et les consommables aux 5 districts. Mais elle ne dispose pas de véhicule frigorifique (nouveau pick-up frigorifique en dédouanement). Les vaccins sont transportés dans des glacières isothermiques munies d'accumulateurs. |  <p data-bbox="1023 678 1461 719">Vue des réfrigérateurs et congélateurs de la DRSP de Niamey</p>  |


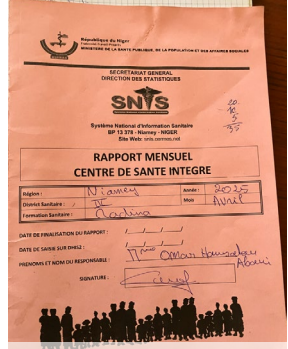
| | | |
|--|---|--|
| | <p>Gestion des vaccins – niveau régional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les vaccins sont correctement entreposés dans la chambre froide et clairement identifiables par numéros de lots et dates de péremption. - Les mouvements de stocks sont correctement rapportés dans des <u>registres manuels</u>, dans <u>SMT Excel</u>, dans <u>eSMT</u>, et dans <u>Niger Vaccins</u> (données d'inventaires) et dans le <u>DHIS2</u>, suivant les numéros de lots et les dates de péremption. Un contrôle aléatoire des informations rapportées dans le registre manuel s'est avéré satisfaisant. Cependant, la multiplicité des outils de rapportage des données de stocks augmente la charge de travail de travail du CRI et accentue le risque d'erreur de rapportage. <p>Gestion des données – niveau régional</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 agents au niveau du service en charge de la gestion des données. - la saisie des données dans le DHIS2 est opérée par les CSI. - chaque mois, la DRSP examine la promptitude et la complétude des données CSI par CSI. Des erreurs de saisies des données sont régulièrement identifiées et corrigées à la demande de la DRSP. - Des supervisions intégrées sont effectuées 2 fois par année : 1 seule supervision faite en 2023 (contexte politique obligeant), et 2 supervisions en 2024. La DRSP dispose d'un guide de supervision. | |
|--|---|--|



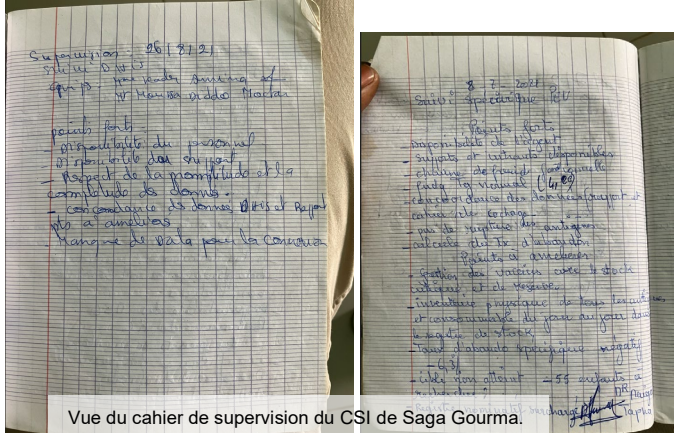
| Site visité : | District Sanitaire de Niamey 3 | Illustrations |
|------------------------------------|--|---------------|
| Date : | Jeudi 17 avril 2025 | |
| Interlocuteurs rencontrés : | <ul style="list-style-type: none"> - Médecin chef de district (MCD) - Gestionnaire finance et matériel - Gestionnaire des données - Coordinatrice Départemental de l'Immunisation (CDI), - Substitut de la CDI. | |
| Observations | <p>Aspects généraux</p> <p>Le District de Niamey III (Niamey 3), est un district semi-urbain de 244 996 habitants. Il comprend 10 CSI dont 1 CSI en milieu rural à 25 Km de Niamey et le CSI de la maison d'arrêt.</p> <p>Tous les 10 CSI font la vaccination. Il s'agit du district historique de la ville de Niamey ; les infrastructures sont vieillissantes. Mais Gavi a financé la construction d'un nouveau bâtiment propre au PEV du district et qui abrite les vaccins, les consommables et le bureau de la CDI.</p> <p>Selon le MCD, la population du district est sous-évaluée et les mouvements saisonniers de population rendent difficile la maîtrise des cibles.</p> <p>Planification</p> <p>La programmation des activités à travers les microplans est faite suivant les enveloppes de financements disponibles. Les districts se limitent donc à programmer les activités « priorités des priorités ». Certaines activités importantes ne sont donc pas programmées faute de financements.</p> <p>Le processus de financement ne suit pas toujours les étapes. La procédure normale est que les CSI élaborent leurs microplans qui sont ensuite consolidés et complétés par le district. Mais en raison des difficultés ou des retards de financement des microplans des CSI, les districts prennent souvent l'initiative d'établir les microplans pour le compte des CSI. Certains besoins des CSI ne sont donc pas pris en compte.</p> <p>Chaîne du froid et maintenance</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tous les 10 CSI du district sont dotés de réfrigérateurs solaires ou électriques fonctionnels. Certaines cliniques privées ont aussi été dotées d'équipements pour fournir les services de vaccination. - Le dépôt du District de Niamey III est suffisamment pourvu en équipements de la chaîne du froid. Il dispose de plusieurs réfrigérateurs et congélateurs (certains équipements même ne sont pas utilisés). - Le local est aéré et bien entretenu. - La maintenance préventive et curative est assurée par un TPM. - La CDI distribue mensuellement les vaccins et les consommables aux 10 CSI à l'aide de glacières munies d'accumulateurs. <p>Gestion des vaccins – niveau district</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les vaccins sont correctement entreposés dans les réfrigérateurs et correctement suivis par numéros de lots et dates de péremption. - Les mouvements de stocks sont rapportés à la fois dans des <u>registres manuels</u>, dans <u>SMT Excel</u>, dans <u>eSMT</u>, et dans <u>Niger Vaccins</u> (données d'inventaires) et dans le <u>DHIS2</u>. Cette multiplicité des outils de rapportage des données de stocks augmente la | <p>Néant.</p> |






| | | |
|--|--|--|
| | <p>charge de travail de travail de la CDI et accentue le risque d'erreur dans les données.</p> <p>Gestion des données – niveau district</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une équipe de 4 personnes assure la gestion des données y compris celles de la surveillance épidémiologique. - le nouveau système de suivi individuel des enfants « Tracker » a été déployé en mars 2025. Les données de la vaccination sont désormais collectées à travers ce nouvel outil. Selon les gestionnaires, le district prévoit saisir les données de vaccination des mois de janvier et février 2025 dans le Tracker afin d'avoir des données complètes pour l'année. - Plusieurs agents vaccinateurs seniors ne sont pas familiers avec l'outil informatique. Ils s'appuieraient sur des jeunes stagiaires pour la saisie des données dans le Tracker et dans DHIS2. Le risque d'erreur dans les données est important si ces stagiaires ne sont pas suffisamment supervisés et leurs saisies contrôlées. - Les dotations mensuelles d'internet ne sont pas suffisantes selon les gestionnaires. Les agents utilisent leurs propres données internet quand possible, pour renseigner le Tracker, le DHIS2 et le eSMT. Cette situation peut retarder la publication des données et la prise des décisions programmatiques basées sur les données. <p>Les analyses suivantes sont effectuées par l'équipe du district :</p> <ul style="list-style-type: none"> - vérification de la complétude et de la promptitude des données renseignées - rapprochement des données de stocks renseignées dans DHIS2 vs le nombre d'enfants vaccinés - comparaison des données de Td administrées renseignées dans le rapport de CPN (consultation prénatale) avec les Td administrés (nombre de femme ayant reçu le Td) indiqués dans le rapport du PEV. <p>Surveillance épidémiologique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les données de la surveillance sont collectées auprès des CSI. Ces derniers renseignent les cas suspects sur une fiche à laquelle ils joignent des prélèvements de sang pour analyse. Les CSI enregistrent aussi les cas suspects identifiés dans le DHIS2. Au niveau du district, les cas sont saisis dans un fichier Excel, ainsi que les résultats des analyses de sang qui ne parviennent que très tardivement. Le fichier Excel est remonté à la DSRE (Direction de la Surveillance et de la Risposte Epidémiologique). La DSRE a donc accès à deux canevas de rapportage des cas suspects : le DHIS2 et le fichier Excel. Les données des deux canevas sont-elles concordantes ? Quel canevas est utilisé pour la prise de décision, sachant que les résultats des analyses ne sont pas rapportés dans le DHIS 2 ? <p>Supervision des CSI</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le district doit superviser tous CSI au cours d'un trimestre. Selon la nouvelle approche, un groupe de CSI est supervisé le premier mois du trimestre, puis un autre groupe le mois suivant, et le dernier groupe le troisième. | |
|--|--|--|

| Site visité : | District Sanitaire de Niamey 5 | Illustrations |
|------------------------------------|---|--|
| Date : | Jeudi 17 avril 2025 | |
| Interlocuteurs rencontrés : | <ul style="list-style-type: none"> - Médecin chef de district (MCD) - Gestionnaire des données - CDI Niamey 5 | <div style="text-align: center;">  <p style="text-align: center;">Vue des équipements de conservation des vaccins du District sanitaire de Niamey 5.</p> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  <p style="text-align: center;">Ancienne version des PON en cours d'utilisation au niveau du District sanitaire de Niamey 5.</p> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  <p style="text-align: center;">Vue d'un registre de gestion des stocks au niveau du District sanitaire de Niamey 5.</p> </div> |
| Observations | <p>Aspects généraux</p> <p>Le District de Niamey V (Niamey 5) a une population estimée à 187 000 habitants pour 40 Km2. Il comprend 12 CSI, 2 cases de santé et 1 hôpital de district.</p> <p>Chaîne du froid et maintenance</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chaîne du froid 100% solaire : 3 congélateurs. 5 réfrigérateurs dont 1 en panne difficile à réparer. - Pas de Technicien pour la maintenance curative. Le district sollicite le TPM du district de Niamey 3. <p>Gestion des données – niveau district</p> <p>Analyses effectuées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rapprochement enfants vaccinés vs doses utilisées. - Rapprochement avec les quantités de seringues utilisées. - Rapprochement des données avec les rapports physiques transmis par les CSI. | |

| Site visité : | Clinique La Référence | Illustrations |
|-----------------------------|---|---------------|
| Date : | Jeudi 17 avril 2025 | |
| Interlocuteurs rencontrés : | - Responsable Maternité - Gestionnaire PEV. | Néant. |
| Observations | <ul style="list-style-type: none">• Gestionnaire PEV nouveau au poste, n'a pas suivi de formation spécifique et n'a pas encore été supervisé• Rangement des vaccins ne tenant pas compte des dates de péremption et des numéros de lots. Un lot plus récent était en cours d'utilisation tandis des lots avec des dates avancées étaient en stock.• Registre de stock non retrouvé• Etablissement privé non pris en compte dans les supervisions de routine. | |

| Site visité : | Centre de Santé Intégré (CSI) Madina | Illustrations | |
|-----------------------------|--|--|---|
| Date : | Mardi 27 mai 2025 | | |
| Interlocuteurs rencontrés : | - Responsable CSI - Responsable PEV. | | |
| Observations | <ul style="list-style-type: none"> • Pas de magasin sec • Chaîne du froid : 2 réfrigérateurs solaires et 1 réfrigérateur électrique dysfonctionnant (vieilli) • Pas de PON • Les vaccins sont reçus dans des glacières en provenance de la CDI. • Supervisions : 1 supervision intégrée en 2023 au lieu de deux, 1 supervision intégrée en 2024 au lieu de deux, 1 supervision de campagne en mars 2025. • Pas de trace d'une supervision spécifique PEV de routine. |  <p>Vue d'un réfrigérateur du CSI de Madina.</p> |  <p>Vue d'un Rapport Mensuel d'Activité (RMA) du CSI de Madina.</p> |

| Site visité : | CSI Saga Gourma | Illustrations |
|-----------------------------|---|---|
| Date : | Mardi 27 mai 2025 | |
| Interlocuteurs rencontrés : | <ul style="list-style-type: none"> - Responsable CSI - Responsable PEV. | |
| Observations | <ul style="list-style-type: none"> • 2 réfrigérateurs dont 1 nouveau réfrigérateur solaire TCW 80 SDD installé en décembre 2024 non fonctionnel • La maintenance préventive est assurée par les Techniciens Polyvalents de Maintenance (TPM) • Pas de PON • Les vaccins sont reçus dans des glacières en provenance de la CDI. • Supervisions : 2021 : 2 supervisions intégrées (SI), 2 sup. PEV 2022 : 2 SI, 4 sup. PEV 2023 : 2 SI, 2 sup. PEV, 2 sup. DHIS 2. 2024: 1 SI, 1 sup. DHIS 2. Recommandations répétitives sans un canevas de suivi de la mise en œuvre. | <div data-bbox="906 264 1412 638">  <p>Vue du CSI Saga Gourma</p> </div> <div data-bbox="906 645 1412 1008">  <p>Nouveau réfrigérateur non fonctionnel au CSI Saga Gourma</p> </div> <div data-bbox="826 1014 1503 1444">  <p>Vue du cahier de supervision du CSI de Saga Gourma.</p> </div> |

| Site visité : | CSI Gaweye | Illustrations | | |
|-----------------------------|--|--|--|--|
| Date : | Mardi 27 mai 2025 | | | |
| Interlocuteurs rencontrés : | - Responsable CSI - Responsable PEV. | | | |
| Observations | <ul style="list-style-type: none"> • 3 réfrigérateurs dont 1 nouveau réfrigérateur solaire TCW 80 SDD installé en novembre 2024 non fonctionnel • La maintenance préventive est assurée par les Techniciens Polyvalents de Maintenance (TPM) • Pas de PON • Les vaccins sont reçus dans des glacières en provenance de la CDI. • Supervisions : Recommandations répétitives sans un canevas de suivi de la mise en œuvre. Faible lisibilité du cahier de supervision. |  <p>Vue du CSI Gaweye.</p> |  <p>Nouveau réfrigérateur non fonctionnel au CSI Gaweye</p> | |
| | |  <p>Réfrigérateur en cours d'utilisation au CSI Gaweye</p> | | |
| | |  <p>Registre de stocks insuffisamment renseigné</p> | | |
| | |  <p>Registre de stocks insuffisamment renseigné et raturé.</p> | | |

Annexe 10 – Plan d’actions correctives aux constats d’audit

| Réf. | Constat | Recommandation | Risque | Réponses / Engagements du Ministère (MSHP) | Responsable Mise en œuvre /Suivi | Délai |
|-------------------------|--|--|--------|--|--|---------|
| 4.1 | Gouvernance et performance organisationnelle des entités | | | | | |
| Recommandation 1 | Nécessité d'un cadre de suivi formalisé de la mise en œuvre des recommandations | <p>Le MSHP devrait instaurer un mécanisme formalisé, centralisé et opérationnel pour le suivi des recommandations issues des audits, évaluations et revues externes du Programme. Ce mécanisme devrait inclure :</p> <ol style="list-style-type: none"> Un dispositif de suivi dédié, permettant la coordination, le rapportage régulier et l’alerte en cas de retard ; Un registre électronique consolidé des recommandations, intégrant leur origine, leur statut de mise en œuvre, les responsables désignés et les échéances ; Un rapportage périodique au CCIA sur l’état d’avancement de la mise en œuvre des recommandations. | Modéré | <p>Le cadre de suivi existe et comprend les Directions centrales concernées sous le leadership du SG. Il procédera chaque trimestre au suivi de la mise en œuvre des recommandations et soumettra au besoin certaines préoccupations ainsi que l’état d’avancement de la mise en œuvre aux réunions du CCIA.</p> | <p>Mise en œuvre : DEP / DI / UGS-G</p> <p>Suivi : SG / CCIA</p> | T1 2026 |
| Recommandation 2 | Défis liés au fonctionnement des organes de pilotage stratégique du programme | <p>Afin de renforcer le pilotage stratégique du Programme et soutenir l’atteinte des objectifs d’immunisation fixés par le Gouvernement, il est recommandé que le MSHP :</p> <ol style="list-style-type: none"> Opérationnalise le sous-comité technique de coordination du CCIA et ses commissions, afin d’assurer un appui efficace à la préparation des réunions du CCIA. Veille à la tenue des réunions du GTCV conformément à la fréquence prévue par les textes. Dans le cas où le MSHP jugerait nécessaire de modifier le mode de fonctionnement du GTCV, les textes devront être actualisés en conséquence. Appuie la DI dans l’identification des profils et expertises requis et procède au renouvellement des membres du GTCV, afin d’éviter toute interruption dans le traitement des questions urgentes liées à la vaccination. | Modéré | <ol style="list-style-type: none"> Arrêté portant création et composition du sous-comité technique CCIA pris. Calendrier 2026 des réunions GTCV fixé et respecté. Appel à candidatures lancé pour renouvellement des experts GTCV. | <p>Mise en œuvre : DI / DRFM</p> <p>Suivi : SG / CCIA</p> | T1 2026 |

| Réf. | Constat | Recommandation | Risque | Réponses / Engagements du Ministère (MSHP) | Responsable Mise en œuvre /Suivi | Délai |
|-------------------------|---|---|--------|---|--|---------|
| Recommandation 3 | <p>Insuffisance du cadre légal et organisationnel de l'Unité de Gestion des Subventions Gavi (UGS-G)</p> <p><i>(Voir les constats détaillés dans le rapport)</i></p> | <p>Afin de garantir la légitimité institutionnelle et l'efficacité opérationnelle de l'UGS-G, il est nécessaire de mettre en place un cadre formel définissant son existence et ses modalités de fonctionnement. À cet effet, il est recommandé que le MSHP :</p> <ol style="list-style-type: none"> Prene un acte administratif (arrêté ou décision) portant création de l'UGS-G et définissant ses modalités de fonctionnement, conformément aux exigences des GMR (voir GMR actualisées de décembre 2024). Précise dans cet acte les modalités de collaboration entre l'UGS-G, la Direction de l'Immunisation (DI) et les autres structures du MSHP, afin d'assurer une coordination efficace de la gestion du Programme. | Elevé | <p>Un projet d'arrêté/Décision est en cours de signature. Il officialise l'UGS-G, son organisation, ses missions et ses liens fonctionnels avec la DI, la DRFM et les DRSP. Transmission à Gavi prévue.</p> | <p>Mise en œuvre : SG / DRFM / DEP</p> <p>Suivi : Cabinet MSHP</p> | T1 2026 |
| Recommandation 4 | <p>Gouvernance et coordination insuffisantes au sein de l'UGS-G</p> <p><i>(Voir les constats détaillés dans le rapport)</i></p> | <p>Afin de permettre à l'UGS-G de remplir efficacement ses missions, il est essentiel de renforcer sa structure organisationnelle et ses capacités techniques. À cet effet, le MSHP devrait :</p> <ol style="list-style-type: none"> Dans le cadre de la formalisation du cadre institutionnel de l'UGS-G recommandé en 4.1.3, clarifier la structure, les rôles et responsabilités de l'UGS-G, ainsi que les liens hiérarchiques entre l'équipe centrale et les comptables régionaux Mettre en place une fonction de coordination technique Procéder au recrutement d'un coordonnateur technique relevant du Secrétaire Général, chargé de la supervision opérationnelle et de la synergie entre les membres de l'équipe de l'UGS-G. | Elevé | <ol style="list-style-type: none"> L'arrêté sur l'UGS-G intègre un organigramme cible et des fiches de postes. Recrutement du Coordonnateur Technique lancé en février 2026, financement Gavi mobilisé. | <p>Mise en œuvre : SG / DRFM</p> <p>Suivi : CCIA / Gavi</p> | T1 2026 |
| Recommandation 5 | <p>Gestion des ressources humaines à renforcer</p> <p><i>(Voir les constats</i></p> | <p>Il est essentiel que le MSHP :</p> <ol style="list-style-type: none"> Mettre en œuvre un plan de renforcement des compétences : le MSHP devrait organiser des formations ciblées pour l'équipe centrale de l'UGS-G sur la comptabilité conforme aux normes internationales, la maîtrise du logiciel TomPro et le suivi budgétaire des subventions, afin | Modéré | <p>1. Plan de formation UGS-G/DRSP validé (TomPro, SYCEBNL, gestion avancées). Inclut la surveillance épidémiologique.</p> | <p>Mise en œuvre : DRFM / DI / DSRE</p> | T1 2026 |

| Réf. | Constat | Recommandation | Risque | Réponses / Engagements du Ministère (MSHP) | Responsable Mise en œuvre /Suivi | Délai |
|-------------------------|--|--|--------|--|---|---------|
| | détaillés dans le rapport) | <p>d'améliorer la qualité des rapports financiers et réduire les retards. Prendre en compte également le besoin de renforcement des capacités des formations sanitaires en matière de surveillance épidémiologique (cf. constat 4.5.3).</p> <p>2. Élaborer un plan de relève et de transfert de compétences : le MSHP doit identifier les postes critiques dont les titulaires approchent la retraite et mettre en place un mécanisme structuré de transfert des connaissances (mentorat, documentation, sessions pratiques) pour assurer la continuité des activités.</p> <p>3. Instaurer un cadre de coordination entre partenaires : le MSHP devrait créer un mécanisme de collaboration avec les partenaires techniques et financiers (Gavi, ENABEL, Fonds Mondial, etc.) afin de mutualiser les efforts de renforcement des capacités des SAF et garantir un transfert progressif des compétences des comptables contractuels vers les équipes des DRSP.</p> | | <p>2. Cartographie des postes critiques réalisée ; mentorat interne initié.</p> <p>3. Réunion de coordination des PTF sur les comptables régionaux programmée.</p> | Suivi : UGS-G / DEP | |
| Recommandation 6 | <p>Besoin de renforcement du cadre procédural de l'UGS-G</p> <p>(Voir les constats détaillés dans le rapport)</p> | <p>Afin de renforcer le cadre de contrôle interne lié à la gestion des subventions Gavi, le MSHP devra :</p> <p>1. Adapter le manuel du FCS à l'utilisation par l'UGS-G: Adapter les procédures à la structure organisationnelle de l'UGS convenue avec Gavi. Intégrer les procédures spécifiques convenues dans les GMR dans ce manuel, et y consolider les instructions spécifiques du Secrétaire Général du MSHP inscrites dans les diverses notes de service.</p> <p>2. Mettre en place un mécanisme de mise à jour régulière Prévoir une révision périodique du manuel afin de garantir son alignement avec les évolutions réglementaires, les recommandations des partenaires et les pratiques comptables en vigueur.</p> <p>3. Veiller à divulguer ce manuel des procédures spécifiques et former l'ensemble de ses utilisateurs.</p> | Modéré | <p>Le manuel de procédures UGS-G est finalisé (version 1.0). Une note de service sera prise pour intégrer les directives spécifiques de gestion des subventions Gavi, GMR. Diffusion et formation des acteurs centraux/régionaux planifiées.</p> | <p>Mise en œuvre :</p> <p>UGS-G / AP</p> <p>Suivi : SG / Gavi</p> | T1 2026 |
| Recommandation 7 | <p>Nécessité de clarifier la fonction de contrôleur interne de l'UGS-G</p> | <p>Dans le cadre de l'évaluation de la structure organisationnelle de l'UGS-G recommandée en 4.1.4, le MSHP devrait :</p> <p>1. Clarifier la fonction de contrôleur interne et son appellation : formaliser la fonction actuelle en tant qu'«</p> | Modéré | | | |

| Réf. | Constat | Recommandation | Risque | Réponses / Engagements du Ministère (MSHP) | Responsable Mise en œuvre /Suivi | Délai |
|-------------------------|--|--|--------|---|---|---------|
| | <i>(Voir les constats détaillés dans le rapport)</i> | <p>Auditeur interne » afin d'aligner les missions avec les standards internationaux et éviter toute confusion avec une fonction de contrôleur interne proprement dit ou avec le contrôle de gestion.</p> <p>2. Mettre en place un cadre normatif pour l'audit interne : élaborer et adopter une charte d'audit interne ainsi qu'un plan annuel d'audit, conformément aux recommandations des GMR, pour structurer et encadrer les activités.</p> <p>3. Revoir le positionnement hiérarchique de l'auditeur interne pour garantir l'indépendance : assurer que l'auditeur interne soit rattaché à une instance indépendante de la gestion opérationnelle (par exemple, directement au Ministre, au CCIA ou à un comité de pilotage) afin de préserver l'objectivité des missions.</p> | | <p>1. Fiche de poste modifiée (Auditeur interne).</p> <p>2. Charte d'audit interne rédigée ; plan 2026 élaboré.</p> <p>3. Rattachement fonctionnel au Comité d'Audit du MSHP (à créer).</p> | <p>Mise en œuvre :</p> <p>UGS-G / IGSS</p> <p>Suivi : SG / CCIA</p> | T2 2026 |
| Recommandation 8 | <p>Rôle de surveillance des subventions Gavi non tenu par l'IGSS</p> <p><i>(Voir les constats détaillés dans le rapport)</i></p> | <p>Dans le respect de l'Accord Cadre de Partenariat, le MSHP devra dynamiser son mécanisme propre de surveillance de la gestion des subventions octroyées par Gavi. Ceci implique de :</p> <p>4. Intégrer systématiquement la gestion des subventions Gavi dans le plan annuel d'audit de l'Inspection Générale des Services de Santé (IGSS) (voir GMR).</p> <p>5. Etablir un cadre de collaboration et de partage d'informations entre l'Auditeur Interne de l'UGS-G et l'IGSS, en tant qu'organe de veille et de contrôle interne du MSHP.</p> <p>6. Impliquer d'autres organes de contrôle de l'État pour renforcer la transparence.</p> | Modéré | <p>1. Plan annuel 2026 de l'IGSS inclut une mission sur les subventions Gavi.</p> <p>2. Protocole de collaboration IGSS / UGS-G signé.</p> | <p>Mise en œuvre : IGSS / UGS-G</p> <p>Suivi : Cabinet MSHP</p> | T2 2026 |
| 4.2 | Gestion comptable et financière | | | | | |
| Recommandation 9 | <p>Absence de compte bancaire dédié aux fonds Gavi à la Direction des Immunisations</p> <p><i>(Voir les constats détaillés dans le rapport)</i></p> | <p>Pour renforcer la traçabilité des transactions et réduire les risques de pertes ou la forte dépendance à la disponibilité du gestionnaire de la caisse, il est recommandé à la DI de</p> <p>4. Mettre en place un compte bancaire dédié pour la Direction de l'Immunisation (DI) conformément au point 22 des GMR, afin de recevoir directement les fonds Gavi et garantir une traçabilité complète des opérations financières.</p> <p>5. Interdire les paiements en espèces pour les montants supérieurs à 5 millions FCFA, conformément à</p> | Elevé | <p>Le MSHP prend acte de la recommandation. Un compte bancaire dédié aux subventions Gavi sera ouvert pour la DI. Une note de service sera prise pour renforcer les paiements par voie bancaire ou paiements électroniques.</p> | <p>Comptable Principal, Contrôleur de Gestion</p> | T2 2026 |

| [Réf.] | Constat | Recommandation | Risque | Réponses / Engagements du Ministère (MSHP) | Responsable Mise en œuvre /Suivi | Délai |
|--------------------------|--|--|--------|---|---|---------|
| | <i>rapport</i>) | l'Instruction BCEAO n°233/07/2024, et privilégier les virements bancaires ou autres moyens de paiements électroniques sécurisés. 6. Réduire la dépendance à une seule personne (SAF) en instaurant des mécanismes de délégation ou de double signature pour assurer la continuité des paiements en cas d'indisponibilité. | | | | |
| Recommandation 10 | Manque d'efficience du processus d'élaboration des rapports de suivi financiers par l'UGS-G <i>(Voir les constats détaillés dans le rapport)</i> | 4. Mettre en place des solutions alternatives aux ateliers physiques (par exemple, consolidation comptable à distance via des outils collaboratifs) afin de limiter les dépenses liées aux perdiems, transports et locations. 5. Optimiser le processus d'élaboration des Rapports de Suivi Financiers (RSF) en exploitant pleinement les fonctionnalités du logiciel comptable Tom2Pro. Une configuration adéquate permettrait de générer automatiquement des états financiers consolidés, réduisant ainsi les tâches manuelles longues et coûteuses. 6. Adapter la structure organisationnelle de l'UGS-G (voir recommandation 4) afin de mettre en place un dispositif efficace de supervision et de contrôle des opérations réalisées par les comptables régionaux et les SAF des directions centrales. | Elevé | Le MSHP prend acte de la recommandation. Le processus d'acquisition et de déploiement du Tomweb est en cours. | Comptable Principal, Assurance Provider | T1 2026 |
| Recommandation 11 | Besoins de renforcement de la gestion comptable des subventions Gavi <i>(Voir les constats détaillés dans le rapport)</i> | Le MSHP, en collaboration avec l'UGS-G, devra engager les actions suivantes afin d'améliorer l'efficience du dispositif comptable et la qualité des Rapports de Suivi Financier (RSF) : 4. Paramétrer les budgets dans Tom2Pro et élaborer un guide et un processus formalisé pour la saisie des budgets dans le logiciel, en définissant clairement les responsabilités et les étapes à suivre afin de garantir la qualité et la cohérence des données. 5. Renforcer les compétences des utilisateurs à travers des sessions de formation pratique sur Tom2Pro pour tous les acteurs impliqués dans la gestion comptable et budgétaire, afin d'assurer une appropriation complète et une utilisation optimale des fonctionnalités du logiciel. | Modéré | Le MSHP prend note de la recommandation. Les renforcements de capacités de tous les utilisateurs sont prévus. | Comptable Principal, Assurance Provider | T1 2026 |

| Réf. | Constat | Recommandation | Risque | Réponses / Engagements du Ministère (MSHP) | Responsable Mise en œuvre /Suivi | Délai |
|--------------------------|--|--|--------|--|---|---------|
| | | 6. Mettre à jour le plan comptable : adapter le plan comptable en conformité avec le Système Comptable des Entités à But Non Lucratif (SYCEBNL), applicable depuis le 1er janvier 2024 dans l'espace OHADA. | | | | |
| Recommandation 12 | Faiblesse de suivi des avances ouvertes <i>(Voir les constats détaillés dans le rapport)</i> | <p>Pour éviter le cumul des avances non justifiées, il est recommandé à l'UGS-G de :</p> <p>5. Mettre en place un outil automatisé de suivi des avances (tableau de bord dynamique avec alertes) permettant : - un suivi en temps réel ; - des relances systématiques avant échéance ; - la remontée des retards aux niveaux hiérarchiques pour déclencher des actions correctives ou des sanctions.</p> <p>6. Appliquer strictement le principe de non-cumul des avances, en conditionnant la validation des TDR ou le déblocage des fonds à la régularisation préalable des avances existantes, afin de responsabiliser les bénéficiaires.</p> <p>7. Intégrer, dans le cadre de la formation du personnel sur le manuel des procédures (voir recommandation 6), des sessions ciblées pour les DRSP, districts sanitaires, OSC et directions centrales axées sur les obligations de justification des avances, les exigences documentaires (pièces requises), les délais contractuels et les sanctions applicables en cas de manquement.</p> <p>8. Optimiser le processus de validation des pièces comptables en mettant en place un circuit de validation différencié ; limiter l'intervention du contrôleur interne aux pièces présentant un risque élevé ou un montant significatif, tout en permettant un traitement direct des pièces courantes par la comptabilité. Définir des délais de validation (par exemple, 5 jours ouvrables) et les intégrer dans les procédures internes.</p> | Modéré | Un tableau de bord de suivi des avances est proposé par l'AP. Ce tableau sera intégré au module comptabilité de Tomweb. Les notes de service sur le non-cumul des avances seront appliquées lors de chaque de validations ultérieures des TDR des structures ayant des avances âgées non justifiées. | Contrôleur de Gestion, l'Assurance Provider | T2 2026 |
| Recommandation 13 | Défaillances du système d'archivage des pièces justificatives de dépenses | <p>Le MSHP devra :</p> <p>4. Doter l'UGS-G d'un local d'archivage aux normes, en application de son manuel de procédures. Aménager une salle dédiée, ventilée, sécurisée, accessible uniquement au personnel autorisé, pour garantir l'intégrité, l'accessibilité et la durabilité des pièces comptables et administratives.</p> | Elevé | Le MSHP prend acte de la recommandation. Il est prévu après la réhabilitation des locaux de la DI, une salle d'archivage pour les pièces justificatives des financements Gavi. Provisoirement, toutes les pièces seront archivées auprès du contrôleur interne en attendant qu'un Assistant en charge de | DI, Contrôleur interne, Assurance Provider | T2 2026 |

| Réf. | Constat | Recommandation | Risque | Réponses / Engagements du Ministère (MSHP) | Responsable Mise en œuvre /Suivi | Délai |
|--------------------------|--|--|--------|---|--|---------|
| | <i>(Voir les constats détaillés dans le rapport)</i> | <p>L'UGS-G devra :</p> <p>5. Désigner un seul responsable au sein de l'UGS-G chargé de conserver toutes les pièces justificatives du niveau central pour les subventions Gavi. Après ses contrôles, l'auditeur interne (contrôleur interne) devra restituer les pièces justificatives à la personne désignée pour l'archivage.</p> <p>La DI devra :</p> <p>6. Mettre en place au niveau de la DI et des DRSP un registre de suivi des mouvements d'archives. Ce registre d'entrée et de sortie, devra intégrer le nom, la date, le service et la signature des utilisateurs.</p> | | l'archivage soit recruté. Les pièces comptables seront transmises chaque mois par le comptable central au contrôleur interne au plus tard le 10 du mois n+1. Un registre de suivi des mouvements d'archives sera mis en place. | | |
| Recommandation 14 | <p>Dépenses mises en question</p> <p><i>(Voir les constats détaillés dans le rapport)</i></p> | <p>Pour limiter le risque de mis en question des dépenses, le MSHP devra :</p> <p>5. Mettre en place un système rigoureux d'archivage permettant de conserver la traçabilité de toutes les pièces justificatives tant au niveau central qu'au niveau déconcentré (cf. constat 4.2.5).</p> <p>6. Sensibiliser l'ensemble des entités du MSHP y compris les OSC aux dispositions de l'Accord Cadre de Partenariat, notamment à l'Annexe 2 (« Dispositions additionnelles relatives aux programmes ») et à l'Annexe 6, remplacée par les Grant Management Requirements (GMR) ;</p> <p>7. Initier des missions d'inspection et d'audit interne ciblant la gestion des subventions Gavi au sein du MSHP, conformément aux obligations définies dans les GMR transmises par Gavi (cf. constat 4.1.8) ;</p> <p>8. Mettre en place un mécanisme structuré de renforcement des capacités à destination du personnel de l'UGS-G et des comptables régionaux et SAF des DRSP et districts, ainsi que les financiers des OSC en lien avec la gestion des fonds Gavi, afin d'assurer une meilleure conformité et traçabilité des dépenses à tous les niveaux (cf. constat 4.1.5).</p> | Elevé | Le MSHP prend acte de la recommandation. Pour un système rigoureux d'archivage, la question a été adressée au point 4.2.5; la sensibilisation des entités du MSHP y compris les OSC se fera tout au long de l'année. Les missions d'inspection et d'audit interne seront réalisées conformément au GMR en fonction de disponibilités budgétaires. | Contrôleur interne, Assurance Provider | T4 2026 |
| Recommandation 15 | Insuffisances dans la gestion | Le MSHP, via la DRFM et l'UGS-G, doit renforcer la gestion des équipements financés par Gavi en mettant en œuvre les actions | Modéré | Le MSHP prend note de la recommandation. La base sera actualisée dans le module "gestion du patrimoine" de Tomweb. Les | DRFM, Comptable principal | T1 2026 |

| Réf. | Constat | Recommandation | Risque | Réponses / Engagements du Ministère (MSHP) | Responsable Mise en œuvre /Suivi | Délai |
|--------------------------|--|---|--------|---|----------------------------------|---------|
| | <p>patrimoniale des biens financés par Gavi</p> <p><i>(Voir les constats détaillés dans le rapport)</i></p> | <p>suivantes :</p> <p>3. Créer une base de données patrimoniale centralisée et actualisée : recenser, codifier et étiqueter tous les équipements financés par Gavi (via Unicef ou UGS-G) et assurer sa mise à jour régulière.</p> <p>4. Planifier des inventaires physiques annuels : établir un calendrier budgétisé conforme au manuel des procédures pour disposer d'une vue actualisée des immobilisations et détecter rapidement pertes, dégradations ou besoins de renouvellement.</p> | | inventaires physiques annuels ont repris depuis 2024. Ceux de 2025 sont en cours. | | |
| Recommandation 16 | <p>Absence de dispositif de gestion du carburant des générateurs et des véhicules</p> <p><i>(Voir les constats détaillés dans le rapport)</i></p> | <p>La DI, les autres Directions Centrales du MSHP, et les DRSP devront :</p> <p>3. Mettre en place un dispositif de suivi de l'utilisation et de la maintenance des équipements hors chaîne de froid notamment les générateurs et le parc automobile. Renseigner systématiquement les carnets de bord des véhicules, établir un registre de maintenance pour les équipements critiques tel que recommandé au constat 4.4.4 ci-dessous, et prévoir un système d'alerte pour le renouvellement ou la réparation.</p> <p>4. Instaurer un suivi rigoureux des consommations et du niveau de carburant des générateurs afin d'anticiper l'approvisionnement et éviter les ruptures susceptibles d'affecter la chaîne du froid.</p> | Modéré | Le MSHP prend acte de la recommandation. Des outils de suivi de consommation de carburant du matériel roulant et des groupes électrogènes seront proposés dans le manuel de procédures. | UGS, AP | T1 2026 |
| 4.3 | Achats et passations de marchés | | | | | |
| Recommandation 17 | <p>Défaut d'appropriation par l'UGS-G du processus de planification et de suivi d'exécution des marchés</p> <p><i>(Voir les constats détaillés dans le rapport)</i></p> | <p>Le MSHP devra :</p> <p>1. Réviser la structure et l'équipe de l'UGS-G afin d'intégrer pleinement sa mission de suivi des marchés financés par Gavi (cf. constat 4.1.3).</p> <p>L'UGS-G devra :</p> <p>2. Élaborer un manuel de procédures spécifique pour la gestion des subventions Gavi par l'UGS-G (cf. constat 4.1.6).</p> | Modéré | Le MSHP prend acte de la recommandation. La structuration de l'UGS est en cours de formalisation. Le Manuel de procédure sera complété par une note de service sur les spécificités de la gestion des subventions Gavi par l'UGS-G et l'AP. | UGS, AP | T1 2026 |

| Réf. | Constat | Recommandation | Risque | Réponses / Engagements du Ministère (MSHP) | Responsable Mise en œuvre /Suivi | Délai |
|--------------------------|--|---|--------|---|----------------------------------|---------|
| | | 3. Mettre en place un système formel et informatisé pour la gestion et le suivi des marchés planifiés et exécutés sur fonds Gavi. | | | | |
| 4.4 | Gestion des vaccins | | | | | |
| Recommandation 18 | <p>Nécessité d'adaptation et de mise à disposition des procédures opératoires normalisées (PON)</p> <p><i>(Voir les constats détaillés dans le rapport)</i></p> | <p>La DI devra, avec l'appui des partenaires :</p> <ol style="list-style-type: none"> S'assurer de la diffusion des PON sur l'ensemble du territoire Editer les principales PON du niveau périphérique sous forme d'affiches à fixer dans les locaux du PEV. Ce format sera plus utile pour le personnel du niveau opérationnel et atténuer le risque d'égarement des documents. Mettre en œuvre la recommandation 26 relative aux supervisions spécifiques des activités du PEV de routine. Les contrôles lors des supervisions devront inclure la vérification de la disponibilité des PON et leur consultation courante par les agents PEV de la localité. | Modéré | Le MSHP prend note de la recommandation. Puisque les PON ont été déjà vulgarisés, le MSHP éditera les affiches pour le niveau périphérique et mettra en place les supervisions spécifiques. | Division Logistique | T3 2026 |
| Recommandation 19 | <p>Gestion insuffisante des entrepôts secs du dépôt central du PEV</p> <p><i>(Voir les constats détaillés dans le rapport)</i></p> | <p>La DI devra :</p> <ol style="list-style-type: none"> Faire l'inventaires des seringues détruites par les termites et en soumettre le rapport à Gavi. Veiller à une gestion rigoureuse de l'entretien des entrepôts et des éléments en stocks. <p>Le MSHP devra :</p> <ol style="list-style-type: none"> Finaliser l'aménagement des entrepôts secs du dépôt central du PEV afin d'assurer des conditions de stockage adéquates des fournitures de la vaccination qui y sont conservées. | Elevé | Le MSHP prend acte. Le rapport sera soumis à Gavi, les traitements seront faits à des fréquences rapprochées. L'aménagement des entrepôts secs du dépôt central est déjà fait. | Division Logistique | T2 2026 |
| Recommandation 20 | <p>Besoin d'allègement du processus de dédouanement des véhicules octroyés par Gavi</p> <p><i>(Voir les constats détaillés dans le rapport)</i></p> | <ol style="list-style-type: none"> Le MSHP devra faire le plaidoyer auprès du Gouvernement en vue de l'allègement du processus de dédouanement des véhicules octroyés par Gavi au Programme. | Elevé | Le MSHP prend note de la recommandation. Une lettre a été adressée au ministère des Finances dans ce sens. Voir copie jointe. | Division logistique | T1 2026 |

| [Réf.] | Constat | Recommandation | Risque | Réponses / Engagements du Ministère (MSHP) | Responsable Mise en œuvre /Suivi | Délai |
|--------------------------|--|---|--------|--|----------------------------------|---------|
| | <i>rapport)</i> | | | | | |
| Recommandation 21 | Dispositif de maintenance des équipements de la chaîne du froid à renforcer <i>(Voir les constats détaillés dans le rapport)</i> | <p>Le MSHP devra :</p> <ol style="list-style-type: none"> Elaborer un plan national de maintenance des équipements de la chaîne du froid impliquant le développement de l'expertise au sein des effectifs de personnel du ministère à chaque niveau de la pyramide sanitaire. Intégrer dans ce plan un dispositif de communication sur les procédures de gestion des équipements sous garantie, afin d'assurer un traitement rapide et efficace des pannes. <p>La DI devra :</p> <ol style="list-style-type: none"> Plaider auprès du MSHP pour la mise à disposition de techniciens de maintenance au sein de l'équipe de la DI, afin de permettre le transfert de compétences provenant des missions d'assistance technique dont bénéficie le Programme. Mettre en place une communication régulière et efficace avec les structures déconcentrées concernant le plan de maintenance qui sera adopté. | Modéré | Le MSHP prend acte de la recommandation. Le plan national de maintenance existe, le Ministère dispose des services compétents chargés de la maintenance et l'entretien des équipements de la chaîne de froid. Ce personnel a besoin d'un renforcement de capacités pour que la maintenance se fasse dorénavant par les techniciens du Ministère. | Division logistique | T4 2026 |
| Recommandation 22 | Gestion physique des vaccins insuffisante <i>(Voir les constats détaillés dans le rapport)</i> | <p>La DI devra :</p> <ol style="list-style-type: none"> En lien avec la recommandation liée au constat 4.4.1 sur les PON, établir des protocoles stricts pour la gestion des stocks de vaccins, incluant des contrôles réguliers des conditions de stockage et de la priorité d'utilisation des vaccins. Renforcer la supervision des conditions physiques des vaccins au niveau du dépôt central, dans les formations sanitaires. Mettre en place un suivi de proximité des cliniques et autres structures privées impliquées dans la vaccination de routine, en raison du fait qu'elles connaissent une rotation plus importante de leurs effectifs. | Modéré | Le MSHP prend note et des dispositions nécessaires seront prises pour intégrer des contrôles réguliers des conditions de stockage et de la priorité d'utilisation des vaccins dans les PON. Le suivi de proximité sera renforcé à tous les niveaux y compris des cliniques et autres structures privées impliquées dans la vaccination de routine pour s'assurer des conditions physiques des vaccins. | Division Logistique | T4 2026 |
| Recommandation 23 | Multiplicité des outils de rapportage des données de stocks aux | <ol style="list-style-type: none"> En collaboration avec les autres directions concernées par les données de stocks de vaccins, la DI devra travailler à l'unification des outils de rapportage des données de stocks de vaccins et de consommables. Cela aura l'avantage de simplifier la tâche des agents PEV (coordonnateurs(ices)) | Modéré | La DI en collaboration avec les autres directions concernées par les données de stocks de vaccins, est entrain de privilégier l'utilisation du mSupply pour la gestion des médicaments et vaccins. Cet outil est | Division Gestion des données | T4 2026 |

| Réf. | Constat | Recommandation | Risque | Réponses / Engagements du Ministère (MSHP) | Responsable Mise en œuvre /Suivi | Délai |
|--------------------------|--|---|---------------|---|----------------------------------|---------|
| | niveaux régional et district <i>(Voir les constats détaillés dans le rapport)</i> | de l'immunisation) et de garantir la disponibilité en des données de stocks fiables en temps voulu. 2. A long terme, mettre en place une solution d'intégration des systèmes (eSMT, DHIS2, Niger Vaccine) permettant la synchronisation automatique des données et la génération d'alertes en cas d'écarts, afin de réduire les saisies multiples et améliorer la fiabilité des informations. | | interopérable avec le DHIS2. Cette interopérabilité pourrait être utilisée avec les autres outils. | | |
| Recommandation 24 | Insuffisance dans la saisie et le contrôle des données des fichiers SMT du niveau central <i>(Voir les constats détaillés dans le rapport)</i> | La DI devra : 1. Investiguer les causes des écarts identifiés dans les SMT par l'audit et prendre les mesures de remédiation. 2. Définir les contrôles périodiques à opérer sur le remplissage des outils et les responsabilités au sein de l'équipe logistique de la DI. Les contrôles pourraient inclure des vérifications croisées régulières entre les informations détenues au niveau central et celles du niveau régional, et entre les informations des supports électroniques et celles des supports physiques (registres manuels, bons de commande, bordereaux de livraison, etc.) 3. Renforcer la supervision des activités logistiques du dépôt central par la direction de la DI, y compris des visites inopinées (Cf. recommandation 26). | Elevé | Les corrections ont été apportées sur les saisies dans l'eSMT. Le MSHP prend acte et les contrôles périodiques seront faits chaque trimestre en fonction de l'outil utilisé. | Division Logistique | T2 2026 |
| 4.5 | Suivi et évaluation | | | | | |
| Recommandation 25 | Défis liés à la qualité des données de vaccination <i>(Voir les constats détaillés dans le rapport)</i> | Le MHSP devra : 1. Evaluer l'état de la qualité des données de la vaccination et établir un nouveau plan d'amélioration (PAQD) . 2. Mettre en place un programme de formation ciblée pour les responsables des formations sanitaires (chefs CSI, cliniques privées, etc.) afin de renforcer leurs compétences dans la supervision régulière des activités du PEV de routine. Définir une fréquence minimale (par exemple mensuelle) pour ces supervisions. La DI devra fournir aux responsables des formations sanitaires des check-lists standardisées et assurer un suivi trimestriel pour vérifier la conduite effective de ces supervisions et la qualité des contrôles effectués. La Direction des Statistiques devra : 3. Renforcer l'approbation du Guide de revue des données du Système National d'Information Sanitaire par les | Modéré | L'analyse situationnelle est en cours dans le cadre de l'évaluation du PAQD 2022-2025 en vue de l'élaboration du nouveau PAQD 2026-2030. Ce plan prendra en compte le volet renforcement des capacités des agents à travers des séances de formation et de supervision. Pour renforcer du Guide, des activités de diffusion de ce dernier seront inscrites dans le nouveau plan d'amélioration des données 2026-2030. | Division Gestion des données | T4 2026 |

| Réf. | Constat | Recommandation | Risque | Réponses / Engagements du Ministère (MSHP) | Responsable Mise en œuvre /Suivi | Délai |
|--------------------------|---|--|--------|---|----------------------------------|---------|
| | | responsables des formations sanitaires et superviser régulièrement le respect du protocole de contrôle des données établi. | | | | |
| Recommandation 26 | <p>Nécessité de renforcer la supervision des activités du PEV de routine</p> <p><i>(Voir les constats détaillés dans le rapport)</i></p> | <p>Le MSHP devra appuyer la DI pour :</p> <ol style="list-style-type: none"> Former les responsables des formations sanitaires et engager leur responsabilité dans la supervision des activités du PEV (voir recommandation 25). Renforcer la supervision des activités du PEV au sein des structures privées impliquées dans la vaccination (voir recommandation 22). <p>Les DRS devront :</p> <ol style="list-style-type: none"> Faire preuve de proactivité dans le suivi d'exécution des supervisions intégrées prévues dans le plan annuel. La préparation des supervisions devra démarrer dans un délai raisonnable, autant pour les aspects logistiques, financiers que calendaires. <p>La DI et DRS devront :</p> <ol style="list-style-type: none"> Concevoir un canevas standard permettant aux équipes de supervision d'explicitier les recommandations adressées aux formations sanitaires lors des supervisions. Ce canevas devra également permettre de formaliser le suivi de la mise en œuvre de ces recommandations, en précisant les actions à réaliser, les responsables et les délais. | Modéré | Dans le cadre du renforcement de capacités managériales des responsables à différents niveau de la pyramide sanitaire, le MSHP à travers les CPADS, organise des sessions de formation au profit des ECD et des DRSHP. Cette formation prend en compte la supervision intégrée de toutes les activités du PMA y compris la vaccination. Des outils appropriés pour la supervision sont partagés avec les participants, parmi lesquels le plan de résolution de problèmes, qui prend en compte le suivi des recommandations ou engagements formulés lors des supervisions. | Division vaccination | T4 2026 |
| Recommandation 27 | <p>Capacité de surveillance épidémiologique au niveau opérationnel à renforcer</p> <p><i>(Voir les constats détaillés dans le rapport)</i></p> | <p>Le MSHP devra appuyer la DSRE pour :</p> <ol style="list-style-type: none"> Mettre en place un plan national de renforcement des capacités des agents et des formations sanitaires dans la surveillance épidémiologique (cf. constat 4.1.5). <p>La DSRE devra :</p> <ol style="list-style-type: none"> Suivre l'exécution des activités de formation des agents de Santé en surveillance épidémiologique, selon le plan à élaborer par le MSHP tel que recommandé au point 1 ci-dessus. Renforcer la sensibilisation des communautés dans le signalement des cas suspects. | Modéré | [Non commenté]. | DSRE | |