

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

Le rapport d'audit ci-joint présente les conclusions de l'audit portant sur les soutiens financiers de Gavi et leur mise en œuvre, par le Ministère de la Santé Publique Hygiène et Prévention (MSPHP) de la République Démocratique du Congo, ainsi que les programmes d'immunisation soutenus par Gavi. Les travaux d'audit, menés par l'équipe d'audit des programmes de Gavi entre mai et septembre 2022, ont couvert les activités du Programme Elargi de Vaccination (PEV) et du Renforcement du Système de Santé (RSS) au cours de la période allant du 1<sup>er</sup> janvier 2018 au 31 décembre 2021. Au cours de cette période, Gavi a soutenu financièrement l'introduction de nouveaux vaccins, les coûts opérationnels de trois campagnes de vaccination, la plateforme d'optimisation des équipements de la chaîne du froid, le programme RSS ainsi que la riposte à la pandémie de COVID-19 à travers la facilité COVAX.

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. De manière générale, la gestion des soutiens Gavi a été jugée globalement insatisfaisante (page 3), ce qui signifie que « les contrôles internes et les procédures de gestion des risques ne sont pas établis ou ne fonctionnent pas. La majorité des problèmes relevés présente un risque élevé et pourrait compromettre de manière significative l'atteinte des objectifs du programme ».
2. Vingt-cinq déficiences ont été relevées dans les domaines suivants : (i) Gouvernance et organisation ; (ii) Gestion comptable et financière ; (iii) Gestion budgétaire ; (iv) Achats et passations de marchés ; (v) Gestion des vaccins ; (vi) Suivi et évaluation.
3. Les principaux constats ont comporté notamment les éléments suivants :
  - a. 261 521 USD de dépenses programmatiques non ou insuffisamment justifiées, inéligibles ou irrégulières (page 6), dont 209 365 USD font l'objet d'une demande de remboursement et comprennent 35 648 USD de taxes indument payées (TVA) ;
  - b. Auxquelles s'ajoutent 46 376 USD d'avances ouvertes datant de la période allant du 1<sup>er</sup> juillet 2020 au 30 juin 2022, pour lesquelles les pièces justificatives de dépenses n'ont pas été remontées pour comptabilisation au niveau central (page 6), soit un total de 255 741 USD ;
  - c. La coordination du programme s'est avérée insuffisante et nécessite une révision des textes qui l'encadrent ;
  - d. Le Programme Elargi de Vaccination présente plusieurs déficiences en matière de gouvernance, concernant en particulier les aspects du cadre procédural de gestion et d'un manque de clarté quant à la définition de sa stratégie logistique ;
  - e. La gestion des ressources humaines du Programme Elargi de Vaccination ainsi que de la Cellule d'Appui à la Gestion Financière présente des défaillances tant au niveau des affectations que de la rémunération du personnel ;
  - f. La gestion et le suivi des immobilisations présentent des insuffisances significatives au niveau de chaque entité auditée ;
  - g. Des insuffisances significatives ont été relevées, tant au niveau du dispositif de suivi des plans de passation des marchés qu'en termes d'application des procédures et d'exécution des contrats ;
  - h. De manière générale, la gestion logistique du PEV souffre d'un défaut de vision stratégique qui a pour conséquence de graves dysfonctionnements aux différents niveaux de responsabilités, qui se sont notamment traduits par la perte de vaccins et d'intrants ainsi que la destruction d'infrastructures.

Les constats de l'audit des programmes et de l'investigation ont été partagés avec le Ministre de la Santé Publique Hygiène et Prévention dans une lettre datée du 7 août 2023. L'engagement du MSPHP à

entreprendre les actions nécessaires pour remédier aux défaillances et problèmes identifiées, ainsi qu'à rembourser les dépenses et avances ouvertes mises en question, est actuellement en attente.

Genève, novembre 2023

# RAPPORT D'AUDIT DES PROGRAMMES

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

SEPTEMBRE 2022

## 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 de l'audit 6

### 2. Champ, objectifs et approche de l'audit 7

- 2.1. Champ de l'audit 7
- 2.2. Objectifs de l'audit 7
- 2.3. Déroulement de l'audit 7

### 3. Contexte 8

- 3.1. Introduction 8
- 3.2. Structures impliquées dans la mise en œuvre des soutiens Gavi 9

### 4. Résultats détaillés 10

- 4.1. Gouvernance et organisation 10
- 4.2. Gestion comptable et financière 19
- 4.3. Gestion budgétaire 28
- 4.4. Achats et passations de marchés 29
- 4.5. Gestion des vaccins 34
- 4.6. Suivi et évaluation 39

### Annexes 41

- Annexe 1 – Acronymes 41
- Annexe 2 – Méthodologie 43

- Annexe 3 – Définitions : opinion, notes d'audit et priorités 44
- Annexe 4 – Observations de la Cour des Comptes – Gouvernance PEV 45
- Annexe 5 – Synthèse des dépenses mises en question 47
- Annexe 6 – Détail des dépenses auditées mises en question 49
- Annexe 7 – Observations de la Cour des Comptes – Marchés CGPMP 63
- Annexe 8 – Observations de la Cour des Comptes – Marchés SANRU 73
- Annexe 9 – Analyse du fichier de stock au niveau central 75
- Annexe 10 – Reports de stock au niveau central 79
- Annexe 11 – Pertes de vaccins et autres intrants financés par Gavi 80
- Annexe 12 – Pertes en flacons fermés au niveau central 81
- Annexe 13 – Illustrations de la visite du dépôt central (hub de Kinkole) 85
- Annexe 14 – Illustrations de la visite de l'antenne de Lubumbashi 93
- Annexe 15 – Ecart de données entre rapports mensuels et DHIS2 96
- Annexe 16 – Ecart de données entre DHIS2 et le cadre de performance 98
- Annexe 17 – Ecart de données de vaccination COVID-19 99
- Annexe 18 – Comptes-rendus des visites de sites 100
- Annexe 19 – Illustration du rangement des pièces justificatives à la CAGF 107
- Annexe 20 – Analyse des retenues de salaire sur primes versées par la CAGF 108
- Annexe 21 – Plan d'actions correctives 109

## 1. Résumé exécutif

### 1.1. Constatations d'audit par section

Section*	Constats	Risque*	Page
<b>4.1</b>	<b>Gouvernance et organisation</b>		
4.1.1	Insuffisances liées au cadre réglementaire et au fonctionnement des entités de coordination et de pilotage du programme	■	10
4.1.2	Cadre de gouvernance dysfonctionnel (PEV)	■	12
4.1.3	Gestion des ressources humaines insuffisante (PEV)	■	13
4.1.4	Cadre de gouvernance et de fonctionnement incomplet (CAGF)	■	14
4.1.5	Gestion des ressources humaines insuffisante (CAGF)	■	15
4.1.6	Insuffisance des mécanismes de surveillance	■	17
<b>4.2</b>	<b>Gestion comptable et financière</b>		
4.2.1	Cadre de contrôle interne non actualisé (CAGF)	■	19
4.2.2	Insuffisances de gestion comptable et financière (CAGF)	■	20
4.2.3	Insuffisances de gestion comptable et financière (SANRU)	■	22
4.2.4	Insuffisances de gestion comptable et financière (DPS)	■	23
4.2.5	Suivi insuffisant des avances ouvertes (CAGF)	■	24
4.2.6	Paiement de taxes sur frais bancaires (CAGF/SANRU)	■	25
4.2.7	Dépenses mises en question	■	26
4.2.8	Insuffisances de gestion et de suivi des immobilisations (CAGF/SANRU/DPS)	■	27
<b>4.3</b>	<b>Gestion budgétaire</b>		
4.3.1	Approbation tardive des Plans de Travail et Budgets Annuels (CAGF/SANRU)	■	28
<b>4.4</b>	<b>Achats et passations des marchés</b>		
4.4.1	Gouvernance des passations de marchés insuffisamment définie (MSPHP)	■	29
4.4.2	Insuffisance dans le classement et l'archivage des dossiers des marchés publics (CGPMP/SANRU)	■	30
4.4.3	Observations relatives aux marchés audités (CGPMP)	■	31
4.4.4	Observations relatives aux marchés audités (SANRU)	■	33
<b>4.5</b>	<b>Gestion des vaccins</b>		
4.5.1	Gestion logistique défaillante (PEV)	■	34
4.5.2	Matérialisation de risques liés à la logistique (PEV)	■	36
4.5.3	Diffusion et adoption insuffisantes des procédures opératoires (PEV)	■	37
4.5.4	Gestion des stocks insuffisante (PEV)	■	38
<b>4.6</b>	<b>Suivi et évaluation</b>		
4.6.1	Qualité insuffisante des données de vaccination (PEV)	■	39
4.6.2	Supervisions irrégulières (PEV)	■	40

### 1.2. Opinion d'audit globale

L'équipe d'audit a évalué que la gestion des soutiens Gavi en **République Démocratique du Congo (RDC)** pendant la période auditée était globalement **insatisfaisante**, ce qui signifie que les contrôles internes et les procédures de gestion des risques ne sont pas établis ou ne fonctionnent pas. La majorité des problèmes identifiés présente un risque élevé et pourrait compromettre de manière significative l'atteinte des objectifs du programme.

Afin de réduire les risques associés aux constats énumérés ci-dessus, l'équipe d'audit a proposé 25 recommandations (dont 13, soit 52%, sont qualifiées d'essentielles\*), nécessitant la mise en œuvre du plan d'actions correctives établi par les parties auditées (voir **annexe 21**).

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

### 1.3. Résumé détaillé

Le présent rapport détaille les résultats de l'audit des programmes Gavi réalisé en République Démocratique du Congo (RDC) en 2022, et portant sur les différents aspects de la gestion des ressources mises à la disposition du pays (notamment vaccins, espèces et équipements) au cours de la période 2018 à 2021.

Cet audit intervient à la suite de ceux de 2015 et 2018, qui avaient mis en exergue les insuffisances de gestion des soutiens Gavi, tant sous forme de vaccins que de subventions. Si de nettes améliorations concernant la gestion financière ont pu être constatées au cours du présent audit, notamment grâce au renforcement du rôle de l'agence fiduciaire entre 2018 et 2021, la situation s'est sensiblement détériorée dans les domaines de gestion programmatique, malgré la mise en service d'un nouveau hub logistique à proximité de Kinshasa en 2018.

Depuis octobre 2018, un plan de relance de la vaccination systématique (« plan Mashako ») est mis en œuvre en soutien au Programme Elargi de Vaccination (PEV) en vue d'accroître de manière significative la couverture vaccinale dans le pays, en renforçant notamment la logistique et le volet données d'immunisation. Ce plan a commencé à produire des résultats encourageants et, sous certains aspects, pallie partiellement certaines faiblesses structurelles du PEV, mais ne saurait en être considéré comme solution pérenne.

Les faiblesses identifiées au cours du présent audit appellent des actions correctives urgentes et, dans les domaines concernés, une poursuite et une accélération des efforts en cours.

#### **Gouvernance et organisation**

Les entités de coordination et de pilotage du programme de vaccination en RDC, organisées aux niveaux central et provincial, présentent des insuffisances en matière de cadre réglementaire et de fonctionnement. C'est le cas notamment du Comité National de Pilotage du Secteur de la Santé et des Comités de Coordination Inter-Agences, dont les textes de création et de fonctionnement ne sont plus à jour. De plus, la fréquence et le rôle prévus de ces comités, ainsi que ceux de la Commission ad hoc Gavi RSS, n'ont pas été respectés.

Le PEV, acteur-clé de la mise en œuvre de la vaccination, possède un cadre de gouvernance dysfonctionnel en raison de l'obsolescence de textes juridiques et réglementaires, et de l'absence de procédures au niveau de la gestion administrative et financière ainsi que la gestion des risques. Ainsi, le hub logistique de Kinkole ne dispose pas de textes régissant son fonctionnement en dépit de sa mise en service depuis plus de 4 ans et il en va de même pour les nouveaux hubs sous-nationaux construits ou en projets. Ceci traduit l'absence de stratégie établie en matière de logistique sous-tendant la vaccination et a un impact négatif direct sur les résultats du programme.

La gestion des ressources humaines s'est avérée préoccupante, tant au niveau du PEV que

de la Cellule d'Appui à la Gestion Financière (CAGF). Les problématiques de statut, d'affectation et de rémunération du personnel de ces deux entités doivent impérativement faire l'objet d'une révision, comme l'ont souligné les magistrats de la Cour des Comptes de RDC lors de cet audit.

Enfin, les mécanismes de surveillance et de contrôle du PEV manquent d'efficacité, malgré l'implication de l'Inspection Générale de la Santé (IGS) et d'une agence de suivi pour les inspections/contrôles des activités de campagnes de vaccination. Par ailleurs, le comité d'audit de la CAGF n'est pas fonctionnel et la fonction d'audit interne n'a pas été pourvue des ressources prévues en matière de personnel.

#### **Gestion comptable et financière**

La présence d'une agence fiduciaire en accompagnement de la CAGF, dont le rôle s'est accru au cours des dernières années, s'est traduite par un renforcement de l'environnement de contrôle et une réduction notable des dépenses mises en question depuis l'audit précédent, soulignant la pertinence du modèle de gestion en place. Cependant, la mise à jour du manuel des procédures de la CAGF doit toujours être finalisée et faire l'objet d'une mise en application plus stricte. Ceci permettra de résoudre les insuffisances de gestion identifiées, notamment en matière de consolidation du reporting, de suivi bancaire, de traitement des requêtes de financement et d'archivage des pièces comptables.

De plus, le suivi des avances ouvertes opéré par la CAGF demeure problématique, comme relevé par les audits réalisés au cours des années précédentes. Bien que des améliorations aient été observées, les retards de remontée des pièces justificatives des dépenses maintiennent des niveaux élevés d'avances ouvertes, notamment à destination des Divisions Provinciales de la Santé (DPS), et amènent l'audit à mettre en question un montant d'avances de **46 376 USD**.

Par ailleurs, plusieurs insuffisances ont également été relevées dans la gestion comptable et financière de l'organisation non-gouvernementale SANRU et des DPS. SANRU devra revoir sa présentation des comptes annuels, réduire les délais de traitement des requêtes de financement et améliorer ses méthodes d'archivage. Les DPS concernées devront procéder à l'ouverture et au suivi des comptes bancaires, et tenir une comptabilité des transactions.

L'équipe d'audit a revu un échantillon de dépenses gérées par la CAGF et SANRU au cours de la période auditée, représentant un montant total de 6 483 666 USD, et a identifié des défauts de pièces justificatives ainsi que des dépenses inéligibles (TVA sur frais bancaires et primes indûment versées) pour un montant total de **261 521 USD**.

Enfin, la gestion et le suivi des immobilisations présentent des insuffisances significatives au niveau de la CAGF, de SANRU et des DPS : les registres ne sont pas intégrés aux systèmes comptables (quand ils existent), sont incomplets, et les actifs hors véhicules ne sont pas assurés contre les risques de dommages ou de pertes, dont certains ont été matérialisés.

### **Gestion budgétaire**

L'élaboration des budgets de la CAGF et de SANRU n'a pas pu être finalisée à temps, conduisant à une approbation tardive des Plans de Travail et Budgets Annuels (PTBA) et se traduisant par des insuffisances de suivi budgétaire et de financement des activités. Des erreurs de suivi ont également été identifiées en raison de la justification d'avances ouvertes datant d'exercices ultérieurs. SANRU n'effectue pas de suivi budgétaire dans son logiciel comptable.

### **Achats et passations des marchés**

Les magistrats de la Cour des Comptes de RDC, en appui à l'équipe d'audit, ont revu la gestion des achats et passation de marchés au niveau de la Cellule de Gestion des Projets et des Marchés Publics (CGPMP) qui appuie la CAGF et au niveau de SANRU. Leurs observations ont souligné des insuffisances au niveau de la définition du rôle de la CGPMP, ainsi que des faiblesses de classement et d'archivage des dossiers de passation de marchés pour ces deux entités. Par ailleurs, les magistrats ont relevé plusieurs non-conformités au code des marchés publics lors de la revue d'un échantillon de marchés.

### **Gestion des vaccins**

De manière générale, la gestion logistique du PEV souffre d'un défaut de vision stratégique qui a pour conséquence de graves dysfonctionnements aux différents niveaux de responsabilités.

Le PEV a été doté en 2018 d'un entrepôt central situé à proximité de l'aéroport international de Kinshasa, financé en majeure partie par Gavi, afin de remplacer ses installations vétustes en centre-ville. Moins de quatre ans après sa mise en service, force est de constater que l'utilisation de ce point névralgique est sous-optimale et que la gestion logistique du PEV demeure en-deçà des attentes :

- Les rôles et responsabilités de gestion des sites logistiques majeurs ne sont pas clairement définis et attribués et, de ce fait, le modèle de distribution reposant sur des hubs peine à s'opérationnaliser ;
- La maintenance des installations de la chaîne du froid est balbutiante et les expose à des risques de panne et de dégradations et perte de vaccins, qui se sont matérialisées à plusieurs endroits : incendie au dépôt de l'antenne de Bunia (province d'Ituri), pannes répétées d'équipements de la chaîne du froid, panne de la climatisation et des systèmes électriques du hub de Kinkole ;
- Le matériel roulant, dont l'achat et le fonctionnement sont financés par Gavi, est détourné de son affectation au transport de vaccins, au profit d'utilisations privées (transport d'autres marchandises).

De plus, la logistique des vaccins et autres intrants souffre de l'absence de procédures opérationnelles normalisées diffusées à tous les niveaux impliqués et devant faire l'objet de formations. En conséquence, les pratiques en matière de la Gestion Efficace des Vaccins

demeurent hétérogènes et sont à l'origine de plusieurs insuffisances de gestion des stocks constatées lors de l'audit :

- Des mouvements de stocks ne sont pas systématiquement et correctement renseignés dans les registres ;
- Les incohérences des registres de stock ne font pas l'objet d'analyses et de corrections – 5.8 millions de seringues autobloquantes sont ainsi manquantes, ce qui entraîne la mise en question de leur valeur (**465 968 USD**) ;
- Les pertes de doses de vaccins en flacon fermé sont insuffisamment documentées ;
- L'inventaire physique des stocks est irrégulier et insuffisamment documenté ;
- L'outil informatique DHIS2 n'est pas suffisamment exploité pour la remontée des données des stocks au niveau opérationnel.

### **Suivi et évaluation**

Les mécanismes de collecte et de vérification de la qualité des données relatives aux indicateurs-clés du programme d'immunisation n'ont pas connu d'amélioration significative depuis le dernier audit de 2018. Les contrôles à la saisie ainsi que les réunions de validation n'ont pas eu lieu aux niveaux et à la fréquence prévus, ce qui s'est traduit par des écarts de données entre les différents niveaux et un report incomplet au cadre de performance. Les données de vaccination contre la COVID-19 sont, quant à elles, rapportées de manière incohérente à travers plusieurs bases et présentent également de nombreux écarts.

Les supervisions qui permettraient, entre autres aspects positifs, l'amélioration des données vaccinales n'ont pas été régulièrement effectuées depuis le niveau central, mais également depuis les niveaux intermédiaires. Dans ce contexte, la portée du plan Mashako et son ouverture aux provinces non initialement couvertes pourra constituer un élément essentiel pour remédier aux défaillances relevées au niveau du PEV.

#### 1.4. Impact quantitatif des constatations de l'audit

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

Nature / catégorie	Entité concernée	Total mis en question (USD)	Remarques
Défauts de justification des dépenses	CAGF	210 282	Revue portant sur un échantillon de 16% des dépenses totales engagées au cours de la période auditée, le total mis en question représentant 3% des dépenses auditées. Voir constat 4.2.7
Avances ouvertes antérieures au 30/06/2022 (et postérieures au 01/07/2020) <sup>1</sup>	CAGF	46 376	Voir constat 4.2.5
Primes et retenues de salaires	CAGF	15 591	Voir constat 4.1.5
Païement de taxes indues	CAGF	35 648	Voir constat 4.2.6
Vaccins et intrants Gavi/COVAX perdus par incendie	PEV	108 721	Incendie de l'antenne de Bunia en août 2022, estimation du montant établie par UNICEF. Voir constat 4.5.2
Equipements et immeubles perdus par incendie	PEV	105 000	Incendie de l'antenne de Bunia en août 2022. Voir constat 4.5.2
Seringues non retrouvées au stock	PEV	465 968	Voir constat 4.5.4
<b>TOTAL</b>		<b>987 586</b>	

<sup>1</sup> Les avances ouvertes non justifiées antérieures au 01/07/2020 ont déjà fait l'objet d'une demande de remboursement

## 2. Champ, objectifs et approche de l'audit

### 2.1. Champ de l'audit

Depuis 2002, le gouvernement de la République Démocratique du Congo (RDC), représenté par le Ministère de la Santé Publique Hygiène et Prévention (MSPHP), est entré en partenariat avec Gavi et a reçu un total de 894,6 millions de dollars US (USD), comprenant des subventions pour l'acquisition de vaccins et des subventions en espèces. Un Accord-Cadre de Partenariat a été signé le 30 octobre 2014 (date de la dernière signature) entre le gouvernement de la RDC et Gavi Alliance.

Le présent audit a porté sur la période du 1<sup>er</sup> janvier 2018 au 31 décembre 2021 (période audité), au cours de laquelle un montant total de 505 841 500 USD en ressources a été fourni au gouvernement de la RDC, sous forme de financement en vaccins (329 694 864 USD) et de soutiens en espèces (176 146 636 USD). Le tableau suivant détaille par nature et par année les soutiens Gavi aux programmes d'immunisation en RDC au cours de la période audité (montants en USD) :

Type de soutien	2018	2019	2020	2021	Total
Renforcement du Système de Santé	23 181 197	18 989 941	37 025 832	16 355 703	95 552 674
Coûts opérationnels campagne Fièvre Jaune	-	339 820	17 916 321	280 429	18 536 570
Coûts opérationnels campagne suivi Rougeole	-	12 222 101	-	-	12 222 101
Coûts opérationnels campagne Ebola	-	13 387 784	1 828 340	-	15 216 124
Introduction de nouveau vaccin	1 522 115	1 458 388	-	-	2 980 503
Plan de relance du PEV pour Ebola	-	9 204 421	-	-	9 204 421
Plate-Forme d'Optimisation des Equipements de la Chaîne du Froid	8 448 782	43 611	-	-	8 492 393
Diagnostics Fièvre Jaune	-	-	33 728	-	33 728
Soutien Distribution COVID-19	-	-	-	13 184 599	13 184 599
Soutien Equipements COVID-19	-	-	-	1 282 246	1 282 246
Reversements	-479 256	-	-	-79 467	-558 723
<b>Sous-total espèces et équipements</b>	<b>32 672 838</b>	<b>55 646 067</b>	<b>56 804 221</b>	<b>31 023 511</b>	<b>176 146 636</b>
<b>Vaccins (total)</b>	<b>36 175 062</b>	<b>107 570 786</b>	<b>82 086 384</b>	<b>103 862 632</b>	<b>329 694 864</b>
<b>TOTAL SOUTIENS Gavi</b>	<b>68 847 900</b>	<b>163 216 853</b>	<b>138 890 605</b>	<b>134 886 143</b>	<b>505 841 500</b>

L'audit réalisé a porté sur l'ensemble des ressources mises à disposition à la partie nationale dans le cadre de ces soutiens au cours de la période de 2018 à 2021, tant au niveau national que décentralisé. L'Accord-Cadre de Partenariat, qui comprend les exigences en matière de gestion des subventions (ou GMR, pour « Grant Management Requirements »), établies en 2017 et mises à jour en 2022, en constitue un référentiel majeur de conformité.

### 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 d'assurer que les fonds, vaccins et fournitures associées sont utilisés conformément aux conditions convenues avec Gavi et que les ressources sont affectées de manière effective et efficace pour atteindre les objectifs du programme auquel elles se réfèrent.

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

### 2.3. Déroulement de l'audit

L'audit a été conduit sous la responsabilité de l'équipe francophone d'Audit des Programmes de Gavi, basée à Genève, avec l'appui d'un cabinet d'audit et en étroite collaboration avec les magistrats de la Cour des Comptes de la RDC. Cet audit s'est déroulé en deux phases :

- Mission de planification, du 9 au 14 mai 2022 : cette phase a permis de faire l'évaluation de l'environnement de contrôle et des principaux risques et de partager avec les différentes entités impliquées, la liste des documents nécessaires à l'audit. Elle a aussi servi à affiner le périmètre et les procédures d'audit en vue de l'exécution des travaux d'audit proprement dits ;
- Exécution des travaux d'audit, du 17 août au 6 septembre 2022 : audit des contrôles clés et revues d'échantillons de transactions, visites de sites aux niveaux central, intermédiaire et périphérique.

Comme indiqué ci-dessus, le département Audit & Investigation de Gavi a sollicité l'appui des magistrats de la Cour des Comptes de la République Démocratique du Congo. La Cour des Comptes a ainsi contribué à la revue du volet Gouvernance, particulièrement en ce qui concerne la gestion des ressources humaines du PEV, et le volet passations des marchés.

## 3. Contexte

### 3.1. Introduction



#### Contexte général

La République Démocratique du Congo (RDC) est le plus vaste pays d'Afrique sub-saharienne avec une surface de plus de 2,3 millions de km<sup>2</sup>, et partage 9 165 km de frontières avec 9 pays, à savoir : la République du Congo et l'enclave de Cabinda (Angola) à l'ouest ; la République Centrafricaine et le Soudan du Sud au nord ; l'Ouganda, le Rwanda, le Burundi et la Tanzanie à l'est ; la Zambie au sud-est et l'Angola au sud. Sa population est estimée à 92,4 millions d'habitants<sup>2</sup>.

Environ 60% de la population vit en zones rurales, principalement de l'agriculture traditionnelle, de la chasse et

de la pêche artisanale. A l'exception des grandes villes et des régions à forte concentration, conséquence des déplacements consécutifs aux conflits armés qu'a connus le pays, la densité moyenne de la population est estimée à 36 habitants au km<sup>2</sup>. En 2010, à la suite des efforts consentis par le gouvernement en matière de gestion macro-économique, le pays a atteint le point d'achèvement de l'initiative des pays pauvres très endettés (PPTe).

La croissance économique a bondi à 5,7% en 2021, après un ralentissement à 1,7% en 2020 en raison de la pandémie de COVID-19. Le secteur minier reste un moteur essentiel de la croissance, la production de cuivre et de cobalt ayant respectivement augmenté de 12% et 7,6%. Les secteurs non miniers (en particulier l'agriculture et les services) se sont aussi redressés et ont enregistré une croissance de 3,9% en 2021, malgré les restrictions économiques liées à la pandémie.

#### Contexte sanitaire

Malgré une sensible diminution du taux de mortalité infantile à 64‰<sup>3</sup> et du taux de mortalité maternelle à 846 pour 100 000 naissances vivantes, les indicateurs de santé restent préoccupants en RDC.

Le système de santé de la République Démocratique du Congo est de type pyramidal avec un versant administratif ou gestionnaire et un versant offre de soins ou prestataire, réparti chacun en trois échelons.

Dans son versant administratif ou gestionnaire, le système sanitaire comprend :

- Au **niveau central** : le cabinet du ministre, l'Inspection Générale de la Santé (IGS), le Secrétariat Général avec les directions centrales, les programmes spécialisés, les hôpitaux et autres structures à vocation nationale. Le niveau central a la responsabilité normative, de régulation et de prestation de soins tertiaires. Il définit les politiques, les stratégies, les normes et les directives. Il assure un appui conseil, le contrôle de conformité et le suivi de la mise en œuvre en provinces. Il joue aussi le rôle de mobilisation et de redistribution des ressources.
- Ce niveau est en pleine réforme administrative. Ainsi, le nouveau cadre organique de 2018 prévoit de passer de 13 à 7 directions, dont la Direction Générale de Lutte contre les Maladies (DGLM) à laquelle est rattaché le PEV en tant que programme spécialisé ;
- Au **niveau intermédiaire** ou niveau provincial : le Ministère Provincial en charge de la Santé, une Division Provinciale de la Santé, une Inspection Provinciale de la Santé, l'Hôpital Provincial et les autres structures sanitaires à vocation provinciale. Ces structures existent dans chacune des 26 provinces. Elles ont pour rôle l'encadrement technique, le suivi et la traduction des directives, stratégies, politiques sous forme d'instructions et de fiches techniques pour faciliter la mise en œuvre des actions au niveau des Zones de Santé. Elles assurent la gestion et l'administration des services sanitaires provinciaux et ont aussi pour mission d'offrir les soins de santé de référence secondaire à travers l'Hôpital Provincial. Elles assurent également l'inspection et le contrôle des établissements des soins, pharmaceutiques et de science de la santé ;
- Au **niveau périphérique** : la Zone de Santé (ZS), unité opérationnelle du système de santé (au nombre de 519 en RDC). Ce niveau a pour mission la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires. Elle est constituée d'un bureau central et d'une constellation d'Aires de Santé (AS). La ZS est gérée par une équipe cadre de zone de santé (ECZ), placée sous la direction d'un médecin chef de zone, qui assure le pilotage du développement de la ZS en tant que système intégré pour offrir des soins de santé de qualité, globaux, continus et intégrés. Les AS sont généralement couvertes par un Centre de Santé de référence qui a notamment pour mission de veiller à la qualité des soins dispensés à travers la formation et la supervision des prestataires.

Le recadrage 2019-2022 du Plan National de Développement Sanitaire 2016-2020 de la RDC et la marche du pays vers la couverture sanitaire universelle a fixé trois axes stratégiques :

<sup>2</sup> Banque Mondiale, 2021

<sup>3</sup> Banque Mondiale, 2020

- Les prestations de services et la continuité de soins de qualité à travers trois paquets de soins prioritaires subventionnés : le renforcement de l'offre de services en faveur de la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente, et de la nutrition, le renforcement du contrôle des maladies transmissibles et non transmissibles, ainsi que l'amélioration de la protection de la population contre les risques sanitaires, les épidémies, les catastrophes, et les autres situations d'urgence sanitaire ;
- Le renforcement des cinq piliers du système de santé pour améliorer la disponibilité et l'accessibilité des services et des soins de santé de qualité ;
- Le renforcement de la gouvernance du secteur pour un meilleur pilotage dans le cadre de la décentralisation et l'implication de la santé dans la mise en œuvre des stratégies des autres secteurs.

### 3.2. Structures impliquées dans la mise en œuvre des soutiens Gavi

Les principaux acteurs, rattachés au MSPHP et jouant un rôle dans la coordination, la mise en œuvre et le suivi des soutiens Gavi sont décrits ci-dessous :

#### Le Programme Élargi de Vaccination (PEV)

Le PEV est sous la direction du ministère de la Santé Publique. En 1974, l'Organisation Mondiale de la Santé, lors de sa 30<sup>ème</sup> assemblée mondiale, a recommandé l'introduction d'un PEV dans chaque pays membre. Le PEV a été introduit en RDC en 1978 après le succès de la Campagne Nationale d'Éradication de la Variole (CNEV) et a pour objectif de fournir une large couverture vaccinale et d'atteindre les populations les plus reculées. Son arrêté de création a été pris en 1988 précisant ainsi son organisation et fonctionnement.

Le PEV assume la responsabilité de réceptionner les vaccins co-financés par Gavi et d'en effectuer la distribution à travers le pays jusqu'aux points de prestation. A cet effet, il dispose d'une chaîne du froid composée notamment de dépôts (hub) équipés de chambres froides. Un arrêté ministériel 019/DCA/SECABA portant création des nouvelles structures du PEV a été pris le 23 juin 2018 pour considérer la nécessité d'améliorer la chaîne du froid, d'introduire de nouveaux vaccins et d'améliorer progressivement la couverture vaccinale ainsi que l'émergence des activités de vaccination dans le budget de l'Etat. L'arrêté de 2018 a prévu la création de trois dépôts centraux modernes (Kisangani, Lubumbashi et Kananga) pour la conservation des vaccins, de 26 dépôts provinciaux du PEV (soit un dans chaque province) et de 26 antennes provinciales du PEV.

Le dépôt central de Kinkole, placé sous la responsabilité du PEV en attendant la détermination de son statut définitif et de ses modalités de gestion, a été inauguré en octobre 2018. Il est situé à 40 km de Kinshasa et est composé de trois parties :

- Une partie abritant douze chambres froides d'une capacité de 5 760 m<sup>3</sup> pour le stockage des vaccins et des produits thermolabiles ;
- Une partie administrative d'une superficie de 1 300 m<sup>2</sup> avec plus d'une dizaine de bureaux, deux salles de réunions et des dortoirs ;
- Un entrepôt pour les intrants secs et les médicaments d'un volume de 12 000 m<sup>3</sup> sur une superficie de 3 600 m<sup>2</sup> environ.

#### La Cellule d'Appui et de Gestion Financière du MSPHP (CAGF)

La gestion financière des subventions Gavi mises en œuvre par le MSPHP est assurée par la CAGF avec le soutien d'une agence fiduciaire pour effectuer les vérifications des dépenses. La CAGF a été créée en 2009 sous la dénomination de Cellule d'Appui et de Gestion des Financements du secteur de la Santé, comme étant la structure de coordination et de gestion de la mise en œuvre des financements publics du secteur de la santé en RDC. Son organisation et son fonctionnement ont évolué avec l'arrêté n°13 du 10 juin 2014, qui en porte création, attributions, composition et fonctionnement.

La CAGF reçoit et traite les requêtes de financement des différentes entités de mise en œuvre des soutiens de Gavi, notamment le PEV et les Divisions Provinciales de la Santé.

À la suite des audits des programmes Gavi de 2015 et 2018, les capacités de la CAGF ont été renforcées et elle dispose désormais d'un coordonnateur permanent, d'un service financier, d'un service d'audit interne et d'une cellule de passation des marchés.

#### L'Agence Fiduciaire (AF)

L'AF a pour rôle d'appuyer la gestion financière des subventions octroyées aux entités du MSPHP et aux Organisations de la Société Civile. Les contrôles de l'AF ont été étendus à tous les paiements, tant au niveau central qu'à l'échelon des provinces. L'AF vérifie, à travers ses contrôles, que les dépenses sont correctement justifiées et que la comptabilité financière de toutes les dépenses effectuées est à jour. L'AF n'est pas rattachée au MSPHP et est financée directement par Gavi.

#### SANRU et le Consortium des Organisations de la Société Civile (OSC)

La deuxième subvention pour le Renforcement du Système de Santé (RSS2) ainsi que la troisième subvention (RSS3) comportent un volet communautaire dont la mise en œuvre est attribuée à un consortium d'OSC (sous-récepteurs des subventions allouées au MSPHP), dont le chef de file reçoit directement des fonds décaissés par Gavi. Ce consortium est composé des Organisations Non-Gouvernementales suivantes :

- Soins de Santé Primaires en Milieu Rural (SANRU), chef de file ;
- Association pour la Protection de l'Enfant Congolais (APEC) ;
- CARITAS CONGO ;
- Association Rotary Club en RDC (ARCC) ;
- Conseil National des ONG de Santé (CNOS) ; et
- Croix-Rouge de la RD Congo (CR/RDC).

Les principaux objectifs du consortium sont l'amélioration de la disponibilité de l'offre des services de santé de qualité et la mise en œuvre des stratégies appropriées d'atteintes des enfants à accès très difficile, l'amélioration de la qualité des données sanitaires et le renforcement de la demande pour la vaccination.

## 4. Résultats détaillés

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

### 4.1. Gouvernance et organisation

#### 4.1.1. Insuffisances liées au cadre réglementaire et au fonctionnement des entités de coordination et de pilotage du programme

##### Contexte

L'article 7 de l'arrêté n°079 du 03 novembre 2009 portant création, organisation et fonctionnement du Comité National de Pilotage du Secteur de la Santé (CNP-SS) en RDC prévoit que celui-ci se réunisse en session ordinaire une fois par an sur convocation de son président, le Ministre de la Santé Publique. L'article 21 du même arrêté définit le rôle du Comité Provincial de Pilotage du Secteur de la Santé (CPP-SS), qui doit se réunir en session ordinaire une fois tous les 6 mois sur convocation de son Président.

La commission ad hoc Gavi-RSS-RDC est prévue par le mémorandum d'entente régissant la gestion financière des fonds Gavi, signé par les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) et le Ministre de la Santé. Elle se réunit une fois par trimestre.

Le Comité de Coordination Inter-Agences (CCIA) est né en 1995 dans un contexte d'urgence sanitaire complexe avec l'appui des agences des Nations Unies et des ambassades et missions diplomatiques. Le CCIA est scindé en CCIA stratégique, qui se réunit deux fois l'an sous la présidence du Ministre de la Santé Publique, et en CCIA technique, qui se réunit une fois par mois sous la présidence du Secrétaire Général de la Santé.

Le point a) des GMR dispose que « le Ministère de la Santé Publique doit :

- Procéder à la révision de l'arrêté et des textes d'application portant sur la création et l'organisation du CNP en y intégrant les CCIA technique et stratégique, le comité ad hoc du suivi des subventions Gavi et en tenant compte de la réforme en cours au niveau intermédiaire (redéfinition des rôles de l'Inspection Provinciale de la Santé et la Division Provinciale de la Santé) ;
- Elaborer les mesures d'application devant permettre de mieux orienter le fonctionnement des différents organes (Comité Nationale Stratégique, Comité Nationale Technique, CCIA et commission ad-hoc de suivi des subventions Gavi) et clarifier leurs rôles ».
- Etablir un canevas pour l'élaboration des procès-verbaux des réunions du CCIA technique et stratégique en y incluant une plage pour les recommandations après chaque point discuté et une section pour le suivi des recommandations antérieures ».

##### Description

La bonne gouvernance des programmes soutenus par Gavi requiert un cadre légal efficace et un bon fonctionnement des organes qui la mettent en œuvre, dont notamment les CNP-SS et CPP-SS, la commission ad hoc et les CCIA. La revue du fonctionnement et des textes juridiques et réglementaires de ces organes par l'équipe d'audit a mis en évidence des insuffisances au niveau de chacun des organes.

##### CNP-SS et CPP-SS

Le MSPHP n'a pas révisé l'arrêté et les textes d'application portant création et organisation du CNP-SS pour intégrer le rôle joué par le CCIA technique, le CCIA stratégique, et le comité ad hoc de suivi des subventions Gavi, et tenir compte de la réforme effectuée en 2018 au niveau intermédiaire (redéfinition des rôles de l'Inspection Provinciale de la Santé et la Division Provinciale de la Santé). De ce fait, les problèmes de chevauchement subsistent dans les attributions, le fonctionnement et la composition de ces instances, du fait de l'existence de plusieurs textes non harmonisés. Un projet de refonte de ces textes est en cours mais demeure non finalisé en date de l'audit.

Par ailleurs, une analyse des procès-verbaux (PV) des réunions du CNP-SS indique que le suivi des recommandations lors des réunions suivantes n'est pas systématique. Sur les quatre PV de réunions obtenus, deux (ceux du 30/10/2018 et du 15/07/2021) comportent le suivi des recommandations antérieures et deux (ceux du 13/07/2018 et du 07/11/2019) ne sont pas signés par le Ministre de la Santé Publique, président de la session. Ainsi, plusieurs recommandations formulées ne sont pas mises en œuvre et les programmes souffrent d'insuffisances récurrentes pourtant identifiées.

Enfin, l'équipe d'audit a constaté au niveau des provinces visitées (HAUT KATANGA et KONGO CENTRAL) que le

##### Recommandations

Le MSPHP devra :

- Réviser et finaliser les textes juridiques obsolètes du CNP-SS en prenant en compte les exigences des GMR et toutes les insuffisances identifiées ;
- Mettre en place le cadre légal régissant l'organisation et le fonctionnement des CCIA technique et stratégique ;
- Concernant les CNP-SS, CPP-SS, la commission ad hoc Gavi-RSS-RDC et les CCIA technique et stratégique :
  - o Mettre en place un dispositif qui permet de s'assurer que ces organes de gouvernance sont fonctionnels et que toutes les réunions prévues par les textes juridiques sont tenues régulièrement, dans les fréquences et délais prévus ;
  - o Veiller à l'établissement systématique de PV ou comptes-rendus de réunion aux différents niveaux, ainsi qu'au classement et à l'archivage de ces documents ;
  - o Rendre systématique le suivi des recommandations formulées lors des réunions précédentes.

<p>CPP-SS s'est réuni en session ordinaire une fois par an sur chacune des années entre 2018 et 2021 au lieu de deux fois l'an, entraînant la lenteur dans l'analyse des problèmes et dans leur résolution.</p> <p><b>Commission ad hoc Gavi-RSS-RDC</b>          Cette commission doit se réunir une fois par trimestre, soit quatre réunions par an, mais les PV disponibles sont au nombre de trois en 2018, deux en 2019, quatre en 2020, et deux en 2021, soit 11 PV reçus sur les 16 attendus. L'absence de PV disponible ne permet pas de se prononcer sur le respect de la fréquence de tenue des réunions, et rend difficile le suivi adéquat des décisions et des recommandations.</p> <p><b>CCIA (central et provincial)</b>          La mission a constaté une absence de texte de création et de définition du rôle des CCIA (stratégique et technique), précisant leur organisation et fonctionnement.          De 2018 à 2021, seuls dix comptes-rendus de réunions ordinaires ont été obtenus sur un total de 48 réunions attendues à raison de 12 par année. Les comptes rendus des réunions obtenus ne sont pas accompagnés des listes de présence signées par les participants. L'analyse des comptes rendus obtenus révèle que le canevas des PV de réunion des CCIA technique et stratégique n'est pas respecté, les recommandations n'étant pas établies après chaque point discuté et que le suivi des recommandations précédentes n'est pas systématiquement documenté au cours des réunions suivantes. Sur les dix comptes-rendus de réunions obtenus, seuls trois (ceux des réunions du 19/06/2018, du 27/09/2018 et du 25/10/2018) mentionnent le suivi des recommandations précédentes. Ceci se traduit par la persistance d'anciennes insuffisances liées aux recommandations antérieures non mises en œuvre.          Enfin, l'équipe d'audit a relevé qu'à l'exception de quelques provinces, les réunions des CCIA provinciaux ne se tiennent plus (par exemple au KONGO CENTRAL) à la suite des reformes au secteur de la santé lancées en 2018 et de la mise en place du plan Mashako en 2020, dont les réunions se sont substituées aux CCIA provinciaux.</p>	
<p><b>Risque(s) / Implication(s)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de clarté dans les rôles des organes de gouvernance, pouvant entraîner des duplications ou des insuffisances dans la mise en œuvre des programmes ;</li> <li>• Organes de gouvernance non fonctionnels pouvant impacter les prises de décisions stratégiques et limiter l'efficacité des programmes ;</li> <li>• Non-respect des exigences en matière de gestion des subventions Gavi pouvant entraîner la suspension des décaissements ;</li> <li>• Recommandations formulées par les organes de gouvernance non mises en œuvre.</li> </ul>	<p><b>Réponses / Engagements du management</b>          Voir le plan d'actions correctives en <b>annexe 21</b></p>

#### 4.1.2. Cadre de gouvernance dysfonctionnel (PEV)

##### Contexte

L'arrêté n°0033/88 du 12 octobre 1988 portant création, organisation et fonctionnement du PEV/ LMTE prévoit, en son article 7 et suivants, que « les organes qui composent le PEV/LMTE sont : le comité directeur, le conseil de Gestion, la Direction. Le comité directeur est l'organe de délibération, d'orientation et de décision du PEV-LMTE et le conseil de gestion veille à l'exécution des décisions du comité directeur et assure, dans la limite des pouvoirs qui lui ont été confiés, la gestion des affaires courantes du programme ».

L'arrêté n° 019/2018 du 23 juin 2018 portant création des nouvelles structures du PEV a consacré la création des dépôts provinciaux du PEV au regard du découpage administratif du pays. Cet arrêté ministériel a placé, provisoirement la gestion des hubs sous la responsabilité du PEV.

##### Description

La structure organisationnelle et le fonctionnement actuels du PEV ne reflètent pas les dispositions initialement décrites dans son arrêté de création de 1988. Certains organes prévus par l'arrêté n°0033/88, tel que le comité directeur et le conseil de gestion ne sont pas en place, privant de fait la direction du PEV d'organes de pilotage.

A ce défaut d'organes de pilotage s'ajoute une intégration incomplète des nouveaux hubs logistiques (Kinkole et Kisangani en fonction, Lubumbashi et Goma en projet), pour lesquels le rattachement au PEV et les responsabilités de gestions qui incombent à ses différentes divisions pour en assurer un fonctionnement satisfaisant demeurent insuffisamment définis et manquent de clarté. Si les hubs sont officiellement sous la responsabilité et l'autorité du PEV, leur maintenance et une partie de leur gestion opérationnelle est assurée par les PTF. Cette situation crée une déresponsabilisation du PEV quant à ses obligations de gestion et de nombreuses problématiques qui sont listées dans le présent rapport (voir constat 4.5.1).

Par ailleurs, l'équipe d'audit a constaté l'absence de manuels de procédures couvrant les aspects administratifs, comptables et opérationnels du PEV (voir constat 4.5.3).

De plus, les bonnes pratiques en matière de gouvernance recommandent à l'organisation de mettre en place une politique de gestion des risques. En l'état, le PEV n'a pas mis en place de plan de gestion des risques (notamment les risques opérationnels).

Enfin, l'équipe d'audit a observé que certaines provinces ne disposaient plus de Coordinations PEV à la suite du redécoupage administratif de 2016, notamment celles nouvellement créées. Cette absence de relais entre le niveau central et le niveau intermédiaire a un impact négatif sur l'implémentation des stratégies de santé publique du programme et sur la remontée des données sanitaires (voir constat 4.6.1).

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

- Organes de gouvernance non fonctionnels pouvant impacter les prises de décisions stratégiques et limiter l'efficacité des programmes ;
- Perte des investissements dans les hubs logistiques ;
- Gestion administrative, financière, comptable et opérationnelle du PEV défaillante.

##### Recommandations

Le MSPHP, en lien avec le PEV, devra :

- Mettre en place les organes de gouvernance prévus par les textes pour assurer un pilotage effectif du programme ;
- Réaffirmer le partage officiel des responsabilités de gestion des hubs logistiques en service et à venir ;
- Mettre en place un cadre de contrôle interne au PEV à travers l'élaboration de manuels de procédures administratives, financières, comptables et opérationnelles ;
- Etablir un plan de gestion des risques identifiés et priorisés au niveau du PEV ;
- Redynamiser les Coordinations Provinciales du PEV.

##### Réponses / Engagements du management

Voir le plan d'actions correctives en **annexe 21**

### 4.1.3. Gestion des ressources humaines insuffisante (PEV)

#### Contexte

Les GMR disposent au point h) que « le Ministère de la Santé Publique (MSP) [...] élaborera/mettra à jour les fiches de poste du personnel impliqué dans la gestion des Programmes Gavi à tous les niveaux, y compris des coordonnateurs provinciaux et chefs d'antenne PEV ; [...] élaborera un plan de renforcement des capacités et pérennisation du personnel impliqué dans le Programme Gavi à tous les niveaux ».

Les agents du PEV sont des fonctionnaires à 100% dont le recrutement et l'affectation sont assurés au niveau du cabinet du Ministre de la Santé et du Secrétariat Général à la Santé. Dans ces effectifs, certains sont immatriculés, 'mécanisés' et rémunérés sur le budget de l'Etat alors que d'autres ne le sont pas et certains ont droit seulement aux primes.

#### Description

Les **magistrats de la Cour des Comptes** ont procédé à une revue de la gestion des ressources humaines au niveau du PEV. Cette revue a abouti aux constatations suivantes :

- **Affectation de personnel ne tenant pas compte des besoins du PEV** : selon les dispositions de la Loi n° 81-003 du 17 juillet 1981, le Service public utilisateur du personnel doit évaluer le besoin en personnel, prévoir le recrutement dans le budget et obtenir l'avis du ministre de la Fonction publique. L'article 9 de la même loi précise que tout recrutement opéré sans concours ou en dehors du concours est illégal. Il en est ainsi des commissions d'affectation et autres admissions sous-statut faites sans concours.
  - o Il ressort des vérifications de la Cour des Comptes que le recrutement du personnel du PEV est assuré au niveau du Cabinet et du Secrétariat Général du ministère de la Santé. Cependant, aucune évidence n'a été obtenue sur : (i) l'expression de besoin du PEV, (ii) l'obtention de l'avis préalable du Ministère de la Fonction Publique, (iii) la budgétisation, (iv) l'organisation du concours de recrutement ;
  - o La Cour des Comptes signale que cette pratique illégale observée au sein du Ministère de la Santé a comme conséquence majeure l'existence des Nouvelles Unités « NU » et des Non payés « NP ». Actuellement, le PEV compte plus de 290 agents, alors que le cadre organique prévoit 88 agents.
- **Existence d'un personnel non rémunéré** : le problème de motivation se pose avec acuité. En effet, nous avons noté plusieurs cas d'agents non « mécanisés » depuis plusieurs années, qui n'ont ni salaire, ni prime, c'est le cas notamment des nouvelles unités qui n'ont pas de numéros matricules, ainsi que d'autres qui ont des numéros matricules, mais non « mécanisés ». Ces derniers n'ont que les primes ;
- **Absence d'une politique de rétention du personnel du PEV** : plusieurs cas de départs des cadres techniques et administratifs du PEV ont été relevés, du fait de faibles niveaux de motivation ;
- **Dossier du personnel incomplet** : de manière systématique, plusieurs documents constitutifs du dossier administratif d'un agent de l'Etat manquent dans le dossier du personnel. La plupart des dossiers ne comportent que le CV, la commission d'affectation et la lettre de mise en service ;
- **Absence d'évidence d'évaluation du personnel** : les meilleures pratiques en matière de gestion du personnel veulent que les cadres et agents soient périodiquement évalués en fonction des attributions reprises de leurs fiches de postes. La Coordination du PEV n'a pas mis en place de mécanisme d'évaluation périodique du personnel.

La revue par l'équipe d'audit de la gestion des ressources humaines du PEV a également révélé les insuffisances ci-après :

- **L'organigramme du PEV en vigueur n'est pas actualisé** entraînant une absence de définition claire des processus de ses activités et des responsabilités ;
- **Les fiches de postes du personnel du PEV ne sont pas à jour**. Ces fiches de postes datent du 1<sup>er</sup> novembre 2006 et ne reflètent plus l'organisation actuelle en place et les tâches effectuées au quotidien par le personnel.

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

- Inadéquation des ressources humaines allouées aux objectifs du programme ;
- Précarité du personnel affecté au programme ;
- Difficultés à pérenniser les acquis et compétences.

#### Recommandations

Le MSPHP devra, en lien avec le PEV :

- Procéder à une analyse des besoins en effectifs du PEV et recenser l'ensemble des personnels du PEV afin d'identifier les besoins et ne conserver que les agents dont le statut permet l'affectation au programme selon les conditions prévues par le cadre législatif, notamment en veillant à n'affecter donc que du personnel immatriculé, « mécanisé » et rémunéré ;
- Mettre à jour l'organigramme du PEV, en ligne avec le cadre organique ;
- Mettre en place un dispositif qui permet de réduire les rotations d'effectif, ou tout au moins de veiller à ce que des passations de services en bonne et due forme soient effectuées à chaque fois qu'il aurait des départs ou des changements à des postes clés ;
- Mettre en place un plan de renforcement des capacités et de pérennisation du personnel impliqué dans la gestion du programme à tous les niveaux comme prévu par les GMR ;
- S'assurer que tout le personnel affecté au PEV a une fiche de poste correspondant à ses responsabilités et aux tâches qui lui sont confiées ;
- Mettre en place un dispositif formalisé d'évaluation de performance du personnel du PEV.

#### Réponses / Engagements du management

Voir le plan d'actions correctives en **annexe 21**

#### 4.1.4. Cadre de gouvernance et de fonctionnement incomplet (CAGF)

##### Contexte

Créée en 2009 par arrêté n°075/2009 du 16 novembre 2009 sous la dénomination Cellule d'Appui à la Gestion des Financements du secteur de la santé en RDC et réformée en 2014 par l'arrêté n°013/CJ/2014 du 10 juin 2014 sous la dénomination Cellule d'Appui à la Gestion Financière (CAGF) du ministère de la santé publique, la structure organisationnelle et le fonctionnement actuels de la CAGF ont significativement évolué avec l'appui des bailleurs et du Secrétariat Général à la Santé. Ce dernier arrêté portant création, attributions, composition et fonctionnement de la CAGF du MSPHP prévoit en son article 4 que « l'équipe de la CAGF est composée :

1. d'un personnel de commandement qui comprend : un coordonnateur, un coordonnateur adjoint, une division chargée de la liquidation, une division chargée de suivi budgétaire et de contrôle, une division chargée de la comptabilité administrative et financière, une division administrative et financière ;
2. d'un personnel de collaboration qui comprend : un chargé de bases de données financières, un comptable, un chargé de la logistique ;
3. d'un personnel d'appoint qui comprend : une assistante de direction, un huissier, des agents d'entretien, des chauffeurs ».

L'article 6 du même arrêté prévoit que « le personnel de la CAGF est sélectionné sur la base d'un appel à candidature. Une commission multipartite est mise en place par arrêté du ministre ayant la santé publique dans ses attributions. Cette commission est composée d'un délégué du ministre de la santé publique, des cadres du ministère de la santé publique, des ministères des finances, du budget et la fonction publique ainsi que des partenaires au développement ».

##### Description

La structure organisationnelle actuelle n'est pas alignée avec le cadre de fonctionnement initialement prévu et réformé en 2014. Les dispositions en la matière prévues dans l'arrêté portant création et fonctionnement de la CAGF ne sont pas respectées. Ainsi, en date de l'audit, il n'existe pas de commission multipartite pour le processus de recrutement du personnel, et les postes de coordonnateur adjoint, de chef division chargé du suivi budgétaire et du contrôle, et de chef division chargé de la liquidation ne sont pas pourvus.

De plus, les organes de surveillance et les outils de contrôle de la CAGF demeurent incomplètement mis en place, la fonction d'audit interne ne disposant pas de charte d'audit validée (document en cours d'élaboration au troisième trimestre 2022) et n'étant pas rattachée à un comité d'audit (voir aussi constat 4.1.6).

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

- Organes de gouvernance non fonctionnels pouvant impacter les prises de décisions stratégiques et limiter l'efficacité des programmes ;
- Postes non pourvus pouvant empêcher l'atteinte des objectifs.

##### Recommandations

Le MSPHP, en lien avec la CAGF, devra :

- Se mettre en conformité avec les textes juridiques en ce qui concerne les structures organisationnelles et les postes-clés de la CAGF ;
- Compléter la mise en place des mécanismes de surveillance et les outils de contrôle de la CAGF en pourvoyant l'audit interne d'un comité d'audit et en établissant la charte d'audit.

##### Réponses / Engagements du management

Voir le plan d'actions correctives en **annexe 21**

#### 4.1.5. Gestion des ressources humaines insuffisante (CAGF)

##### Contexte

Le personnel de la CAGF est composé de fonctionnaires de l'Etat détachés et de non-fonctionnaires, tous sont engagés sous des contrats de prestation de service. Les fonctionnaires d'Etat détachés perçoivent leur traitement de l'Etat, dont le montant doit minorer les primes complémentaires versées par la CAGF.

Conformément aux dispositions des articles 77, point 2, et 78 de l'Ordonnance-loi n° 69/009 du 10 février 1969 relative aux impôts cédulaires sur les revenus, telle que modifiée et complétée (mise à jour du 15 juillet 2017), « les Responsables des institutions politiques nationales et provinciales et des services du Pouvoir central et des Provinces bénéficiant d'une certaine autonomie administrative et financière sont constitués en redevable légal de l'Impôt Professionnel sur les Revenus (IPR) Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) sur les primes, collations et autres avantages payés sur base des dotations ou des frais de fonctionnement alloués à ces institutions et services ». A cet effet, la CAGF, en tant qu'Employeur, a l'obligation de souscrire une déclaration mensuelle de l'Impôt Professionnel sur les Revenus (IPR) sur l'ensemble des retenues opérées auprès du Service compétent de la Direction Générale des Impôts. Par ailleurs, la loi n° 16/009 du 15 juillet 2016 fixant les règles relatives au régime général de la sécurité sociale indique en article 20 que « *l'employeur déclare et verse les cotisations globales dont il est responsable aux dates et selon les modalités fixées par voie réglementaire. La déclaration est mensuelle. Elle indique pour chaque travailleur le montant total des rémunérations perçues ainsi que la durée du travail effectué* ».

Les GMR disposent au point h) que le « *Ministère de la Santé Publique (MSP) [...] élaborera un plan de renforcement des capacités et pérennisation du personnel impliqué dans le Programme Gavi à tous les niveaux* ».

##### Description

La revue de la gestion des ressources humaines de la CAGF a révélé les insuffisances suivantes :

- **Ambiguïté dans le statut du personnel** : si l'ensemble du personnel est engagé sous contrat de prestation de service, le traitement appliqué s'apparente davantage à celui des salariés sous contrat de travail qu'à celui de prestataires et présente un risque assez élevé que ces contrats soient requalifiés. En effet, le personnel est traité dans la pratique comme des salariés qui utilisent les moyens de la CAGF pour effectuer leur travail (au lieu de leurs propres moyens s'ils étaient réellement prestataires), bénéficie des congés annuels des agents de l'Etat détachés (alors qu'un prestataire ne peut pas prétendre à des congés), ne présente pas de factures de prestations à la fin de chaque mois pour être payé et a des liens hiérarchiques et de subordination vis-à-vis du coordonnateur de la CAGF et des autorités du MSPHP impliquées dans la mise en œuvre des subventions ;
- **Absence de prélèvement à la source des cotisations sociales** (CNSS), entraînant une précarité en matière de couverture des accidents de travail, de protection et de prévoyance sociale, et exposant la CAGF à des risques sociaux voire fiscaux, si les contrats de prestation de service sont requalifiés en contrats de travail, pour lesquels ces cotisations sont obligatoires ;
- **Absence de prélèvement à la source des retenues fiscales** (IPR) au titre de l'article 87 de l'ordonnance-loi citée ci-dessus. La CAGF ne calcule pas et ne reverse pas les retenues fiscales prévues et s'expose donc à un risque fiscal. En effet, selon les dispositions de l'article 9 des contrats signés, le prestataire a droit à une prime forfaitaire nette de tout impôt et cotisation. La CAGF devrait calculer l'impôt à retenir sur la base d'un montant brut et reverser pour le compte du prestataire en lui payant la prime nette ;
- **Statut et traitement du personnel fonctionnaire non vérifiés systématiquement** : la CAGF n'a pas mis en place de procédure permettant de vérifier le statut des personnes recrutées et d'obtenir, pour les fonctionnaires d'Etat détachés, le montant de leur traitement à déduire lors du calcul des primes ;
- **Sur-paiement de primes au bénéfice de fonctionnaires** : la CAGF a obtenu en février 2021 du Secrétariat Général du MSPHP la liste des fonctionnaires de la CAGF bénéficiaires de salaires et primes professionnelles au dernier trimestre 2020. Le rapprochement de cette liste avec les montants retenus dans le calcul des primes versées fait ressortir des écarts pour les années 2018, 2019 et 2021, constituant un indu de paiement. Note : les états de paie de 2020 n'ont pas été fournis. Montant mis en question : **15 591 USD** (voir détail en **annexe 20**) ;
- **Absence de plan de renforcement des capacités et de pérennisation du personnel** impliqué dans la gestion du programme prévu par les GMR. De plus, ainsi que présenté ci-dessus, la nature des contrats du personnel de la CAGF tend à précariser ceux-ci et induit une rotation importante, sans que des passations de services en bonne et due forme ne soient organisées.

##### Recommandations

Le MSPHP, en lien avec la CAGF, devra :

- Revoir le statut contractuel de l'ensemble du personnel CAGF afin de refléter la réalité opérationnelle des employés et les attentes vis-à-vis de chacune de leurs fonctions ;
- Une fois cette requalification établie, aligner les cotisations et rémunérations avec le cadre légal en vigueur pour chacun des statuts (fonctionnaires et non-fonctionnaires), notamment en ce qui concerne les cotisations sociales et les retenues fiscales ;
- Mettre en place les contrôles nécessaires pour valider le statut des fonctionnaires d'Etat détachés au recrutement et pouvoir calculer le montant exact des primes dues. Procéder également à une revue exhaustive des personnes en poste pour déterminer si les niveaux de leurs primes sont corrects et régulariser les primes versées le cas échéant ;
- Mettre en place un plan de renforcement des capacités et de pérennisation du personnel impliqué dans la gestion du programme Gavi à tous les niveaux comme prévu par les GMR.

<b>Risque(s) / Implication(s)</b>	<b>Réponses / Engagements du management</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Inadéquation des ressources humaines allouées aux objectifs du programme ;</li><li>- Précarité du personnel affecté au programme ;</li><li>- Redressement fiscal et paiement des sommes dues, augmentées des pénalités ;</li><li>- Paiement de compléments de primes indus au personnel fonctionnaire, détournement de fonds Gavi ;</li><li>- Difficultés à pérenniser les acquis et compétences.</li></ul>	Voir le plan d'actions correctives en <b>annexe 21</b>

#### 4.1.6. Insuffisance des mécanismes de surveillance

##### Contexte

En matière d'audits et d'inspections, les GMR prévoient les dispositions suivantes :

- Au point **h**) « le Ministère de la Santé Publique (MSP) s'assurera que l'équipe d'audit interne à la CAGF a les compétences requises pour assurer une gestion des subventions Gavi conforme aux présentes exigences » ;
- Au point **u**) « les rapports annuels d'audit externes seront transmis à Gavi au plus tard 6 mois après la fin de l'exercice fiscal sous revue » ;
- Au point **v**) « la cellule d'audit interne de la CAGF sera impliquée dans le contrôle de la gestion des subventions Gavi et devra :
  - o Finaliser et valider la charte d'audit définissant le rôle, la mission, le fonctionnement, et le champ du département d'audit interne de la CAGF ;
  - o Préparer les procédures d'audit interne pour le département d'audit interne de la CAGF nouvellement créé. Ce manuel complètera les outils nécessaires requis d'urgence pour rendre le département d'audit interne opérationnel ;
  - o Instituer un comité d'audit qui renforcera l'indépendance de la fonction d'audit interne ;
  - o Préparer et soumettre un rapport d'audit interne annuel à la commission ad hoc de suivi des financements Gavi et partager lesdits rapports avec Gavi » ;
- Au point **w**) « le MSP – avec l'appui de l'Agence Fiduciaire - préparera un plan de suivi des recommandations émises par les auditeurs externes, audit internes et les auditeurs Gavi pour soumission à la commission de suivi ad hoc des subventions Gavi. Ce plan fera l'objet d'un suivi continu et sera mis à jour chaque trimestre. La CAGF sera responsable du suivi de toutes les recommandations des audits y compris ceux menés par les équipes de Gavi ».

La loi n°18/035 du 13 décembre 2018, fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé en RDC, dans son exposé des motifs, a rappelé que la réforme de l'administration publique dans le secteur de la santé consacre la mise en place de l'Inspection Générale de la Santé (IGS) en tant que nouvelle structure d'encadrement, de contrôle, d'enquête et de sanctions.

##### Description

L'équipe d'audit a relevé les insuffisances suivantes concernant la supervision et le contrôle indépendant des entités participant à la mise en œuvre du programme :

- **Fonction d'audit interne insuffisamment établie (CAGF)** : comme indiqué au constat 4.1.4, aucun comité d'audit n'a été constitué et aucune charte d'audit n'a été établie pour encadrer la fonction d'audit interne de la CAGF, bien qu'un projet de charte était en cours d'élaboration avec l'appui de l'AF au cours du troisième trimestre 2022. Par ailleurs, l'ensemble des postes de la fonction n'est pas pourvu en personnel (un poste vacant) et une forte rotation a été constatée. Enfin, aucun rapport d'audit interne validé portant sur la période auditée 2018-2021 n'a pu être fourni ;
- **Absence de suivi des recommandations d'audit et d'inspections (CAGF)** : bien qu'un fichier de suivi soit en place, aucune action concrète n'est prise pour assurer la mise en œuvre des recommandations formulées par l'IGS et les auditeurs externes, ni la gestion des cas des dépenses inéligibles. Le dernier fichier de suivi des recommandations daté du mois d'août 2022, a permis de noter que, sur 44 recommandations formulées par l'audit externe sur les exercices antérieurs (2018 à 2020), 26 recommandations ne sont pas complètement mises en œuvre, soit un taux de mise en œuvre de 59%. Ces manquements limitent l'efficacité des dispositifs de contrôles et des mécanismes de surveillance mis en place au sein de la CAGF et les mêmes insuffisances reviennent notamment dans les rapports de l'IGS ;
- **Délai de transmission des rapports d'audits externes non respecté (CAGF/SANRU)** : les délais de transmission des rapports d'audit à Gavi (soit le 30 juin de l'année suivante) ne sont pas respectés par la CAGF ni SANRU. Par exemple, les rapports de l'audit externe de la CAGF et SANRU des exercices 2019 et 2020 ont été transmis à Gavi respectivement le 5 mars 2022 et le 24 mars 2022. Au 31 août 2022, les rapports d'audit externe de 2021 de la CAGF et de SANRU n'étaient pas encore transmis à Gavi ;
- **Rôle limité de l'IGS** : l'arrêté n°075/2018 du 23 mai 2018 portant agrément du cadre et des structures organiques de l'IGS est resté provisoire depuis 2018 et limite l'IGS dans ses actions. L'IGS ne dispose pas d'un plan d'interventions et de missions annuel ni pluriannuel. De fait, les missions d'inspections et de contrôles conduites par l'IGS sont pour la plupart requises et financées par les partenaires techniques et financiers de la RDC. Ces missions sont liées aux campagnes de vaccinations et aux avances ouvertes. Plusieurs domaines d'interventions de son champ d'application restent ainsi non couverts, comme la gestion financière du PEV, dont l'absence de couverture a été relevé par l'équipe de contrôle de la Cour des Comptes.

##### Recommandations

Le MSPHP, à travers les entités concernées, devra :

- Constituer un comité d'audit garant de l'indépendance de la fonction d'audit interne de la CAGF, et élaborer et mettre en application la charte d'audit interne. Compléter l'équipe d'audit interne en pourvoyant tous les postes prévus à l'organigramme ;
- En lien avec l'AF, tenir à jour l'outil de suivi des recommandations de tous les audits (audit interne, audit externe, audit Gavi, inspections et contrôles de l'IGS, etc.) et prendre action lorsque les recommandations ne sont pas mises en œuvre ;
- Poursuivre la revue avec l'AF des calendriers de clôture comptable de la CAGF et de SANRU, ainsi que l'intervention des auditeurs externes, afin de respecter le délai de six mois après la fin de chaque exercice pour la transmission des rapports d'audit à Gavi ;
- Doter l'IGS de structures organiques pérennes et des moyens financiers suffisants pour lui permettre de mener efficacement ses missions. L'IGS, une fois renforcée, devra veiller à toujours élaborer un plan d'intervention/mission annuel et pluriannuel (sur 3 ans par exemple). S'assurer que la gestion financière du PEV est couverte par des mécanismes de vérification et de surveillance de l'IGS.

<b>Risque(s) / Implication(s)</b>	<b>Réponses / Engagements du management</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Manque de détection et de correction à temps d'éventuels risques significatifs pouvant compromettre la mise en œuvre des programmes ;</li><li>- Recommandations et observations issues des audits internes et externes non mises en œuvre et défaillances connues non corrigées ;</li><li>- Délais significatifs pour traiter les constats relevés par les auditeurs externes.</li></ul>	Voir le plan d'actions correctives en <b>annexe 21</b>

## 4.2. Gestion comptable et financière

## 4.2.1. Cadre de contrôle interne non actualisé (CAGF)

<p><b>Contexte</b></p> <p>Le point <b>b)</b> des GMR prévoit de « <i>valider le manuel de procédures de gestion applicables aux financements du secteur de la santé datant d'octobre révisé en 2021. Le manuel de procédure révisé doit décrire d'une manière claire et détaillée les modalités de paiements en spécifiant dans quelle situation les différents modes de paiement (cash, chèque, virement, etc.) doivent être utilisés et les procédures afférentes.</i> Le MSP s'assurera que le manuel de procédures de SANRU en vigueur daté de septembre 2018 est toujours adapté aux spécificités des subventions GAVI, afin d'en assurer une mise à jour régulière. Pour la gestion des subventions aux OSC seules les procédures financières de SANRU s'appliqueront ».</p> <p>Ces procédures ainsi que les termes de références de l'organigramme de la CAGF doivent être transmis à Gavi selon le point <b>e)</b> des GMR, qui dispose que « <i>le MSP devra remettre à Gavi les termes de référence et l'organigramme révisé de la CAGF en tenant compte de nouvelles dispositions en place. Cette nouvelle organisation sera entérinée par une note de service du Secrétaire Général du MSP</i> ».</p>	
<p><b>Description</b></p> <p>Bien que le manuel des procédures financières et comptables de la CAGF ait été révisé en juin 2017, les procédures ne sont pas à jour vis-à-vis des dispositions organisationnelles et de la gestion financière. A titre d'exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La procédure de traitement des requêtes définie dans le manuel de procédures de 2017 fait intervenir l'Unité d'Appui à l'Ordonnancement, qui n'existe plus ;</li> <li>- Dans le manuel, l'Agence Fiduciaire (AF) intervient seulement dans la dernière phase du processus pour effectuer les paiements alors que dans la pratique l'AF intervient aussi bien dans la première phase de validation des requêtes que dans la phase de paiement ;</li> <li>- Le rôle joué par la CAGF vis-à-vis des requêtes de financement de SANRU a été modifié en 2022 sans que cela ne soit reflété dans le manuel (voir constat 4.2.5).</li> </ul> <p>Le manuel de procédures financières et comptables de la CAGF était en cours de révision en date de l'audit (trois tomes sur cinq approuvés en 2022).</p> <p>L'équipe d'audit a également relevé plusieurs insuffisances dans le respect des procédures internes mises en place (voir constat 4.2.4).</p>	<p><b>Recommandations</b></p> <p>La CAGF doit accélérer le processus de revue et de mise à jour de son manuel de procédures, financières et comptables, et intégrer notamment les nouvelles modalités d'interaction avec SANRU.</p>
<p><b>Risque(s) / Implication(s)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque de référentiel fiable pour la gestion financière des subventions Gavi ;</li> <li>- Difficulté à assurer la continuité en cas de changement de personnes ;</li> <li>- Pratiques non homogènes au sein du personnel et entre les exercices.</li> </ul>	<p><b>Réponses / Engagements du management</b></p> <p>Voir le plan d'actions correctives en <b>annexe 21</b></p>

## 4.2.2 Insuffisances de gestion comptable et financière (CAGF)

### Contexte

Le point **i)** alinéa 1 des GMR précise également qu' « avec l'appui de l'AF, la CAGF sera responsable de la comptabilité et de l'émission de tous les rapports financiers y compris :

- le paramétrage du logiciel comptable de manière à permettre un suivi de l'exécution budgétaire pour chaque subvention ;
- la saisie des budgets détaillés de Gavi dans le logiciel comptable pour un suivi budgétaire détaillé de chaque subvention ;
- le reporting à Gavi se fera sur une base trimestrielle, selon les exigences de Gavi communiquées au pays et devra inclure la totalité des subventions, y compris les activités et les achats réalisés par des agences onusiennes ».

Enfin, le point **j)** alinéa 3 des GMR établit qu' « afin de permettre au MSP de consolider les informations financières et avoir la visibilité sur la totalité de la subvention, l'UNICEF, l'OMS et UNOPS ou autre agence concernée partageront des rapports financiers avec la CAGF ».

Par ailleurs, le tome III du manuel de procédures financières et comptables de la CAGF dispose :

- Au point 2.3.3 que « les états de rapprochement doivent être établis à la fin de chaque mois ; le comptable soumet l'état de rapprochement bancaire, les écritures passées pour régularisation, les journaux de banques et les relevés bancaires à la signature du RAF ; toutes les régularisations doivent être suffisamment mises en évidence afin d'éviter qu'elles ne soient considérées comme élément en rapprochement le mois suivant » ;
- En section 3.6 paragraphe c du point 3.6.2 que « chaque journal est représenté par des chronos, le nombre de chronos dépend du nombre de pièces ; au dos du chrono est porté le nom du journal, l'exercice, les mois concernés, le numéro du chrono et le nombre total de chronos concernant ce journal dans l'exercice ; dans chaque chrono, les différentes pièces comptables y relatives sont classées mois par mois ; les mois sont séparés par des intercalaires durs au nombre de 12 ; sur chaque intercalaire est noté le mois concerné : le mois est également porté sur le bord de l'intercalaire de manière à pouvoir lire la période même lorsque le chrono est fermé ; les pièces relatives à un mois tiennent toujours dans un même chrono ; il n'est donc pas possible de trouver des pièces d'un mois réparties entre plusieurs chronos ».

### Description

L'équipe d'audit a relevé les insuffisances suivantes dans la tenue de la comptabilité et le reporting financier et programmatique :

- **Absence de situation consolidée de toutes les subventions de Gavi en RDC** : la CAGF ne dispose pas d'une visibilité sur la totalité des subventions de Gavi au pays, par faute de partage de l'information de certains partenaires, et n'est donc pas en mesure d'en présenter la situation consolidée exigée par les GMR, comprenant notamment les informations financières des autres partenaires de mise en œuvre des subventions de Gavi (SANRU, UNICEF, OMS, UNOPS).
- **Insuffisance et irrégularités de suivi bancaire en 2018** :
  - o Les états de rapprochement bancaire (ERB) de la CAGF pour les mois de janvier, mai et novembre 2018 ne sont pas disponibles ;
  - o Certaines opérations ont demeuré en suspens plus de trois mois dans les ERB alors que les transactions avaient été comptabilisées ;
  - o L'ERB du mois d'avril 2018 n'est pas correctement établi (écart de 18 190 USD avec le solde du grand livre) et n'est pas signé par le Responsable Administratif et Financier.
- **Délais significatifs de traitement des requêtes de financement** : sur huit requêtes de financement sélectionnées entre juin et août 2022, trois ont connu des retards de 8 à 23 jours au niveau de la CAGF et six ont été traitées avec un retard moyen de 5 jours au niveau de l'AF ;
- **Problèmes de classement et d'archivage des pièces comptables** : des classeurs contenant des pièces justificatives comptables sont rangés dans le couloir du bâtiment et dans la salle de réunion, en raison de manque d'espace (voir **annexe 19**). Le processus d'archivage des pièces comptables est en amélioration depuis 2022, notamment grâce à la numérisation des pièces au niveau des DPS et au système d'archivage électronique mis en place. Cependant, certaines DPS ne sont pas encore équipées pour scanner des volumes significatifs de documents.

### Recommandations

Le MSPHP, en lien avec la CAGF et les entités de mise en œuvre, devra :

- Mettre en place une procédure de collecte systématique des informations financières auprès des autres partenaires de mise en œuvre des subventions de Gavi (SANRU, UNICEF, OMS, UNOPS), afin de présenter la situation consolidée de toutes les subventions Gavi en RDC, prenant en compte non seulement les décaissements directs mais aussi les achats réalisés par des agences onusiennes ;
- Etablir et vérifier, à la fin de chaque mois, les états de rapprochements bancaires. Ces états doivent être cosignés par le Responsable Administratif et Financier et le Coordonnateur national, en plus de la signature du chef comptable qui les a établis ;
- Revoir le circuit de validation des requêtes de financement afin de respecter les délais prévus dans le manuel des procédures. Au besoin, clarifier dans le manuel les attentes en matière de formulation des requêtes et la liste exhaustive des documents à fournir pour chaque type de requête ;
- Mettre en place un dispositif sécurisé de classement et d'archivage des pièces comptables.

Risque(s) / Implication(s)	Réponses / Engagements du management
<ul style="list-style-type: none"><li>- Présentation de comptes non fiable ;</li><li>- Pièces justificatives comptables égarées ;</li><li>- Absence ou déficit de traçabilité de l'information et d'accès aux documents justificatifs ;</li><li>- Opérations en suspens sur les comptes bancaires non détectées à temps.</li></ul>	Voir le plan d'actions correctives en <b>annexe 21</b>

### 4.2.3. Insuffisances de gestion comptable et financière (SANRU)

#### Contexte

Le point 3.1 du manuel de gestion financière et comptable de SANRU fixe le cadre et l'organisation de la comptabilité, et prévoit que « *la Direction Financière est responsable de la gestion financière, comptable et du patrimoine de SANRU ASBL. A ce titre, elle produit le compte financier annuel de SANRU* ».

L'Accord de subvention signé en 2020 entre Gavi, le gouvernement de la RDC et SANRU stipule en article 9.6.2 que « *SANRU coopère avec Gavi et ses agents dans le cadre de ces évaluations, examens, audits, inspections [...]. SANRU veillera notamment à ce que Gavi ait accès en tout temps : (i) aux livres, dossiers, déclarations, fichiers électroniques et autres documents relatifs aux activités en possession de SANRU [...]; (ii) à tous les collaborateurs concernés de SANRU* ». L'article 10.2 dispose également que « *SANRU prend toutes les mesures appropriées et nécessaires afin de garantir que les données collectées et transmises à Gavi sont vérifiées à son niveau et communique avec exactitude l'information sur les résultats des Activités au MSP et Gavi dans les délais [...]. Pour ce faire, il met en place des mécanismes efficaces de vérification et de validation des données collectées au niveau de ses Sous-réceptaires* ».

#### Description

L'équipe d'audit a constaté les insuffisances de gestion comptable et financière suivantes au sein de SANRU :

- **Présentation incorrecte des états financiers de 2018 et 2019** : SANRU a fait apparaître un résultat en fin d'exercice, ce qui était contraire aux dispositions de son manuel de procédures et en incohérence avec l'objet du projet sous financement Gavi, qui ne réalise pas d'activités pouvant être considérées comme des affaires économiques et, par conséquent, ne peut pas générer de résultat à la fin de l'exercice. Cette présentation incorrecte a fait l'objet de réserves de l'audit externe et a été corrigée en 2020 ;
- **Délais significatifs de traitement des requêtes de financement** : l'analyse des requêtes de financement des Organismes de Société Civile, traitées par SANRU et l'AF entre 2018 et 2021, a mis en évidence des délais de traitement allant de 20 à 30 jours par SANRU, et des délais allant de 30 à 60 jours pour l'AF. Ces retards de traitement, dus principalement à l'obligation de quatre signatures sur les ordres de paiements, devraient s'améliorer car, depuis juillet 2022, les deux signatures de l'AF ne sont plus requises.
- **Problèmes de classement et d'archivage des pièces comptables** : les pièces comptables de la période auditée ne sont pas correctement classées et rangées comme prévu par les dispositions du point 3.7 du manuel de gestion financière et comptable de SANRU. Ceci s'est traduit par des délais importants pour fournir les pièces demandées lors du présent audit.

#### Recommandations

SANRU doit se conformer aux dispositions de son manuel des procédures et aux règles nationales de gestion comptable et financière en vigueur, concernant notamment :

- La présentation des états financiers ;
- Le respect des délais de traitements des requêtes de financement introduites par les sous-réceptaires de fonds Gavi ;
- Le classement et l'archivage des pièces comptables.

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

- Présentation des états financiers non conformes aux normes comptables en vigueur ;
- Non-exécution ou exécution tardive de certaines activités importantes pour l'atteinte des objectifs du programme ;
- Sous-utilisation des lignes budgétaires ;
- Pertes des pièces justificatives comptables.

#### Réponses / Engagements du management

Voir le plan d'actions correctives en **annexe 21**

#### 4.2.4. Insuffisances de gestion comptable et financière (DPS)

##### Contexte

Le point **k)** alinéa 1.b des GMR dispose que « *sauf accord contraire de Gavi, tout fonds transféré par la CAGF aux autres directions/niveaux déconcentrés sera transféré vers les comptes bancaires approuvés par le gouvernement et dédiés à la subvention Gavi. Ces structures ouvriront des comptes bancaires spécifiques dédiés à la réception des subventions Gavi et approuvés par l'Agence Fiduciaire* ».

Par ailleurs, le tome III du manuel de procédures financières et comptables de la CAGF dispose au point 4.1.2. que « *chaque Entité de Mise en Œuvre (EMO) a l'obligation de fournir à la CAGF les rapports suivants :*

- *rapport financier trimestriel : ce rapport est préparé suivant un format fourni par la CAGF et doit être transmis à la CAGF au plus tard 10 jours après la fin du trimestre. Ce rapport comporte notamment les informations sur les ressources et emplois des fonds du projet, tant cumulativement que pour la période couverte par le rapport en indiquant séparément les fonds accordés par la CAGF et en expliquant les écarts entre les ressources et emplois prévisionnels et effectifs ;*
- *rapport programmatique trimestriel est soumis au même moment que le rapport financier. Ce rapport présente l'état d'avancement des activités (forces, faiblesses, opportunités et menaces) ;*
- *rapport financier annuel : ce rapport est préparé également suivant un format fourni par la CAGF et doit être transmis à la CAGF au plus tard 30 jours après la fin de l'année ».*

##### Description

L'équipe d'audit a relevé les insuffisances suivantes dans la gestion comptable et financière des DPS :

- **Absence de compte bancaire dédié aux subventions Gavi dans trois DPS** : bien que des comptes bancaires aient été ouverts pour certaines DPS qui n'en disposaient pas, les DPS de Mai-Ndombe, Tshuapa et Mongala n'avaient toujours pas de compte bancaire du fait de l'absence d'établissement bancaire dans ces localités. Les fonds sont donc mis à disposition de ces DPS via l'agence de transfert d'argent SOFICOM..
- **Absence de tenue de comptabilité et de reporting financier et programmatique des DPS** : les DPS n'ont pas tenu de comptabilité adéquate liée aux subventions Gavi pendant la période auditée 2018-2021, ni produit de rapports financiers et programmatiques relatifs aux activités qu'ils ont exécutées durant cette période. Depuis 2021, un processus de déploiement du logiciel de comptabilité Tom2Pro et de formation des DPS à son utilisation a été lancé avec quelques DPS pilotes.

##### Recommandations

Le MSPHP, en lien les DPS et la CAGF, devra :

- Procéder à l'ouverture de comptes bancaires dédiés au financement Gavi dans les DPS qui n'en disposent pas, ou tout au moins renforcer l'utilisation de mécanismes de financement permettant d'éviter les mouvements en espèces ;
- Finaliser le déploiement du logiciel Tom2Pro dans les DPS et former les équipes concernées à la tenue de la comptabilité dans l'outil et au respect des exigences et des délais de reporting mensuel et trimestriel conformément aux dispositions du manuel de procédures.

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

- Perte de liquidités par vol ou malversation en cas de manipulation d'espèces dans les DPS ;
- Présentation de comptes non fiable ;
- Pièces justificatives comptables égarées ;
- Absence ou déficit de traçabilité de l'information et d'accès aux documents justificatifs.

##### Réponses / Engagements du management

Voir le plan d'actions correctives en **annexe 21**

#### 4.2.5. Suivi insuffisant des avances ouvertes (CAGF)

##### Contexte

La mesure n°4 de la note circulaire n°1251/SG/CAG/MSP/913/YRS/2019 du 24 mai 2019 signée par le Secrétaire Général du MSPHP en matière de délais de soumission des justificatifs à la CAGF stipule que « la justification des activités réalisées lors d'un trimestre doit être réalisée au plus tard dans le mois suivant la fin du trimestre. Après cette date, les activités sont considérées comme non réalisées et le reliquat des financements est transféré au trimestre suivant, pour lequel les activités devront être justifiées ».

##### Description

L'équipe d'audit a relevé des retards de justification des dépenses, qui se traduisent par des avances ouvertes restant non apurées. En effet, les pièces justificatives des dépenses sont généralement transmises au-delà d'un mois après la fin des activités. Les états financiers soumis lors du présent audit font état des avances ouvertes non justifiées comme suit :

- 5 779 460 USD pour la subvention RSS2 à fin 2018 et 3 260 141 USD à fin 2019 dont 2,6 millions USD dépassent le délai de justification ;
- 1 413 413 USD pour la subvention RSS2 au 31 décembre 2020 dont 603 738 USD non encore justifiés en octobre 2021) ;
- 5 202 447 USD pour la Campagne de Vaccination contre la Rougeole (CAVAR) au 31 décembre 2019 dont 1 566 516 USD non encore justifiés en mai 2020 ;
- 453 820 USD pour la CAVAR au 31 décembre 2020 dont 125 091 USD non encore justifiés en octobre 2021.

Ces retards ont pour conséquence d'entraver le suivi d'exécution budgétaire des subventions et l'atteinte des objectifs (voir également constat 4.3.1). Cette situation n'est cependant pas récente et a déjà donné lieu à une demande de remboursement de Gavi le 10 mars 2022 (relative aux décaissements non justifiés ou insuffisamment justifiés par le gouvernement à travers la CAGF pour un montant de 1 011 307 USD, sur la période de janvier 2019 à juin 2020).

En date du présent rapport, l'audit met en question un montant de **46 376 USD** correspondant aux avances ouvertes antérieures au 30 juin 2022 (et postérieures au 1<sup>er</sup> juillet 2020).

Par ailleurs, l'équipe d'audit a identifié une double comptabilisation du règlement des avances octroyées à la DPS Kinshasa (subvention RSS2 2019) pour un montant total de **81 483 USD**. L'écriture a été annulée le 15 septembre 2022 sur l'exercice en cours, à l'issue des travaux d'audit.

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

- Dépenses inéligibles ;
- Réalité de l'exécution budgétaire non mesurable ;
- Objectifs programmatiques non atteints.

##### Recommandations

Le MSPHP, en lien avec la CAGF et les entités de mise en œuvre, devra :

- Revoir les processus de justification des dépenses et les mettre en conformité avec les dispositions des notes circulaires émises par le MSPHP. Inclure des mécanismes formels de suivi, d'escalade et de gel des financements en cas de retard dans la justification des dépenses ;
- Procéder à une mise à jour de l'état des avances ouvertes et la communiquer à Gavi, relancer les demandes de pièces justificatives dès lors que les délais de justification ont été dépassés.

##### Réponses / Engagements du management

Voir le plan d'actions correctives en **annexe 21**

#### 4.2.6. Paiement de taxes sur frais bancaires (CAGF/SANRU)

<p><b>Contexte</b></p> <p>Le point <b>d)</b> des GMR dispose que : « <i>Le Ministère de la Santé Publique - selon l'article 15 de l'accord Cadre de Partenariat - prendra les dispositions nécessaires avec le Ministère de l'Economie et des Finances afin de s'assurer que les fonds de Gavi fournis au titre du présent accord ne servent à payer un impôt, droit de douane, taxe, péage ou autre prélèvement s'appliquant à l'importation des vaccins et des fournitures associées. Le Gouvernement met tout en œuvre pour établir des mécanismes appropriés afin d'exonérer de droits de douane et d'impôts tous les achats réalisés sur place et au niveau international avec les fonds de Gavi (y compris ceux passant par SANRU).</i> Le MSP devra envoyer à Gavi le(s) document(s) établissant l'exonération fiscale requise par l'Accord cadre de partenariat ainsi que toute autre exonération fiscale applicable ».</p>	
<p><b>Description</b></p> <p>L'équipe d'audit a relevé le paiement avec les fonds Gavi par la CAGF et SANRU de la Taxe sur la Valeur Ajoutée (TVA) sur les frais bancaires qui sont, de fait, considérés inéligibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- D'après les rapports d'audit externe de 2019, la CAGF a supporté 13 934 dollars US de TVA sur frais bancaires sur la subvention RSS2 2019, et 18 587 USD sur la subvention CAVAR 2019 ;</li> <li>- De même, SANRU a supporté un montant de 3 127 USD de TVA sur les frais bancaires sur la subvention RSS2 2019.</li> </ul> <p>En date de l'audit, les montants de TVA identifiés ci-dessus demeuraient non encore recouverts et sont donc considérés comme dépenses mises en question par le présent audit (montant total de <b>35 648 USD</b>, repris dans le constat 4.2.7).</p>	<p><b>Recommandations</b></p> <p>Le MSPHP, en lien avec la CAGF et SANRU, devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prendre des mesures pour se conformer aux dispositions du point <b>d)</b> des GMR et de l'article 15 de l'Accord-Cadre de Partenariat, afin d'éviter de faire porter des taxes aux subventions de Gavi ;</li> <li>- Procéder au recouvrement des taxes indument versées sur fonds Gavi.</li> </ul>
<p><b>Risque(s) / Implication(s)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuffisance temporaire de ressources sur les lignes budgétaires pour avoir supporté la TVA et autres taxes lors de la mise en œuvre des activités, le budget prévisionnel étant conçu en hors taxe ;</li> <li>- Dépenses inéligibles.</li> </ul>	<p><b>Réponses / Engagements du management</b></p> <p>Voir le plan d'actions correctives en <b>annexe 21</b></p>

#### 4.2.7. Dépenses mises en question

##### Contexte

Ce constat détaille les conclusions des tests substantifs effectués par l'équipe d'audit sur un échantillon de dépenses et lors de la revue des processus. Les dépenses testées ont été sélectionnées sur la base des activités référencées dans les rapports financiers de la CAGF et de SANRU. L'audit a examiné l'ensemble des pièces justificatives mises à disposition par la CAGF et SANRU et a évalué d'une part, l'exécution des programmes Gavi, la conformité avec les bonnes pratiques en matière de justification des dépenses et, d'autre part, leur recevabilité et la cohérence des différentes pièces justificatives relatives à une même dépense ou activité.

##### Description

Les constatations d'audit relatives aux dépenses testées ont été regroupées, par catégories d'anomalies, comme présenté dans le tableau de synthèse en **annexe 5** du présent rapport (les définitions des catégories qualifiant les dépenses sont précisées en **annexe 3**). L'audit des pièces justificatives des dépenses engagées a fait ressortir plusieurs insuffisances au niveau de la CAGF liées notamment au déficit et/ou au caractère peu probant des pièces justificatives fournies (voir **annexe 6**). Aucune dépense n'a été mise en question sur l'échantillon sélectionné au niveau de SANRU. Les constatations d'audit au niveau de la CAGF comportent :

- a. Les dépenses insuffisamment justifiées : cette catégorie regroupe les dépenses pour lesquelles l'examen des documents fournis a révélé l'absence d'un ou plusieurs éléments essentiels de preuve documentaire. Un montant total de **124 222 USD** de dépenses a été considéré insuffisamment justifié par l'équipe d'audit ;
- b. Les dépenses non justifiées : les pièces justificatives valides doivent être conservées aussi longtemps qu'est exigée la présentation des documents comptables auxquels elles se rapportent. Des dépenses non justifiées ont été identifiées pour un montant de **16 968 USD** ;
- c. Les dépenses irrégulières : dans cette catégorie, sont classées les dépenses testées pour lesquelles les pièces justificatives fournies présentaient un défaut invalidant tout ou partie du montant de la dépense. Il s'agit notamment d'absence d'émargements sur les états de paiement de dépenses forfaitaires journalières (per diem). Un montant total de **69 092 USD** de dépenses irrégulières a été identifié par l'équipe d'audit ;
- d. Les dépenses inéligibles : cette catégorie regroupe les dépenses sortant du cadre du plan de travail et du budget du programme, et pour lesquelles aucune autorisation de Gavi n'a été obtenue. Un total de **51 239 USD** a été relevé par l'équipe d'audit, constitué de primes versées et de TVA sur frais bancaires indues (voir constats 4.1.5 et 4.2.6).

##### Recommandation

Le MSPHP, en lien avec la CAGF, devra :

- Mettre en place un dispositif d'archivage correct des pièces justificatives comptables ;
- Confier les activités de contrôle des dépenses à des collaborateurs expérimentés et indépendants des opérations de saisies et de rapprochements comptables.

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

- L'absence, l'irrégularité ou l'insuffisance de certaines pièces justificatives ne permettent pas la vérification concluante que ces dépenses ont été effectivement réalisées dans le cadre des programmes Gavi et selon les termes de l'Accord Cadre de Partenariat (ACP) et ses annexes ;
- Ces défaillances constatées peuvent conduire Gavi à demander le remboursement des dépenses mises en question, au titre d'usage abusif de ses fonds, conformément à l'article 20.1 de l'annexe 2 de l'ACP.

##### Réponses / Engagements du management

Voir le plan d'actions correctives en **annexe 21**

#### 4.2.8. Insuffisances de gestion et de suivi des immobilisations (CAGF/SANRU/DPS)

##### Contexte

Le point **n)** des GMR dispose que :

- « Le MSP partagera avec Gavi un inventaire actualisé des équipements existants utilisés pour les activités soutenues par Gavi– y compris ceux achetés précédemment avec des fonds Gavi– comme condition préalable pour l'autorisation d'utiliser les lignes budgétaires du RSS destinés à l'achat de nouveaux équipements. Pour toutes les acquisitions (y compris celles dont les agences onusiennes ont la charge) financées par des subventions Gavi en République Démocratique du Congo, la CAGF :
  - o Assurera, en étroite coordination avec le service concerné, le marquage de toutes les immobilisations acquises avec des fonds Gavi, procédera à des vérifications périodiques d'actifs et réconciliera les actifs physiques au rapport d'inventaire ;
  - o Produira l'état des lieux (cartographie) des infrastructures disponibles à tous les niveaux en considérant les investissements déjà faits ;
  - o Mettra en place une fiche de détenteur par immobilisation qui contiendra les caractéristiques techniques de l'immobilisation, sa codification propre, le nom, la fonction et la signature du détenteur actuel » ;
- « SANRU maintiendra une comptabilité des immobilisations dans le logiciel pour toutes les acquisitions (y compris celles achetées par des Sous Récipiendaires) financées par des subventions Gavi confiées à la gestion de SANRU. De plus, SANRU [...] mettra en place une fiche de détenteur par immobilisation qui contiendra les caractéristiques techniques de l'immobilisation, sa codification propre, le nom, la fonction et la signature du détenteur actuel ».

L'article 10 de l'Accord-Cadre de Partenariat prévoit que « sauf accord contraire avec Gavi, le Gouvernement est tenu de souscrire, lorsque c'est possible à un coût raisonnable, une assurance tous risques sur les biens du programme (y compris les vaccins et les fournitures y associées) et une assurance de responsabilité civile générale auprès de compagnies d'assurance solides et de bonne réputation. La couverture de l'assurance devra correspondre aux polices détenues par des organismes semblables qui réalisent des activités comparables ». Cet article est renforcé par le point **p)** des GMR qui précise que « le MSP 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 devra souscrire une assurance tous risques et une assurance de responsabilité civile générale auprès de compagnies d'assurance solides et de bonne réputation en choisissant une couverture correspondant aux polices détenues par des organismes semblables qui réalisent des activités comparables. A défaut, le MSP devra prévoir une ligne budgétaire sur des fonds nationaux permettant de provisionner le remplacement des vaccins ou actifs endommagés ou disparus ».

##### Description

La revue de la gestion des immobilisations par l'équipe d'audit a révélé les insuffisances suivantes :

- **Registres des immobilisations non gérés dans le système comptable** : les fichiers des immobilisations de la CAGF, de SANRU et des DPS sont élaborés sous forme de tableurs Excel ;
- **Registres des immobilisations incomplets** :
  - o Le fichier du registre des actifs détenus par SANRU ne mentionne pas les dates d'acquisition complètes, ce qui n'est pas conforme au format exigé par Gavi pour le fichier des immobilisations ;
  - o Les DPS visitées par l'équipe d'audit n'enregistrent pas toutes les immobilisations qui sont sous leur responsabilité. Seules les immobilisations utilisées et installées au niveau de la DPS sont comptabilisées et figurent dans la base de données tenue au sein de la cellule Ressources Matérielles.
- **Immobilisations non assurées** : en dehors du matériel roulant qui est couvert par une police d'assurance, les autres types d'immobilisations comme le matériel de la chaîne du froid (uniquement pour la CAGF et les provinces) ne sont pas couverts par une police d'assurance multirisque (vol, incendie, destruction, etc.). La matérialisation de risques au niveau de la logistique interpelle d'autant plus sur ce point (voir constat 4.5.2).

##### Recommandations

Le MSPHP, en lien avec la CAGF, SANRU et les DPS, devra :

- Mettre en place la gestion des immobilisations dans le module des immobilisations dédié à cet effet dans le logiciel Tom2Pro. Renforcer les capacités des provinces à prendre en compte toutes les immobilisations affectées à la province dans leur comptabilité ;
- Compléter les registres d'immobilisation incomplets, notamment en obtenant et en renseignant les dates complètes d'acquisition dans le registre des immobilisations ;
- Se conformer au point **p)** des GMR, notamment en souscrivant si possible et à un coût raisonnable à une police d'assurance multirisque pour toutes les immobilisations acquises sur fonds Gavi ou, à défaut, en prévoyant une ligne budgétaire de fonds nationaux provisionnant le remplacement des vaccins ou actifs endommagés ou perdus.

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

- Manque de traçabilité des actifs achetés, entraînant un risque de perte / détournement, au niveau central comme décentralisé ;
- Manque de visibilité sur les actifs disponibles aux différents niveaux de la pyramide sanitaire, entraînant un risque de besoins non couverts et / ou double emploi ;
- Faible capacité à piloter les parcs d'actifs matériels ;
- Risque de perte des actifs non couverts par une police d'assurance en cas de dommage.

##### Réponses / Engagements du management

Voir le plan d'actions correctives en **annexe 21**

## 4.3. Gestion budgétaire

## 4.3.1. Approbation tardive des Plans de Travail et Budgets Annuels (CAGF/SANRU)

<p><b>Contexte</b></p> <p>L'Accord-Cadre de Partenariat (ACP) signé le 30 octobre 2014 stipule en article 4.1 que « sous réserve de la disponibilité du financement et de résultats satisfaisants de la part du pays, Gavi peut approuver un ou plusieurs montants annuels au titre du budget d'un programme, une fois par an ou périodiquement pendant la durée du programme, afin de financer un programme. Après avoir approuvé un montant annuel initial au titre du programme, Gavi prépare et envoie au(x) représentant(e)s du pays une lettre de décision qui définit les conditions dudit programme. Après chaque approbation d'un montant annuel ultérieur au titre du programme, Gavi prépare une nouvelle lettre de décision pour refléter les plus récentes conditions du programme et adresse cette lettre de décision amendée au pays ».</p> <p>Le processus au sein de la CAGF connaît plusieurs révisions budgétaires au niveau pays et implique la Direction des Etudes et de la Planification (DEP) du ministère de la santé publique avec l'accompagnement de consultants et toutes les parties prenantes. Les différents organes qui doivent approuver les budgets sont la commission ad hoc et le comité d'examen indépendant au niveau de Gavi. Le processus de planification se fait conjointement avec l'agent fiduciaire (AF). Le Plan de Travail Budgétisé et Annuel (PTBA) validé par le ministère et GFA doit être envoyé à Gavi avant la fin de l'année précédente pour approbation.</p> <p>Pour SANRU, le processus budgétaire est conduit à partir du budget pluriannuel et en collaboration avec l'AF.</p>	
<p><b>Description</b></p> <p>L'équipe d'audit a fait une revue des processus d'élaboration des budgets de la CAGF et de SANRU, et a constaté des retards significatifs d'approbation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les budgets de la CAGF de 2018 et 2020 ont été approuvés respectivement le 10 août 2018 et le 20 août 2020 (soit plus de 8 mois après le début de l'année) alors qu'ils devraient être approuvés avant le début de l'année d'exécution. Le budget 2022 de la CAGF a été approuvé par la lettre de décision de Gavi du 23 mai 2022 (soit 5 mois après le début de l'année). Ces retards sont généralement dus à plusieurs révisions budgétaires au niveau pays et aux différentes étapes de validation ;</li> <li>- Le budget de SANRU de l'année 2020 a été approuvé par Gavi le 26 juin 2020 (soit plus de 6 mois après le début de l'exercice). Le PTBA 2022 de SANRU a été approuvé par mail de l'AF le 16 juillet 2022 (soit plus de 6 mois après le début de l'année), du fait du démarrage tardif du processus de planification conjointe avec l'AF. De plus, les budgets ne sont pas saisis dans le logiciel comptable de SANRU, ce qui en rend le suivi insuffisant.</li> </ul> <p>Les retards d'approbation des PTBA pénalisent la mise en œuvre des activités financées par Gavi.</p>	<p><b>Recommandations</b></p> <p>Le MSPHP, en lien avec CAGF et SANRU, devra s'assurer que le processus budgétaire débute à temps et que les budgets sont communiqués dans les délais impartis et saisis dans les logiciels comptables.</p>
<p><b>Risque(s) / Implication(s)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Non-atteinte des objectifs des programmes de Gavi ;</li> <li>- Retard dans la mise en œuvre des activités financées.</li> </ul>	<p><b>Réponses / Engagements du management</b></p> <p>Voir le plan d'actions correctives en <b>annexe 21</b></p>

## 4.4. Achats et passations de marchés

## 4.4.1. Gouvernance des passations de marchés insuffisamment définie (MSPHP)

<p><b>Contexte</b></p> <p>L'article 3 du Décret n°10/32 du 28 décembre 2010 portant création, organisation et fonctionnement de la Cellule de Gestion des Projets et des Marchés Publics (CGPMP) stipule que « <i>la cellule de gestion des projets et des marchés publics comprend deux organes : (i) Une Commission de passation des marchés, (ii) Un Secrétariat permanent</i> ».</p> <p>Par ailleurs, une autre structure appelée Coordination s'occupe des tous les marchés conclus par le MSPHP sur financements Gavi.</p>	
<p><b>Description</b></p> <p>L'équipe d'audit de la Cour des Comptes a relevé que la coexistence des deux structures (CGPMP et Coordination), dont les attributions en matière de passations de marchés sur fonds Gavi ne sont pas clairement définies, entraîne une confusion des rôles et responsabilités et nécessite une revue de la manière dont sont répartis les postes (voir observation de la Cour des Comptes en <b>annexe 7</b>).</p>	<p><b>Recommandations</b></p> <p>Le MSPHP, en lien avec les structures concernées et les partenaires, devra revoir la définition des rôles et responsabilités en matière de passations de marchés sur financements Gavi et clarifier les attributions de manière officielle et effective.</p>
<p><b>Risque(s) / Implication(s)</b></p> <p>Le problème de gouvernance relevé peut empêcher l'endossement des décisions de la CGPMP par le Gouvernement et entraver l'efficacité de cette cellule.</p>	<p><b>Réponses / Engagements du management</b></p> <p>Voir le plan d'actions correctives en <b>annexe 21</b></p>

#### 4.4.2. Insuffisance dans le classement et l'archivage des dossiers des marchés publics (CGPMP/SANRU)

##### Contexte

L'article 20 du Décret n°10/32 du 28 décembre 2010 portant création, organisation et fonctionnement de la CGPMP, en son alinéa 2, deuxième tiret, dispose que « *le Secrétariat permanent de la Cellule est chargé, notamment, de mettre en œuvre l'ensemble des procédures d'enregistrement de différentes phases des procédures de préparation, de passation et d'exécution des marchés, qu'elles soient administratives, techniques ou financières, et d'en assurer l'archivage par des méthodes modernes et efficaces* ».

Les bonnes pratiques en matière de gestion recommandent également que les documents relatifs aux marchés passés soient classés dans des dossiers et archivés de manière à faciliter tout contrôle à postériori.

##### Description

L'examen des pratiques en matière de classement et d'archivage des dossiers des marchés publics de la CGPMP et de SANRU par l'équipe d'audit de la Cour des Comptes a abouti aux constatations suivantes :

- **CGPMP – dossiers des marchés publics incomplets** : certaines pièces essentielles de la procédure de passation des marchés manquent aux dossiers de certains marchés. Il s'agit, par exemple, de preuves de publication des PPM, des décisions d'attribution des marchés, des avis d'appel d'offre (AAO) et/ou AML, des dossiers d'appel d'offre (DAO), des lettres de notification aux candidats malheureux des motifs de rejet de leurs offres dûment réceptionnées par eux, des procès-verbaux de réception des marchés, des correspondances échangées avec d'autres institutions, notamment la DGCMP, l'ARMP, les Autorités approbatrices, etc (voir également les détails au constat 4.4.3, ainsi que l'observation de la Cour des Comptes en **annexe 7**) ;
- **SANRU – Classement et archivage dysfonctionnels** : l'équipe de SANRU a eu du mal à mettre à disposition de l'équipe d'audit de la Cour des Comptes, dans les délais, les documents réquisitionnés. En outre, nous avons noté quelques cas de dossiers incomplets (voir également les détails au constat 4.4.4, ainsi que l'observation de la Cour des Comptes en **annexe 8**).

##### Recommandations

Le MSPHP, en lien avec les structures concernées, devra organiser l'archivage des dossiers des marchés publics de manière à retrouver, dans un même classeur, l'ensemble des pièces d'un marché allant du plan de passation des marchés (PPM) au procès-verbal de réception dudit marché, retraçant ainsi toutes les phases de la procédure.

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

- Perte de données et de documents exigés par la législation en vigueur, non-conformité légale et réglementaire ;
- Inéligibilité des dépenses.

##### Réponses / Engagements du management

Voir le plan d'actions correctives en **annexe 21**

### 4.4.3. Observations relatives aux marchés audités (CGPMP)

#### Contexte

L'article 15 alinéa 2 de la Loi relative aux marchés publics stipule qu' « un marché public ou une délégation de service public n'a d'effets que s'il est approuvé ».

Le décret n°10/22 du 2 juin 2010 portant Manuel de procédures de la loi relative aux marchés publics comporte les dispositions suivantes :

- Article 42 « les marchés publics et délégations de service public sont respectivement approuvés par (deuxième tiret) : le Ministre ayant le budget dans ses attributions, pour les marchés qui n'ont pas fait l'objet d'un appel d'offres international et qui ne sont pas visés par l'alinéa ci-dessous ; (troisième tiret), le Ministre de tutelles pour les marchés passés par les entreprises et établissements publics sous sa tutelle, qui n'ont pas fait l'objet d'un appel d'offres international » ;
- Article 103 « à la fin de ce processus d'évaluation, la personne responsable des marchés publics adresse, en fonction des seuils, une demande de non-objection à la Direction générale de contrôle des marchés publics, préalable à la décision de l'attribution provisoire, en prenant soin de joindre toute la documentation utile » ;
- Article 104, alinéa 2 « cet avis d'attribution provisoire informe les candidats non retenus du rejet de leur offre et observe un délai d'attente de cinq jours ouvrables pour recevoir, le cas échéant, les recours des candidats non retenus » ;
- Article 144 deuxième tiret « la passation d'un marché de gré à gré donne lieu à un compte rendu détaillé dans le rapport annuel publié par l'autorité de régulation des marchés publics » ;
- Article 175 « le Titulaire du marché constitue la garantie de bonne exécution dans les vingt jours suivant la notification du contrat. A défaut, le marché est immédiatement résilié sur simple notification et la garantie d'offres est saisie ».

Décret n°10/32 du 28 décembre 2010 portant création, organisation et fonctionnement de la cellule de gestion des projets et marchés publics dispose :

- Article 9 « la personne responsable des marchés publics adresse à l'autorité de régulation des marchés publics, copie des avis de non-objection, des autorisations, des procès-verbaux, des rapports d'évaluation et des contrats afférents à chaque marché public dont la cellule de gestion des projets et des marchés publics est chargée, ainsi que de tout rapport établi par ses soins » ;
- Article 17 « les membres de la sous-commission d'analyse sont nommés par la personne responsable des projets et des marchés à l'occasion de chaque opération d'analyse pour un marché ».

Le décret n°10/34 du 28 décembre 2010 fixant les seuils de passation, de contrôle et d'approbation des marchés publics dispose :

- Article 9 (ii) « publication de l'attribution de ces marchés par l'autorité contractante sur le site Internet de l'Autorité de régulation des marchés publics et dans la revue des marchés publics. L'absence de cette publication rend le marché nul » ;
- Article 17 « les marchés publics et délégations de service public sont, quel qu'en soit le montant, soumis à l'approbation de l'autorité compétente ».

L'exposé des motifs de la Loi relative aux marchés publics, en son troisième paragraphe, stipule qu' « ainsi, les fonctions de gestion des marchés publics, celles de leur passation et de leur contrôle sont strictement séparées les unes des autres et les structures chargées de les exercer ne peuvent en aucun cas les cumuler ».

L'article 51 de la Loi n°10/010 du 27 avril 2010 relative aux marchés publics stipule qu' « à l'exception des Titulaires des marchés de prestations intellectuelles, tout Titulaire d'un marché public est tenu de fournir une garantie de bonne exécution ».

#### Description

L'examen des dossiers des marchés présentés par la CGPMP au contrôle de l'équipe d'audit de la Cour des Comptes a abouti aux constatations suivantes (voir observation détaillée en **annexe 7**) :

- **Approbation des marchés par une autorité incompétente** : le Ministre de la Santé s'est fait « Autorité approbatrice » pour certains marchés passés par son Ministère. Or, le Ministre de la Santé est la « personne responsable des marchés publics », donc représentant de l'Autorité contractante (Ministère de la Santé) pour tous les marchés passés par son Ministère. En clair, c'est lui qui saisit les autres structures chargées, notamment du contrôle a priori (la DGCMP), du contrôle a posteriori et de la régulation (l'ARMP) et de l'approbation (Autorités approbatrices). Il ne peut donc pas cumuler ses fonctions d'Autorité contractante avec celles d'Autorité approbatrice. En outre, le Ministre de la Santé n'est pas « Autorité de tutelle » de son Ministère mais plutôt Autorité hiérarchique. Par conséquent, les dispositions du 3ème tiret de l'article 42 du Décret n°10/22 sus évoqué ne lui sont pas applicables. Il ne peut, en aucun cas, être Autorité approbatrice pour les marchés publics et délégations de service public passés par son propre Ministère ;
- **Absence d'acte de nomination des membres de la sous-commission d'analyse** : l'équipe d'audit de la Cour des Comptes n'a trouvé aucune évidence quant à l'existence de l'acte de nomination des membres de la sous-commission d'analyse de certains dossiers de passation de marchés. La désignation des membres de la sous-commission d'analyse se fait par un acte de désignation signé par la Personne responsable des marchés qui, pour le cas d'espèce, est le Ministre de la Santé. Les membres sont ensuite invités aux différentes séances d'analyse

#### Recommandations

Le MSPHP, en lien avec les structures concernées, devra :

- S'assurer de la séparation effective des fonctions de gestion des passations et de contrôle des marchés ;
- Veiller au strict respect des dispositions légales évoquées pour la passation des marchés.

<p>des offres ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Absence de publication du plan de passation de marchés 2020 sur le site de l'ARMP ;</b></li> <li>- <b>Absence d'avis de non-objection (ANO) de la DGMP :</b> il n'a pas été trouvé, dans les dossiers des marchés, la preuve de l'émission par la DGCMP de l'ANO au processus d'évaluation des offres préalable à la décision de l'attribution provisoire de chacun desdits marchés par la personne responsable des marchés publics, et pour la conclusion de certains avenants ;</li> <li>- <b>Absence de preuve de publication de l'attribution des marchés :</b> l'équipe d'audit de la Cour des Comptes constate qu'il n'y a aucune preuve de publication de la notification de leur attribution ;</li> <li>- <b>Notification d'un soumissionnaire malheureux non retrouvé au dossier ;</b></li> <li>- <b>Absence de la garantie de bonne exécution :</b> l'examen des pièces fournies à l'équipe de vérification révèle qu'aucune garantie de bonne exécution n'a été fournie par le Titulaire du marché relatif l'acquisition de 500 smartphones et coques, attribué en 2020 par procédure de gré à gré ;</li> <li>- <b>Absence d'un compte rendu détaillé dans le rapport annuel publié :</b> contrairement aux dispositions de l'article 144 deuxième tiret du Décret n°10/22, l'équipe d'audit n'a eu aucune évidence sur le compte rendu détaillé dans le rapport annuel publié par l'autorité de régulation des marchés publics, en rapport avec le marché relatif l'acquisition de 500 Smartphones et coques ;</li> <li>- <b>Défaut de transmission à l'ARMP des procès-verbaux, des rapports d'évaluation et des contrats des marchés publics :</b> l'examen de certains dossiers de marchés ne montre aucune évidence de la transmission des documents sus évoqués à l'ARMP.</li> </ul>	
<p><b>Risque(s) / Implication(s)</b> Risque d'inéligibilité des achats non conformes aux procédures, décrets et arrêtés en vigueur.</p>	<p><b>Réponses / Engagements du management</b> Voir le plan d'actions correctives en <b>annexe 21</b></p>

#### 4.4.4. Observations relatives aux marchés audités (SANRU)

##### Contexte

Le décret n°10/34 du 28 décembre 2010 fixant les seuils de passation, de contrôle et d'approbation des marchés publics dispose en article 9 « *les marchés publics et délégations de service public de montants inférieurs aux seuils indiqués à l'article 11 ci-dessous ne sont pas passés par appel d'offres. Néanmoins, en ce qui les concerne, il est fait application des règles de bonnes pratiques de la commande publique, à savoir : (i) la mise en concurrence d'au moins trois fournisseurs* ». Selon le manuel des procédures de SANRU, pour tout achat ou marché d'un montant compris entre 500 USD et 69 999 USD, l'autorité contractante, à travers les responsables en charge de passation des marchés, doit procéder à la consultation restreinte d'au moins trois fournisseurs.

Le manuel des procédures de SANRU, à la page 55, renseigne que « *partant du PTBA, tous les besoins en acquisitions seront repris dans un Plan de Passation de Marchés élaboré dans les 3 mois qui précèdent sa mise en œuvre* ».

##### Description

L'examen des dossiers des marchés présentés par SANRU au contrôle de l'équipe d'audit de la Cour des Comptes a abouti aux constatations suivantes (voir détail en **annexe 8**) :

- **Absence de Plan de Passation de Marchés (PPM) approuvé** : l'équipe d'audit de la Cour des Comptes constate qu'aucun PPM n'a été élaboré pour les marchés conclus en 2019 et 2020 par SANRU. Cette pratique ne permet ni de dégager une corrélation entre la réalisation des marchés et les objectifs du projet, ni de s'assurer de l'exhaustivité des marchés requis pour le projet ;
- **Défaut de consultation d'au moins trois fournisseurs** : l'équipe d'audit de la Cour des Comptes a noté le non-respect de cette exigence pour un marché conclu pour un montant 3 600 USD ;
- **Absence de bon de livraison et/ou procès-verbal de réception** : il a été remarqué, lors des vérifications de la Cour des Comptes, l'absence systématique des bons de livraison et/ou procès-verbaux de réception des fournitures ou des biens dans le cadre de certains marchés.

##### Recommandations

SANRU devra veiller au strict respect des dispositions légales et de son règlement interne, notamment en matière de planification et d'attribution des marchés, ainsi que le suivi de la réception des biens ou services concernés.

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

Risque d'inéligibilité des achats non conformes aux procédures, décrets et arrêtés en vigueur.

##### Réponses / Engagements du management

Voir le plan d'actions correctives en **annexe 21**

## 4.5. Gestion des vaccins

## 4.5.1. Gestion logistique défaillante (PEV)

## Contexte

La distribution des vaccins et autres intrants du PEV relève des attributions de la Division Logistique et repose sur l'utilisation de quatre hubs logistiques, permettant d'atténuer la pression sur les capacités de la chaîne du froid dans les provinces et les antennes. Le premier hub, à Kinkole, est entré en service en 2018<sup>4</sup> en remplacement du dépôt central de la Gombe, tandis que le deuxième, situé à Kisangani, a été inauguré en novembre 2021. Deux hubs sont également projetés à Lubumbashi (travaux en cours) et à Goma (travaux non encore commencés). Des investissements conséquents ont été financés par Gavi et les partenaires dans la construction des hubs et leur mise en service.

La dernière Evaluation de la Gestion Efficace des Vaccins (EGEV) réalisée en 2019 avait évalué sous le critère « E5-Maintenance » les équipements, les réparations, la maintenance, et les véhicules, et avait formulé des recommandations pour la mise en place d'un programme de maintenance. Cette évaluation avait attribué une note de 61% au critère E5 du niveau central, pour une cible minimale définie de 80%.

## Description

L'équipe d'audit a relevé des défaillances critiques dans la gestion de la logistique du PEV, présentant des risques majeurs quant à l'atteinte de ses objectifs :

- **Manque de clarté dans l'attribution des responsabilités de gestion des sites logistiques** : une confusion est entretenue dans les rôles attribués aux agents du PEV vis-à-vis des activités courantes de gestion de la logistique, pour lesquelles la responsabilité est régulièrement renvoyée aux partenaires. Ceci a un impact négatif, illustré par des situations de blocage, notamment sur la maintenance des sites, comme développé ci-dessous. Il incombe au management du PEV de s'approprier ces responsabilités et devenir pleinement comptable de l'impact des manquements en la matière. Cet aspect a été souligné dans le rapport d'audit interne du PEV mené en mars et avril 2022 au niveau du site de Kinkole ;
- **Mise en service et transition vers les hubs insuffisantes** : le modèle de distribution des vaccins et autres intrants du PEV, s'appuyant sur quatre hubs logistiques, n'a pas fait l'objet d'une stratégie bien définie et peine à s'opérationnaliser comme le montrent les éléments suivants :
  - Les capacités de stockage du hub de Kinkole sont sous-utilisées, faute d'étagères appropriées (racks) pour le rangement des vaccins dans les chambres froides, afin d'exploiter tout le volume disponible ;
  - Le suivi à distance des températures n'est pas fonctionnel au hub de Kinkole (ainsi que dans d'autres niveaux de stockage, comme l'antenne de Matadi) ;
  - Les hubs de Lubumbashi (en cours de construction) et Goma demeurent non fonctionnels ;
  - Le hub de Kisangani n'est pas complètement fonctionnel, le magasin sec n'étant pas pourvu de rangements adaptés (racks) ni de transpalettes. A la date de notre audit, cet espace était vide ;
  - Les charges de fonctionnement des hubs sont mal maîtrisées, comme les coûts en alimentation électrique du hub de Kisangani, dont l'exonération n'a pas encore été obtenue et contraint d'en limiter l'utilisation à la moitié des chambres froides alimentées par énergie solaire ;
  - Recours significatif à l'utilisation des groupes électrogènes pour l'alimentation des hubs en service en raison de l'indisponibilité fréquente du réseau électrique et de défaillance de l'installation solaire (hub de Kinkole). Le rapport d'audit interne du PEV sur le site de Kinkole précise de nombreuses failles dans la gestion du carburant et la possible subtilisation de 187 000 L en 2020 et 2021 ;
  - L'ancien dépôt central de la Gombe est maintenu en service malgré sa vétusté et nombre d'équipements non fonctionnels (9 chambres froides en panne sur 20) ;
- **Maintenance insuffisante** :

## Recommandations

Le MSPHP, en lien avec le PEV et toutes les parties concernées, devra :

- Revoir et préciser de manière claire quelles sont les attributions du PEV dans la gestion des sites logistiques, les responsabilités en matière de maintenance et les chaînes de commande permettant de répondre aux situations de défaillance ;
- Etablir la stratégie logistique visée à moyen terme et poursuivre l'opérationnalisation du modèle de distribution des vaccins et autres intrants, notamment en améliorant les capacités des hubs en service et en les complétant avec les hubs encore non fonctionnels ;
- Etablir et adopter un plan de maintenance pour l'ensemble des sites logistiques, au niveau central comme aux niveaux déconcentrés, permettant d'améliorer l'utilisation des infrastructures et équipements installés ;
- Accentuer les mesures de détection et de prévention contre les incendies au niveau des sites de stockage ;
- Investiguer les pratiques liées à l'utilisation des moyens roulants détournés, mettre en place les contrôles nécessaires pour les éviter et prendre toutes les sanctions requises à l'encontre des responsables ;
- Poursuivre les investigations en cours concernant le carburant possiblement subtilisé au niveau du hub de Kinkole et prendre les mesures de recouvrement qui s'imposent. Revoir le processus de gestion du carburant et établir des contrôles fréquents et efficaces de l'approvisionnement et de l'utilisation ;
- Rationaliser et améliorer la gestion des déchets au niveau des sites logistiques, notamment à travers l'élaboration d'un plan de

<sup>4</sup> <https://www.unicef.org/drcongo/communiqu%C3%A9s-de-presse/le-plus-grand-entrep%C3%B4t-de-vaccins-et-produits-de-sant%C3%A9-dafrique-centrale>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'équipe d'audit a noté l'absence de plans de maintenance pérenne des hubs actuellement en service. Les activités de maintenances sont gérées au cas par cas, essentiellement de manière curative lorsque les problèmes ont été remarqués et deviennent intenable, en établissant des fiches techniques (formulaires) soumises ponctuellement à UNICEF ;</li> <li>- Au hub de Kinkole, un tiers des bouteilles de gaz de prévention incendie étaient vides depuis près de trois mois et n'avaient pas été remplacées à la suite d'un déclenchement d'alarme dans une des chambres froides ;</li> <li>- La maintenance des équipements de la chaîne du froid des sites décentralisés a été sous-traitée à l'Institut National de Préparation Professionnelle (INPP) à travers UNOPS sur la période de janvier 2021 à juin 2022. En date de l'audit, le PEV n'en avait pas repris la maintenance. De plus, aucun rapport de maintenance n'était disponible pour la période de 2018 à 2020 ;</li> <li>- <b>Risque d'incendies non maîtrisés aux niveaux déconcentrés</b> : les visites effectuées par l'équipe d'audit dans les antennes de Matadi et de Lubumbashi ont identifié plusieurs problèmes liés à la détection et à la prévention des risques d'incendie, comme l'absence de détecteurs de fumée, l'absence d'extincteurs efficaces, le confinement d'équipements et de consommables dans des espaces exigus (voir illustrations en <b>annexe 14</b>) ;</li> <li>- <b>Utilisation inappropriée de matériel roulant</b> : un des camions frigorifiques du hub de Kinkole présente des traces de charbon de bois et de denrées alimentaires dans la zone cargo, traduisant un détournement d'utilisation pour le transport de biens autres que les vaccins et intrants (voir illustration en <b>annexe 13</b>) ;</li> <li>- <b>Gestion des déchets insuffisante</b> : absence de plan de gestion des déchets et de dispositif de collecte, tels que recommandés par l'évaluation GEV réalisée en 2019. Les lieux de stockage des mises au rebut ne sont pas définis et documentés. Il en résulte la présence persistante de déchets (emballages, isolants, etc), parfois partiellement calcinés, dans l'enceinte du hub de Kinkole.</li> </ul>	<p>gestion des déchets tel que recommandé par l'évaluation GEV 2019.</p>
<p><b>Risque(s) / Implication(s)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gaspillage des moyens dédiés au programme ;</li> <li>- Détournement des moyens dédiés au programme ;</li> <li>- Perte de biens et des équipements critiques pour le stockage et la distribution des vaccins et autres intrants ;</li> <li>- Pannes fréquentes et coûteuses de matériel de chaîne du froid n'ayant pas été entretenu préventivement ;</li> <li>- Diminution de la durée de vie utile des équipements de la chaîne du froid non entretenus nécessitant leur remplacement prématuré ;</li> <li>- Ruptures de la chaîne du froid entraînant la perte de vaccins ;</li> <li>- Incendies entraînant des pertes d'infrastructures, d'équipements ou de vaccins et autres intrants.</li> </ul>	<p><b>Réponses / Engagements du management</b> Voir le plan d'actions correctives en <b>annexe 21</b></p>

## 4.5.2 Matérialisation de risques liés à la logistique (PEV)

### Contexte

Le point **p**) des GMR dispose que « le MSP 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 devra souscrire une assurance tous risques et une assurance de responsabilité civile générale auprès de compagnies d'assurance solides et de bonne réputation en choisissant une couverture correspondant aux polices détenues par des organismes semblables qui réalisent des activités comparables. A défaut, le MSP devra prévoir une ligne budgétaire sur des fonds nationaux permettant de provisionner le remplacement des vaccins ou actifs endommagés ou disparus ».

### Description

Plusieurs risques liés à la logistique des vaccins et autres intrants du programme (voir constat 4.5.1) se sont matérialisés, démontrant les faiblesses de gestion de ces risques, notamment :

- **Incendie au dépôt de l'antenne de Bunia** : le service de garde du PEV de l'antenne de Bunia (province d'Ituri) a signalé un incendie du bâtiment abritant les bureaux et la chambre froide contenant les vaccins et autres intrants, survenu dans la nuit du 27 juin 2022. Le rapport circonstancié du Médecin Chef d'Antenne PEV de Bunia fait état de dégâts considérables sur le bâtiment ainsi que tout ce qui s'y trouvait : vaccins et autres intrants perdus estimés par UNICEF à **108 721 USD** (voir détails en **annexe 11**) et dégâts sur matériels, équipements et immeubles estimés à **105 000 USD**. Aucune déclaration de sinistre n'a été portée à la connaissance de l'équipe d'audit. Les vaccins et autres intrants, matériels et équipements de la chaîne du froid n'étaient pas couverts par une police d'assurance multirisque (voir aussi constat 4.2.8). L'audit met donc en question la somme de **539 544 USD**, qui pourra faire l'objet d'une demande de remboursement ;
- **Climatisation du hub de Kinkole en panne** pendant plusieurs mois, provoquant une condensation importante dans plusieurs zones et pièces du bâtiment, qui entraîne la présence d'eau dans la salle électrique, de fortes moisissures et la dégradation d'items stockés (voir illustrations en **annexe 13**) ;
- **Blocs froids de camions frigorifiques en panne** et demeurant non réparés au niveau du hub de Kinkole, malgré la présence de techniciens de la chaîne du froid sur place. Ceux-ci ne se considèrent pas habilités à intervenir car le matériel roulant est placé sous la responsabilité de la division Services Généraux du PEV ;
- **Pannes d'équipements logistiques au hub de Kinkole** : la majorité des transpalettes n'est plus en service suite à diverses pannes non réparées, pénalisant fortement l'utilisation efficace des capacités de stockage et les activités des manutentionnaires ;
- **Système d'alimentation en énergie solaire inopérant au hub de Kinkole** : les 96 batteries électriques et les 18 convertisseurs de courant installés sont défectueux, rendant le fonctionnement de la chaîne du froid exclusivement dépendante du groupe électrogène et de la réserve de carburant en cas de panne du réseau électrique. Le cahier de suivi de la disponibilité du courant électrique indique une coupure généralisée de la ligne le 11 mars 2022, entraînant des arrêts de fonctionnement intermittents des chambres froides pendant environ cinq heures et des pertes de vaccins ont été constatées ;
- **Pannes récurrentes d'équipements de la chaîne du froid** constatées en août 2022 lors de la visite de l'antenne de Matadi.

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

- Gaspillage des moyens dédiés au programme ;
- Pertes de vaccins et autres intrants ;
- Perte de biens et des équipements critiques pour le stockage et la distribution des vaccins et autres intrants ;
- Diminution de la durée de vie utile des équipements de la chaîne du froid non entretenus nécessitant leur remplacement prématuré ;
- Ruptures de la chaîne du froid entraînant la perte de vaccins.

### Recommandations

Le MSPHP, en lien avec le PEV et les autres parties concernées, devra :

- Etablir de manière définitive le montant des dégâts causés par l'incendie de l'antenne de Bunia et convenir avec le Secrétariat de Gavi des suites à donner à ce sinistre ;
- Prendre toutes les dispositions nécessaires pour réparer les pannes des équipements constatées aux différents niveaux de la chaîne de distribution.

### Réponses / Engagements du management

Voir le plan d'actions correctives en **annexe 21**

### 4.5.3. Diffusion et adoption insuffisantes des procédures opératoires (PEV)

#### Contexte

Le point 4 du critère « EVM-SOP-E9-02 » des normes de l'OMS en matière de Gestion Efficace des Vaccins (GEV) précise qu'à la réception d'une nouvelle Procédure Opératoire Normalisée (PON) ou d'une PON révisée, le responsable de la qualité de la structure sanitaire doit en fournir une copie à chaque membre du personnel responsable. Le responsable doit également s'assurer que le document a été lu et parfaitement compris. Les formations spécifiques jugées nécessaires devront être mises en place. Une fois la PON distribuée, il convient de vérifier que le personnel applique les nouvelles procédures.

#### Description

Les visites effectuées au niveau des hubs et des antennes (Matadi et Lubumbashi) ont mis en évidence que le personnel impliqué dans la gestion des vaccins et de la chaîne du froid n'était pas au fait de l'existence des procédures écrites en matière de gestion efficace des vaccins, élaborées depuis 2015 et ayant fait l'objet d'un atelier de révision en juin 2022.

Il en ressort que le personnel concerné par la gestion des vaccins et de la chaîne du froid (logisticiens, gestionnaires des données logistiques, chargés de gestion des déchets, chargés de la chaîne du froid, etc.) n'a pas été formé sur les PON-GEV élaborées par le pays en juin 2022 afin d'harmoniser les pratiques et d'assurer une gestion efficace des vaccins et autres intrants (seringues, diluants, etc.).

L'absence de diffusion, de formations et de vérification de la mise en pratique des PON-GEV constitue la principale cause des manquements et insuffisances constatées au niveau de la gestion de la chaîne du froid (suivi insuffisant des températures, insuffisance dans les mesures sécuritaires de la gestion des équipements, etc.), de la gestion des vaccins (prises d'inventaires physiques insuffisantes, gestion des déchets inadaptée, sorties non documentées de vaccins virés ou périmés, insuffisances de saisies de données de stock, etc) et de la quantification des besoins.

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

- Pratiques hétérogènes en matière de gestion et d'acheminement des stocks ;
- Pertes de vaccins et autres intrants ;
- Efficacité réduite de la chaîne logistique.

#### Recommandations

Le MSPHP, en lien avec le PEV et les partenaires, devra harmoniser les pratiques de gestion des stocks de vaccins et autres intrants en mettant à jour et en diffusant régulièrement les PON-GEV à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement, en planifiant des séances de formations initiales et continues sur les PON, et en veillant à l'application effective des dispositions des PON-GEV à travers des supervisions régulières.

#### Réponses / Engagements du management

Voir le plan d'actions correctives en **annexe 21**

#### 4.5.4. Gestion des stocks insuffisante (PEV)

##### Contexte

L'outil de gestion informatisée des stocks, Stock Management Tool (SMT) est utilisé par le PEV pour la saisie et le suivi des stocks de vaccins et autres intrants de la vaccination. Les PON « GEV-PON-E6-01 » concernant la gestion informatisée des stocks stipulent que le registre des stocks doit être précis et tenu à jour : tous les arrivages et les livraisons de vaccins et intrants doivent être traités à l'aide du logiciel de gestion des stocks SMT. Les détails de tous les mouvements de stocks doivent être enregistrés immédiatement dans le SMT et les registres manuels des stocks et doivent comprendre notamment les informations obligatoires suivantes : type de vaccin/intrant, fabricant, présentation (doses par flacon), numéro de lot, date d'expiration, nombre de doses, état des PCV, nom du matériel de chaîne du froid dans lequel sont conservés les vaccins. Les fichiers SMT servent aussi à informer et à préciser l'estimation des besoins futurs et l'espace de stockage encore disponible pour pouvoir absorber des nouvelles commandes de vaccins et accessoires de vaccination.

Les PON « GEV-PON-E6-03 » concernant la réalisation d'inventaires physiques précisent la nécessité de procéder régulièrement à un inventaire des stocks physiques pour s'assurer que les niveaux de stocks enregistrés dans le système de gestion des stocks sont corrects. Les dépôts principaux doivent effectuer un inventaire physique des vaccins, des diluants, des seringues et des collecteurs tous les trois mois. Cette fréquence est mensuelle aux niveaux décentralisés. Le registre des stocks doit être mis à jour dès que l'inventaire a été effectué. Chaque ajustement doit être justifié dans le système de gestion des stocks. Un rapport d'inventaire doit être soumis à la hiérarchie.

Les PON « GEV-PON-E6-04 » concernant la mise au rebut des vaccins et diluants expirés ou endommagés exige de consigner les informations critiques sur la fiche de déclaration des pertes (type de vaccin ou de diluant, numéro de lot, quantité, date d'expiration et nature de la perte) avant d'enregistrer la sortie dans le registre de mouvement des stocks de vaccins et de consommables et dans le SMT.

##### Description

L'équipe d'audit a noté des insuffisances dans la saisie et la validation des données de stock de vaccins et autres intrants, comme l'illustrent les erreurs constatées suivantes :

- **Hub de Kinkole :**
  - a) Sorties de stocks non justifiées de **5 824 600 seringues autobloquantes 0,5 ml** entre 2020 et 2021 (lots n°1804J51, 191216 et 200111, voir **annexe 11**), représentant une valeur de **465 968 USD mise en question par l'audit**. Les sorties du stock ne sont pas identifiées dans le fichier SMT 2020 et les lots ne sont pas reportés au fichier SMT 2021 ;
  - b) Erreurs de saisie dans les fichiers SMT, portant sur les dates de péremption, les numéros de lots, le nombre de flacons, les numéros de bordereau de livraison (voir **annexe 9**) ;
  - c) Ecarts significatifs entre les soldes de doses de vaccins renseignés dans les fichiers SMT en fin d'année et le nombre de doses reporté au début de l'année consécutive. Ces écarts sont constatés sur toute la période auditée et concernent tous les vaccins disponibles dans le stock (voir **annexe 10**). Si le PEV explique ces écarts par des corrections des quantités dans l'outil SMT, leurs justifications ne sont pas documentées ;
  - d) Absence d'inventaires périodiques documentés ;
  - e) Sorties de vaccins et autres intrants virés ou périmés sans fiches de déclaration de perte en attestant la sortie et la mise au rebut (par exemple : 922 000 doses mVPO2 virées en 2018, 38 900 doses mVPO2 périmées en 2018, 5 340 doses C19-AZ Covishield périmées en 2021, voir **annexe 12**) ;
- **Antenne de Matadi :** les fichiers SMT 2019 et 2020 envoyés au niveau central ne sont pas complets, il manque les données des arrivages des mois de novembre 2019 et décembre 2020 ;
- **Antenne de Lubumbashi :** le fichier SMT de 2020 est également incomplet, les données des arrivages des mois de février, mai, août et novembre ne sont pas enregistrées ;
- **Utilisation insuffisante de l'outil DHIS2** (District Health Information System) pour la remontée des informations de stocks de vaccins dans les structures de santé, dans lequel les données de gestion des intrants sont majoritairement non renseignées (voir **annexe 15**).

##### Recommandations

Le MSPHP, en lien avec le PEV et les partenaires, devra :

- Procéder à une investigation documentée sur les sorties non documentées des seringues autobloquantes et convenir avec le secrétariat de Gavi des suites à donner à ce problème ;
- Mettre en place des contrôles de saisie des mouvements de stocks, au moment de leur enregistrement et a posteriori, de manière périodique. A cet effet, la mise en place et l'utilisation d'un système d'information électronique de gestion logistique (eSIGL) pourrait être considérée ;
- Procéder à des inventaires physiques de manière périodique et formalisée ;
- Matérialiser les sorties de vaccins et autres intrants virés et périmés sur la base d'un document attestant de la mise au rebut ;
- Effectuer une mise à jour des fichiers de stocks en corrigeant, de manière documentée, les incohérences et les données manquantes.

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

- Péremption de vaccins dont les dates n'ont pas été correctement renseignées ;
- Ecarts de stocks non décelés ;
- Pertes non justifiées ;
- Risque de ruptures ou de péremptions de stock de vaccins pour cause d'estimations des besoins erronées.

##### Réponses / Engagements du management

Voir le plan d'actions correctives en **annexe 21**

## 4.6. Suivi et évaluation

## 4.6.1. Qualité insuffisante des données de vaccination (PEV)

<p><b>Contexte</b></p> <p>Les données de vaccination ont été collectées sur l'outil DVD-MT (District Vaccine Data Management Tool) jusqu'en 2020, jusqu'au déploiement de DHIS2 (District Health Information System), devenu principal outil de gestion de l'information sanitaire. Les données des Aires de Santé sont saisies dans DHIS2 au niveau des Zones de Santé.</p> <p>La RDC a reçu ses premières doses de vaccins contre la COVID-19 fournies par le mécanisme COVAX le 19 avril 2021. Le pays a digitalisé le registre électronique de vaccination COVID-19 sur l'instance DHIS2 Tracker pour assurer la collecte et l'analyse de données.</p> <p>Un Comité National de Coordination de la Vaccination contre la COVID-19 a été mis en place et utilise une base de données Excel pour effectuer le suivi de la vaccination.</p>	
<p><b>Description</b></p> <p>L'équipe d'audit a constaté les faiblesses suivantes, qui ont un impact sur la qualité des données – à titre de référence, l'enquête de couverture DTC3, menée en 2020 auprès des ménages, présente un écart de 10 points inférieur à la couverture administrative (60,3% contre 70% respectivement) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Manque de régularité des réunions de validation des données.</b> Ainsi, <ul style="list-style-type: none"> <li>o Seuls deux rapports de validation des données mensuelles au niveau central ont été transmis (2019 et 2020) ;</li> <li>o Au niveau de l'antenne de Matadi, seuls quatre rapports de validation en 2020 et trois en 2021 ont été obtenus ;</li> </ul> </li> <li>- <b>Écarts entre les données</b> des rapports mensuels établis par les structures de santé et les données saisies dans DHIS2 pour ces mêmes structures, sur base d'un échantillon ;</li> <li>- <b>Cadre de performance est renseigné de manière incomplète</b> pour plusieurs indicateurs (voir <b>annexe 16</b>). De plus, les personnes du PEV disposant de codes d'accès au portail ont signalé que leurs comptes étaient bloqués et utilisaient le code d'accès de la CAGF pour entrer les résultats des indicateurs ;</li> <li>- <b>Duplication et incohérence des bases de données COVID-19</b> : une base de données Excel présente des données de vaccination agrégées, tandis que DHIS2 Tracker présente des données individuelles. DHIS2 demeure incomplet, par manque de tablettes pour saisir les données (seules 1 367 tablettes sont disponibles sur les 7 712 prévues, dans 16 provinces sur 26). Le rapprochement des deux bases de données utilisées pour la gestion des données de vaccination Covid-19 a révélé des écarts significatifs par province (voir <b>annexe 17</b>). A titre d'exemple : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Province du Haut-Katanga : écart de 124 353 de personnes vaccinées de 1<sup>ère</sup> doses entre la base Excel (222 105) et DHIS2 (97 752) ;</li> <li>o Province de Kinshasa : écart de 491 309 de personnes vaccinées de 1<sup>ère</sup> doses entre la base Excel (491 733) et DHIS2 (424).</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Recommandation</b></p> <p>Le MSPHP, en lien avec les entités concernées, devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tenir les réunions de validation des données à la fréquence prévue, à chaque niveau de la pyramide sanitaire, et formaliser les validations dans des rapports ;</li> <li>- Renforcer les contrôles de saisie au niveau des Aires et des Zones de Santé ;</li> <li>- Renouveler les accès au portail Gavi et effectuer un suivi régulier du cadre de performance ;</li> <li>- Harmoniser les données d'immunisation contre la COVID-19 et en assurer la complétude.</li> </ul>
<p><b>Risque(s) / Implication(s)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Données non fiables ;</li> <li>- Publication de données incohérentes ou non fiables pouvant influencer des décisions stratégiques.</li> </ul>	<p><b>Réponses / Engagements du management</b></p> <p>Voir le plan d'actions correctives en <b>annexe 21</b></p>

## 4.6.2. Supervisions irrégulières (PEV)

### Contexte

Les Plans d'Action Opérationnels (PAO) prévoient des supervisions aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Elles sont semestrielles pour le niveau central et trimestrielles pour les niveaux déconcentrés. Ces supervisions comprennent des objectifs spécifiques liés à la vaccination dans une portée formative et doivent permettre la remontée des faiblesses et problématiques constatées en vue d'opérer une amélioration continue des pratiques.

Dans le cadre du plan MASHAKO, les supervisions sont prévues sur une base mensuelle des Zones de Santé vers les Aires de Santé, et sur une base trimestrielle des Antennes vers les Zones de Santé, avec des scores d'évaluation.

### Description

L'équipe d'audit a constaté une insuffisance des supervisions aux différents niveaux :

- **Au niveau central** :
  - o Aucune supervision effectuée en 2018 ;
  - o Une seule supervision effectuée en 2019, qui n'a couvert que 6 DPS ciblées par le plan Mashako (MONGALA, TSHUAPA, KWILU, TANGANYKA, HAUT-LOMAMI ET KINSHASA) ;
  - o Une seule supervision effectuée en 2020, qui n'a couvert que les 9 DPS ciblées par le plan Mashako (KINSHASA, TSHUAPA, BAS UELE, SUD UBANGI, EQUATEUR, ITURI, TANGANYIKA, KASAI et LOMAMI) ;
  - o Deux supervisions effectuées en 2021, couvrant au total 24 DPS ;
- **Aux niveaux déconcentrés**, les supervisions étaient difficilement effectuées avant le démarrage du plan Mashako (une fois l'an contre quatre prévues au PAO), et les rapports de supervision n'ont pas été transmis par les antennes visitées (Matadi et Lubumbashi). Le plan Mashako a amélioré progressivement le nombre de supervisions, les scores partant de 45% pour atteindre 96% voire 100% dans certaines provinces, bien qu'il existe encore des provinces présentant des scores de 0% (voir les rapports trimestriels d'ACASUS).

L'irrégularité des supervisions est une cause majeure des incohérences de données DHIS2 et du cadre de performance.

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

- Performances dégradées du programme, les expériences acquises non capitalisées à tous les niveaux ;
- Pratiques de gestion opérationnelle hétérogènes ;
- Absence de remontée des problèmes rencontrés aux niveaux opérationnel et intermédiaire ;
- Faible qualité des données.

### Recommandations

Le MSPHP, en lien avec le PEV et les partenaires, devra poursuivre les efforts d'amélioration de la fréquence et de la qualité des supervisions, qui doivent être formatives et dont un suivi doit être effectué, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

### Réponses / Engagements du management

Voir le plan d'actions correctives en **annexe 21**

## Annexes

### Annexe 1 – Acronymes

SIGLE	DEFINITION
ACP	Accord-Cadre de Partenariat
ANO	Avis de Non-Objection
CCIA	Comité de Coordination Inter Agence
CCT	Commission de Coordination Technique
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMP	Code des Marchés Publics
CNP-SS	Comité National de Pilotage du Secteur de la Santé
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CS	Centre de Santé
CSE	Chargé de la Surveillance Epidémiologique
DCPEV	Direction de Coordination du Programme Élargi de Vaccination
DCRP	Direction de la Communication et des Relations Publiques
DGSHP	Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique
DHIS2	District Health Information System 2
DRS	Direction Régionale de la Santé
ZS	Zone de Santé
DSC	Direction de la Santé Communautaire
DVD-MT	District Vaccine Data Management Tool
ECP	Evaluation de la Capacité du Programme
EGEV	Evaluation de la Gestion Efficace des Vaccins
ESCOM	Etablissements Sanitaires à base Communautaire
ESPC	Etablissements Sanitaires de Premier Contact
FCFA	Franc de la Communauté Financière Africaine
Gavi	Alliance Mondiale pour les vaccins et la Vaccination
GEV	Gestion Efficace des Vaccins
GMR	Exigences en matière de Gestion des Subventions
HPV	Papillomavirus Humains
IGF	Inspection Générale des Finances
MSPHP	Ministère de la Santé Publique Hygiène et Prévention
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OSC	Organisations de la Société Civile
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PON	Procédures Opératoires Normalisées
PON-GEV	Procédures Opératoires Normalisées pour une Gestion Efficace des Vaccins

<b>SIGLE</b>	<b>DEFINITION</b>
PPAC	Plan Pluriannuel Complet
PPM	Plan de Passation des Marchés
PV	Procès-Verbal
RR	Rougeole Rubéole
RSS	Renforcement du Système de Santé
SAMU	Service d'Aide Médicale d'Urgence
SD/CAH	Sous-Direction de la Coordination de l'Action Humanitaire dans le domaine de la santé
SD/MPS	Sous-Direction de la Multisectorialité et de la Promotion de la Santé
SD/SSP	Sous-Direction des Soins de Santé Primaires
SMT	Stock Management Tool
Td	Vaccin contre Tétanos, Diphtérie
UNICEF	Fonds des Nations-Unis pour l'Enfance
USD	Dollar des États-Unis d'Amérique
VAR	Vaccin Anti-Rougeole
VAT	Vaccin Anti Tétanique

## Annexe 2 – Méthodologie

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

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

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

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

**A. NOTES D'AUDIT ET OPINION GLOBALE**

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

-  **Satisfaisant** – Les contrôles internes et les procédures de gestion des risques sont établis et adéquats, et fonctionnent correctement. Aucun domaine présentant un risque élevé n'a été identifié. En général, les objectifs du programme ont une forte probabilité d'être réalisés.
-  **Partiellement satisfaisant** – Les contrôles internes et les procédures de gestion des risques sont généralement établis et fonctionnent, mais requièrent des améliorations. Au moins un domaine présentant un risque modéré quant à la réalisation des objectifs du programme a été identifié.
-  **Améliorations significatives nécessaires** – Les contrôles internes et les procédures de gestion des risques présentent des faiblesses dans leur nature ou dans leur opérationnalisation qui pourraient affecter négativement la réalisation des objectifs du programme.
-  **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 du programme.

**B. NIVEAUX DE RISQUE DES CONSTATS D'AUDIT**

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

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

## Annexe 4 – Observations de la Cour des Comptes – Gouvernance PEV

**OBSERVATIONS ET RECOMMANDATIONS****C.PEV****Gouvernance****❖ Constat(s) n°1 : Non-respect de la procédure de recrutement du personnel du PEV**

La Loi n° 81 - 003 du 17 juillet 1981 portant statut du Personnel de Carrière des Services Publics de l'Etat, en son article 7, dispose que « Tout recrutement doit avoir pour objet de pourvoir la vacance d'un emploi budgétairement prévu ».

Selon les dispositions de cet article, le Service public utilisateur du personnel doit évaluer le besoin en personnel, prévoir le recrutement dans le budget et obtenir l'avis du Ministre de la fonction publique.

L'article 9 de la même loi précise que tout recrutement opéré sans concours ou en dehors du concours est illégal. Il en est ainsi des commissions d'affectation et autres admissions sous-statut faites sans concours.

Il ressort de nos vérifications que le recrutement du personnel du PEV est assuré au niveau du Cabinet et du Secrétariat Général du ministère de la Santé. Cependant, nous n'avons obtenu aucune évidence sur : (i) l'expression de besoin du PEV, (ii) l'obtention de l'avis préalable du Ministère de la Fonction Publique, (iii) la budgétisation, (iv) l'organisation du concours de recrutement.

Cette pratique illégale observée au sein du Ministère de la Santé a comme conséquence majeure l'existence des Nouvelles Unités « NU » et des Non payés « NP ».

Actuellement, le PEV compte plus de 290 agents, alors que le cadre organique prévoit 88 agents.

**Recommandations**

Pour tout recrutement, le Ministère de la Santé Publique doit se conformer aux dispositions pertinentes de la loi portant statut du Personnel de Carrière des Services Publics de l'Etat.

**❖ Constat(s) n°2 : Existence d'un personnel non rémunéré**

Le problème de motivation se pose avec acuité. En Effet, nous avons noté plusieurs cas d'agents non mécanisés depuis plusieurs années, qui n'ont ni salaire, ni prime, c'est le cas notamment des nouvelles unités qui n'ont pas de numéros matricules, ainsi que d'autres qui ont des numéros matricules, mais non mécanisés. Ces derniers ne perçoivent que des primes.

Cette pratique, qui expose l'entité aux risques juridique et réputationnel élevés, a déjà occasionné plusieurs cas de départ des cadres techniques et administratifs du PEV.

**Recommandations**

Le Ministère de la Santé Publique doit tout mettre en œuvre pour régulariser la situation des agents et cadres non mécanisés et non payés.

**❖ Constat(s) n°4 : dossier du personnel incomplet**

Alors que la loi portant statut du Personnel de Carrière des Services Publics de l'Etat donne la liste d'une dizaine de documents devant constituer un dossier du personnel, les diligences mises en œuvre par l'équipe de contrôle ont révélé que les dossiers administratifs du personnel tenus au niveau du service en charge de gestion des Ressources humaines sont incomplets. La plupart de ces dossiers ne comportent que le CV, la commission d'affectation et la lettre de mise en service.

**Recommandations**

Nécessité pour le service en charge de la gestion des ressources humaines de mettre à jour le dossier du personnel.

**❖ Constat(s) n°3 : Absence d'évidence d'évaluation du personnel**

Les meilleures pratiques en matière de gestion du personnel veulent à ce que les cadres et agents soient périodiquement évalués en fonction des attributions reprises de leurs fiches de poste. La Coordination du PEV n'a pas mis en place des mécanismes d'évaluation périodique du personnel.

**Recommandations**

Nécessité de systématiser l'évaluation annuelle du personnel.

**❖ Constat : Absence de mécanisme de gestion des Risques**

Les bonnes pratiques en matière de gouvernance exigent que l'organisation mette en place une politique de gestion des risques, afin de garantir l'atteinte des objectifs fixés.

Les diligences de l'équipe de contrôle ont révélé que le PEV n'a pas mis en place un plan de gestion des risques opérationnels. L'équipe de contrôle n'a eu aucune évidence des contrôles inopinés et périodiques des opérations comptables réalisés par les Auditeurs internes ou des personnes indépendantes.

**Risque**

- Personnel inadéquat
- Importance des agents non rémunérés

**Recommandations**

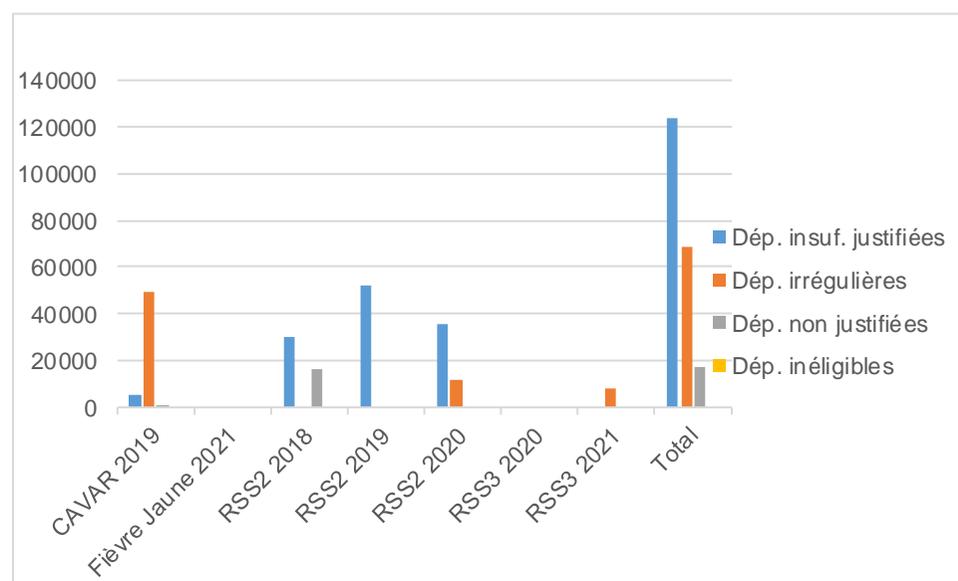
- Mettre en place un cadre de gestion de risque adapté au contexte du PEV
- Rendre opérationnelle la fonction d'audit interne du PEV.

## Annexe 5 – Synthèse des dépenses mises en question

## a) Dépenses auditées mises en question

Répartition par subvention et par nature de défaut des dépenses auditées mises en question (voir **annexe 6** pour les observations détaillées) :

Subvention	Bénéficiaire	Total des dépenses engagées	Dépenses auditées (a)	Dépenses insuffisamment Justifiées	Dépenses Irrégulières	Dépenses non justifiées	Dépenses Inéligibles	Dépenses auditées mises en question (b)	Part des dépenses auditées mises en question (b/a)
RSS2 2018	CAGF	9 693 712	2 128 970	30 559	-	16 678	-	47 237	2%
RSS2 2019		13 050 125	1 122 166	52 226	-	-	-	52 226	5%
RSS2 2020		5 687 085	634 640	35 956	11 595	-	-	47 551	7%
RSS3 2020		2 538 928	818 929	-	-	-	-	-	0%
RSS3 2021		2 422 322	727 136	-	7 804	-	-	7 804	1%
Fièvre Jaune 2021		1 637 339	642 422	-	-	-	-	-	0%
CAVAR 2019		6 418 688	409 403	5 480	49 693	290	-	55 463	14%
<b>Total</b>			<b>41 448 199</b>	<b>6 483 666</b>	<b>124 222</b>	<b>69 092</b>	<b>16 968</b>	-	<b>210 282</b>



## b) Autres dépenses mises en question

Description	Montant
Taxes sur frais bancaires <i>(voir constat 4.2.6)</i>	35 648
Sur-paiement de primes au bénéfice de fonctionnaires <i>(voir constat 4.1.5 et annexe 20)</i>	15 591
<b>Total</b>	<b>51 239</b>

## c) TOTAL DEPENSES MISES EN QUESTION

Synthèse a) + b)	MONTANT
Dépenses auditées mises en question	210 282
Autres dépenses mises en question	51 239
<b>Total</b>	<b>261 521</b>

## Annexe 6 – Détail des dépenses auditées mises en question

## a- Dépenses mises en question RSS2 2018

Date - N° Ordre	Libellé	Débit	Observations	Commentaire de la CAGF	Commentaire complémentaire audit	Montant insuffisamment justifié	Montant irrégulier	Montant non justifié	Mise à jour Commentaire de la CAGF
16/11/2018- 010004	Locations vehicules et traversées bac, accompagnement technPTT1-2018 DPS Tanganyika	16 900	Il s'agit de location de véhicules, soit 12 factures et contrats (du 26/5/18 au 7/6/18)..Absence de carte rose (certificat d'immatriculation) des véhicules loués et permis de véhicule des chauffeurs. Absence de preuve de paiement.	La seule exigence dans ce cas est d'établir le lien entre le véhicule et son propriétaire : ici, le document d'assurance du véhicule fait ce lien. Quant à la date de paiement de la facture, il est certain que les factures ont été établies au moment de la signature du contrat ; toutefois, rien n'indique qu'elles aient été payées anticipativement. On ne peut pas dire à quel moment elles ont été payées.  A notre avis, il est question que l'auditeur devra vérifier si les documents pour lesquels la dépense est rejetée est conforme au manuel de procédures de la CAGF ou pas. Dans le cas contraire, ceci serait un point de contrôle interne.	Nous notons l'absence de la preuve de paiement.  <b>Nous maintenons ce point.</b>	16 200			Le fait que le véhicule soit assuré prouve à suffisance que le véhicule est régulièrement immatriculé. Pour votre Gouverne, les contrôles techniques ne sont pas institués dans toutes les provinces à ce jour. Par ailleurs, nous ne voyons pas en quoi ces informations seraient nécessaires pour la sécurité du convoie.  En ce qui concerne le permis de conduire, c'est depuis 2017 que l'état a suspendu la production des permis de conduire. Et à ce jour, aucun congolais n'a un permis de conduire valide, car expiré depuis fin 2021.  Comme vous l'aviez remarqué sur la pièce (Facture contenant la mention payée), il s'est agit d'un paiement en espèce. Pour information, depuis près de 2 ans, la CAGF a lancé le processus de paiement des fournisseurs directement par la voie électronique via Mobile money pour réduire au maximum les paiements en espèce.
28/12/2018- 010025	OP157, Fre n° 042/Mson TJL achat carburant maint & fonctionnement chambre froide PTT1 2018 DPS Lomami	21382	Les quantités renseignées sur la facture ne correspondent pas à celles mentionnées sur les fiches de stocks. Le montant total de la facture est de 34 542 dollars.les 13160 (34 542 - 21 382) dollars ont été enregistrés sur la ligne budgétaire 1301.Sur les 10 029 litres de gasoil de la facture, 6444 litres	La disponibilité de la fiche de stock dans la l'Antenne de Kabinda est justifiée par le fait que cette ZS est dans le chef- lieu de la province. Pour l'Antenne de Mwene Ditu, éloignée du chef-lieu, les bons de livraison ont été utilisés pour la distribution du carburant. Bref, 6444 litres renseignés dans la fiche de stock et 3585 litres renseignés dans les bons de livraison.	Documents justificatifs incomplets.  <b>Nous maintenons ce point.</b>	14 359			La disponibilité de la fiche de stock dans la l'Antenne de Kabinda est justifiée par le fait que cette ZS est dans le chef-lieu de la province. Pour l'Antenne de Mwene Ditu, éloignée du chef-lieu, les bons de livraison ont été utilisés pour la distribution du carburant. Bref, 6444 litres renseignés dans la fiche de stock et 3585 litres renseignés dans les bons de livraison.

Date - N° Ordre	Libellé	Débit	Observations	Commentaire de la CAGF	Commentaire complémentaire audit	Montant insuffisamment justifié	Montant irrégulier	Montant non justifié	Mise à jour Commentaire de la CAGF
			correspondent à la fiche de suivi de stock (pour l'antenne de KABINDA); nous n'avons pas retrouvé la fiche de suivi de stock correspondant au solde de 3 585 litres de gasoil, soit 8 962,5 dollars (3 585*2,5) pour l'antenne de MWENE DITU. par ailleurs, sur les 2 574 litres d'essence sur la facture, 1 771 litres d'essence sont renseignés sur la fiche de suivi de stock (pour l'antenne de KABINDA ) ; nous n'avons pas retrouvé la fiche de suivi de stock correspondant au solde de 983 litres d'essence, soit 2 260,9 dollars (983*2,3) pour l'antenne de MWENE DITU. Enfin sur les 784 litres de SAE 40 sur la facture, nous n'avons retrouvé aucune fiche de suivi de stock pour les antennes de KABINDA et MWENE DITU, soit 3 136 dollars (784*4).						
16/11/2018-010001	OP161, perdiem, carburant accompagnement technique ; DPS Haut Lomami	36 997	Mission de supervision dans les zones de santé. Nous n'avons pas retrouvé les pièces justificatives évaluées à 14 000 dollars.	Avec l'auditrice, nous avons refait le calcul de toutes les pièces justificatives et aucun écart n'a été constaté. Ce point avait déjà été levé par elle et nous ne comprenons pas pourquoi ce point est repris dans cette synthèse.	Le calcul qui a été refait concerne plutôt la pièce n°878 en date du 16/11/2018 pour un montant de 23 591 dollars (compte 622800)  <b>Merci alors de nous fournir les pièces justificatives</b>			14 000	Avec l'auditrice, nous avons refait le calcul de toutes les pièces justificatives et aucun écart n'a été constaté. Ce point avait déjà été levé par elle et nous ne comprenons pas pourquoi ce point est repris dans cette synthèse.

Date - N° Ordre	Libellé	Débit	Observations	Commentaire de la CAGF	Commentaire complémentaire audit	Montant insuffisamment justifié	Montant irrégulier	Montant non justifié	Mise à jour Commentaire de la CAGF
16/11/2018- 010001	OP161, perdiem, trans port carburant, restauration. revue trim; DPS Haut Lomami.	24 535	Nous n'avons pas retrouvé les pièces justificatives évaluées à 2678 dollars	Avec l'auditrice, nous avons refait le calcul de toutes les pièces justificatives et aucun écart n'a été constaté. Ce point avait déjà été levé par elle.	Le calcul qui a été refait n'a pas été concluant. Il a été convenu que l'auditrice retourne rechercher les pièces manquantes.  <b>Merci alors de nous fournir les pièces justificatives.</b>			2 678	Avec l'auditrice, nous avons refait le calcul de toutes les pièces justificatives et aucun écart n'a été constaté. Ce point avait déjà été levé par elle.
						<b>30 559</b>		<b>16 678</b>	

## b- Dépenses mises en question RSS2 2019

Date - N° Ordre	Libellé	Débit	Observations	Commentaire de la CAGF	Commentaire audit	Montant insuffisamment justifié	Montant irrégulier	Montant non justifié	Mise à jour Commentaire de la CAGF
31/12/2019- 010125	OP 074/2019_BL19 070175 DPS KINSHASA_PT T2 2019 _ASS COMPL TRANSPOR VACCIN_CARB URANT	65 774	Dans la zone de santé : * de KINTAMBO, le carburant payé est de 1 222,29 litres contre 1 059 litres reportés sur la fiche de consommation de stock. il ressort un écart 163,29 litres pour une valeur de 212,277 dollars ; *de MT NGAFULA, le carburant payé est de 3 910,6 litres contre 3 621 litres reportés sur la fiche de consommation de stock. il ressort un écart de 289,6 litres pour une valeur de 376,48 dollars ; *de MALUKU, le montant total de la facture du 8/7/2019 est de 1 483 dollars, mais le nombre de litres inscrit est 140,8 litres contre 1 140,8 litres (1 483/1,3) reconstitué par nos soins. Il ressort un écart de 1 000 litres	A l'achat du carburant, la facture reprend la quantité globale : une partie entre directement dans la(les) voitures et le reste entre en stock; c'est ce qui explique généralement de tels écarts.	La fiche de sock doit suivre le stock reellement acheté et son utilisation. Pas seulement la partie qui rentre dans le reservoir. Comment se fait le suivi de la consommation de ce reste de carburant qui n'est pas répertorié sur la fiche de stock ?  <b>Nous maintenons ce point</b>	1 889			A l'achat du carburant, la facture reprend la quantité globale : une partie entre directement dans la(les) voitures et le reste entre en stock; c'est ce qui explique généralement de tels écarts. Nous pensons donc que cette observation pourrait être reclassée en contrôle interne

Date - N° Ordre	Libellé	Débit	Observations	Commentaire de la CAGF	Commentaire audit	Montant insuffisamment justifié	Montant irrégulier	Montant non justifié	Mise à jour Commentaire de la CAGF
			équivalent à 1 300 dollars (1 000 litres * 1,3). Il est à noter que la quantité inscrite dans la fiche de stock est de 140,8 litres.						
16/12/2019- 010002	OP 074/19,DPS Kasai,Assurer compl transport vaccins ZS prior plan. Mashako_Achat Carburant.	10 687	Nous avons constaté un achat de carburant 6 388 dollars et de lubrifiant de 400 dollars. Le PV de sélection de fournisseurs est daté de 9/7/19 alors que la demande de cotation date du 16/7/19. sur la facture proforma du fournisseur DEPOT CENTRAL, le numéro d'identification national et le RCCM ne correspondent pas à ceux renseigné sur la demande de cotation. Ce dernier constat est fait également sur un autre achat de carburant de 3 898,5 dollars.	On voit clairement que dans la demande de cotation, bien que toutes les coordonnées du fournisseur soient renseignées, une erreur de saisie s'est produite sur le numéro RCCM. La facture et la pro forma du Dépôt Central ont le même numéro RCCM.	Quid des dates alors ?  <b>Nous maintenons ce point.</b>	10 287			Nous allons accroître la vigilance dans la revue des pièces comptables avant toute comptabilisation. Toutefois, la dépense ayant été effectuée dans le cadre des activités du projet, nous pensons qu'il serait souhaitable que cette observation soit reclassée en contrôle interne.

Date - N° Ordre	Libellé	Débit	Observations	Commentaire de la CAGF	Commentaire audit	Montant insuffisamment justifié	Montant irrégulier	Montant non justifié	Mise à jour Commentaire de la CAGF
02/09/2019- 010005	OP 074/2019_DPS ITURI_PT T1 2019 Compl transport vaccins ZS - DPS_ Location véhicules	24 990	<p>Dans la procédure de passation du 1er marché, nous avons relevé une incohérence entre le PV de sélection (4/3/2019), l'attribution du marché (4/3/19) et la date de dépouillement des offres (7/4/19). La facture proforma du soumissionnaire (LOSSA BURRA) date du 3/4/19 contrairement à la date limite de dépôt qui est de 4/3/19. Il a été signé 5 contrats de service mentionnant les différentes destinations. Insuffisance retrouvée dans chaque contrat :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* les 5 contrats portent le même numéro "N°6/PEV//ANT/BIA/2019.</li> <li>* la période de mise en oeuvre court à partir du 7/03/2019 au 31/05/2019 soit 85 jours et non 60 jours mentionné dans chaque contrat. Insuffisance relevé dans le 2ème marché :</li> <li>* le PV de sélection (4/3/2019), l'attribution du marché (4/3/19) et la date de dépouillement des offres (7/4/19)</li> <li>* Les factures proforma des soumissionnaires (BORA UZIMA et GLOIRE A DIEU) datent respectivement du 8/5/19 et du 25/5/2019 contrairement à la date limite de dépôt qui est de 4/3/19.</li> </ul>	<p>Les 5 contrats sont distincts dans leur contenu, date, PV d'attribution, PV de sélection...</p> <p>Mais la bureautique ayant saisi les lettres d'attribution du marché pour chaque contrat, n'a pas modifié la date du 04/03. C'est une erreur de copier-coller.</p> <p>A titre d'exemple, le Fournisseur Ets Gazelle a réceptionné sa lettre le 04/04/2019, qui est aussi la date de la rédaction de celle-ci. Mais c'est le 04/03 qui est reprise comme partout.</p> <p>Le contrat est réellement de 60 jours ouvrables et s'exécute dans l'intervalle allant du 07/03 au 31/05/2019; il n'y a donc pas de contradiction.</p> <p>A notre avis, ceci pourra faire à la limite, objet d'une observation de contrôle interne.</p>	<p>Un cumul d'incohérences qui mettent en cause la transparence du processus.</p> <p><b>Nous maintenons ce point.</b></p>	24 990			<p>Les 5 contrats sont distincts dans leur contenu, date, PV d'attribution, PV de sélection...</p> <p>Mais la bureautique ayant saisi les lettres d'attribution du marché pour chaque contrat, n'a pas modifié la date du 04/03. C'est une erreur de copier-coller.</p> <p>A titre d'exemple, le Fournisseur Ets Gazelle a réceptionné sa lettre le 04/04/2019, qui est aussi la date de la rédaction de celle-ci. Mais c'est le 04/03 qui est reprise comme partout.</p> <p>Le contrat est réellement de 60 jours ouvrables et s'exécute dans l'intervalle allant du 07/03 au 31/05/2019, il n'y a donc pas de contradiction.</p> <p>A notre avis, ceci pourra faire à la limite, objet d'une observation de contrôle interne.</p>

Date - N° Ordre	Libellé	Débit	Observations	Commentaire de la CAGF	Commentaire audit	Montant insuffisamment justifié	Montant irrégulier	Montant non justifié	Mise à jour Commentaire de la CAGF
			<p>* Il a été signé 5 contrats de service mentionnant les différentes destinations. Insuffisance retrouvée dans chaque contrat :            * les 5 contrats portent le même numéro "N°6/PEV/ANT/BIA/2019".            * la période de mise en oeuvre court à partir du 7/03/2019 au 31/05/2019 soit 85 jours et non 60 jours mentionné dans chaque contrat.</p>						

Date - N° Ordre	Libellé	Débit	Observations	Commentaire de la CAGF	Commentaire audit	Montant insuffisamment justifié	Montant irrégulier	Montant non justifié	Mise à jour Commentaire de la CAGF
30/09/2019- 010031	OP 112/2018_DPS LUALABA_PT T3 2018 Compl. transport vaccins & intrants ZS vers CS_ Location véhicule	15 480	Le contrat de location du véhicule et la facture (n°33/18 de 3190 dollars) ne renseignent pas l'itinéraire d'expédition des intrants. Il s'agit du fournisseur Ets CHOZ MM	Le PV d'attribution qui est le soubassement du contrat, indique les zones de santé concernées par ce transport. La facture a été payée, non sur base de l'itinéraire mais sur le nombre de jours de location.	Il est essentiel que le contrat précise l'itinéraire. En l'effet, c'est l'itinéraire qui détermine le nombre de jours de location nécessaires. Ces informations doivent être reprises dans le contrat.  <b>Nous maintenons ce point</b>	3 190			Le PV d'attribution qui est le soubassement du contrat, indique les zones de santé concernées par ce transport. La facture a été payée, non sur base de l'itinéraire mais sur le nombre de jours de location, et ce, conformément au Manuel de Procédures de la CAG qui n'exige pas qu'il soit repris sur le contrat l'itinéraire.  Toutefois, nous pouvons prendre cette observation comme axe d'amélioration du format de contrat sans que la dépense soit considérée par l'auditeur comme n'étant pas suffisamment justifiée.
30/11/2019- 010007	DPS Kongo Central, Compl Justif PT 2017- Organi microplanificatio n-ant Boma	32 941	Pas de pièces justificatives dans le classeur sauf un état récapitulatif du budget, de l'exécution	La pièce sélectionnée ici se réfère à un complément ; le dossier initial devant se retrouver en 2017	Suite à la revue des documents additionnels transmis par la CAGF, nous notons que pour l'atelier de micro planification qui s'est tenu à BOMA du 22 au 24 août 2019, 3 facilitateurs provinciaux n'ont pas émargé la liste de présence mais ont perçu chacun des perdiem de 244 dollars, soit un total de 732 dollars (3*244).  Par ailleurs, le montant des pièces justificatives soumises à nos contrôles sont de 33 989 dollars contre 32 941 dollars comptabilisés soit un écart (surplus) de 1 048 dollars.	732			

Date - N° Ordre	Libellé	Débit	Observations	Commentaire de la CAGF	Commentaire audit	Montant insuffisamment justifié	Montant irrégulier	Montant non justifié	Mise à jour Commentaire de la CAGF
15/03/2019- 010001	OP158; Achat carburant travaux préparatoire et trans revue trim PTT1 2018 DPS Equateur	11 139	Absence de fiche de consommation du carburant. 3 factures du même fournisseur "Jacques BONGENDE": Facture n°4 de 360 dollars (200 litres); Facture n°257 de 10 599 dollars (5635 litres); Facture n°218 de 180 dollars (120 litres)	La fiche de répartition du carburant par zone de santé et les différents bons de retrait du carburant, bons signés par le bénéficiaire et contresigné par le fournisseur retracent clairement comment ce stock est géré. Bref, le fournisseur est payé, le stock reste gardé chez lui, et sur la base d'un bon de retrait signé par la DPS, chaque bénéficiaire va s'approvisionner directement chez le fournisseur. Etant donné que la DPS ne gère pas directement ce stock, la fiche de consommation n'est pas de mise; seulement le suivi des différents bons émis.	Le stock de carburant acheté et conservé chez le fournisseur ne correspond pas encore à une utilisation effective du carburant. Un état de suivi de ce stock doit nécessairement être joint pour la justification de la dépense. Le solde de carburant disponible chez le fournisseur est un actif qui peut toujours être réalloué à un autre besoin de carburant de la DPS.  <b>Nous maintenons ce point</b>	11 139			La DPS ne stocke pas de carburant. Elle achète une quantité de carburant et les véhicules et motos passent auprès du fournisseur pour retirer les quantités qui leur sont destinées pour les activités du terrain, moyennant bon de retrait carburant.  Dans ce cas précis, pas besoin de fiche de consommation de carburant. Et même si besoin de fiche de suivi de carburant il y avait, cela serait un point de contrôle interne et non un point susceptible de qualifier la dépense d'insuffisamment justifiée.
						<b>52 226</b>	-	-	

## c- Dépenses mises en question RSS2 2020

Date_ N° ordre	Libellé	Débit	Observations	Commentaire de la CAGF	Commentaire audit	Montant insuffisamment justifié	Montant irrégulier	Mise à jour Commentaire de la CAGF
31/12/2020 010072	OP 038/2020 BL20050214 DPS KWILU PT T1 2020 ASSURER ACCOMP TECH MENS DPS-ZS PLAN MASH _COLLATION	30 919	Il s'agit des frais de collation dans le cadre des activités "Organisation des stratégies avancées" du plan MASHAKO. Nous avons remarqué des signatures qui diffèrent, pour une même personne, sur les états de paiement et listes de présence: * de la zone de santé KIKWIT SUD T1 2020 pour une valeur de 1000 dollars ; * de la zone de santé LUSANGA T1 2020 pour une valeur de 2 040 dollars. Par ailleurs, sur la liste de présence du 25/01/2020, 13 personnes ont émargé pour une journée alors que l'état de paiement fait état de 4 jours. Ce surplus est évalué à 195 dollars (13*3*5) ; * de la zone de santé KIKWIT NORD T1 2020 pour une valeur de 1 000 dollars ; * de la zone de santé KINGANDU T1 2020 pour une valeur de 60 dollars ; * de la zone de santé GUNGU T1 2020 pour une valeur de 1 500 dollars ; * de la zone de santé YASA BONGA T1 2020 pour une valeur de 1 000 dollars ; * de la zone de santé MUKEDI T1 2020 pour une valeur de 2 200 dollars ; * de la zone de santé MOANZA T1 2020 pour une valeur de 2 600 dollars	A notre niveau, nous n'avons pas pu remarquer 2 signatures différentes pour une personne. Toutefois, il est vrai que la probabilité est élevée pour qu'une personne, surtout dans les milieux reculés, n'ait pas une signature fixe. En outre, seule la ZS de Lusanga a 195 \$ de surplus ; pour les ZS de Kikwit Nord, Kingandu, Gungu et Yasa Bonga, les états de Paie et Listes de présence sont emmargés,	Pour les ZS de Kikwit Nord, Kingandu, Gungu et Yasa Bonga, des signatures différent, pour une même personne, sur les états de paiement et listes de présence.  <b>Nous maintenons ce point.</b>		11 595	A notre niveau, nous n'avons pas pu remarquer 2 signatures différentes pour une personne. Toutefois, il se pourrait qu'il y ait une personne qui signe différemment sur deux ou plusieurs documents. Cependant, cela ne rendrait pas la dépense irrégulière. En effet, dans le Congo profond, le plus souvent il est difficile de tomber sur les personnes suffisamment instruites pour mener certaines activités. D'où ce cas de signatures différentes pourrait être observée.
31/03/2020 010060	OP 073/2019 DPS KWILU BDD PT T2 T3 2019 ACCOMP TECH MENS ZS RIVERAINE PERDIEM SUPER & CHAUFFEURS	18 185	Mission de supervision PEV DE 6 zones de santé dans le cadre du plan MASHAKO. Dans les termes de références, la mission débute le 25 août au 31 août 2019. Cependant, l'ordre de service est signé le 26 août 2019 avec pour date de départ le 8 août 2019 et date de retour le 13 août 2019. De nos discussions avec la CAGF, l'ordre de service n'a pas été actualisé.	Etant donné que le processus de signature d'un OM est assez long, il n'est pas toujours aisé de l'actualiser. Les visas au verso de l'OM, reprennent les dates de l'effectivité de la mission ; la date du départ et de retour, au recto, étant souvent indicative car on n'a pas la maîtrise totale sur tout le processus (surtout externe à la CAGF)	<b>Nous maintenons ce point.</b>	18 185		La mission a été effectuée et vous en avez eu les évidences. Devriez-vous considérer cette dépense d'inéligible à cause du décalage entre la date des TDR et la date de l'OM  Vous aviez séjourné en RDC et aviez vu combien il y a eu de perturbation calendaire dues aux problèmes de disponibilité de vol, de l'attente dans la signature des OM, de l'accessibilité aux autorités etc.

Date_ N° ordre	Libellé	Débit	Observations	Commentaire de la CAGF	Commentaire audit	Montant insuffisamment justifié	Montant irrégulier	Mise à jour Commentaire de la CAGF
04/03/2020 010003	OP444/19, Sentrad Group,Entretien 9 véhicules PEV-9 fact	17 771	L'ordre de paiement joint est de 18 374 dollars contre 17 771 sur le chèque. Cet écart de 603 dollars se justifie par l'absence de mise à jour de l'OP avant émission du chèque.	Un OP peut se référer à une ou plusieurs factures ; dans ce cas, le montant de l'OP ne doit obligatoirement pas correspondre à celui d'une facture unique. Il faut signaler que ce document interne appelé «OP » n'a rien à voir avec un ordre de paiement ou de virement de la banque par exemple.	L'ordre de paiement est un document important qui matérialise l'autorisation de la dépense. Si cet ordre a été payé d'autres factures, merci d'indiquer toutes les factures payées par cet ordre.  <b>Nous maintenons ce point</b>	17 771		Un OP peut se référer à une ou plusieurs factures ; dans ce cas, le montant de l'OP ne doit obligatoirement pas correspondre à celui d'une facture unique. Il faut signaler que ce document interne appelé « OP » n'a rien à voir avec un ordre de paiement ou de virement de la banque par exemple.
						<b>35 956</b>	<b>11 595</b>	

## d- Dépenses mises en question RSS3 2021

Date - N° Ordre	Libellé	Débit	Observations	Commentaire de la CAGF	Commentaire audit	Montant insuffisamment justifié	Montant irrégulier	Mise à jour Commentaire de la CAGF
30/06/2021- 010008	OP 076/2020_BQS2 009072_DPS KWILU_ANT PEV/ BDD_PT T3 2020_Collation	9 091	Il s'agit des frais de collation dans le cadre des activités "Organisation des stratégies avancées » du plan MASHAKO, dans la province de KWILU. Sur l'état de paiement constatant la mission du 17/09/2020 au 20/09/2020, nous avons remarqué l'absence de la signature du CAC (TAMPWO Béno) qui a perçu 18,482 dollars. Par ailleurs, nous avons remarqué des signatures qui diffèrent, pour une même personne, sur les états de paiement et listes de présence de la zone de santé LUSANGA T3 2020 pour une valeur de 2400 dollars.	A notre niveau, nous n'avons pas pu remarquer 2 signatures différentes pour une personne. Toutefois, il est vrai que la probabilité est élevée pour qu'une personne, surtout dans les milieux reculés, n'ait pas une signature fixe. La tendance est que beaucoup de signatures des gens évoluent. L'évolution d'une signature sur une liste ne devrait pas mettre en cause la validité de la pièce. Il arrive d'ailleurs que la banque rejette une signature qui a évolué et pourtant le signataire du compte est toujours le même.  Nous n'avons pas retracé la pièce non signée de 18,5\$.	Confère le fichier joint pour la pièce non signée de 18,5\$.  <b>Nous maintenons ce point.</b>		2 418	A notre niveau, nous n'avons pas pu remarquer 2 signatures différentes pour une personne. Toutefois, il est vrai que la probabilité est élevée pour qu'une personne, surtout dans les milieux reculés, n'ait pas une signature fixe. La tendance est que beaucoup de signatures des gens évoluent. L'évolution d'une signature sur une liste ne devrait pas mettre en cause la validité de la pièce. Il arrive d'ailleurs que la banque rejette une signature qui a évolué et pourtant le signataire du compte est toujours le même.  Nous n'avons pas retracé la pièce non signée de 18,5\$.

Date - N° Ordre	Libellé	Débit	Observations	Commentaire de la CAGF	Commentaire audit	Montant insuffisamment justifié	Montant irrégulier	Mise à jour Commentaire de la CAGF
30/06/2021- 010005	OP 076/2020_BQS2 009072_DPS KWILU_PT T3 2020_Collation	23 937	Nous avons remarqué des signatures qui diffèrent, pour une même personne, sur les états de paiement et listes de présence de la zone de santé MOSANGO T3 2020 pour une valeur de 440 (200+140+100) dollars ; de la zone de santé de PAY KONGILA de 600 (180+420) dollars ; de la zone de santé d'IPAMU de 946 (520+426) dollars ; de la zone de santé de MUNGINGINDU de 1 400 (200*7) dollars. Pour la zone de santé MUNGINGINDU, deux personnes n'ont pas émarginé la liste de présence mais ont perçu 20 dollars chacun : LUBU LUBU, KUBENDE Dorcas. Même constat pour la zone de santé BULUNGU de 1800 (600*3) dollars. Dans la zone de santé de MOANZA, un des participants (infirmier titulaire, MABANZA Dieudonné) n'a pas émarginé ni la liste de paiement ni les listes de présence, soit 20 dollars (5*4). Dans la zone de santé de MASI MANIMBA, un des participants (relais communautaire, MUJAYA Afala) n'a pas émarginé 3 listes de présence sur 4, mais a reçu 20 dollars (5*4). Toujours dans cette zone, un autre participant (Relais communautaire, MBEMBA Angel) a reçu 20 dollars mais n'a pas émarginé l'état de paiement.	A notre niveau, nous n'avons pas pu remarquer 2 signatures différentes pour une personne. Toutefois, il est vrai que la probabilité est élevée pour qu'une personne, surtout dans les milieux reculés, n'ait pas une signature fixe. La tendance est que beaucoup de signatures des gens évoluent.  En outre, les approbations et signatures des autorités compétentes reprises sur les listes de présence faisant foi.	Voir la pièce jointe  Nous maintenons ce point.		5 286	A notre niveau, nous n'avons pas pu remarquer 2 signatures différentes pour une personne. Toutefois, il se pourrait qu'il y ait une personne qui signe différemment sur deux ou plusieurs documents. Cependant, cela ne rendrait pas la dépense irrégulière. En effet, dans le Congo profond, le plus souvent il est difficile de tomber sur les personnes suffisamment instruites pour mener certaines activités. D'où ce cas de signatures différentes pourrait être observée.  En outre, les approbations et signatures des autorités compétentes reprises sur les listes de présence faisant foi.
20/09/2021- 010001	OP 00291/2021 PRIME AGENTS CAGF MOIS DE SEPTEMBRE 2021	27 992	Nous avons relevé : Absence de bulletin, absence de retenue fiscale et CNSS. Par ailleurs, le chargé des courriers (BOPE Victor) est un fonctionnaire qui perçoit 350 dollars sur le projet Gavi. Ce montant n'a pas été déduit du salaire qu'il reçoit de l'Etat.	Le travail est en cours et la discussion avec les bailleurs en vue de la clarification du statut du personnel de la CAGF et éventuellement l'adoption d'un contrat adapté. Si ce travail est finalisé en amont, le reste ira de soi. Dossier BOPE, sur les 27 992 évoqués, les retenues ont été effectuées pour tous les fonctionnaires sauf l'Agent BOPE, qui bénéficie de 350\$ de prime. Si les retenues sont effectuées sur son compte, il n'aurait qu'environ 250\$ ce qui est bas par rapport à ses responsabilités. Cette exception revêt d'un caractère humanitaire. Si sa prime augmente de	La faveur "humanitaire" doit être formellement (à l'écrit) approuvée par les responsables habilités. A défaut de quoi les montants accordés sont inéligibles.  Nous maintenons le point en revoyant le montant mis en cause qui est de 100\$ (350 - 250)		100	

Date - N° Ordre	Libellé	Débit	Observations	Commentaire de la CAGF	Commentaire audit	Montant insuffisamment justifié	Montant irrégulier	Mise à jour Commentaire de la CAGF
				façon significative, les retenues seront effectuées.				
						-	7 804	

## e- Dépenses mises en question CAVAR 2019

Date - N° Ordre	Libellé	Montant	Observations	Commentaire de la CAGF	Commentaire audit	Montant insuffisamment justifié	Montant irrégulier	Montant non justifié	Mise à jour Commentaire de la CAGF
02/12/2019-010007	OP00292/2019, ENO Jean justification location véhicule transmission sup technique VAR	1 970	<p>=&gt; le contrat de location véhicule ne renseigne pas le trajet à parcourir et la fiche documentant les mouvements du véhicule pendant la période de location comme exigé par la note circulaire N° MS 1251 /SG/CAG/MSP/ 0930/ LBE/2018 ne sont pas annexés. =&gt; la plaque reprise dans le certificat d'immatriculation de la voiture est différente de celle renseignée dans le contrat. En effet, le contrat indique une plaque de 0135AA25 contrairement au 0138AA25 repris dans le certificat. D'autres part, ce dernier indique que ce véhicule est d'usage personnel.</p> <p>Le total justifié fait 1 870 \$ (1 120 \$ + 750 \$) soit un manquant de <b>100 \$ non justifié</b> (pièce non retrouvée dans la liasse).</p>	Les carnets de bord et autres ne sont pas applicables pour un véhicule loué ; ces documents sont exigés lors de l'utilisation de véhicule de la structure. Quant au document du véhicule, nous l'avons analysé et l'avons jugé conforme par rapport au numéro de la plaque renseigné.	Ok Que dites-vous des 100 \$ non justifiés.  Le montant mis en cause est de 100\$			100	
02/12/2019-010022	OP00292/2019, MUSA WABULA_Moise justificatif fonds mission supervision technique VAR bloc1	1 450	<p>=&gt; Le tableau de ventilation des frais de mission accordés au missionnaire renseigne un montant de 530 USD pour le carburant. Cependant la facture justifiant l'achat de carburant reprend un montant de 340 USD soit une différence de <b>190 USD non justifié</b>. Le contrat de location de véhicule ne renseigne pas le trajet à parcourir et la fiche documentant</p>	Les carnets de bord et autres ne sont pas applicables pour un véhicule loué ; ces documents sont applicables lors de l'utilisation de véhicule de la structure. Le contrat de location véhicule est conclu sur une base de nombre de jours de location et non	Le carburant n'est pas un forfait. Sans preuve de reversement du solde de la dotation de carburant, les \$190 sont inéligibles.  <b>Nous maintenons seulement le point sur les 190 dollars non justifiés</b>			190	

Date - N° Ordre	Libellé	Montant	Observations	Commentaire de la CAGF	Commentaire audit	Montant insuffisamment justifié	Montant irrégulier	Montant non justifié	Mise à jour Commentaire de la CAGF
			les mouvements du véhicule pendant la période de location (Camet de Bord) comme exigé par la note ci-dessus. Le montant de la location s'élève à <b>(750 \$)</b> .	sur l'itinéraire ou la distance à parcourir.					
31/12/2019- 10029	OP 027/2019 DPS MONGALA ANT LIS & BUMBA CAVAR BLOC 3 DEC	49 693	Pour la facture n°245/2019 du fournisseur "Mson NGEBU NGEBU" de 28 185 dollars, la date de livraison (Bon de livraison N°089 date du 07/12/2019) est antérieure à la date d'attribution du marché (8/12/19) et du bon de commande N°071 datant du 08/12/2019). Par ailleurs, pour la 2ème facture n°25 de 21 508 dollars, le procès-verbal de sélection de fournisseur date du 5/12/19 alors que le tableau comparatif des prix est signé le 6/12/19.	Le bon de livraison 089 mentionne bel et bien la référence du bon de commande n°071 du 08/12.  Quant à la facture 025, la différence des dates entre le PV et le Tableau de comparaisons des prix (documents internes à la structure) n'entache pas la crédibilité de toute la procédure.	Le point souligné ne concerne pas l'inscription des références du bon de commande sur le bon de livraison. En effet, nous avons constaté que l'attribution du marché et le bon de commande ont été signé le 8/12/19 alors que le bon de livraison du carburant est signé le 7/12/19 Bien au contraire, ces incohérences chronologiques émettent un doute sur la transparence du processus de sélection.  <b>Nous maintenons le point</b>		49 693		Nous allons accroître la vigilance dans la revue des pièces comptables avant toute comptabilisation. Toutefois, la dépense ayant été effectuée dans le cadre des activités du projet, nous pensons qu'il serait souhaitable que cette observation soit reclassée en contrôle interne.

Date - N° Ordre	Libellé	Montant	Observations	Commentaire de la CAGF	Commentaire audit	Montant insuffisamment justifié	Montant irrégulier	Montant non justifié	Mise à jour Commentaire de la CAGF
31/12/2019- 010031	OP 354/2019 DPS SUD UBANGI CAVAR BLOC 2 T4 2019_ COLLATION Superv de proxi & Coordo AS	20 640	Divers états de paie des superviseurs des zones de santé dans le cadre de la campagne de vaccination contre la rougeole. Certaines listes de présence des superviseurs de proximité n'ont pas été signées en bonne et due forme, à la place des signatures, nous avons des croix., toutefois les états de paie ont été signés par les bénéficiaires. Ces mêmes listes ne portent pas leur numéro de téléphone.	Cette pratique est courante pour les gens sur terrain dans le cas où les cases réservées pour la signature sont réduites.	Pratique non recommandable. A notre avis, mettre des croix dans des cases réservées aux signatures n'est pas une bonne pratique. Pour les prochaines fois, essayez de revoir la forme des cases  <b>Nous maintenons le point</b>	5 480			Cette pratique est courante pour les gens sur terrain dans le cas où les cases réservées pour la signature sont réduites. Toutefois, nous allons instruire les missionnaires pour exiger la signature des bénéficiaires afin de mettre un terme à cette pratique.  Ainsi, nous pensons que cette observation devrait faire l'objet d'un point de contrôle interne sans qualifier la dépense d'insuffisamment justifiée.
						<b>5 480</b>	<b>49 693</b>	<b>290</b>	

## Annexe 7 – Observations de la Cour des Comptes – Marchés CGPMP

**COUR DES COMPTES**  
**MISSION D'AUDIT DES PROGRAMMES Gavi EN RDC**

**FEUILLE D'OBSERVATIONS (CGPMP-MSP)**

**I. OBSERVATIONS D'ORDRE GENERAL****1. Insuffisance dans le classement et l'archivage des dossiers des marchés publics**

L'article 20 du Décret n° 10/32 du 28 décembre 2010 portant création, organisation et fonctionnement de la CGPMP, en son alinéa 2, deuxième tiret, dispose : « ... le Secrétariat permanent de la Cellule est chargé, notamment, de mettre en œuvre l'ensemble des procédures d'enregistrement de différentes phases des procédures de préparation, de passation et d'exécution des marchés, qu'elles soient administratives, techniques ou financières, et d'en assurer l'archivage par des méthodes modernes et efficaces ».

L'équipe de mission d'audit de L'équipe de contrôle a constaté que certaines pièces essentielles de la procédure de passation des marchés manquent aux dossiers de certains marchés. Il s'agit, par exemple, de preuves de publication des PPM, des décisions d'attribution des marchés, des avis d'appel d'offre (AAO) et/ou AMI, des dossiers d'appel d'offre (DAO), des lettres de notification aux candidats malheureux des motifs de rejet de leurs offres dûment réceptionnées par eux, des procès-verbaux de réception des marchés, des correspondances échangées avec d'autres institutions, notamment la DGCMP, l'ARMP, les Autorités approbatrices, etc...

*Réaction CGPMP-MSP/**1. Disponibilité des documents*

*Nous avons effectué une revue des classeurs des marchés mis à la disposition des magistrats de la Cour des comptes. Il ressort de cette revue que tous les documents importants listés dans l'observation des magistrats sont bel et bien disponibles dans les classeurs des marchés ayant fait l'objet de cette revue.*

*2. Problématique de l'archivage**a. Absence de financement du poste*

*Bien que le financement du poste d'archiviste a été supprimé par les bailleurs, à ce jour, les tâches d'archivage sont réalisées par le personnel de la CGPMP, qui a un effectif réduit actuellement. Cet état de chose rend difficile l'organisation des tâches d'archivage. Les dispositions seront prises avec la collaboration de la CAGF, pour faire une mise à jour des archives.*

*Les marchés en cours de passation ou récemment attribués sont archivés en dur dans le bureau exigu du secrétariat de la CGPMP ainsi que dans un container extérieur aménagé à cet effet.*

*b. Espace d'archivage*

*Le manque d'espace ne permet actuellement pas un archivage approprié permettant à un tiers de retrouver facilement un dossier recherché.*

*Un effort sera réalisé lors du déménagement de la CGPMP dans les nouveaux locaux loués par la CAGF et dans lesquels un espace d'archivage conséquent est prévu. Ce sera l'occasion de mettre en place un système d'archivage en dur qui correspondra exactement à l'architecture de l'archivage électronique sur Cloud (One Drive).*

*En outre, la CAGF dans son PPM en cours d'exécution a prévu l'acquisition des containers, espace supplémentaire pour l'archivage et l'acquisition de plus de 200 étagères pour l'organisation des archives physiques.*

*Et, enfin, la CAGF a également demandé et obtenu une assistance technique en archivage. Cette assistance technique long terme permettra de mettre en place un système d'archivage au niveau de la CAGF, CGPMP mais aussi au niveau des entités de mise en œuvre et concernera bien entendu l'archivage de tous les dossiers financiers et de passation des marchés.*

*Il faut néanmoins relever que l'archivage électronique sur Cloud/One Drive des dossiers de passation de marchés initiés au niveau des DPS et requérant la validation à priori par la CGPMP au niveau central a été considérablement amélioré depuis début 2022. Ci-dessous le TDR d'archiviste*

L'équipe de contrôle prend acte de la réaction de la CGPMP et l'encourage en ce que l'effort envisagé pour un archivage efficace des dossiers des marchés publics soit rapidement fourni. Elle recommande donc au Secrétariat permanent de la CGPMP-MSP d'organiser l'archivage des dossiers des marchés publics de manière à retrouver, dans un même classeur (fardes), l'ensemble des pièces d'un marché allant du plan de passation des marchés (PPM) au procès-verbal de réception dudit marché, retraçant ainsi toutes les phases de la procédure.

**2. Organisation de la CGPMP non conforme aux dispositions légales**

L'article 3 du Décret n° 10/32 du 28 décembre 2010 portant création, organisation et fonctionnement de la Cellule de gestion des projets et des marchés publics stipule : « la cellule de gestion des projets et des marchés publics comprend deux organes :

- Une Commission de passation des marchés ;

- Un Secrétariat permanent ».

Contrairement à cette disposition, il fonctionne, au sein de la Cellule de gestion des projets et des marchés publics du Ministère de la Santé publique, sur recommandation de Gavi, une autre structure appelée « Coordination » qui s'occupe des tous les marchés que devra conclure le Ministère de la Santé Publique sur financements Gavi. Une situation qui consacre un dédoublement au poste de Secrétaire permanent de la Cellule où fonctionnent concomitamment un Secrétaire permanent et un Coordonnateur, jouant exactement le même rôle, affectant ainsi sérieusement le climat de travail au sein de cette CGPMP.

*R/ Il n'existe pas de structure dénommée « Coordination » chargée de gérer les marchés sous financement Gavi (bailleurs) au sein de la CGPMP. Il existe par contre, un Expert en Passation des Marchés, recruté et notifié conformément aux dispositions de l'article 21 du Décret 10-32 portant création, organisation et fonctionnement de la CGPMP, mais qui a pour rôle interne de coordonner les marchés sous financement des bailleurs. Le rôle du Coordonnateur des marchés financés par les bailleurs, rapportant au SP/CGPMP, est clairement décrit dans les TDR de cette fonction qui sont repris dans le Manuel révisé des Procédures de la CAGF. La description de cette fonction n'est pas contraire aux dispositions de l'article 3 du Décret n° 10/32 du 28 décembre 2010 mais est adaptée aux dispositions de coordination et de validation requises par les bailleurs de fonds et ce, conformément aux accords de subvention signés avec le Ministère de la Santé.*

*Cette disposition permet de lever le goulot d'étranglement sur la charge de travail de la CGPMP et permettre une bonne absorption des fonds des projets dont environ 40% est constitué des achats.*

L'équipe de contrôle note que l'article 21 du Décret 10/32 évoqué par la CGPMP ne fait nullement allusion à un certain « Expert » qui s'occuperait uniquement d'une certaine catégorie des marchés mais énumère plutôt les quatre Assistants du SG de la Cellule et leurs rôles respectifs. Elle comprend, cependant, que la CGPMP fasse des adaptations peut-être exigées par les Bailleurs ; elle recommande le strict respect des dispositions réglementaires évoquées ci-dessus dans l'organisation de la Cellule de gestion des projets et des marchés publics, en vue d'un rendement efficient.

## II. OBSERVATIONS SPECIFIQUES AUX MARCHES AUDITES

### 1. Défaut d'approbation des marchés

L'article 17 du Décret n° 10/34 du 28 décembre 2010 fixant les seuils de passation, de contrôle et d'approbation des marchés publics dispose : « les marchés publics et délégations de service public sont, quel qu'en soit le montant, soumis à l'approbation de l'autorité compétente » ; et l'article 15 alinéa 2 de la Loi relative aux marchés publics stipule : « un marché public ou une délégation de service public n'a d'effets que s'il est approuvé ». L'article 20 alinéa 3 du Décret n° 10/22 du 2 juin 2010 portant Manuel de procédures de la loi relative aux marchés publics poursuit en disant : « l'acte d'approbation valide les marchés et leur confère le caractère définitif et exigible », et l'article 14 du Décret n° 10/33 du 28 décembre 2010 fixant les modalités d'approbation des marchés publics et des délégations de service public d'ajouter : « tout marché ou délégation de service public signé, mais dont l'approbation est refusée, est nul ».

La revue documentaire effectuée par l'Equipe de mission de L'équipe de contrôle sur des dossiers de marchés publics soumis à son contrôle révèle l'absence auxdits dossiers de la preuve d'approbation de certains de ces marchés. Il s'agit, notamment, des marchés ci-après :

- Transport des vaccins et autres produits non médicaux au profit des programmes du secteur de la Santé. Marché dont le Titulaire est SERVE AIR CARGO ; pour un montant hors taxes de \$US 1 910 521,00 ; passé en 2021, par appel d'offres international (AOI) ;

*R/ Pour le cas précis de ce attribué en 2021 à SERVE AIR CARGO, la fiche d'approbation du marché existe bel et bien et est classée dans le dossier qui a été remis aux magistrats. Le marché étant passé par Appel d'Offres International, le dossier a été transmis à Son Excellence Monsieur le Premier Ministre pour approbation en date du 02 Novembre 2021 (dossier en annexe). L'article 20 du Décret 10-22 portant manuel des procédures de la Loi n° 10/010 du 27 Avril 2010 relative aux marchés publics stipule : « Les contrats des marchés publics et de Délégation de Service Public font l'objet d'une approbation, conformément au Décret fixant les modalités d'approbation des Marchés publics et Délégation de service public. Conformément au Décret susmentionné, le refus d'approbation des marchés publics est notifié à l'Autorité contractante dans un délai ne dépassant pas dix (10) jours calendaires. A défaut d'une décision expresse, le silence de l'Autorité Approbatrice vaut acceptation. » ...*

L'équipe de contrôle de la Cour des comptes accuse réception, ce jour, du document lui transmis par la CGPMP-MSP et confirme qu'en vertu de l'alinéa 2 de l'article 20 du Décret 10/22, l'approbation est réputée acquise, dix (10) jours après la réception de sa demande par l'Autorité approbatrice. Elle abandonne ladite observation pour ce marché.

- Production de spot en faveur de la communication pour la promotion de la campagne préventive contre la fièvre jaune. Titulaires : Groupe Simba et RJAE ; pour un montant hors taxes de \$US 15 800,00 ; passé en 2021 par demande de cotations (DC) ;

*R/ Marché passé par Demande de Cotation.*

L'équipe de contrôle rappelle les dispositions de l'article 17 du Décret n° 10/34 du 28 décembre 2010 : « les marchés publics et délégations de service public sont, quel qu'en soit le montant, soumis à l'approbation de l'autorité compétente ». Il est donc clair que les marchés publics sont soumis à l'approbation de l'Autorité contractante quelle que soit la procédure utilisée, les procédures elles-mêmes étant dictées par les montants (seuils) des marchés.

- Reproduction des outils de gestion du PEV. Titulaire : IMPRICO Sarl ; pour un montant hors taxes de \$US 1 265 857,81 ; passé en 2018 par appel d'offres international (AOI) ;

R/ La fiche d'approbation de ce marché existe et est bel et bien classé dans le dossier qui a été remis aux magistrats. Le marché étant passé par Appel d'Offres International, le dossier a été transmis à Son Excellence Monsieur le Premier Ministre pour approbation en date du 02 Novembre 2021 (dossier en annexe). L'article 20 du Décret 10-22 portant manuel des procédures de la Loi n° 10/010 du 27 Avril 2010 relative aux marchés publics stipule : « Les contrats des marchés publics et de Délégation de Service Public font l'objet d'une approbation, conformément au Décret fixant les modalités d'approbation des Marchés publics et Délégation de service public. Conformément au Décret susmentionné, le refus d'approbation des marchés publics est notifié à l'Autorité contractante dans un délai ne dépassant pas dix (10) jours calendaires. A défaut d'une décision expresse, le silence de l'Autorité Apprnatrice vaut acceptation. » ...

L'équipe de contrôle n'a trouvé dans le dossier de ce marché ni fiche ni demande d'approbation. En outre, aucun de ces documents (fiche d'approbation ou demande d'approbation) ne fait partie de ceux transmis à l'équipe de contrôle de la Cour des comptes par la CGPMP-MSP. L'observation est donc maintenue pour ce qui est de ce marché.

- d) Acquisition des 56 pneus pour 13 véhicules de la Direction du Programme élargi de vaccination (PEV). Titulaire : CFAO RDC ; pour un montant hors taxes de \$US 17 605,08 ; passé en 2018, par AON ;

R/ La fiche d'approbation de ce marché existe et est bel et bien classé dans le dossier qui a été remis aux magistrats. Le marché étant passé par Appel d'Offres International, le dossier a été transmis à Son Excellence Monsieur le Premier Ministre pour approbation en date du 02 Novembre 2021 (dossier en annexe). L'article 20 du Décret 10-22 portant manuel des procédures de la Loi n° 10/010 du 27 Avril 2010 relative aux marchés publics stipule : « Les contrats des marchés publics et de Délégation de Service Public font l'objet d'une approbation, conformément au Décret fixant les modalités d'approbation des Marchés publics et Délégation de service public. Conformément au Décret susmentionné, le refus d'approbation des marchés publics est notifié à l'Autorité contractante dans un délai ne dépassant pas dix (10) jours calendaires. A défaut d'une décision expresse, le silence de l'Autorité Apprnatrice vaut acceptation. » ...

L'équipe de contrôle de la Cour des comptes accuse réception de la copie de la demande d'approbation lui transmise et confirme que l'approbation dudit marché est réputée acquise étant donné que la réaction de l'Autorité apprnatrice est intervenue au-delà du délai fixé par l'article 20 du Décret 10/22 évoqué ci-haut. Elle abandonne donc l'observation pour ce marché.

- e) Acquisition des pièces de rechange additionnelles pour la maintenance des chambres froides dans les provinces. Titulaire : ISOCOOL ; pour un montant hors taxes de \$US 14 082,25 ; passé en 2018, par DC ;

R/ Marché passé par Demande de Cotation.

Voir réaction de l'équipe de contrôle au point b) ci-dessus.

- f) Recrutement d'un Cabinet pour auditer les comptes des subventions Fm et Gavi alliance mises en œuvre par la CAGF. Titulaire : MGI STRONG NKV ; pour un montant hors taxes de \$US 104 970,00 ; passé en 2018, par AON ;  
g) Acquisition des fournitures. Titulaire : Ets PAPETERIE ROYAL ; pour un montant hors taxes de \$US 12 265,25 ; passé en 2019, par DC ;

R/ Marché passé par Demande de Cotation

Voir réaction de l'équipe de contrôle au point b) ci-dessus.

- h) Transport des vaccins du dépôt central vers les DPS via les dépôts décentralisés. Titulaire : SERVE AIR ; pour un montant hors taxes de \$US 1 367 900,36 ; passé en 2019, par AOI ;

R/ La fiche d'approbation de ce marché existe et est bel et bien classé dans le dossier qui a été transmis aux magistrats. Le marché étant passé par Appel d'Offres International, le dossier a été transmis à Son Excellence Monsieur le Premier Ministre pour approbation en date du 02 Novembre 2021 (dossier en annexe). L'article 20 du Décret 10-22 portant manuel des procédures de la Loi n° 10/010 du 27 Avril 2010 relative aux marchés publics stipule : « Les contrats des marchés publics et de Délégation de Service Public font l'objet d'une approbation, conformément au Décret fixant les modalités d'approbation des Marchés publics et Délégation de service public. Conformément au Décret susmentionné, le refus d'approbation des marchés publics est notifié à l'Autorité contractante dans un délai ne dépassant pas dix (10) jours calendaires. A défaut d'une décision expresse, le silence de l'Autorité Apprnatrice vaut acceptation. » ...

L'équipe de contrôle noté que la demande d'approbation du 02 novembre 2021 mentionnée par la CGPMP-MSP dans sa réaction ci-dessus ne fait pas partie des documents transmis par cette dernière. Elle considère donc que la Cellule n'a pas pu retrouver le document y relatif et maintient, par conséquent, l'observation en ce qui concerne ce marché.

- i) Fourniture du matériel électronique pour la collecte des données en appui aux activités de cartographie sanitaire. Titulaire : INFORMATIC SOLUTIONS ; pour un montant hors taxes de \$US 13 950,00 ; passé en 2020, par DC ;

R/ Marché passé par Demande de Cotation.

Voir réaction de l'équipe de contrôle au point b) ci-dessus.

- j) Acquisition de 500 Smartphones et coques, attribué en 2020 par procédure de gré à gré à Radiocom, pour un montant hors taxes de \$US 130 000,00.

Donc un total de dix (10) marchés pour un montant global de **\$US 4 852 951,75** (dollars américains quatre millions huit cent cinquante-deux mille neuf cent cinquante et un, centimes soixante-quinze) passés sans approbation d'une Autorité compétente.

L'équipe de contrôle note que le document transmis par la CGPMP-MSP en rapport avec le marché relatif à l'acquisition de 500 Smartphones n'est ni demande d'approbation, ni fiche d'approbation ! il s'agit d'une autorisation spéciale de la DGCMP pour recourir à a procédure de gré à gré.

L'équipe de contrôle recommande au Ministère de la Santé de veiller à l'approbation de l'ensemble des marchés passés par sa CGPMP par une Autorité approbatrice compétente, conformément aux dispositions légales et réglementaires susmentionnées, afin de leur éviter d'être frappés de nullité.

## 2. Approbation des marchés par une autorité incompétente

L'exposé des motifs de la Loi relative aux marchés publics, en son troisième paragraphe, stipule : « Ainsi, les fonctions de gestion des marchés publics, celles de leur passation et de leur contrôle sont strictement séparées les unes des autres et les structures chargées de les exercer ne peuvent en aucun cas les cumuler ». L'article 42 du Décret n° 10/22 du 02 juin 2010 portant manuel de procédures de la Loi relative aux marchés publics dispose : « les marchés publics et délégations de service public sont respectivement approuvés par (deuxième tiret) : **le Ministre ayant le budget dans ses attributions**, pour les marchés qui n'ont pas fait l'objet d'un appel d'offres international et qui ne sont pas visés par l'alinéa ci-dessous ; (troisième tiret), **le Ministre de tutelles** pour les marchés passés par les entreprises et établissements publics sous sa tutelle, qui n'ont pas fait l'objet d'un appel d'offres international ».

L'examen des dossiers des marchés présentés au contrôle de l'Equipe d'audit de l'équipe de contrôle a révélé que le Ministre de la Santé s'est fait **autorité approbatrice** pour certains marchés passés par son Ministère. Il s'agit, pour le cas d'espèce, du marché relatif à la fourniture et à la livraison des équipements informatiques au profit du programme élargi de vaccination (PEV) ; Titulaire : USCT SARL ; pour un montant hors taxes de \$US 120 168,00 ; passé en 2019, par AON.

Or, le Ministre de la Santé est la « personne responsable des marchés publics », donc représentant de l'Autorité contractante (Ministère de la Santé) pour tous les marchés passés par son Ministère. En clair, c'est lui qui saisit les autres structures chargées, notamment, du contrôle a priori (la DGCMP), du contrôle a posteriori et de la régulation (l'ARMP) et de l'approbation (Autorités approbatrices). Il ne peut donc pas cumuler ses fonctions d'Autorité contractante avec celles d'Autorité approbatrice.

En outre, le Ministre de la Santé n'est pas « Autorité de tutelle » de son Ministère mais plutôt Autorité hiérarchique. Par conséquent, les dispositions du 3è tiret de l'article 42 du Décret n° 10/22 sus évoqué ne lui sont pas applicables. Il ne peut, en aucun cas, être Autorité approbatrice pour les marchés publics et délégations de service public passés par son propre Ministère.

*R/ Le Ministre de la Santé est effectivement, la Personne Responsable des Marchés pour le Ministère de la Santé. Néanmoins, il est également Autorité Approbatrice pour les services auxiliaires, services publics et établissements publics les hôpitaux relevant de sa tutelle quand on est en deçà du seuil de AOI, conformément aux dispositions des articles 21 du Décret 10-22 précité. Tel est le cas des marchés conclus par la Cellule d'Appui et de Gestion Financière, CAGF.*

Article 21 :

*L'autorité approbatrice des marchés publics et délégations de service public est :*

- **Le Premier Ministre** pour tous les marchés conclus à l'issue des appels d'offres **internationaux** et les marchés conclus par le Ministre ayant le Budget dans ses attributions (Art. 39 : seuil de 8 milliards CDF pour les travaux, 500.000.000 CDF pour les fournitures et services courants, 250.000.000 CDF pour les prestations intellectuelles, ce jusqu'au 13/01/2022, date d'application des seuils révisés)
- **Le Ministre ayant le Budget** dans ses attributions, pour les marchés conclus à l'issue des appels d'offres **nationaux** (Art. 38 : seuil de 50.000.000 CDF pour les travaux, fournitures et services courants, 20.000.000 CDF pour les prestations intellectuelles, ce jusqu'au 13/01/2022, date d'application des seuils révisés)
- **Les Ministres de tutelle** pour les marchés conclus, par les entreprises et établissements publics, à l'issue des appels d'offres **nationaux** (Art. 38 : seuil de 50.000.000 CDF pour les travaux, fournitures et services courants, 20.000.000 CDF pour les prestations intellectuelles, ce jusqu'au 13/01/2022, date d'application des seuils révisés)

**Remarque** : la Loi sur les marchés publics et le Décret n° 10/22 du 02 juin 2010 portant manuel de procédures de la Loi relative aux marchés publics sont silencieux concernant les marchés passés par **Demandes de Cotations**. Les dispositions prises quant à la gestion, la passation et le contrôle de ce type de marchés sont appliquées conformément au manuel des procédures de la CAGF.

L'équipe de contrôle rappelle qu'au regard des dispositions légales et réglementaires susmentionnées, le Ministre de la Santé n'est pas Autorité approbatrice pour les marchés passés par son Ministère et dont il est « Personne responsable ». Il ne peut donc pas être à la fois Autorité contractante et Autorité approbatrice pour les mêmes marchés, la loi ayant évité le cumul desdites fonctions.

L'équipe de contrôle recommande au Ministère de la Santé le respect strict de l'article 42 du Décret n° 10/22 du 02 juin 2010 sus évoqué dans le choix de l'Autorité compétente pour approuver tel ou tel autre marché à passer par sa CGPMP.

## 3. Absence d'avis de non objection au processus d'évaluation des offres

Le Décret n° 10/22 du 02 juin 2010 portant manuel de procédures de la Loi relative aux marchés publics dispose, en son article 103 : « A la fin de ce processus d'évaluation, la personne responsable des marchés publics adresse, en fonction des seuils, une demande de non objection à la Direction générale de contrôle des marchés publics, préalable à la décision de l'attribution provisoire, en prenant soin de joindre toute la documentation utile ... »

Contrairement aux prescrits de cet article, il n'a pas été trouvé, dans les dossiers des marchés repris ci-dessous, la preuve de l'émission par la DGCMC de l'avis de non objection (ANO) au processus d'évaluation des offres préalable à la décision de l'attribution provisoire de chacun des marchés par la personne responsable des marchés publics. Il s'agit des marchés suivants :

- a) Acquisition des 56 pneus pour 13 véhicules de la Direction du Programme élargi de vaccination (PEV). Titulaire : CFAO RDC ; pour un montant hors taxes de \$US 17 605,08 ; passé en 2018, par AON ;
- b) Reproduction des outils de gestion du PEV. Titulaire : IMPRICO Sarl ; pour un montant hors taxes de \$US 1 265 857,81 ; passé en 2018 par appel d'offres international (AOI) ;
- c) Acquisition des pièces de rechange additionnelles pour la maintenance des chambres froides dans les provinces. Titulaire : ISOCOOL ; pour un montant hors taxes de \$US 14 082,25 ; passé en 2018, par DC ;
- d) Transport des vaccins du dépôt central vers les DPS via les dépôts décentralisés. Titulaire : SERVE AIR SARL ; pour un montant hors taxes de \$US 1 367 900,36 ; passé en 2019, par AOI ;
- e) Acquisition des fournitures. Titulaire : Ets PAPETERIE ROYAL ; pour un montant hors taxes de \$US 12 265,25 ; passé en 2019, par DC ;
- f) Production de spot en faveur de la communication pour la promotion de la campagne préventive contre la fièvre jaune. Titulaire : Groupe Simba et RJAE ; pour un montant hors taxes de \$US 15 800,00 ; passé en 2021 par demande de cotations (DC) ;

**Remarque :** Tous les marchés passés par Demande de cotation ainsi que tous les AON d'un montant inférieur au seuil de contrôle à priori ne font pas objet d'une exigence légale de demande d'avis de non objection à la DGCMC. Cfr art 15 du décret 10-22.

Pour l'équipe de contrôle, il est vrai, conformément aux dispositions de l'article 15 du Décret 10/22 précité, qu'en deçà d'un certain seuil, le contrôle a priori n'est pas légalement exigé. Elle recommande, par contre, son respect, pour tous les marchés dont les montants atteignent les seuils évoqués par les prescrits de l'article 15 susmentionné.

#### 4. Absence d'ANO sur le projet de contrat

Le Décret n° 10/33 du 28 décembre 2010 fixant les modalités d'approbation des marchés publics dispose, en son article 3 : « tout marché public ou délégation de service public est transmis à l'Autorité compétente pour approbation, **après avis favorable de la Direction générale de contrôle des marchés publics** et signature par la personne responsable des projets et des marchés publics de l'Autorité contractante ». L'article 3, quatrième tiret, du Décret n° 10/27 du 28 juin 2010 portant création, organisation et fonctionnement de la Direction générale de contrôle des marchés publics dispose : « la DGCMC est chargée, notamment, de procéder à un examen juridique et technique du projet de marché (contrat) avant d'émettre son avis de non objection et, au besoin, adresser à l'autorité contractante toute demande d'éclaircissement ou de modification, afin de garantir la conformité du marché (contrat) avec le dossier d'appel d'offres et la réglementation en vigueur ». L'Equipe de mission de l'Equipe de contrôle, lors de l'examen des dossiers des marchés publics soumis à son contrôle, n'a trouvé aucune évidence de l'absence de l'ANO par la DGCMC aux projets de contrat (marché) des marchés ci-après :

- a) Acquisition des 56 pneus pour 13 véhicules de la Direction du Programme élargi de vaccination (PEV). Titulaire : CFAO RDC ; pour un montant hors taxes de \$US 17 605,08 ; passé en 2018, par AON ;
- b) Reproduction des outils de gestion du PEV. Titulaire : IMPRICO Sarl ; pour un montant hors taxes de \$US 1 265 857,81 ; passé en 2018 par appel d'offres international (AOI) ;
- c) Acquisition des pièces de rechange additionnelles pour la maintenance des chambres froides dans les provinces. Titulaire : ISOCOOL ; pour un montant hors taxes de \$US 14 082,25 ; passé en 2018, par DC ;
- d) Recrutement d'un Cabinet pour auditer les comptes des subventions Fm et Gavi alliance mises en œuvre par la CAGF. Titulaire : MGI STRONG NKV ; pour un montant hors taxes de \$US 104 970,00 ; passé en 2018, par AON ;
- e) Fourniture et livraison des équipements informatiques au profit du PEV. Titulaire : USCT SARL ; pour un montant hors taxes de \$US 120 168,00 ; passé en 2019, par AON ;
- f) Transport des vaccins du dépôt central vers les DPS via les dépôts décentralisés. Titulaire : SERVE AIR SARL ; pour un montant hors taxes de \$US 1 367 900,36 ; passé en 2019, par AOI ;
- g) Acquisition des fournitures. Titulaire : Ets PAPETERIE ROYAL ; pour un montant hors taxes de \$US 12 265,25 ; passé en 2019, par DC.

**Remarque :** Tous les marchés passés par Demande de cotation ainsi que tous les AON d'un montant inférieur au seuil de contrôle à priori ne font pas objet d'une exigence légale de demande d'avis de non objection à la DGCMC. Cfr art 15 du décret 10-22.

L'équipe de contrôle prend acte de la réaction de la CGPMP-MSP et abandonne son observation.

#### 5. Versement d'une avance forfaitaire de démarrage non conforme à la législation

L'article 161 du Décret n° 10/22 du 02 juin 2010 portant manuel de procédures de la Loi relative aux marchés publics dispose : « la loi relative aux marchés publics (article 70 alinéa 2) fixe l'avance de démarrage à un maximum de 30 % pour les marchés de travaux et de prestations intellectuelles et à un maximum de 20 % pour les marchés de fournitures et autres services... ».

Il a cependant été constaté, à travers la revue documentaire du dossier du marché relatif au transport des vaccins du dépôt central vers les DPS via les dépôts déconcentrés attribué à SERVICE AIR SARL pour un montant hors taxes de \$US 1 367 900,36, qu'une avance de plus de 20 % avait été versée au Titulaire dudit marché, en violation des dispositions légales précitées.

*R/ Prière compléter les pointillés au paragraphe 2 de l'observation. Par ailleurs, le Ministère ne reconnaît avoir versé aucune avance de démarrage pour ce marché attribué à la Société SERVE AIR, ledit marché étant de Clientèle (Art 38 de la Loi n° 10-010 précitée).*

L'équipe de contrôle prend acte de la réponse apportée par la CGPMP-MSP et abandonne son observation.

## 6. Non-exigence de la constitution de la garantie bancaire de remboursement d'avance

La Loi relative aux marchés publics dispose, en article 70 alinéa 2, « des avances peuvent être accordées en raison des opérations préparatoires à l'exécution des travaux, fournitures ou services qui font l'objet du marché, sous réserve de la constitution d'une garantie bancaire d'un montant équivalent ... » et l'article 162 du Décret n° 10/22 du 02 juin 2010 portant manuel de procédures de la loi relative aux marchés publics de renchérir : « le versement de l'avance de démarrage est conditionné et intervient après réception de la demande de paiement accompagnée d'une garantie bancaire d'égal montant ».

L'équipe de mission de l'équipe de contrôle n'a trouvé, lors de l'examen du dossier du marché relatif au transport des vaccins du dépôt central vers les DPS via les dépôts déconcentrés attribué à SERVICE AIR SARL pour un montant hors taxes de \$US 1 367 900,36, aucune preuve de la constitution, par le Titulaire dudit marché, de la garantie bancaire de remboursement de l'avance lui versée.

*R/Pas d'avance de démarrage n'a été accordée, par conséquent pas de garantie de remboursement d'avance (Art 162 du Décret 10-22 précité).*

L'équipe de contrôle prend acte de la réaction donnée et abandonne l'observation.

## 7. Conclusion d'un avenant sans l'autorisation de la DGCMP

La Loi n° 10/010 du 27 avril 2010 relative aux marchés publics, en son article 58 alinéa 3, dispose : « la conclusion d'un avenant est soumise à l'autorisation du service chargé du contrôle a priori des marchés publics ». Et l'article 194 premier tiret du Décret n° 10/22 du 02 juin 2010 portant Manuel de procédures de la Loi relative aux marchés de préciser : « ... un avenant n'est valable que s'il a obtenu la non objection de la Direction générale de contrôle des marchés publics ; ».

Les diligences menées par l'Equipe de mission de l'équipe de contrôle, sur les dossiers des marchés publics soumis à son examen, ont révélé que le Ministère de la Santé a conclu des avenants aux contrats de base avec les Titulaires des marchés suivants, sans avoir obtenu, au préalable, l'autorisation (ANO) de la DGCMP. Il s'agit des marchés suivants :

- Transport des vaccins du dépôt central vers les DPS via les dépôts déconcentrés. Titulaire : SERVE AIR SARL; pour un montant hors taxes de \$US 1 179 224,45 ; passé en 2019, par AOI ;
- Fourniture et livraison des équipements informatiques au profit du PEV. Titulaire : USCT SARL ; pour un montant hors taxes de \$US 120 168,00 ; passé en 2019, par AON ;
- Reproduction des outils de gestion du PEV. Titulaire : IMPRICO Sarl ; pour un montant hors taxes de \$US 1 265 857,81 ; passé en 2018 par appel d'offres international (AOI).

*Remarque : Conformément à l'article 198 du décret 10-22, tout avenant sans incidence financière ou avec incidence financière compris entre 0 et 5% du montant du marché fait l'objet d'un simple ordre de service, et dont, ne requiert pas un ANO de la DGCMP.*

Pour l'équipe de contrôle, les dispositions de l'article 198 du Décret 10/22 ne s'opposent nullement à celles de l'article 58 alinéa 3 de la Loi relative aux marchés publics qu'elle a évoquées. L'équipe de contrôle recommande, également la lecture de l'article 200 du même Décret pour en avoir le cœur net. Elle demande, par conséquent, à l'Autorité contractante de permettre à chaque institution prévue par la loi de jouer effectivement son rôle. Le contrôle a priori effectué par la DGCMP a son importance dans le processus de passation des marchés publics et contribue à sa sécurisation.

## 8. Conclusion d'un avenant sans l'approbation de l'autorité compétente

L'article 194 deuxième tiret du Décret n° 10/22 du 02 juin 2010 portant Manuel de procédures de la Loi relative aux marchés stipule : « ... un avenant n'est valable que s'il est approuvé par l'Autorité approbatrice compétente, compte tenu du montant du marché augmenté de celui de l'avenant ».

Le Contrôle de l'équipe de contrôle a mis en évidence l'absence, aux dossiers des marchés ci-dessous, de la fiche d'approbation des avenants conclus par le Ministère de la Santé avec les Titulaires desdits marchés. C'est :

- Transport des vaccins du dépôt central vers les DPS via les dépôts déconcentrés. Titulaire : SERVE AIR SARL; pour un montant hors taxes de \$US 1 179 224,45 ; passé en 2019, par AOI ;
- Fourniture et livraison des équipements informatiques au profit du PEV. Titulaire : USCT SARL ; pour un montant hors taxes de \$US 120 168,00 ; passé en 2019, par AON ;
- Reproduction des outils de gestion du PEV. Titulaire : IMPRICO Sarl ; pour un montant hors taxes de \$US 1 265 857,81 ; passé en 2018 par appel d'offres international (AOI).

*Remarque : Conformément à l'article 198 du décret 10-22, tout avenant sans incidence financière ou avec incidence financière compris entre 0 et 5% du montant du marché fait l'objet d'un simple ordre de service, et dont, ne requiert pas un ANO de la DGCMP.*

Pour l'équipe de contrôle, les dispositions de l'article 194 sus évoquées sont claires. Il s'agit d'un avenant, quel qu'en soit le montant. Elle recommande à la CGPMP-MSP le respect strict des dispositions réglementaires susmentionnées.

## 9. Non-respect du délai d'attente entre la date de l'information de l'attribution provisoire aux candidats non retenus et celle de l'attribution définitive du marché

Le Décret n° 10/22 du 02 juin 2010 portant manuel de procédures de la Loi relative aux marchés publics, en son article 104 alinéas 2 et 3, dispose :

- ✓ Alinéa 2 : « cet avis d'attribution provisoire informe les candidats non retenus du rejet de leur offre et observe un délai d'attente de **cinq jours** ouvrables pour recevoir, le cas échéant, les recours des candidats non retenus » ;

- ✓ Alinéa 3 : « si, à dater de la publication de l'avis d'attribution provisoire, le délai de cinq jours s'épuise sans enregistrement de recours, l'attribution devient définitive et l'Autorité contractante entame la procédure d'approbation du marché ».

La revue documentaire du dossier du marché relatif l'acquisition des fournitures attribué aux Ets PAPETERIE ROYAL, pour un montant hors taxes de \$US 12 265,25, passé en 2019 par demande des cotations (DC), a montré que : l'attribution provisoire du marché, sa notification à l'attributaire, l'information de l'attribution provisoire aux Soumissionnaires malheureux et l'attribution définitive ont eu lieu à la même date, à savoir, le 13 septembre 2019, en violation des dispositions pertinentes évoquées ci-haut.

*R/ Prière nous fournir le document indiquant que l'attribution définitive soit intervenue à la même date que l'attribution provisoire. Car après revue des documents disponibles ci-dessous les dates clés reprises sur les documents :*

- Attribution provisoire et rejet : 13 Septembre 2019
- Attribution définitive : 24 Septembre 2019
- Signature lettre de marché : 24 Septembre 2019
- L'attribution définitive n'intervient nullement à la même date que l'attribution provisoire.

Le non-respect des délais avant l'attribution définitive du marché étant sanctionné par la nullité de la procédure, l'équipe de contrôle recommande le respect strict de dispositions légales et réglementaires y afférentes.

#### 10. Absence d'acte de nomination des membres de la sous-commission d'analyse

L'article 17 du décret n°10/32 du 28 décembre 2010 portant création, organisation et fonctionnement de la cellule de gestion des projets et marchés publics dispose : « les membres de la sous-commission d'analyse sont nommés par la personne responsable des projets et des marchés à l'occasion de chaque opération d'analyse pour un marché... »

L'Equipe de mission de l'équipe de contrôle n'a trouvé, lors de ses investigations, aucune évidence quant à l'existence de l'acte de nomination des membres de la sous-commission d'analyse, aux dossiers des marchés ci-après :

- a) Acquisition des matériels électroniques pour la collecte des données en appui aux activités de cartographie sanitaire. Titulaire : INFORMATIC SOLUTIONS ; pour un montant hors taxes de \$US 13 950,00 ; passé en 2020, par DC ;
- b) Acquisition des fournitures de bureau. Titulaire : ISOCOOL ; pour un montant hors taxes de \$US 11 200,00 ; passé en 2020, par DC.

*Remarque : Chaque marché est spécifique et requiert une sous-commission spécifique dont les membres sont désignés par invitations, lesquelles se retrouvent dans les casseurs mis à la disposition des magistrats.*

La désignation des membres de la Sous-commission d'analyse ne se fait pas par invitation, mais plutôt par un acte de désignation signé par la Personne responsable des marchés qui, pour le cas d'espèce, est le Ministre de la Santé. On invite ensuite les membres désignés pour des réunions. L'équipe de contrôle recommande à la CGPMP-MSP de respecter strictement les dispositions pertinentes de la Loi relative aux marchés publics et celles de ses textes d'application, en particulier, celles évoquées ci-dessus.

#### 11. Absence de preuve de publication de l'attribution des marchés

L'article 9 du décret n° 10/34 du 28 décembre 2010 fixant les seuils de passation, de contrôle et d'approbation des marchés publics dispose : « Les marchés publics et délégations de service public de montants inférieurs aux seuils indiqués à l'article 11 ci-dessous ne sont pas passés par appel d'offres. Néanmoins, en ce qui les concerne, il est fait application des règles de bonnes pratiques de la commande publique, à savoir :

- la mise en concurrence d'au moins trois fournisseurs;
- la publication de l'attribution de ces marchés par l'autorité contractante sur le site Internet de l'Autorité de régulation des marchés publics et dans la revue des marchés publics. L'absence de cette publication rend le marché nul ».

L'Equipe d'audit constate qu'il n'y a aucune preuve de publication de la notification de leur attribution aux dossiers des marchés suivants :

- a) Acquisition des matériels électroniques pour la collecte des données en appui aux activités de cartographie sanitaire. Titulaire : INFORMATIC SOLUTIONS ; pour un montant hors taxes de \$US 13 950,00 ; passé en 2020, par DC ;
- b) Acquisition des fournitures de bureau. Titulaire : ISOCOOL ; pour un montant hors taxes de \$US 11 200,00 ; passé en 2020, par DC
- c) Reproduction des 16 modules de formation en gestion des cadres du PEV niveau intermédiaire. Titulaire : AGBTECHNOPRINT sarl ; pour un montant hors taxes de \$US 4 396,658 ; passé en 2020, par DC ;
- d) Acquisition d'un groupe électrogène de 30 KVA pour le PEV. Titulaire : USCT sarl ; pour un montant hors taxes de \$US 19 000,00 ; passé en 2020, par DC.

*R/En cas de demande de cotation, du fait que la consultation a été effectuée auprès d'un nombre limité des fournisseurs présélectionnés à partir de la base de données des fournisseurs accrédités de la CGPMP, les lettres d'attribution et de non attribution sont envoyées aux fournisseurs consultés. Ainsi en cas de la Demande de Cotation, la CGPMP ne publie pas ces types de marchés.*

L'article 9 du décret n° 10/34 du 28 décembre 2010 évoqué ci-dessus parle justement des marchés passés par « demande de cotation » et la procédure à suivre est celle indiquée et tracée par les prescrits dudit article.

Etant donné l'importance de la publicité en matière de la transparence des procédures de passation des marchés publics, l'équipe de contrôle recommande l'observance stricte des dispositions légales y relatives.

#### 12. Défaut de transmission à l'ARMP des procès-verbaux, des rapports d'évaluation et des contrats des marchés publics

Le Décret n°10/32 du 28 décembre 2010 portant création, organisation et fonctionnement de la cellule de gestion des projets et marchés publics, en son article 9, dispose : « La personne responsable des marchés publics adresse à l'autorité de régulation des marchés publics, copie des avis de non-objection, des autorisations, des procès-verbaux, des rapports d'évaluation et des contrats afférents à chaque marché public dont la cellule de gestion des projets et des marchés publics est chargée, ainsi que de tout rapport établi par ses soins ».

L'examen des dossiers des marchés cités ci-dessous ne montre aucune évidence sur la transmission des documents sus évoqués à l'Autorité de régulation des marchés publics (ARMP). Il s'agit de :

- a) Acquisition des matériels électroniques pour la collecte des données en appui aux activités de cartographie sanitaire. Titulaire : INFORMATIC SOLUTIONS ; pour un montant hors taxes de \$US 13 950,00 ; passé en 2020, par DC ;
- b) Acquisition des fournitures de bureau en faveur du PEV. Titulaire : ISOCOOL ; pour un montant hors taxes de \$US 11 200,00 ; passé en 2020, par DC.

*R/Ceci n'est nullement une obligation procédurale, mais une disposition administrative de rapportage. L'ARMP a déjà pallié à cette question et envoie annuellement une équipe pour la collecte de ces rapports.*

L'équipe de contrôle n'a pas, à ce jour, connaissance d'éventuelles modifications des dispositions légales susmentionnées apportées par l'ARMP et n'a eu aucune évidence sur la réception par l'ARMP de ces documents. C'est pourquoi, elle recommande vivement le respect strict de la loi en la matière.

### 13. Allotissement du marché non conforme aux dispositions légales

Le Décret n° 10/22 du 02 juin 2010 portant manuel des procédures de la Loi relative aux marchés publics dispose, en son article 55 : « A l'occasion de la définition de gros marchés, certaines prestations peuvent être regroupées en lots, constituant un marché distinct, en fonction de leur homogénéité ou destination »

Dans le cas d'espèce (marché relatif à la fourniture et à la livraison des équipements électroniques, campagne contre la rougeole), le montant global du marché est de \$US 11 080,00, alloti en deux (02) lots, respectivement de \$US 9 585,00 et \$US 1 495,00 et attribué, pour le premier lot à Etablissement TECHNO COM et pour le second à IT CONGO. L'équipe d'audit constate qu'il ne s'agit pas là d'un gros marché qui entre dans l'esprit de la disposition légale sus évoquée.

*R/ Les équipements, objet du présent marché, sont de nature différente. D'une part nous avons les équipements informatiques et d'autre part les équipements électroniques. Au regard du besoin et de l'utilisation desdits équipements, il a été nécessaire d'allotir le présent marché. Conformément à l'article 18 de la loi 10/010 du 27 avril 2010 et aux dispositions de l'article 55 de manuel des procédures qui stipule ce qui suit: "à l'occasion de la définition de gros marchés, certaines prestations peuvent être regroupées en lot, constituant un marché distinct, en fonction de leur homogénéité ou destination*

L'observation formulée par L'équipe de contrôle, sur pied de l'article 55 du Décret 10/22 qui parle de gros marchés, est très claire, « gros » ici se rapporte au montant du marché et L'équipe de contrôle constate justement que le montant de \$US 11 080,00 ne rentre pas dans cette catégorie. Donc, pas nécessaire d'allotir.

L'équipe de contrôle recommande le respect des dispositions de l'article 55 du Décret susvisé.

### 14. Recours abusif à la procédure de gré à gré

L'article 9 du décret n° 10/34 du 28 décembre 2010 fixant les seuils de passation, de contrôle et d'approbation des marchés publics dispose : « Les marchés publics et délégations de service public de montants inférieurs aux seuils indiqués à l'article 11 ci-dessous ne sont pas passés par appel d'offres. Néanmoins, en ce qui les concerne, il est fait application des règles de bonnes pratiques de la commande publique, à savoir :

- la mise en concurrence d'au moins trois fournisseurs... »;

L'article 11 du même décret dispose : « Les marchés publics et délégations de service public d'un montant estimé correspondant aux seuils ci-dessous font l'objet d'un appel d'offres national:

- pour les marchés de travaux, fournitures et services courants: marchés de valeur supérieure ou égale à cinquante millions (50.000.000) de francs congolais,
- pour les marchés de prestations intellectuelles et les délégations de service public: marchés de valeur supérieure ou égale à vingt millions (20.000.000) de francs congolais.

Les marchés de travaux, fournitures et services et de prestations intellectuelles en deçà des seuils fixés pour les appels d'offres nationaux sont passés par la formule simplifiée de comparaison d'au moins trois factures visée à l'article 9 du présent décret ».

Pour l'Equipe de mission de L'équipe de contrôle, étant donné que le montant du marché relatif à l'acquisition d'un groupe électrogène de 30 KVA pour le PEV est de \$US 19 000,00, donc inférieur aux seuils susmentionnés, la CGPMP-MSP devrait faire la demande d'au moins 3 factures pro-forma, au lieu de se contenter d'approcher un seul Fournisseur, en l'occurrence, USCT Sarl. Donc, la Cellule de gestion des projets et des marchés publics du Ministère de la Santé publique a recouru à procédure de gré à gré, sans motivations ni autorisation de la DGCM, en violation des dispositions légales et réglementaires en la matière.

*R/ le marché dont il est fait allusion est passé par gré à gré pour des raisons d'urgence impérieuses. En l'occurrence l'arrêt de fonctionnement des chambres froides de stockage des vaccins. De plus un ANO du bailleur a été reçu pour cette acquisition. Confère point 4 de l'article 42 et 43 de la loi 10/010 du 27 avril 2010 relatif au marché publics.*

L'équipe de contrôle prend acte de la réaction de la CGPMP-MSP et abandonne son observation.

## 15. Absence du PV de réception aux dossiers des marchés

L'article 2 alinéa 2 point 8 du décret n° 10/32 du 28 décembre 2010 portant création, organisation et fonctionnement de la Cellule de gestion des projets et des marchés publics dispose : « La cellule de gestion des projets et des marchés publics est chargée, notamment d'organiser et de diriger la réception des ouvrages, des fournitures et des services, objets desdits marchés à la fin de leur exécution ».

Les diligences mises en œuvre par l'équipe de mission d'audit de l'équipe de contrôle ne permettent pas d'établir l'évidence sur la réception des fournitures, objet du marché relatif à l'acquisition d'un groupe électrogène de 30 KVA pour le PEV, attribué à USCT Sarl, le PV de réception définitif faisant défaut au dossier.

*R/ Le PV de réception existe bel et bien dans le classeur qui a été remis aux magistrats pour consultation pendant la mission sur terrain.*

L'équipe de contrôle accuse réception de la copie du PV de réception du groupe électrogène, objet du marché conclu avec USCT Sarl, lui transmise par la CGPMP-MSP et abandonne l'observation y afférente.

## 16. Défaut de preuve d'ANO de la DGCMP au PPM

Article 45 du Décret n°10/22 portant manuel de procédures de la Loi relative aux marchés publics dispose : « Les plans de passation des marchés doivent être communiqués à la Direction générale de contrôle des marchés publics, pour non objection, et à l'autorité de régulation des marchés publics pour leur publication sur son site internet ».

L'Equipe d'audit de l'équipe de contrôle n'a eu aucune évidence de l'ANO émis au PPM contenant, notamment, le marché relatif à l'acquisition de 500 Smartphones et coques, attribué en 2020 par procédure de gré à gré à Radiocom, pour un montant hors taxes de \$US 130 000,00.

*R/ l'ANO existe bel et bien dans le classeur et est disponible dans le classeur qui a été remis aux magistrats pour consultation pendant la mission.*

Aucune preuve de l'ANO sur ledit PPM n'a été trouvée, même par la CGPMP-MSP, parce que la lettre de la DGCMP transmise par elle ne concerne pas l'émission de l'ANO au PPM, mais plutôt l'autorisation spéciale à recourir au gré à gré.

L'équipe de contrôle, insistant sur l'importance du contrôle a priori, recommande le respect strict des dispositions y relatives.

## 17. Absence de publication du plan de passation de marchés 2020 au site de l'ARMP

En violation des dispositions de l'article 45 du Décret n°10/22 cité ci-haut, aucune preuve de la publication du plan de passation des marchés, exercice 2020, n'a été trouvé au dossier dudit marché.

*R/ La preuve d'envoi à l'ARMP pour publication existe bel et bien et est disponible dans le classeur qui a été remis aux magistrats pour consultation.*

La CGPMP-MSP ne l'ayant pas transmise à l'équipe de contrôle, celle-ci la considère comme inexistante et recommande l'observance stricte de la disposition sus évoquée.

## 18. Absence de la garantie de bonne exécution

L'article 51 de la Loi n° 10/010 du 27 avril 2010 relative aux marchés publics stipule : « A l'exception des Titulaires des marchés de prestations intellectuelles, tout Titulaire d'un marché public est tenu de fournir une garantie de bonne exécution ».

L'article 175 du Décret n° 10/22 portant manuel de procédures de la Loi relative aux marchés publics renchérit : « le Titulaire du marché constitue la garantie de bonne exécution dans les vingt (20) jours suivant la notification du contrat. A défaut, le marché est immédiatement résilié sur simple notification et la garantie d'offres est saisie ».

L'examen des pièces fournies à l'équipe de vérification révèle qu'aucune garantie de bonne exécution n'a été fournie par le Titulaire du marché relatif à l'acquisition de 500 Smartphones et coques, attribué en 2020 par procédure de gré à gré à Radiocom.

*R/ La CGPMP se rend compte, effectivement, que cette garantie n'a pas été réceptionnée, une perte de vue due sûrement aux contraintes liées au contexte de la pandémie de la COVID-19 (noter que le marché a été passé en pleine période de confinement).*

Les garanties protègent, d'une façon générale, l'Autorité contractante contre les entrepreneurs véreux. C'est pourquoi l'équipe recommande le strict respect des dispositions y afférentes.

## 19. Absence d'un compte rendu détaillé dans le rapport annuel publié

L'article 144 deuxième tiret du Décret n° 10/22 portant manuel de procédures de la Loi relative aux marchés publics dispose : « ... la passation d'un marché de gré à gré donne lieu à un compte rendu détaillé dans le rapport annuel publié par l'autorité de régulation des marchés publics ».

L'Equipe de vérification de l'équipe de contrôle n'a eu aucune évidence sur le compte rendu détaillé dans le rapport annuel publié par l'autorité de régulation des marchés publics, en rapport avec le marché relatif à l'acquisition de 500 Smartphones et coques.

*R/ Le rapport dont question dans les dispositions de l'article 144 du Décret 10-22 précité est de la responsabilité de l'Autorité de Régulation des Marchés et non de l'Autorité Contractante*

Le compte rendu dont question à l'article 144 du Décret 10/22 est justement de la responsabilité de l'Autorité contractante et l'ARMP ne fait que le publier dans son rapport annuel. Le respect strict des dispositions légales évoquées est recommandé.

## 20. Non publication d'un marché public de gré à gré

L'article 146 du Décret n° 10/22 portant manuel de procédures de la Loi relative aux marchés publics stipule : « Les marchés de gré à gré donnent lieu à des contrats écrits de forme libre.

Leur attribution doit faire l'objet d'une publication sur le site de l'ARMP ».

L'Equipe de vérification n'a eu aucune évidence sur la publication, sur le site de l'ARMP, du marché relatif à l'acquisition de 500 Smartphones et coques, attribué en 2020 par procédure de gré à gré à Radiocom.

*R/ Les dispositions sont prises par la CGPMP pour faire publier ces marchés sur le portail de l'ARMP, la Loi n'ayant fait aucune exigence en termes de délai de publication de ce type des marchés.*

L'équipe de contrôle précise que c'est l'attribution du marché qui est publiée et non le marché lui-même. Quant au délai, la publication doit avoir lieu dès que le marché est attribué. Elle renvoie à la recommandation sur la procédure de gré à gré déjà formulée ci-haut.

## 21. Défaut de notification d'un Soumissionnaire malheureux

L'article 97 al. 2 du Décret n° 10/22 du 02 juin 2010 portant manuel de procédures de la Loi relative aux marchés publics stipule : « Au terme de cette première vérification, les offres jugées non conformes sont écartées de la suite du processus d'évaluation et communication est faite aux soumissionnaires concernés, du rejet de leur offre dans un délai ne dépassant pas sept jours calendrier à compter de l'ouverture des plis ».

Les diligences menées par l'Equipe d'audit de l'Equipe de contrôle constate n'ont pas abouti à l'évidence de la communication faite à l'endroit du soumissionnaire ZACOMEX, non retenu, du rejet de son offre, dans le cadre du marché relatif à l'acquisition des matériels de fonctionnement PEV, alors qu'un autre Soumissionnaire malheureux (M INTERCOM) et les deux attributaires du marché (DA PLUS et Saint Etienne Sarl) ont bien été notifiés de leur sort respectif.

*R/ Les notifications de non attribution existent bel et bien et sont disponibles dans les classeurs qui ont été remis aux magistrats pour consultation.*

Les copies des dites notifications ne lui étant pas transmises dans le lot des documents transmis par la CGPMP-MSP, malgré sa demande insistante, l'équipe de contrôle maintient l'observation et recommande le respect strict des dispositions légales susmentionnées, étant donné l'importance de cette notification pour la suite de la procédure.

### **Pour l'équipe de contrôle**

**Le Magistrat MUDINA LEBOYER Christian**  
**PRESIDENT DE CHAMBRE**  
Superviseur de la mission

## Annexe 8 – Observations de la Cour des Comptes – Marchés SANRU

### SANRU

#### 1. Insuffisance dans le classement et l'archivage des dossiers des marchés publics

Les bonnes pratiques en matière de gestion recommandent que les documents relatifs aux marchés passés soient classés dans des dossiers et archivés de manière à faciliter tout contrôle à postériori.

Lors de nos vérifications, nous avons noté que le problème de classement et d'archivage des dossiers de passation des marchés se pose avec acuité. En effet, l'équipe SANRU a eu du mal à mettre à notre disposition dans les délais les documents réquisitionnés.

En outre, nous avons noté quelques cas de dossiers incomplets.

#### Recommandation

Nécessité pour le SANRU ASBL d'améliorer le classement et l'archivage des dossiers des marchés.

#### 2. Défaut de consultation d'au moins trois fournisseurs

Selon les exigences de SANRU ASBL, telles que mentionnées dans son Manuel des procédures, pour tout achat ou marché d'un montant compris entre USD 500,00 et 69 999,00, l'autorité contractante, à travers les responsables en charge de passation des marchés, doit procéder à la consultation restreinte d'au moins trois fournisseurs.

Cependant, l'équipe d'audit de la Cour des comptes a noté le non-respect de cette exigence du marché « agence des medias sans frontière AMSF » conclu avec l'Agence des médias sans fréquence pour un montant d'USD 3 600, suivant le Contrat : N° 1056/2020 du 22 Septembre 2020.

#### Recommandation

Nécessité pour SANRU ASBL de respecter les seuils et les modes de passation des marchés actés dans son manuel des procédures.

#### 3. Absence de Plan de passation de marché approuvé

Le manuel de procédure de SANRU à la page 55, renseigne que : « partant du PTBA, tous les besoins en acquisitions seront repris dans un Plan de Passation de Marchés élaboré dans les 3 mois qui précèdent sa mise en œuvre ».

L'équipe d'audit de la Cour des comptes constate qu'aucun PPM n'a été élaboré pour les marchés conclus en 2019 et 2020 par SANRU.

Cette pratique ne permet ni de dégager une corrélation entre la réalisation des marchés et les objectifs du projet, ni de s'assurer de l'exhaustivité des marchés requis pour le projet.

#### Recommandation

Nécessité pour SANRU ASBL d'élaborer annuellement un plan de passation des marchés.

#### 4. Absence de bon de livraison et/ou Procès-Verbal de réception.

Il a été remarqué, lors des vérifications de la Cour des comptes, l'absence systématique des Bons de livraison et/ou Procès-Verbaux de réception des fournitures ou des biens, objet des marchés ci-après passés par SANRU ASBL :

- a) Marché de fournitures et cartouches conclu avec BUROKAPA, pour une valeur de USD 1.070,00, suivant le Bon de commande n°34 du 3/8/2020 ;
- b) Marché de Reproduction des supports de Communication BOMOYI pour le compte de SANRU ASBL, conclu avec l'Imprimerie GLOBAL PUBLICITY pour une valeur de USD 530, suivant le Contrat N° 492/2019 du 20 Mars 2019 et le Bon de commande n° BC 004 du 04 Mars 2019 ;

- c) Marché relatif à la Reproduction des supports de communication Bomoyi pour une valeur d'USD 1060, conclu avec INSTAPRINT, suivant le contrat N° BP. 02/SANRU ASBL/BOMOYI/2019 ;
- d) Marché relatif à l'Acquisition des outils de communication pour une valeur de USD 800, conclu avec INSTAPRINT, suivant le contrat N° 630/ADM/2019 ;
- e) Marché relatif à l'Acquisition des mobiliers de bureau pour un montant de USD 780, conclu avec ORANGE COMPUTERS, sans bon de commande, suivant la demande de cotation référencée DC 002/SANRU ASBL/BOMOYI/2019 ;
- f) Acquisition des pneus d'une valeur de USD 1140 auprès de AUTO JOSANE, suivant le contrat N° 0406 et le Bon de commande n°0096 du 26 Mars 2019

### **Recommandations**

**Documenter la réception des ouvrages, des fournitures et des services, objets des marchés passés.**

**Le Magistrat MUDINA LEBOYER Christian**  
**PRESIDENT DE CHAMBRE**  
Superviseur de la mission

## Annexe 9 – Analyse du fichier de stock au niveau central

L'outil de gestion informatisée Stock Management Tool (SMT) a été choisi par le PEV pour la saisie et le suivi continu des stocks de vaccins et autres intrants liés à la vaccination.

Les PON « GEV-PON-E6-01 : gestion informatisée des stocks » de la République Démocratique du Congo stipulent que le registre des stocks doit être précis et tenu à jour. Tous les arrivages et les livraisons de vaccins et intrants doivent être traités à l'aide de l'outil SMT. Vérifier que tous les détails de tous les mouvements des stocks sont enregistrés immédiatement dans le SMT et les registres manuel des stocks. Les informations obligatoires suivantes doivent être enregistrées dans le système de gestion des stocks à chaque réception de vaccins ou d'autres produits de vaccinations : Type de vaccin, le fabricant du vaccin, la présentation (doses par flacon), le numéro(s) de lot, la date d'expiration, le nombre de doses reçues, état des PCV, le nom du matériel de chaîne du froid dans lequel sont conservés les vaccins (par exemple : Chambre froide\*1), etc.

Les fichiers SMT servent aussi à informer et à préciser l'estimation des besoins futurs et l'espace de stockage encore disponible pour pouvoir absorber des nouvelles commandes de vaccins et accessoires de vaccination, etc.

Le tableau ci-dessous résume les analyses et les erreurs identifiées par l'équipe d'audit sur le numéro de lots, le numéro de bordereau de livraison, la quantité de doses, non disponibilité de bordereau de livraison dans le fichier SMT du dépôt central (hub de Kinkole) au cours de la période 2018 à 2021.

## ➤ Les arrivages

Données de SMT					Rapports de réception		Observations
Dates entrée	Vaccins/diluants & Consommables	Nbre flacons ou boîtes	Nbre doses ou unités (a)	N°_Lot	Rapport de réception (b)	Ecart (a) - (b)	
26/01/2018	PCV-13	109 550	438 200	T86532	459 800	- 21 600	Ecart de 21 600 doses. Le PEV a indiqué 438 200 doses au lieu de 459 800 doses sur le rapport de réception.
26/01/2018	DTC-HepB-Hib	90 350	361 400	W19736	347 000	14 400	Ecart de 14 400 doses. Le PEV a indiqué 361 400 doses au lieu de 347 000 doses sur le rapport de réception.
26/01/2019	PCV-13	25 000	100 000	X74864			Rapport de réception non obtenu car non retrouvé par le PEV
16/08/2019	PCV-13	107 600	430 400	AW6442	471 800	- 41 400	Ecart de 41 400 doses. Le PEV a indiqué 430 400 doses au lieu de 471 800 doses sur le rapport de réception.
08/11/2019	DTC-HepB-Hib	52 300	523 000	FWM19507			Rapport de réception non obtenu car non retrouvé par le PEV
22/11/2019	PCV-13	5 350	21 400	CN9364	2 140	19 260	1-Erreur sur le numéro de lot. Le numéro de lot est X74869 et non CN9364. 2-Ecart de 19 260 doses. Le PEV a indiqué 21 400 doses au lieu de 2 140 doses sur le rapport de réception.
22/11/2019	PCV-13	81 550	326 200	CN9365	32 620	293 580	Ecart de 293 580 doses. Le PEV a indiqué 326 200 doses au lieu de 32 620 doses sur le rapport de réception.
22/11/2019	PCV-13	113 100	452 400	CN9366	45 240	407 160	Ecart de 407 160 doses. Le PEV a indiqué 452 400 doses au lieu de 45 240 doses sur le rapport de réception.
11/12/2019	DTC-HepB-Hib	40 620	406 200	PLU014J19			Rapport de réception non obtenu car non retrouvé par le PEV
11/12/2019	DTC-HepB-Hib	59 370	593 700	PLU015A19			Rapport de réception non obtenu car non retrouvé par le PEV
25/08/2020	DTC-HepB-Hib	19 806	198 060	2860X007A	354 060	- 156 000	Ecart de 156 000 doses. Le PEV a indiqué 452 400 doses au lieu de 354 060 doses sur le rapport de réception.
25/08/2020	DTC-HepB-Hib	24 164	241 640	2860X010A	397 640	- 156 000	1-Erreur sur le numéro de lot. Le numéro de lot est 10 B et non 2860X010A. 2- Ecart de 156 000 doses. Le PEV a indiqué 241 640 doses au lieu de 397 640 doses sur le rapport de réception.
29/01/2021	PCV-13	117 100	468 400	EE2565	475 600	- 7 200	Ecart de 7 200 doses. Le PEV a indiqué 468 400 doses au lieu de 475 600 doses sur le rapport de réception

Données de SMT					Rapports de réception		Observations
Dates entrée	Vaccins/diluants & Consommables	Nbre flacons ou boîtes	Nbre doses ou unités (a)	N°_Lot	Rapport de réception (b)	Ecart (a) - (b)	
08/04/2021	DTwP-HepB-Hib	10 358	103 580	2860X034B	103 280	300	Ecart de 300 doses. Le PEV a indiqué 103 358 doses au lieu de 103 280 doses sur le rapport de réception

➤ Les sorties

Données de SMT						Bordereaux de Livraison (BL)		Observations	
Dates sortie	Affectation		N°Bon Livraison	Vaccins/diluants & Consommables	Qté sortie (a)	N°_Lot	BL (b)		Ecart (a) - (b)
01/02/2018	HAUT KATANGA	LUBUMBASHI		DTC-HepB-Hib	300 000	FWM17501		300 000	BL non disponible. Les BL seraient perdues lors des travaux de déménagement sur Kinkole
01/02/2018	HAUT KATANGA	LUBUMBASHI		PCV-13	185 400	T44133		185 400	BL non disponible. Les BL seraient perdues lors des travaux de déménagement sur Kinkole
01/02/2018	HAUT KATANGA	LUBUMBASHI		PCV-13	151 200	T44132		151 200	BL non disponible. Les BL seraient perdues lors des travaux de déménagement sur Kinkole
07/03/2018	KONGO CENTRAL	MBANZA NGUNGU	19/02/2018	DTC-HepB-Hib	20 000	FWM17501		20 000	BL non disponible. Les BL seraient perdues lors des travaux de déménagement sur Kinkole
07/03/2018	KONGO CENTRAL	MBANZA NGUNGU	19/02/2018	PCV-13	3 400	T73707		3 400	BL non disponible. Les BL seraient perdues lors des travaux de déménagement sur Kinkole
07/03/2018	KONGO CENTRAL	MBANZA NGUNGU	19/02/2018	PCV-13	13 000	T73708		13 000	BL non disponible. Les BL seraient perdues lors des travaux de déménagement sur Kinkole
12/04/2018	HAUT KATANGA	LUBUMBASHI	30/04/2018	DTC-HepB-Hib	160 000	FWM17502		160 000	BL non disponible. Les BL seraient perdues lors des travaux de déménagement sur Kinkole
12/04/2018	HAUT KATANGA	LUBUMBASHI	30/04/2018	PCV-13	34 000	T73709		34 000	BL non disponible. Les BL seraient perdues lors des travaux de déménagement sur Kinkole
12/04/2018	HAUT KATANGA	LUBUMBASHI	30/04/2018	PCV-13	18 000	T73706		18 000	BL non disponible. Les BL seraient perdues lors des travaux de déménagement sur Kinkole
12/04/2018	HAUT KATANGA	LUBUMBASHI	30/04/2018	PCV-13	86 400	T73705		86 400	BL non disponible. Les BL seraient perdues lors des travaux de déménagement sur Kinkole
04/05/2018	KONGO CENTRAL	MBANZA NGUNGU	32/03/018	DTC-HepB-Hib	12 000	FWM17508		12 000	BL non disponible. Les BL seraient perdues lors des travaux de déménagement sur Kinkole
04/05/2018	KONGO CENTRAL	MBANZA NGUNGU	32/03/018	PCV-13	14 400	T73707		14 400	BL non disponible. Les BL seraient perdues lors des travaux de déménagement sur Kinkole
08/06/2018	KONGO CENTRAL	MBANZA NGUNGU	44/06/2018	PCV-13	28 800	W18752		28 800	BL non disponible. Les BL seraient perdues lors des travaux de déménagement sur Kinkole

Données de SMT						Bordereaux de Livraison (BL)		Observations	
Dates sortie	Affectation		N°Bon Livraison	Vaccins/diluants & Consommables	Qté_ sortie (a)	N°_Lot	BL (b)		Ecart (a) - (b)
03/08/2018	KONGO CENTRAL	MBANZA NGUNGU	42/08/2018	DTC-HepB-Hib	15 000	FWM18501		15 000	BL non disponible. Les BL seraient perdues lors des travaux de déménagement sur Kinkole
03/08/2018	KONGO CENTRAL	MBANZA NGUNGU	42/08/2018	PCV-13	14 400	W91318		14 400	BL non disponible. Les BL seraient perdues lors des travaux de déménagement sur Kinkole
11/08/2018	KONGO CENTRAL	MBANZA NGUNGU	53/08/2018	DTC-HepB-Hib	48 000	FWM18501		48 000	BL non disponible. Les BL seraient perdues lors des travaux de déménagement sur Kinkole
11/08/2018	KONGO CENTRAL	MBANZA NGUNGU	53/08/2018	PCV-13	43 200	W77314		43 200	BL non disponible. Les BL seraient perdues lors des travaux de déménagement sur Kinkole
16/10/2018	HAUT KATANGA	LUBUMBASHI	98/10/2018	DTC-HepB-Hib	95 000	FWM18504		95 000	BL non disponible. Les BL seraient perdues lors des travaux de déménagement sur Kinkole
16/10/2018	HAUT KATANGA	LUBUMBASHI	98/10/2018	DTC-HepB-Hib	103 400	FWM18507		103 400	BL non disponible. Les BL seraient perdues lors des travaux de déménagement sur Kinkole
09/11/2018	KONGO CENTRAL	MBANZA NGUNGU		PCV-13	36 000	AA7689		36 000	BL non disponible. Les BL seraient perdues lors des travaux de déménagement sur Kinkole
11/01/2019	Coord Katanga	LUBUMBASHI	01/01/2019	DTC-HepB-Hib	126 000	2PLU019A18		126 000	BL non disponible. Les BL seraient perdues lors des travaux de déménagement sur Kinkole
11/01/2019	Coord Katanga	LUBUMBASHI	01/01/2019	PCV-13	7 200	AA7689		7 200	BL non disponible. Les BL seraient perdues lors des travaux de déménagement sur Kinkole
11/01/2019	Coord Katanga	LUBUMBASHI	01/01/2019	PCV-13	28 800	X59014		28 800	BL non disponible. Les BL seraient perdues lors des travaux de déménagement sur Kinkole
11/01/2019	Coord Katanga	LUBUMBASHI	01/01/2019	PCV-13	14 400	X59011		14 400	BL non disponible. Les BL seraient perdues lors des travaux de déménagement sur Kinkole
11/01/2019	Coord Katanga	LUBUMBASHI	01/01/2019	PCV-13	14 400	X59910		14 400	BL non disponible. Les BL seraient perdues lors des travaux de déménagement sur Kinkole
11/01/2019	Coord Katanga	LUBUMBASHI	01/01/2019	PCV-13	295 200	X59922		295 200	BL non disponible. Les BL seraient perdues lors des travaux de déménagement sur Kinkole
27/02/2019	KONGO CENTRAL	MBANZA NGUNGU	04/02/2019	PCV-13	64 800	X74861	64 800	-	Erreur sur le numéro de lot. Le numéro de lot est X74869 et non X74861
08/04/2019	Coord Katanga	LUBUMBASHI	15/04/2019	PCV-13	241 000	X78071	252 000	- 11 000	Ecart de 11 000 doses. Le PEV a indiqué 241 000 doses au lieu de 252 000 doses sur le bon de livraison
03/06/2019	Coord Katanga	LUBUMBASHI	01/06/2019	DTC-HepB-Hib	400 000	FWM18513	400 000	-	Erreur sur la date du BL. La date est de 17/06/2019 et non 01/06/2029

Dates sortie	Données de SMT					Bordereaux de Livraison (BL)		Observations	
	Affectation		N°Bon Livraison	Vaccins/diluants & Consommables	Qté_sortie (a)	N°_Lot	BL (b)		Ecart (a) - (b)
03/06/2019	Coord Katanga	LUBUMBASHI	01/06/2019	PCV-13	250 200	AH2395	431 600	- 181 400	Ecart de 181 400 doses. Le PEV a indiqué 250 200 doses au lieu de 431 600 doses sur le bon de livraison
03/02/2020	Haut Katanga	LUBUMBASHI	03/02/2020	DTC-HepB-Hib	381 000	2869X014B	384 000	- 3 000	Ecart de 3 000 doses. Le PEV a indiqué 381 000 doses au lieu de 384 000 doses sur le bon de livraison
25/04/2020	Haut Katanga	LUBUMBASHI	29/04/2020	PCV-13	252 000	CW8156	252 000		Erreur sur le numéro de lot. Le numéro de lot est CW8150 et non CW8156
30/04/2020	Tshopo	KISANGANI		PCV-13	93 600	DA1770	72 200	21 400	Ecart de 21 400 doses. Le PEV a indiqué 93 600 doses au lieu de 72 200 doses sur le bon de livraison
24/08/2020	Haut Katanga	LUBUMBASHI	06/08/2020	DTC-HepB-Hib	210 000	FWM19517	210 000	-	Erreur sur la date du BL. La date est de 17/06/2019 et non 06/08/2020
24/08/2020	Haut Katanga	LUBUMBASHI	06/08/2020	PCV-13	13 600	DA1839	240 600	- 227 000	1- Erreur sur le numéro de lot. Le numéro de lot est DA 1833 et non DA1839 2-Ecart de 21 400 doses. Le PEV a indiqué 93 600 doses au lieu de 72 200 doses sur le bon de livraison
24/11/2021	Kongo Central	MATADI		C19-Pfizer Comirnaty	6 978	32131BD	6 978	-	Erreur sur le numéro de lot. Le numéro de lot est 32L3LBD et non 32131BD
24/11/2021	Kongo Central	MBANZA NGUNGU		C19-Pfizer Comirnaty	5 262	32131BD	5 262	-	Erreur sur le numéro de lot. Le numéro de lot est 32L3LBD et non 32131BD
24/11/2021	Kongo Central	BOMA		C19-Pfizer Comirnaty	1 470	32131BD	1 470	-	Erreur sur le numéro de lot. Le numéro de lot est 32L3LBD et non 32131BD

## Annexe 10 – Reports de stock au niveau central

L'entrepôt central du PEV gère et suit son stock de vaccins et autres intrants avec l'outil SMT. Un fichier SMT distinct par année calendaire permet de saisir les mouvements de stock et de générer un nombre de rapports de gestion. Lors de la création d'un fichier SMT, les niveaux des stocks par article et par lot, au 31 décembre de l'année antérieure, doivent être saisis.

Le tableau ci-dessous présente les écarts constatés dans les reports de stock d'une année à l'autre, au niveau du dépôt central (hub de Kinkole), au cours de la période auditée (2018 à 2021).

Antigènes	Stock fin 2017 (a)	Stock début 2018 (b)	Ecart c = (b) - (c)	Stock fin 2018 (d)	Stock début 2019 (e)	Ecart f = (e) - (d)	Stock fin 2019 (g)	Stock début 2020 (h)	Ecart i = (h) - (g)	Stock fin 2020 (j)	Stock début 2021 (k)	Ecart l = (k) - (j)	Total des écarts (c) + (f) + (i)+(l)
<b>Vaccinations de routine</b>													
BCG	2 201 900	2 201 900		1 131 120	958 980	- 172 140	1 311 800	1 128 400	- 183 400	4 400	4 400		- 355 540
bVPO	11 974 840	11 974 840		2 007 700	4 245 580	2 237 880	5 403 160	3 597 020	- 1 806 140	1 436 840	1 436 840		431 740
DTC-HepB-Hib	2 683 100	2 683 100		354 000	1 080 000	726 000	2 484 000	2 489 970	5 970	1 871 650	1 871 650		731 970
PCV-13	2 896 600	2 896 600		1 524 200	5 153 000	3 628 800	1 122 680	1 183 400	60 720	4 648 800	4 648 800		3 689 520
Rota_lyo							28 500	204 284		2 511 668	2 487 068		
VPI	465 200	465 200		508 200	422 100	- 86 100	925 400	978 350	52 950	1 081 825	1 081 825		- 33 150
VAR / Measles	1 963 430	1 231 860	- 731 570	2 292 700	1 770 550	- 522 150	1 243 250	1 348 200	104 950	52 890	52 890		-1 148 770
VAA / YF	1 153 400	1 153 400		189 100	700 000	510 900	1 066 040	998 800		2 934 560	1 876 800		
Td	7 234 620	7 234 620		3 480 440	3 389 310	- 91 130	3 652 000	3 865 830	213 830	1 197 660	1 197 660		122 700
<b>Total1</b>	<b>30 573 090</b>	<b>29 841 520</b>	<b>- 731 570</b>	<b>11 487 460</b>	<b>17 719 520</b>	<b>6 232 060</b>	<b>17 236 830</b>	<b>15 794 254</b>	<b>- 1 551 120</b>	<b>15 740 293</b>	<b>14 657 933</b>		<b>3 438 470</b>
<b>Vaccinations supplémentaires</b>													
bVPO	6 630 360	6 630 360		12 075 860	9 136 940	-2 938 920	1 354 620		- 1 354 620				-4 293 540
VAR / Measles	- 889 570	-	889 570	187 140	404 240	217 100	1 306 740	1 282 820	- 23 920	742 680	865 090	122 410	1 205 160
Men A	112 800	112 800											
VAA / YF							6 392 400	6 392 400		20 218 380	20 218 380		
VCO	30 590	30 647	57	210 739	200	- 210 539	961 720	961 920	200	2 718 300	2 718 300		
mVPO2				479 120	15 040	- 464 080	7 614 980	7 614 980		572 480	629 680	57 200	
rVSV-ZEBOV				2 050		- 2 050	-						- 2 050
<b>Total2</b>	<b>- 746 180</b>	<b>6 773 807</b>	<b>889 627</b>	<b>12 954 909</b>	<b>9 556 420</b>	<b>- 459 569</b>	<b>17 630 460</b>	<b>16 252 120</b>	<b>- 1 378 340</b>	<b>24 251 840</b>	<b>24 431 450</b>	<b>179 610</b>	<b>1 203 110</b>
<b>Total (1) +(2)</b>	<b>29 826 910</b>	<b>36 615 327</b>	<b>158 057</b>	<b>24 442 369</b>	<b>27 275 940</b>	<b>5 772 491</b>	<b>34 867 290</b>	<b>32 046 374</b>	<b>- 2 929 460</b>	<b>39 992 133</b>	<b>39 089 383</b>	<b>179 610</b>	<b>4 641 580</b>

Les écarts figurant dans ce tableau n'avaient pas été repérés avant le présent audit, et n'ont pu être justifiés par les responsables de l'entrepôt central. L'absence généralisée de rapports d'ajustement de stock et de fiches de comptage de l'inventaire physique ne permet pas d'affirmer que les écarts s'expliquent par des ajustements des niveaux de stocks après inventaire physique.

## Annexe 11 – Pertes de vaccins et autres intrants financés par Gavi

**A - Sorties de seringues non renseignées dans le fichier de stock central**

La revue des outils de gestion des stocks SMT 2020 et 2021, particulièrement les seringues fait remarquer des sorties de stocks non justifiées de 5 824 600 seringues de type 0.5ml. Ces seringues pour un total de 5 824 600 ont été enregistrées à leur entrée, cependant leur sortie du stock n'a pas été identifiée dans le fichier du stock.

**Les tableaux ci-dessous présentent les mouvements des lots de seringues concernés : n°1804J51, 191216 et 200111**

ENTREE		Type_Intrant	INTRANTS Vaccins/diluants & Consommables	N° de Lot N°_Lot	Date Péremption	VVM Type_VVM	AVS Type_AVS	Conditionnement doses/flacon ou unités/boîtes	Quantités reçues	
Date_Entrée	Type_Entrée								Nbre flacons ou boîtes	Nbre doses ou unités
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
20-juil-20	Arrivage	CONS	SAB_0.5ml	191216	déc-24			100	25 722	2 572 200
20-juil-20	Arrivage	CONS	SAB_0.5ml	200111	janv-25			100	25 604	2 560 400
19-oct-20	Arrivage	CONS	SAB_0.5ml	1804J51	mars-25			100	8 000	800 000
<b>Total stock de seringues 0.5ml entré (X)</b>										<b>5 932 600</b>

		DESTINATIONS / ALLOCATION		AVS		INTRANTS		Date	N° de Lot	Nbre de doses
Dates sortie	Type sortie	Affectation	Commentaires	N°_Bon Livraison	Type_AVS	Type_Intrant	Vaccins/diluants & Consommables	Péremption	N°_Lot	Qté_sortie
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
20-nov-20		Tanganyika	ZS KIAMBI	22/11/2020	AVS	CONS	SAB_0.5ml	mars-25	1804J51	36 000
20-nov-20		Tanganyika	KALEMIE	22/11/2020	AVS	CONS	SAB_0.5ml	mars-25	1804J51	72 000
<b>Total stock de seringues 0.5ml sorti (uniquement lot n°1804J51 sorti) (Y)</b>										<b>108 000</b>
<b>Stock de seringues 0.5ml disparus (lots n°1804J51, 200111 et 191216) (X) – (Y)</b>										<b>5 824 600</b>

**Détail de stock de seringues 0.5ml enregistré en report dans le SMT 2021 : Lots n°1804J51, 200111 et 191216 absents**

ENTREE		Type_Intrant	INTRANTS Vaccins/diluants & Consommables	N° de Lot N°_Lot	Date Péremption	VVM Type_VVM	AVS Type_AVS	Conditionnement doses/flacon ou unités/boîtes	Quantités reçues	
Date_Entrée	Type_Entrée								Nbre flacons ou boîtes	Nbre doses ou unités
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
01-janv-21	Report	INJEQT	SAB_0.5ml	200215	févr-25		AVS	100	5 060	50 600
01-janv-21	Report	INJEQT	SAB_0.5ml	200216	févr-25			100	38 880	3 888 000
01-janv-21	Report	INJEQT	SAB_0.5ml	200217	févr-25			100	58 230	5 823 000
01-janv-21	Report	INJEQT	SAB_0.5ml	200109	févr-25			100	7 290	729 000
01-janv-21	Report	INJEQT	SAB_0.5ml	200308	mars-25		AVS	100	54 540	5 454 000
01-janv-21	Report	INJEQT	SAB_0.5ml	200214	févr-25		AVS	100	68 850	6 885 000

ENTREE		INTRANTS		N° de Lot	Date	VVM	AVS	Conditionnement	Quantités reçues	
Date Entrée	Type Entrée	Type Intrans	Vaccins/diluants & Consommables	N°_Lot	Péremption	Type_VVM	Type_AVs	doses/flacon ou unités/boîtes	Nbre flacons ou boîtes	Nbre doses ou unités
01-janv-21	Report	INJEQT	SAB_0.5ml	200215	févr-25			100	4 534	453 400
01-janv-21	Report	INJEQT	SAB_0.5ml	1705121	mars-25			100	2 760	276 000
01-janv-21	Report	INJEQT	SAB_0.5ml	251922	juin-24			100	3 180	318 000

## Annexe 12 – Pertes en flacons fermés au niveau central

Les tableaux ci-dessous présentent les sorties de vaccins et autres intrants virés et périmés sans un document de base attestant la sortie et la mise au rebut.

		DESTINATIONS / ALLOCATION		AVS		INTRANTS	Date	N° de Lot	Nbre de doses
Dates sortie	Type sortie	Affectation	Commentaires	Type_AVs	Type_Intrans	Vaccins/diluants & Consommables	Péremption	N°_Lot	Qté_sortie
<b>Année 2018</b>									
01-mars-18	pertes	AUTRES		AVS	VAC/DIL	Men_A	01-mars-18	127M5012A	8 500
01-mars-18	pertes	AUTRES		AVS	VAC/DIL	Men_A	01-mars-18	127M5012B	25 000
01-mars-18	pertes	AUTRES		AVS	VAC/DIL	Men_A	01-mars-18	127M5013A	1 000
01-mars-18	pertes	AUTRES		AVS	VAC/DIL	Men_A	01-mars-18	127M5011B	11 200
01-mars-18	pertes	AUTRES		AVS	VAC/DIL	dil_Men_A	01-mars-18	10814024BZ	4 230
01-mars-18	pertes	AUTRES		AVS	VAC/DIL	dil_Men_A	01-mars-18	10814024DZ	2 500
01-mars-18	pertes	AUTRES		AVS	VAC/DIL	dil_Men_A	01-mars-18	10815003BZ	1 000
01-mars-18	pertes	AUTRES		AVS	VAC/DIL	dil_Men_A	01-mars-18	10815001CZ	1 500
01-mars-18	pertes	AUTRES		AVS	VAC/DIL	dil_Men_A	01-mars-18	10815003CZ	2 300
01-mars-18	pertes	AUTRES		AVS	VAC/DIL	dil_Men_A	01-mars-18	1814024CZ	6 000
01-avr-18	pertes	PCV virée		AVS	VAC/DIL	Men_A	01-avr-18	127M5014A	9 990
01-avr-18	pertes	PCV virée		AVS	VAC/DIL	Men_A	01-avr-18	127M5014B	17 500
01-avr-18	pertes	PCV virée		AVS	VAC/DIL	Men_A	01-avr-18	127M5013B	3 000
15-juin-18	pertes	PCV virée		AVS	VAC/DIL	mVPO2	31-mai-18	AOP2A022AA	922 000
30-nov-18	pertes	Péremption	retour Kalemie	AVS	VAC/DIL	mVPO2	01-nov-18	AOP2A032AA	7 260
30-nov-18	pertes	Péremption	retour Kalemie	AVS	VAC/DIL	mVPO2	01-nov-18	AOP2A035AA	31 640
<b>Sous total 2018</b>									<b>1 054 620</b>
<b>Année 2019</b>									

		DESTINATIONS / ALLOCATION		AVS		INTRANTS	Date	N° de Lot	Nbre de doses
Dates sortie	Type sortie	Affectation	Commentaires	Type_AVs	Type_Intrant	Vaccins/diluants & Consommables	Péréemption	N°_Lot	Qté_sortie
31-janv-19	pertes	Péréemption	NIVEAU CENTRAL		CONS	SAB_0.05ml	01-sept-23	231807	384 000
13-avr-19	Pertes	Autres			VAC/DIL	BCG	01-nov-19	275	300
13-avr-19	Pertes	Autres			VAC/DIL	BCG	01-nov-19	283	12 400
13-avr-19	Pertes	Autres			VAC/DIL	BCG	01-nov-19	284-1	62 000
13-avr-19	Pertes	Autres			VAC/DIL	BCG	01-nov-19	284-2	7 600
13-avr-19	Pertes	Autres			VAC/DIL	BCG	01-sept-19	GSV-156/17	12 180
13-avr-19	Pertes	Autres			VAC/DIL	BCG	01-sept-19	GSV-158/17	5 800
13-avr-19	Pertes	Autres			VAC/DIL	BCG	01-août-19	037G7029	3 900
<b>Sous total 2019</b>									<b>488 180</b>
<b>Année 2020</b>									
09-juil-20	Pertes	Autres	Etiquette dénaturé	AVS	VAC/DIL	mVPO2	févr.-21	T3C301V	22 220
<b>Sous total 2020</b>									<b>22 220</b>
<b>Année 2021</b>									
06-janv-21	Perte	Autre	Rebut	AVS	VACCIN	mOPV2	févr-21	T3C761V	137 240
06-janv-21	Perte	Autre	Rebut	AVS	VACCIN	mOPV2	févr-21	T3C781V	9 740
06-janv-21	Perte	Autre	Rebut	AVS	VACCIN	mOPV2	févr-21	T3C271V	400
06-janv-21	Perte	Autre	Rebut	AVS	VACCIN	mOPV2	févr-21	T3C791V	4 280
19-juil-21	Perte	Péréemption			VACCIN	C19-AZ Covishield	juin-21	4120Z028	2 340
19-juil-21	Perte	Péréemption			VACCIN	C19-AZ Covishield	juin-21	4120Z029	3 000
<b>Sous total 2021</b>									<b>157 000</b>
<b>Année 2022</b>									
30-avr-22	Perte	Péréemption	Hub Central		VACCIN	C19-Turkovac SARS-COV-2	avr-22	SC222003	36 250
30-avr-22	Perte	Péréemption	Hub Central		VACCIN	C19-Turkovac SARS-COV-2	avr-22	SC222004	93 750
<b>Sous total 2022</b>									<b>130 000</b>
<b>Total général des pertes de vaccins de 2018 à 2022</b>									<b>1 852 020</b>

**Estimation des coûts des vaccins et matériel d'injection perdus lors de l'incendie du dépôt de Bunia**

L'estimation suivante a été établie avec l'aide de l'UNICEF :

Dates_sortie	Type_sortie	Type_Intrant	INTRANTS	Date	N° de Lot	Nbre doses	Présentation	Qté flacons	Valeur monétaire	
			Vaccins/diluants & Consommables	Péréemption	N°_Lot	Qte perdue			Cout unitaire	Cout total
28-Jun-22	Perte	VACCIN	IPV	31-Jul-23	IPQ006A20	2,150	5	430	\$7.50	\$3,225.00
28-Jun-22	Perte	VACCIN	IPV	30-Nov-22	IPV20506	36	5	7	\$7.50	\$54.00
28-Jun-22	Perte	VACCIN	IPV	31-Jul-23	IPQ050A20	180	5	36	\$7.50	\$270.00
28-Jun-22	Perte	VACCIN	IPV	31-Jul-23	IPQ051A20	720	5	144	\$7.50	\$1,080.00
28-Jun-22	Perte	VACCIN	DTwP-HepB-Hib	31-Oct-24	FWM21527	4,661	10	466	\$7.80	\$3,635.58
28-Jun-22	Perte	VACCIN	DTwP-HepB-Hib	31-May-23	2860X034A	106	10	11	\$7.80	\$82.68
28-Jun-22	Perte	VACCIN	DTwP-HepB-Hib	29-Feb-24	FWM21505	50	10	5	\$7.80	\$39.00
28-Jun-22	Perte	VACCIN	DTwP-HepB-Hib	30-Jun-23	FWM20514	10	10	1	\$7.80	\$7.80
28-Jun-22	Perte	VACCIN	DTwP-HepB-Hib	31-Dec-23	FWM21522	2	10	0	\$7.80	\$1.56
28-Jun-22	Perte	VACCIN	DTwP-HepB-Hib	01-Mar-24	FWM21509	49	10	5	\$7.80	\$38.22
28-Jun-22	Perte	VACCIN	DTwP-HepB-Hib	31-May-24	2861X016A	1,350	10	135	\$7.80	\$1,053.00
28-Jun-22	Perte	VACCIN	PCV-13	30-Sep-24	FJ8071	16,228	4	4,057	\$11.60	\$47,061.20
28-Jun-22	Perte	VACCIN	PCV-13	10-Jul-24	FG2798	7,345	4	1,836	\$11.60	\$21,300.50
28-Jun-22	Perte	VACCIN	Rota_Lyo	30-Apr-24	14610034	8,940	2	4,470	\$1.90	\$8,493.00
28-Jun-22	Perte	VACCIN	Rota_Lyo	30-Apr-23	1460O179	94	2	47	\$1.90	\$89.30
28-Jun-22	Perte	VACCIN	Rota_Lyo	30-Apr-23	1460O182	350	2	175	\$1.90	\$332.50
28-Jun-22	Perte	DILUANT	dil_Rota_Lyo	31-Aug-26	2661Q018	7,990	3	2,663	\$2.63	\$7,004.57
28-Jun-22	Perte	DILUANT	dil_Rota_Lyo	31-Oct-25	2660Q157	80	3	27	\$2.63	\$70.13
28-Jun-22	Perte	DILUANT	dil_Rota_Lyo	31-Oct-25	2660Q156	320	3	107	\$2.63	\$280.53
28-Jun-22	Perte	VACCIN	YF	28-Feb-23	U3D421V	1,335	10	134	\$16.70	\$2,229.45
28-Jun-22	Perte	VACCIN	YF	28-Feb-23	385	56	10	6	\$9.70	\$54.32
28-Jun-22	Perte	VACCIN	YF	01-Feb-23	U3C711V	100	10	10	\$16.70	\$167.00
28-Jun-22	Perte	DILUANT	dil_YF	31-Oct-22	T4X141V	1,335	10	134	\$4.20	\$560.70
28-Jun-22	Perte	DILUANT	dil_YF	30-Sep-25	211	1,336	10	134	\$4.20	\$561.12

28-Jun-22	Perte	DILUANT	dil_YF	01-Oct-22	T4X131V	60	10	6	\$4.20	\$25.20
28-Jun-22	Perte	VACCIN	C19-Janssen Ad26.COVS.S	01-Aug-23	XE564	920	1	920	\$8.00	\$7,360.00
28-Jun-22	Perte	DILUANT	dil_C19-Pfizer Comirnaty	01-Sep-23	FK8410	120	2	60	\$8.10	\$486.00
28-Jun-22	Perte	DILUANT	dil_C19-Pfizer Comirnaty	01-Apr-23	FA7196	780	2	390	\$8.10	\$3,159.00
<b>Total</b>										<b>\$108,721.36</b>

## Annexe 13 – Illustrations de la visite du dépôt central (hub de Kinkole)

Etagères inadaptées menaçant de basculer en raison du poids des boîtes de vaccins



Etagères insuffisamment installées et utilisées dans les chambres froides du dépôt central



Rangement précaire bloquant l'accès à une chambre froide du dépôt central, cartons endommagés par les écoulements de condensation



Branchement électrique de fortune exposé à la condensation dans le dépôt central



Plafond technique imprégné de condensation et tombant sur les équipements, traces d'eau au sol dans la salle électrique de contrôle de la solarisation du dépôt central



Chariots transpalettes électriques en panne et inutilisables à l'extérieur du dépôt central



Déchets en attente d'incinération et partiellement calcinés à l'extérieur du dépôt central



Camion frigorifique utilisé pour transporter du charbon de bois et des denrées alimentaires dans la zone froide



## Annexe 14 – Illustrations de la visite de l'antenne de Lubumbashi

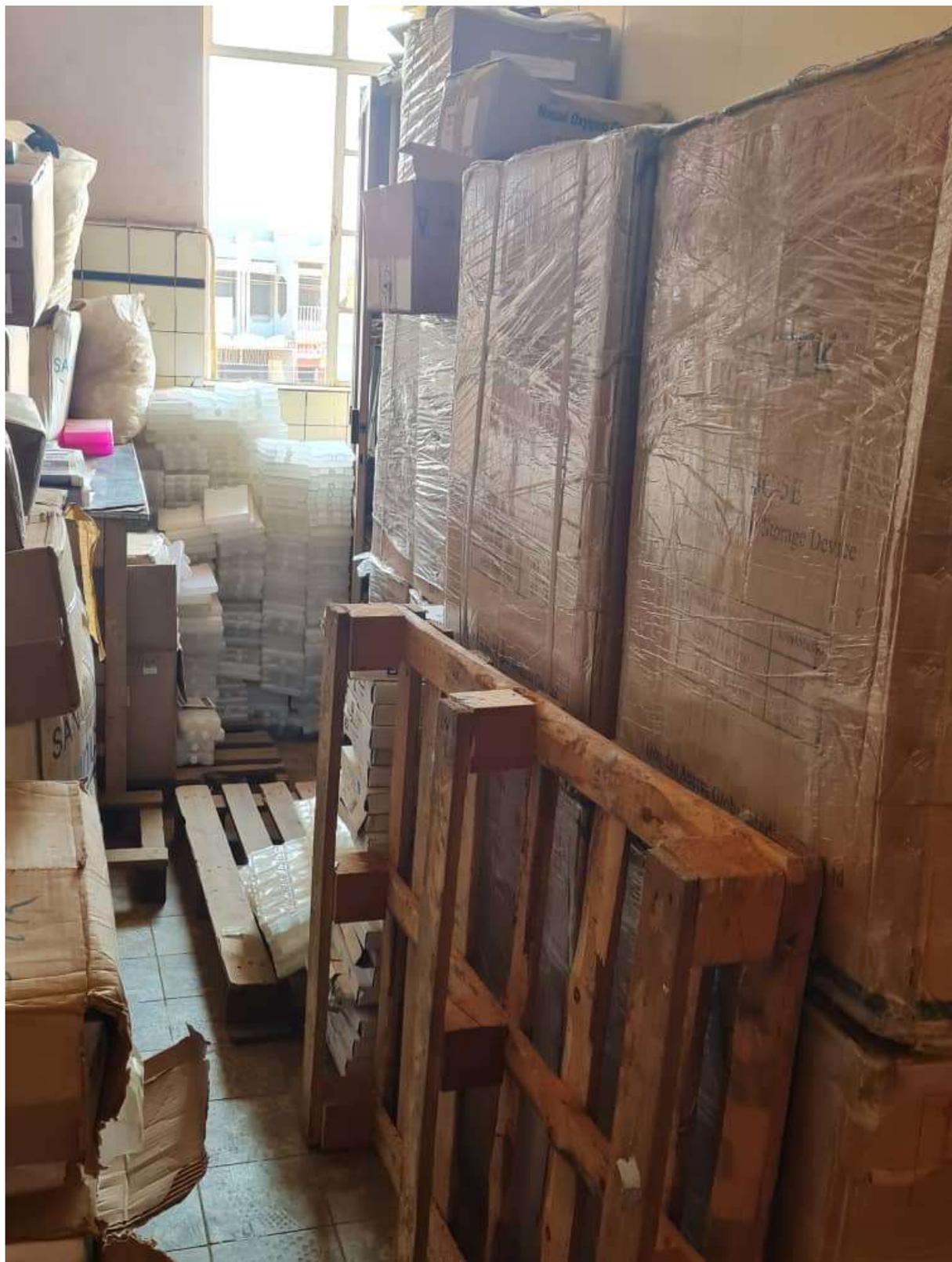
a1 : vue de face (manque d'espace dans le local)



**a2** : vue de derrière de la chambre froide de l'antenne de Lubumbashi



**a3- Illustration des consommables et cartons vides entreposés dans les couloirs du bâtiment par manque d'espace dans le local où est installé la chambre froide de l'antenne de Lubumbashi**



## Annexe 15 – Ecart de données entre rapports mensuels et DHIS2

L'équipe d'audit a testé sur un échantillon de quatre (04) structures de santé (deux de l'antenne de Matadi et deux de l'antenne de Lubumbashi), les données intégrées au DHIS2 et les rapports mensuels (Canevas SNIS) servant de base à ces données. Il s'agit des structures de santé de SOYO REGI, REDJAF, BETTY et SAINT CHARLES. Des écarts ont été notés entre les données portées sur les rapports mensuels et les données issues du DHIS2 pour les mêmes structures. Ceci confirme la non-efficacité des analyses et les revues de données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire du PEV. Les détails sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Par ailleurs, il est noté que les données de gestion des intrants (stocks de vaccins) ne sont pas du tout ou ne sont que partiellement renseignées dans le DHIS2. Il ressort que les données sont partielles pour SOYO REGI et aucune pour REDJAF.

Il est également souligné que les données de gestion des intrants ne sont pas renseignées sur le canevas SNIS de CS BETTY et CS SAINT CHARLES (voir les cellules en trame verte)

## ➤ CS de SOYO REGI

Période 2021	Total cible vacciné		Doses ouvertes	
	Penta	PCV13	Penta	PCV13
Janvier	205	205	205	205
Février	236	236	236	236
Mars	185	166	291	291
Avril	249	249	249	249
Mai	224	224	224	224
Juin	179	185	176	176
Juillet	263	263	263	263
Août	257	257	257	257
Septembre	71	248	248	248
Octobre	238	233	126	254
Novembre	240	239	240	239
Décembre	234	229	234	229
<b>Total Données Canevas SNIS</b>	<b>2 581</b>	<b>2 734</b>	<b>2 749</b>	<b>2 871</b>
<b>Total données issues du DHIS2</b>	<b>3 717</b>	<b>3 858</b>	<b>20</b>	<b>29</b>
<b>Ecart</b>	<b>1 136</b>	<b>1 104</b>	<b>- 2 729</b>	<b>-2 842</b>

## ➤ CS REDJAF

Période 2021	Total cible vacciné		Doses ouvertes	
	Penta	PCV13	Penta	PCV13
Janvier	52	52	52	52
Février	85	85	30	80
Mars	117	117	60	56
Avril	84	84	40	44
Mai	67	67	30	48
Juin	90	90	100	96
Juillet	87	87	90	92
Août	87	87	100	100
Septembre	52	90	60	98
Octobre	64	72	61	71
Novembre	79	72	90	84
Décembre	76	72	80	84
<b>Total Données Canevas SNIS</b>	<b>940</b>	<b>975</b>	<b>793</b>	<b>905</b>
<b>Total données issues du DHIS2</b>	<b>940</b>	<b>975</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>Ecart</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>- 793</b>	<b>- 905</b>

## ➤ CS BETTY

Période 2021	Total cible vacciné		Doses ouvertes	
	Penta	PCV13	Penta	PCV13
Janvier	84	84		
Février	114	114		
Mars	84	84		
Avril	125	125		
Mai	102	102		
Juin	123	123		
Juillet				
Août	10	10		
Septembre	34	34		
Octobre	92	92	90	94
Novembre	128	128	130	128
Décembre	108	108	110	108
<b>Total Données Canevas SNIS</b>	<b>1 004</b>	<b>1 004</b>	<b>330</b>	<b>330</b>
<b>Total données issues du DHIS2</b>	<b>1 165</b>	<b>1 106</b>	<b>1 064</b>	<b>1 046</b>
<b>Ecart</b>	<b>161</b>	<b>102</b>	<b>734</b>	<b>716</b>

## ➤ CS SAINT CHARLES

Période 2021	Total cible vacciné		Doses ouvertes	
	Penta	PCV13	Penta	PCV13
Janvier	219	219		
Février	201	201		
Mars	259	259		
Avril	224	224		
Mai	239	242		
Juin	244	244		
Juillet	252	252	250	252
Août	279	279	280	280
Septembre	295	295	300	300
Octobre	328	328	330	330
Novembre	291	291	290	288
Décembre	247	247	250	248
<b>Total Données Canevas SNIS</b>	<b>3 078</b>	<b>3 081</b>	<b>1 700</b>	<b>1 698</b>
<b>Total données issues du DHIS2</b>	<b>3 108</b>	<b>3 083</b>	<b>2 910</b>	<b>2 852</b>
<b>Ecart</b>	<b>30</b>	<b>2</b>	<b>1 210</b>	<b>1 154</b>

## Annexe 16 – Ecart de données entre DHIS2 et le cadre de performance

L'équipe d'audit a testé la fiabilité des résultats de cinq (05) indicateurs renseignés sur le cadre de performance à partir des résultats des données définitives issues du DHIS2 et a noté des écarts non significatifs sur deux indicateurs. Par contre, il est constaté des cellules vides non renseignées récapitulés dans le tableau ci-après. Selon les explications PEV, les parties non renseignées du cadre de performance seraient dues à la non-accessibilité pour y entrer des données.

Tableau de rapprochement entre les données du cadre de performance et les données définitives issues du DHIS2

Indicateurs	Années	Taux cadre de performance données administratives (b)	AUDIT (b)	Ecart (b) - (c)
Couverture vaccinale du pentavalent 3 au niveau national (Penta 3)	2018		94%	-94%
	2019		95%	-95%
	2020		94%	-94%
	2021	86%	86%	0%
Couverture vaccinale du vaccin antipneumococcique 3 au niveau national (PCV3)	2018	94%	93%	1%
	2019	95%	95%	0%
	2020	93%	94%	-1%
	2021		86%	-86%
Taux d'abandon entre la couverture vaccinale du Pentavalent 1 et Pentavalent 3	2018		6%	-6%
	2019		6%	-6%
	2020		6%	-6%
	2021		6%	-6%
Proportion des districts ayant une couverture vaccinale du pentavalent 3 $\geq$ 95%	2018	48%	48%	0%
	2019	51%	51%	0%
	2020	49%	49%	0%
	2021		36%	-36%
Proportion des districts ayant une couverture vaccinale du pentavalent 3 $\geq$ 80%	2018	88%	88%	0%
	2019	88%	88%	0%
	2020	90%	90%	0%
	2021		69%	-69%

## Annexe 17 – Ecart de données de vaccination COVID-19

Détail des écarts entre les personnes vaccinées dans les Bases DHIS2 et Excel au 10 Aout 2022

Provinces	1ère dose DHIS2	1ère dose Base excel	Ecart dose 1	2ème dose DHIS2	2ème dose Base Excel	Ecart 2ème doses
Bas Uele	2559	36925	34366	283	0	-283
Equateur		16934	16934		0	0
Haut Katanga	97752	222105	124353	9077	15679	6602
Haut Lomami	3395	37297	33902	71	0	-71
Haut Uele	14154	36060	21906	2044	869	-1175
Ituri	103914	232998	129084	7047	18697	11650
Kasai	60829	195210	134381	7590	23626	16036
Kasai Central	68241	262370	194129	2188	1465	-723
Kasai Oriental		620910	620910		153650	153650
Kinshasa	424	491733	491309	4	65260	65256
Kongo Central	434011	33086	-400925	93074	1722	-91352
Kwango	1	164625	164624		0	0
Kwilu	46341	186281	139940	844	102	-742
Lomami	15326	158024	142698	5784	0	-5784
Lualaba		82973	82973		4146	4146
Maindombe		161290	161290		0	0
Maniema		40246	40246		0	0
Mongala	1414	135645	134231	7	0	-7
Nord Kivu	40606	83128	42522	12471	19852	7381
Nord Ubangi		77392	77392		5	5
Sankuru	13685	202078	188393	3731	0	-3731
Sud Kivu		35886	35886		4609	4609
Sud Ubangi	483	176008	175525	1	10371	10370
Tanganyika		31159	31159		0	0
Tshopo	24163	65422	41259	1011	4785	3774
Tshuapa		101160	101160		0	0
<b>Total</b>	<b>927298</b>	<b>3886945</b>	<b>2959647</b>	<b>145227</b>	<b>324838</b>	<b>179611</b>

## Annexe 18 – Comptes-rendus des visites de sites

## COMPTRE-RENDU DE VISITE DES SITES

Niveau central	Division logistique et Division technique
Sites visités	<b>Entrepôt Central de Kinkole</b>
Période	18, 19 et 26/06/2022
Interlocuteurs rencontrés	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Division logistique : rencontre du chef de division logistique/chef service maintenance et chaîne du froid/Chef service gestion des vaccins ;</li> <li>❖ division technique : rencontre avec le gestionnaire des données.</li> </ul>
Résultats issus de nos observations physiques	
Sites visités	Observations
Dépôt central (Hub de Kinkole)	<p><b><u>Contexte général</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La Division logistique est l'une des quatre (04) Divisions du PEV central ;</li> <li>• le RDC a bénéficié sur le RSS2, un financement de Gavi pour la construction d'un entrepôt (Hub) moderne dans la province de Kinshasa (Kinkole) ;</li> <li>• la base de données est le DHIS2 depuis 2020 avec utilisation simultanée cette année avec l'ancienne base de données DVD MT.</li> </ul> <p><b><u>Stockage et gestion physique des vaccins et consommables</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le Hub de Kinkole dispose de 10 chambres froides (9 positives et 1 négative) d'une capacité de 4 800 m<sup>2</sup> pour le stockage des vaccins et autres produits thermolabiles et d'un entrepôt sec 5 000 m<sup>2</sup> pour le stockage des intrants secs ;</li> <li>• le Hub dispose de 5 camions frigorifiques pour le convoyage des vaccins vers les provinces ;</li> <li>• les livraisons par voie terrestre sont effectuées sur deux axes (2 provinces sur un axe et 3 provinces sur un autre axe). Les autres provinces sont approvisionnées par voie aérienne à travers les dépôts provinciaux ;</li> <li>• les chambres froides sont équipées de dispositif de monitoring de température à distance ;</li> <li>• le hub est alimenté par le réseau électrique de la SNEL. Deux groupes électrogènes de capacité 1 000 KVA chacun sont installés pour assurer le secours en cas de coupure électrique avec un système de relai automatique ;</li> <li>• le système solaire installé en 2017 et 2019 a fonctionné que sur une durée courte (un mois). Les batteries ne sont pas en bon état ;</li> <li>• absence de diffusion et de formation sur les PON 2015 dont la version révisée est en cours ;</li> <li>• la maintenance est assurée par les Sociétés de Techniques Spéciales (électrique) et Electro cool (le froid). Elle est sous-traitée par l'UNICEF. Le service chaîne du froid et la maintenance du PEV ne font que le suivi. Il s'agit d'un accord entre le Ministère de la santé et l'UNICEF en contrepartie de son occupation d'une partie de l'entrepôt sec du hub sur une superficie de 1700 m<sup>3</sup> ;</li> <li>• panne d'une carte de régulateur qui commande la machine frigorifique n°3.</li> </ul> <p><b><u>Gestion administrative des stocks</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de procédures en place pour la gestion du hub de Kinkole ;</li> <li>• les commandes sont estimées (préparation des forecasts) et son plan d'approvisionnement. Ce travail est fait ensemble par les 3 services de la division logistique (gestion des vaccins, approvisionnement et gestion des données) ;</li> <li>• un plan d'approvisionnement est élaboré dans lequel les livraisons sont planifiées sachant combien de mois le disponible et les livraisons attendues peuvent couvrir. Ce plan est souvent perturbé par les vaccins Covid à cause des mesures d'urgence face à cette pandémie ;</li> </ul>

### Résultats issus de nos observations physiques

- des inventaires sont prévus se tenir semestriellement. Les inventaires sont réalisés sans être formalisés par des rapports. Les gaps identifiés par l'inventaire ne sont pas documentés. L'équipe d'audit n'a pas obtenu de rapports ou PV relatifs à la période auditée ;
- l'outil de gestion des stocks **SMT** permet d'assurer la gestion des intrants de vaccination. Il est mis à jour et comporte tous les mouvements de stocks des vaccins et consommables. Il est géré par le responsable de gestion des données. Des erreurs de saisies ont été notées dans l'outil de gestion des stocks du niveau central ;
- écarts significatifs notés entre le stock en fin d'année N et en début d'année N+1 dans les SMT du niveau central ;
- un autre SMT est aussi tenu pour suivre les autres intrants et consommables. Cet SMT est géré par le chargé de l'entrepôt.

#### Inventaire des stocks

- Les inventaires sont réalisés sans être formalisés. Les gaps identifiés par l'inventaire ne sont pas documentés. L'équipe d'audit n'a pas obtenu de rapports ou PV relatifs à la période auditée.

#### Contrôle des données de vaccination

- La base des données était le DVD MT jusqu'en 2020. L'année pendant laquelle cet outil est utilisé simultanément avec le DHIS2 comme phase pilote. Le DHIS2 est resté la seule base de données après cette phase pilote réussie. Les données sont saisies dans le DHIS2 sur la base d'un rapport mensuel dénommé « canevas SNIS » au niveau des Zones de Santé ;
- à l'instar des contrôles effectués par les ZS et les antennes, le niveau central procède à une revue mensuelle des données DHIS2 sanctionnées par des rapports de validations. Il faut noter que le contrôle n'est pas inefficace et irrégulier à tous les niveaux de la pyramide sanitaire en raison des incohérences notées par l'équipe sur le cadre de performance et les données du DHIS2.

## COMPTE-RENDU DE VISITE DES SITES

Province/Antenne/Zone de santé	Province de Kongo Central /Antenne de Matadi / Zone de santé NZANZA
Sites visités	Antenne de Matadi / Zone de santé NZANZA
Période	22 au 23/08/2022
Interlocuteurs rencontrés	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Province de Kongo Central : rencontre de Chef de Division Provincial de la Santé/Médecin Coordonnateur Provincial/ le logisticien provincial ;</li> <li>❖ Antenne de Matadi : rencontre du responsable de la chaîne du froid et chargé des données ;</li> <li>❖ Zone de santé de N'ZANZA : rencontre du Médecin Chef de Zone et le chargé de la chaîne du froid.</li> </ul>
<b>Résultats issus de nos observations physiques</b>	
Sites visités	<b>Observations :</b>
Division Provinciale de la Santé (DPS) de Kongo central	<p><b><u>Contexte général</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La province de Kongo central est subdivisée en trois (03) antennes avec 31 Zones de Santé (ZS). Ces zones de santé sont composées de 399 aires de santé.</li> <li>• la province dispose de 3 chambres froides installées chacune dans chaque antenne (Matadi, Boma et Mbanza Ngungu).</li> </ul> <p><b><u>Stockage et gestion physique des vaccins et consommables</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La DPS ne dispose pas d'équipement de chaîne du froid. Les chambres froides sont installées dans les 3 antennes de la province ;</li> <li>• les antennes s'approvisionnent trimestriellement par le niveau central. En conséquence, la DPS n'est pas impliquée dans la gestion des vaccins et de la chaîne du froid de ses antennes.</li> </ul> <p><b><u>Gestion administrative des stocks</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de point sur la gestion administrative car la division provinciale ne dispose pas d'équipement de chaîne du froid donc ne dispose pas de stock. Les chambres froides de la province sont installées dans les 3 antennes ; les fichiers de stock SMT sont envoyés au logisticien de la province pour revue avant de partager au niveau central.</li> </ul> <p><b><u>Inventaire des stocks</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Non applicable car la province ne gère pas de stock.</li> </ul> <p><b><u>Contrôle des données de vaccination</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La collecte des données se fait à travers le DHS2 qui est renseigné à partir des canevas SNIS au niveau des Zones de Santé ;</li> <li>• la validation des données dans le DHIS2 se fait au niveau des antennes.</li> <li>• les incohérences sont remontées au niveau des ZS ;</li> <li>• les ZS font des réunions mensuelles de validations des données que l'équipe d'audit a qualifié d'inefficaces et irrégulières en raison des résultats des tests effectués au DHIS2 ;</li> <li>• absence de supervisions de 2018 à 2019. Les Supervisions PEV ont commencé en 2020 et renforcé par le plan MASHAKO à partir de fin 2020 jusqu'à ce jour. Les supervisions se font mensuellement en application du plan.</li> </ul> <p><b><u>Gestion des demandes de fonds et des pièces justificatives comptables</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'organisation comptable de la DPS se compose d'un Analyste en charge des questions financières qui est en même temps responsable du service comptable et financier et dépend du bureau Gestion des ressources. Actuellement l'équipe comptable dispose de 3 personnes. En plus du responsable, 2 analystes assistantes : la caissière et celle en charge de budget et contrôle. Ce service centralise toutes les transactions de la province et procède aux vérifications préliminaires ;</li> <li>• Les demandes de fonds sont élaborées par trimestre en collaboration avec l'agent fiduciaire provincial GFA. Elle est signée par le Chef de Division et l'AF. Envoi par l'AF provincial à CAGF avec copie de GFA central. Réception du décaissement et fonds. Une fois les fonds disponibles, les demandes de fonds reçues à la DPS sont</li> </ul>

	<p>validées et transmises à l'AF pour son OK avant décaissement vers les bénéficiaires ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La DPS ne dispose pas d'un espace suffisant pour l'archivage de la documentation qu'elle gère. Toutes les étagères et salles d'archives sont saturées. Les classeurs des pièces en cours de traitement longent les murs au sol des locaux du service comptable. Le FM a financé l'acquisition d'un conteneur d'archivage mais uniquement pour les pièces justificatives de ses projets financés et Gavi.</li> </ul> <p><b><u>Contrôles en place au niveau de la gestion comptable</u></b></p> <p>La saisie se fait depuis 2022 par les 3 agents du service comptable en mode brouillon sur le logiciel Tom 2 Pro et le chef de bureau "Gestion ressources" valide les écritures dans un premier temps et par le superviseur Agent provincial GFA dans un second temps (Gavi et FM).</p> <p><b><u>Gestion des immobilisations</u></b></p> <p>La gestion des immobilisations est confiée au bureau "Gestion des ressources" notamment sa cellule "Ressources matérielles". Il y a un responsable pour la gestion de tous les matériels. L'inventaire a été réalisé avec les représentants de la CAGF et la DPS mais le rapport que nous avons reçu mentionne qu'il n'y a pas de base de données pour faute de maladie du missionnaire.</p> <p>Un rapport d'inventaire dynamique est tenu pour les immobilisations au sein de la DPS (n'incluant pas les antennes). Le dernier rapport est daté du 05/07/2022 et est mis à notre disposition.</p> <p>Les biens et équipements acquis par les partenaires sont réceptionnés au sein de la DPS avec décharge du bordereau d'envoi du partenaire. Un PV de réception est établi au sein de la DPS par le Bureau Gestion des ressources. Le chef dudit bureau prépare un plan de distribution du lot de dotation en matériels reçus signé par le CD. Les bons de sortie des matériels sont ensuite établis par le logisticien de la DPS en charge des ressources matérielles contre signé par le chef de service Gestions des Ressources et le Bénéficiaire. Par contre ces immobilisations distribuées dans la province ne figurent pas dans la comptabilité de la DPS.</p>
Antenne de Matadi	<p><b><u>Contexte général</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'antenne de Matadi est composée de 8 Zones Santé (ZS).</li> <li>• Il regroupe 36 centres de santé publique et structures privées.</li> </ul> <p><b><u>Stockage et gestion physique des vaccins et consommables</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'antenne ne dispose qu'une seule chambre froide. L'équipe d'audit a noté que la chambre froide est installée dans une salle trop restreinte ;</li> <li>• absence de dispositif de monitoring de température à distance. La relevée de température prévue par jour est irrégulière. Le responsable de la chaîne du froid évoque le problème de déplacement et donc renseigne les températures pour les journées de samedi et dimanche en début de semaine (lundi). A titre d'exemple, les températures affichées par le « Fridge-tag » les journées du 20 et 21 n'est pas mentionnées sur la relevée de températures en cours pour le mois d'août 2022. Les courbes de températures ne sont pas tracées sur les relevés de températures de décembre 2019 et février 2020 ;</li> <li>• deux congélateurs non mis en service pour faute de stabilisateurs. Ces congélateurs ont été affectés à l'antenne depuis le mois de mai 2021 ;</li> <li>• le fichier « InventoryGapAnalysis » de suivi des équipements de la chaîne du froid n'est pas à jour. Les nouveaux équipements affectés à l'antenne ne sont pas encore intégrés à ce fichier.</li> </ul> <p><b><u>Gestion administrative des stocks</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la commande est passée trimestriellement. L'antenne est approvisionnée par le niveau central (hub de Kinkole) ;</li> <li>• les SMT 2019 et 2020 de l'antenne de Matadi partagés ne sont pas complets. Ces SMT déjà partagés au niveau central et mis à la disposition de l'équipe d'audit ne comportent pas les données (arrivages) du mois de novembre ;</li> <li>• problème d'archivages des documents (Vaccin et données).</li> </ul> <p><b><u>Inventaire des stocks</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les inventaires de stocks se font mensuellement.</li> </ul> <p><b><u>Contrôle des données de vaccination</u></b></p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les données sont saisies dans le DHIS2 au niveau des Zones de Santé sur la base des canevas SNIS ;</li> <li>incohérences des données dans le DHIS2. L'équipe d'audit a testé sur un échantillon de deux (02) structures de santé de la Zone de santé Matadi, les données intégrées aux DHIS2 et les rapports mensuels (Canevas SNIS) servant de base à ces données. Il s'agit des structures de santé de SOYO REGI et REDJAF. Des écarts ont été notés sur les données portées sur les rapports mensuels et les données issues du DHIS2 pour les mêmes structures ;</li> <li>les données de gestion des stocks de vaccination ne sont pas ou partiellement renseigné dans le DHIS2. L'équipe d'audit a consulté ces données dans le DHIS2 pour les deux structures. Il ressort que les données sur la gestion de stock sont partielles pour SOYO REGI et aucune pour REDJAF ;</li> <li>prévu sur une base mensuelle, l'équipe d'audit a reçu que 3 rapports de validations des données de 2020 et 4 de 2021.</li> </ul>
Zone de Santé de NZANZA	<p><b>Contexte général</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>la Zone de santé de NZANZA dispose de 10 aires de santé et 10 centres de santé.</li> </ul> <p><b>Stockage et gestion physique des vaccins et consommables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La ZS dispose de quatre réfrigérateurs. La Zone évoque la difficulté de convoyage des vaccins vers ses centres de santé qui se font mensuellement par moto ;</li> </ul> <p><b>Gestion administrative des stocks</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La commande est mensuelle et est lancée à l'issue de l'inventaire du stock.</li> </ul> <p><b>Inventaire des stocks</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les inventaires de stocks se font mensuellement avant de préparer les commandes.</li> </ul>
Province/Antenne/Zone de santé	Province du Haut Katanga/Antenne de Lubumbashi / Zone de santé de Kipushi
Sites visités	Antenne de de Lubumbashi / Zone de santé de Kipushi
Période	26 au 27/08/2022
Interlocuteurs rencontrés	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Province du Haut Katanga : rencontre avec le Médecin Chef de Division/Médecin Chef Provincial/ le logisticien provincial ;</li> <li>❖ Antenne de Lubumbashi : rencontre avec le responsable de la chaîne du froid ;</li> <li>❖ Zone de santé de Kibushi : rencontre avec le chargé de la chaîne du froid et du responsable du Bureau Central de la Zone de Santé.</li> </ul>
<b>Résultats issus de nos observations physiques</b>	
Sites visités	Observations :
Division Provinciale de la Santé (DPS) du Haut Katanga	<p><b>Contexte général</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La province du Haut Katanga est subdivisée en deux (02) antennes avec 27 Zones de Santé (ZS). Ces zones de santé sont composées de 407 aires de santé avec 1 232 structures qui vaccinent.</li> <li>la province dispose de deux (2) chambres froides installées chacune dans chaque antenne (Lubumbashi et Likassi).</li> </ul> <p><b>Stockage et gestion physique des vaccins et consommables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La DPS ne dispose pas d'équipement de chaîne du froid. Les chambres froides sont installées dans les deux (2) antennes de la province ;</li> <li>les antennes s'approvisionnent trimestriellement par le niveau central. De ce fait, la DPS n'est pas impliquée dans la gestion des vaccins et de la chaîne du froid de ses antennes.</li> </ul> <p><b>Gestion administrative des stocks</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pas de point sur la gestion administrative car la division provinciale ne dispose pas d'équipement de chaîne du froid donc ne dispose pas de stock. Les chambres froides</li> </ul>

	<p>de la province sont installées dans les deux (02) antennes ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>les logisticiens des antennes envoient les fichiers de stock SMT au logisticien du hub au niveau central pour revue.</li> </ul> <p><b><u>Inventaire des stocks</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Non applicable car la province ne gère pas de stock.</li> </ul> <p><b><u>Contrôle des données de vaccination</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La collecte des données se fait à travers le DHS2 qui est renseigné à partir des canevas SNIS au niveau du bureau central des Zones de Santé (les données sont collectées au niveau des structures sur les fiches de pointage et registre qui servent de base à l'élaboration des canevas SNIS) ;</li> <li>la validation des données dans le DHIS2 se fait au niveau des antennes à une fréquence trimestrielle ;</li> <li>les incohérences sont remontées au niveau des zones de santé (ZS) pour correction ;</li> <li>les ZS font des réunions trimestrielles de validation des données que l'équipe d'audit a qualifié d'inefficaces et irrégulières en raison des résultats des tests effectués sur le DHIS2 ;</li> <li>les supervisions étaient trimestrielles au cours des années 2018 et 2019. Les Supervisions PEV ont réellement commencé en 2020 et ont été renforcées par le plan MASHAKO à partir de fin 2020 jusqu'à ce jour. Les supervisions se font mensuellement en application du plan.</li> </ul>
<p><b>Antenne de Lubumbashi</b></p>	<p><b><u>Contexte général</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'antenne de Lubumbashi est composée de dix-neuf (19) Zones Santé (ZS).</li> <li>Il regroupe 297 aires de santé publique et 1 010 structures privées.</li> </ul> <p><b><u>Stockage et gestion physique des vaccins et consommables</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'antenne ne dispose que d'une chambre froide qu'elle a hérité de la coordination ;</li> <li>absence de dispositif de monitoring de température à distance. Certains relevés de température ont relevé des courbes assez anormales dues au fait que le moteur de la chambre froide avait été arrêté pendant une longue période ;</li> <li>l'antenne effectue un inventaire des immobilisations une fois par trimestre y compris les équipements de la chaîne du froid. Nous avons obtenu le procès-verbal de l'inventaire du T2.</li> </ul> <p><b><u>Gestion administrative des stocks</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>la commande est passée trimestriellement. L'antenne est approvisionnée par le niveau central (hub de Kinkole). Il est à noter que jusqu'à fin 2021, le hub de Kinkole envoyait les vaccins à la coordination qui se chargeait d'approvisionner les différentes antennes. Pour manque de fonds au niveau de la coordination pour les frais de manutention, dépenses de fonctionnement et divers, à partir de 2022, l'antenne a été autonomisée et passe directement ses commandes sans passer par la coordination.</li> <li>le SMT de 2020 de l'antenne de Lubumbashi partagé avec l'équipe d'audit n'est pas exhaustif. Ce SMT déjà partagé au niveau central et mis à la disposition de l'équipe d'audit ne comporte pas des données (arrivages) des mois de février, mai, août et novembre ;</li> <li>le seul extincteur existant est vétuste et ne répond pas aux besoins de l'antenne ;</li> <li>les consommables sont entreposés dans les couloirs du bâtiment pour faute d'espace.</li> </ul> <p><b><u>Inventaire des stocks</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'inventaire des stocks se fait mensuellement mais n'est pas matérialisé par des procès-verbaux (PV) d'inventaire en bonne et due forme. Les fiches de comptage ne sont pas signées par les personnes habilitées.</li> </ul> <p><b><u>Contrôle des données de vaccination</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les données sont saisies dans le DHIS2 au niveau des Zones de Santé sur la base des canevas SNIS qui sont élaborés sur la base des fiches de pointage et des registres ;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• incohérences des données dans le DHIS2. L'équipe d'audit a testé sur un échantillon de deux (02) structures de santé de la Zone de santé Lubumbashi, les données intégrées aux DHIS2 et les rapports mensuels (Canevas SNIS) servant de base à ces données. Il s'agit des structures de santé de Saint Charles et BETTY. Des écarts ont été notés sur les données portées sur les rapports mensuels et les données issues du DHIS2 pour les mêmes structures ;</li> <li>• les données de gestion des stocks de vaccination ne sont pas ou partiellement renseignées dans le DHIS2. L'équipe d'audit a consulté ces données dans le DHIS2 pour les deux structures. Il ressort que les données sur la gestion des stocks sont partielles pour Saint Charles et BETTY ;</li> <li>• prévu sur une base mensuelle, l'équipe d'audit a reçu qu'un (1) seul rapport de validations des données de 2018, deux (2) de 2019, deux (2) de 2020 et deux (2) de 2021. Certains rapports obtenus ont couvert plus d'un (1) mois tel que prévu.</li> </ul>
<p><b>Zone de Santé de KIPUSHI</b></p>	<p><b><u>Contexte général</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la Zone de santé de KIPUSHI dispose de 16 aires de santé et 10 centres de santé avec une population de 277 814 habitants.</li> </ul> <p><b><u>Stockage et gestion physique des vaccins et consommables</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La ZS dispose de trois (03) réfrigérateurs (dont deux fonctionnent normalement) et 1 congélateur qui fonctionne avec le système solaire. La Zone évoque la difficulté de convoyage des vaccins vers ses centres de santé qui se font mensuellement par moto. Certaines aires de santé ne disposent d'équipement de chaîne du froid et sont donc obligées de s'approvisionner journalièrement chez les aires de santé les plus proches.</li> </ul> <p><b><u>Gestion administrative des stocks</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La commande est mensuelle et est lancée à l'issue de l'inventaire du stock.</li> </ul> <p><b><u>Inventaire des stocks</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les inventaires de stocks se font mensuellement avant de préparer les commandes.</li> </ul>

Annexe 19 – Illustration du rangement des pièces justificatives à la CAGF



## Annexe 20 – Analyse des retenues de salaire sur primes versées par la CAGF

<b>RECAP 2018</b>
-------------------

	Total salaire déduit par la CAGF sur les primes du fonctionnaire (a)	Total salaire à déduire (b)	Ecart (a-b)
Dr MUKINAY DIZAL Nestor	7 884	11 809	- 3 925
Mr BOPE BAYEDI Victor	220	1 647	- 1 427
	<b>16 288</b>	<b>19 350</b>	<b>- 5 352</b>

<b>RECAP 2019</b>
-------------------

	Total salaire déduit par la CAGF sur les primes du fonctionnaire (a)	Total salaire à déduire (b)	Ecart (a-b)
Dr GASIGWA BANETI Didier	5 789	5 894	- 105
Dr MUKINAY DIZAL Nestor	7 884	11 809	- 3 925
Dr SALEH SUBUKA Julien	135	1 372	- 1 237
Mr BOPE BAYEDI Victor	-	491	- 491
	<b>13 808</b>	<b>19 566</b>	<b>- 5 758</b>

<b>RECAP 2021</b>
-------------------

	Total salaire déduit par la CAGF sur les primes du fonctionnaire (a)	Total salaire à déduire (b)	Ecart (a-b)
Dr GASIGWA BANETI Didier	5 492	5 894	- 402
Dr MUKINAY DIZAL Nestor	9 663	11 809	- 2 146
Dr SALEH SUBUKA Julien	5 548	5 894	- 346
Mr BOPE BAYEDI Victor	60	1 647	- 1 587
	<b>20 763</b>	<b>25 244</b>	<b>- 4 481</b>

<b>Total</b>	<b>50 859</b>	<b>64 160</b>	<b>- 15 591</b>
--------------	---------------	---------------	-----------------

(a): selon états de paie fournis par la CAGF \_\_\_\_ (b): selon salaires déclarés par le secrétariat général du ministère de la santé

## Annexe 21 – Plan d'actions correctives

Cette annexe détaille les actions correctives en réponse aux recommandations de l'audit des programmes Gavi, que la partie auditée s'engage à mettre en œuvre selon les modalités et dans les échéances indiquées. Ce plan a été transmis par la CAGF le 1<sup>er</sup> juin 2023.

Réf.	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Délai
4.1	<b>Gouvernance et organisation</b>				
4.1.1	<p>Le MSPHP devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réviser et finaliser les textes juridiques obsolètes du CNP-SS en prenant en compte les exigences des GMR et toutes les insuffisances identifiées ;</li> <li>- Mettre en place le cadre légal régissant l'organisation et le fonctionnement des CCIA technique et stratégique ;</li> <li>- Concernant les CNP-SS, CPP-SS, la commission ad hoc Gavi-RSS-RDC et les CCIA technique et stratégique : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Mettre en place un dispositif qui permet de s'assurer que ces organes de gouvernance sont fonctionnels et que toutes les réunions prévues par les textes juridiques sont tenues régulièrement, dans les fréquences et délais prévus ;</li> <li>o Veiller à l'établissement systématique de PV ou comptes-rendus de réunion aux différents niveaux, ainsi qu'au classement et à l'archivage de ces documents ;</li> </ul> </li> </ul>	Elevée	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b><u>En accord avec la recommandation.</u></b> Un projet d'arrêté ministériel complétant et modifiant l'arrêté ministériel portant création, organisation et fonctionnement du CNP-SS signé en 2009 a été soumis au Ministre pour signature, mais doit être revisité pour prendre en compte les exigences de GMR et les autres aspects liés à la mise en place des structures de facilitations de la mise en œuvre de la couverture Santé Universelle.</li> <li>- Le projet d'arrêté ci-haut intégrera l'aspect relatif à la mise en place du cadre légal régissant l'organisation et le fonctionnement de CCIA technique et stratégique.</li> <li>- <b><u>En accord avec la recommandation.</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Les structures du niveau central et déconcentrées du Ministère dont les attributions/charges sont en liens avec ces organes de coordination disposent de cadre de performance dont certains indicateurs sont en liens avec le suivi et évaluation de la fonctionnalité de ces organes à tous les niveaux. Le Ministère prendra les dispositions pour leurs évaluations périodiques régulières dans le cadre de son devoir de redevabilité.</li> <li>o <b><u>En accord avec la recommandation.</u></b> Le Ministère va prendre les dispositifs nécessaires pour l'archivage électronique des comptes rendus des réunions aux différents niveaux.</li> </ul> </li> </ul>	<p>SEGE Santé/ Directeur DEP</p> <p>SEGE Santé/ Directeur DEP</p> <p>SEGE Santé</p> <p>Référent Technique-GAVI</p>	<p>S2-2023</p> <p>S2-2023</p> <p>S2-2023</p> <p>Immédiat</p>

Réf.	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Délai
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Rendre systématique le suivi des recommandations formulées lors des réunions précédentes.</li> </ul>		- En accord avec l'observation.	Référent Technique-GAVI	Immédiat
4.1.2	<p>Le MSPHP, en lien avec le PEV, devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place les organes de gouvernance prévus par les textes pour assurer un pilotage effectif du programme ;</li> <li>- Réaffirmer le partage officiel des responsabilités de gestion des hubs logistiques en service et à venir ;</li> <li>- Mettre en place un cadre de contrôle interne au PEV à travers l'élaboration de manuels de procédures administratives, financières, comptables et opérationnelles ;</li> <li>- Etablir un plan de gestion des risques identifiés et priorisés au niveau du PEV ;</li> </ul>	Elevée	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b><u>Les organes de gouvernances existent.</u></b> Toutefois avec l'appui du SEGE et du Ministre, nous allons nous efforcer pour rendre opérationnels ces organes dans le délai et fréquence requis par les textes. PEV organise sous modération de SEM le CCIA stratégique (2X/an en ordinaire), sous modération du SG CCIAT (1X /Trim en ordinaire.), il y a aussi réunion de coordination des PTFs (1X/sem), revue à mi parcours PEV (1X/sem) et revue annuelle (1X/an). Le Ministère va mettre en place les dispositifs nécessaires pour digitaliser les évidences de la tenue de ces réunions.</li> <li>- Suivant le Plan d'Action Opérationnel (PAO) du PEV, il est prévu un atelier au cours du T2 2023 durant lequel il sera conduit une réflexion sur la gestion des hubs avec PEV et ses partenaires et le partage de responsabilité de gestion du Hubs logistique en service et à venir. Profitant de la promulgation de la loi sur la sous-traitance en RDC, cet atelier sera l'occasion pour aborder la problématique de la gestion du hub dans le cadre de partenariat public-privé.</li> <li>- <b><u>Le manuel des procédures destiné aux SRs finalisé et approuvé par GAVI répond à cette observation.</u></b> Ces manuels seront transmis incessamment au Comité de Coordination Technique (CCT) pour sa validation CCT avant sa vulgarisation.</li> <li>- La Cartographie de risques mis en place par la Cellule d'Audit Interne, intègre le</li> </ul>	<p>SEGE Santé/ Ministre</p> <p>Directeur PEV/ SEGE Santé</p> <p>CAGF/CCT</p> <p>Audit Interne MSP/CAGF</p>	<p>S2- 2023</p> <p>S2- 2023</p> <p>T3 2023</p> <p>Continue</p>

Réf.	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Délai
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Redynamiser les Coordinations Provinciales du PEV.</li> </ul>		<p>plan de gestion des risques identifiés au niveau de toutes les entités de mises en œuvre (PEV y compris) ainsi que les interventions prévues pour le suivi de ceux-ci ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>En accord avec l'observation.</b> En lien avec la révision intervenue de loi sur l'organisation de la santé publique en RDC, une nouvelle configuration des provinces sanitaires est en gestation. Cette reconfiguration mettra en lumière les coordinations provinciales du PEV.</li> </ul>	SEGE Santé	S1 - 2024
4.1.3	<p>Le MSPHP devra, en lien avec le PEV :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procéder à une analyse des besoins en effectifs du PEV et recenser l'ensemble des personnels du PEV afin d'identifier les besoins et ne conserver que les agents dont le statut permet l'affectation au programme selon les conditions prévues par le cadre législatif, notamment en veillant à n'affecter donc que du personnel immatriculé, « mécanisé » et rémunéré ;</li> <li>- Mettre à jour l'organigramme du PEV, en ligne avec le cadre organique ;</li> <li>- Mettre en place un dispositif qui permet de réduire les rotations d'effectif, ou tout au moins de veiller à ce que des passations de services en bonne et due forme soient effectuées à chaque fois qu'il aurait des départs ou des changements à des postes clés ;</li> </ul>	Elevée	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>En cours.</b> A la date de notre réponse, l'OMS et le PEV préparent un audit institutionnel qui sera réalisé par un cabinet de la place dans un avenir très proche. A l'issue de cet audit, le PEV aura une bonne visibilité sur ses besoins en ressources humaines et une éventuelle affectation des ressources actuelles. Par ailleurs, le ministère de la fonction publique venait d'organiser un contrôle biométrique des agents et fonctionnaires de l'Etat. Les résultats de ce contrôle permettront la mécanisation de certains agents, l'alignement à la prime de risque et éventuellement au salaire. Dans le même ordre d'idée, le gouvernement a entamé le processus de mise en retraite des agents.</li> <li>- <b>En accord avec l'observation.</b> A l'issue de l'audit institutionnel, un nouvel organigramme du PEV sera conçu et présenté aux autorités compétentes.</li> <li>- <b>En accord avec l'observation.</b> Soulignons que les rotations et/ou départs des agents sont motivés par les</li> </ul>	<p>Direction PEV</p> <p>Direction PEV</p> <p>SEGE Santé/ Direction PEV/GAVI</p>	<p>S1 2024</p> <p>S2 2024</p> <p>Continue</p>

Réf.	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Délai
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place un plan de renforcement des capacités et de pérennisation du personnel impliqué dans la gestion du programme à tous les niveaux comme prévu par les GMR ;</li> <li>- S'assurer que tout le personnel affecté au PEV a une fiche de poste correspondant à ses responsabilités et aux tâches qui lui sont confiées ;</li> </ul>		<p>raisons pécuniaires. En effet, plusieurs agents actuellement affectés au PEV n'ont pas de rémunérations car demeurent depuis plusieurs années de Nouvelles Unités (NU au sein du MSPHP). Aux termes de l'audit interne qui donnera lieu à un organigramme qui traduit le besoin réel du PEV en effectif. C'est ici l'occasion pour nous de faire un plaidoyer à GAVI pour voir la possibilité d'aligner les agents du PEV au regard de cet organigramme à venir aux primes pour les motiver à rester et continuer à travailler pour le PEV. Le Ministère veillera à ce que l'effectif du PEV reste en adéquation avec le nouvel organigramme et que les affectations au PEV soient faites qu'en cas de besoin réel.</p> <p>Par ailleurs, la Direction du PEV veillera à ce que les passations des dossiers soient effectivement faites en cas de départs ou rotations.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>En accord avec l'observation.</b> Le PEV mettra en place un plan de renforcement de capacité de ses agents et s'en suivra la recherche de financement pour la matérialisation de ce plan. Pour ce qui concerne l'équipe finance du PEV, le plan de renforcement des capacités élaboré avec l'appui de l'AF (GFA) intègre certains besoins de renforcement des capacités du PEV central, des antennes PEV et des DPS</li> <li>- A l'issue de l'audit institutionnel et de la révision de l'organigramme, une fiche de poste sera élaborée pour chaque poste.</li> <li>- A l'issue de l'audit institutionnel et de la révision de l'organigramme, une grille</li> </ul>	<p>Direction PEV</p> <p>Direction PEV</p>	<p>S2 2023</p> <p>S2 2024</p>

Réf.	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Délai
	- Mettre en place un dispositif formalisé d'évaluation de performance du personnel du PEV.		d'évaluation pour chaque poste sera rédigée.	Direction PEV	S2 2024
4.1.4	Le MSPHP, en lien avec la CAGF, devra : - Se mettre en conformité avec les textes juridiques en ce qui concerne les structures organisationnelles et les postes-clés de la CAGF ; - Compléter la mise en place des mécanismes de surveillance et les outils de contrôle de la CAGF en pourvoyant l'audit interne d'un comité d'audit et en établissant la charte d'audit.	Modérée	- En accord avec l'observation  - A ce jour, l'audit interne dispose de tous les outils de contrôle nécessaire pour réaliser ses activités. En ce qui concerne la mise en place du Comité d'audit, le processus est en cours et sera bientôt finalisé.	Coordonnateur National/ SEGE/ Ministre  Ministre/SEGE/ Coordonnateur National/Audit Interne	S2 2023  S2 2023
4.1.5	Le MSPHP, en lien avec la CAGF, devra : - Revoir le statut contractuel de l'ensemble du personnel CAGF afin de refléter la réalité opérationnelle des employés et les attentes vis-à-vis de chacune de leurs fonctions ;	Elevée	- <b>En accord avec l'observation.</b> Soulignons ici qu'au sein de la CAGF, il existe deux types d'employés : ceux disposant des numéros matricules de l'Etat faisant d'eux des fonctionnaires régis par le statut des agents et fonctionnaires de l'Etat et ceux n'ayant pas de numéro matricule, qui sont des non fonctionnaires et régis par le code de travail. Au cours de l'année 2022, la CAGF a contracté un avocat afin de solliciter un avis juridique sur le statut des agents de la CAGF (Fonctionnaire ou non fonctionnaire et la nature du contrat qui les lie avec la CAGF). Le consultant a produit le rapport de sa mission, lequel a été partagé avec GAVI et Fonds Mondial. De l'avis du consultant, les agents de la CAGF ont le statut travailleur régis par le code de travail pour les non-fonctionnaires tandis que les agents et cadres de carrière des services publics de l'Etat gardent leur statut d'agents publics. A ce jour, la CAGF est en attente de l'Avis de non-objection des bailleurs des fonds pour la mise en application de la recommandation du conseiller juridique et son impact éventuel sur la nature du	GAVI/Fonds Mondial	Continue

Réf.	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Délaï
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une fois cette requalification établie, aligner les cotisations et rémunérations avec le cadre légal en vigueur pour chacun des statuts (fonctionnaires et non-fonctionnaires), notamment en ce qui concerne les cotisations sociales et les retenues fiscales ;</li> <li>- Mettre en place les contrôles nécessaires pour valider le statut des fonctionnaires d'Etat détachés au recrutement et pouvoir calculer le montant exact des primes dues. Procéder également à une revue exhaustive des personnes en poste pour déterminer si les niveaux de leurs primes sont corrects et régulariser les primes versées le cas échéant ;</li> <li>- Mettre en place un plan de renforcement des capacités et de pérennisation du personnel impliqué dans la gestion du programme Gavi à tous les niveaux comme prévu par les GMR.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- contrat à faire signer aux agents non-fonctionnaires.</li> <li>- En accord avec l'observation. Toutefois, dans la nouvelle subvention du Fonds Mondial, la CAGF a fait la proposition d'intégrer les cotisations sociales et retenues fiscales dans l'enveloppe salariale. Pour le compte de GAVI, il sera envisagé des négociations pour que les dispositions convenues avec le FM soient aussi applicables pour le compte de GAVI. Cette proposition n'ayant pas été fait pour GAVI à ce jour, ceci pourrait entraîner une révision de l'enveloppe salariale pour les prochaines années.</li> <li>- En accord avec l'observation. Des outils seront mis en place telle qu'une fiche de déclaration à renseigner au recrutement pour toute nouvelle embauche au sein de la CAGF.</li> <li>- A la suite de la mission réalisée par l'Expert de renforcement de capacité de l'AF, un plan de renforcement des capacités a été mis en place et partagé avec le Management de la CAGF. La CAGF veillera à la mise en œuvre de ce plan de renforcement des capacités.</li> </ul>	<p>CAGF/GAVI/ Fonds Mondial</p> <p>Chargé des Ressources Humaines / Responsable Administratif et Financier</p> <p>Coordonnateur National / Responsable Administratif et Financier</p>	<p>Continue</p> <p>Immédiat</p> <p>S2 2023</p>
4.1.6	<p>Le MSPHP, à travers les entités concernées, devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Constituer un comité d'audit garant de l'indépendance de la fonction d'audit interne de la CAGF, et élaborer et mettre en application la charte d'audit interne. Compléter l'équipe d'audit interne en pourvoyant tous les postes prévus à l'organigramme ;</li> </ul>	Modérée	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comme indiqué ci-dessus, à ce jour la Cellule d'audit interne dispose des outils nécessaires à ses activités dont une charte d'audit Interne validée par le Secrétaire Général en attendant la mise en place du Comité d'audit. Bien que l'Organigramme de la Cellule d'Audit interne prévoir 4 postes, à ce jour la Cellule dispose de 3 collaborateurs. Une évaluation sera faite au cours de cette année (lors de la mise en œuvre du plan d'audit Interne annuel) pour convenir de</li> </ul>	Ministre/SEGE/ Coordonnateur National/Audit Interne	S2 2023

Réf.	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Délai
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En lien avec l'AF, tenir à jour l'outil de suivi des recommandations de tous les audits (audit interne, audit externe, audit Gavi, inspections et contrôles de l'IGS, etc.) et prendre action lorsque les recommandations ne sont pas mises en œuvre ;</li> </ul>		<p>la nécessité du recrutement d'une 4ème personne au sein de la Cellule.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La Cellule d'audit Interne tient à jour un fichier de suivi de recommandations des audits et revues antérieurs. Toutefois, il y a lieu de souligner le fait que les recommandations des audits et revues antérieurs ne font pas mention des responsables ni de délai de la mise en œuvre de celles-ci, rendant difficile le suivi de leur mise en œuvre par la Cellule d'Audit Interne. Ces aspects seront revus par la nouvelle équipe d'audit interne</li> </ul>	Auditeur interne sénior	Chaque trimestre
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuivre la revue avec l'AF des calendriers de clôture comptable de la CAGF et de SANRU, ainsi que l'intervention des auditeurs externes, afin de respecter le délai de six mois après la fin de chaque exercice pour la transmission des rapports d'audit à Gavi ;</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- De commun accord avec l'AF, un calendrier de clôture des comptes et de préparation des audits externes ont été arrêté afin de respecter le délai de six mois après la fin de chaque exercice pour la transmission des rapports d'audit à Gavi.</li> </ul>	Responsable Administratif et Financier/AF	Continue
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Doter l'IGS de structures organiques pérennes et des moyens financiers suffisants pour lui permettre de mener efficacement ses missions. L'IGS, une fois renforcée, devra veiller à toujours élaborer un plan d'intervention/mission annuel et pluriannuel (sur 3 ans par exemple). S'assurer que la gestion financière du PEV est couverte par des mécanismes de vérification et de surveillance de l'IGS.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'IGS a des structures pérennes avec un plan d'intervention annuel. Il s'agit de (du) : bureau de l'Inspecteur Général avec des Inspecteurs Directeurs et Inspecteurs pour les tâches clés d'inspections contrôle, les 26 inspections provinciales de santé. L'IGS et les IPS ont un manuel de procédures d'inspection sanitaire et ont été renforcées en capacité pour les audits des subventions, audits financiers, programmatique et chaîne d'approvisionnement du Fonds Mondial. Le budget de l'Etat prévoit une ligne de fonctionnement ; FM et Gavi ont des lignes budgétaires dans les subventions en cours pour des missions ponctuelles de contrôles et inspections. Cependant, il est souhaitable de financer le plan d'intervention annuel/pluriannuel de l'IGS pour les subventions à venir.</li> </ul>	Ministre/ Inspecteur Général de la Santé	Continue

Réf.	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Délai
4.2	<b>Gestion comptable et financière</b>				
4.2.1	La CAGF doit accélérer le processus de revue et de mise à jour de son manuel de procédures, financières et comptables, et intégrer notamment les nouvelles modalités d'interaction avec SANRU.	Modérée	- Tous les 5 tomes de manuel de procédures sont finalisés et approuvés par les bailleurs des fonds. Conformément aux procédures nationales, ces manuels devraient être soumis au Comité Technique de Coordination (CTC) présidé par le SG pour l'approbation au niveau National avant de les vulgariser et les rendre opérationnels pour toutes les parties prenantes. Toutefois il y a lieu de souligner que le Fonds mondial est revenu sur certains termes du manuel de procédure dans son tome 2, lesquels sont en contradiction avec quelques dispositions légales, d'où la sollicitation par la CAGF auprès du Tribunal administratif l'arbitrage pour orientation, avant de soumettre ces manuels de procédures à l'approbation du CTC.	Fonds Mondial/ GAVI/ CAGF	T3 2023
2024.2.2	Le MSPHP, en lien avec la CAGF et les entités de mise en œuvre, devra : - Mettre en place une procédure de collecte systématique des informations financières auprès des autres partenaires de mise en œuvre des subventions de Gavi (SANRU, UNICEF, OMS, UNOPS), afin de présenter la situation consolidée de toutes les subventions Gavi en RDC, prenant en compte non seulement les décaissements directs mais aussi les achats réalisés par des agences onusiennes ;  - Etablir et vérifier, à la fin de chaque mois, les états de rapprochements bancaires. Ces états doivent être cosignés par le Responsable Administratif et Financier et le Coordonnateur national, en plus de la signature du chef comptable qui les a établis ;	Modérée	- <b>En accord avec l'observation.</b> Une grille de rapportage a été mise en place par la CAGF prenant en compte les informations financières (encaissement) des autres entités de mise en œuvre. Toutefois, nous pensons qu'il serait souhaitable que GAVI instruisse ces entités de mise en œuvre pour une transmission systématique des informations financières à la CAGF afin de permettre à celle-ci de produire la situation combinée de toutes les subventions.  - Les états de rapprochements bancaires de la CAGF sont cosignés par le Chef Comptable, le Responsable Administratif et Financier et l'AF. A notre avis la signature des états de rapprochements bancaires par ces trois cosignataires est suffisante pour couvrir le risque d'erreur,	GAVI / Responsable Administratif et Financier CAGF  Coordonnateur National/ Responsable Administratif et Financier	Chaque semestre  N/A

Réf.	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Délai
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revoir le circuit de validation des requêtes de financement afin de respecter les délais prévus dans le manuel des procédures. Au besoin, clarifier dans le manuel les attentes en matière de formulation des requêtes et la liste exhaustive des documents à fournir pour chaque type de requête ;</li> <li>- Mettre en place un dispositif sécurisé de classement et d'archivage des pièces comptables.</li> </ul>		<p>et par conséquent faire signer les états de rapprochement par le Coordonnateur serait un contrôle de trop qui rendrait davantage la machine lourde.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A la demande de la Coordination de la CAGF et conformément au plan d'audit de la CAGF établi sur la base de risque, une mission sera conduite par la Cellule d'Audit Interne qui débouchera sur des recommandations susceptibles d'améliorer le circuit de validation des requêtes pour les subventions GAVI ;</li> <li>- Depuis près d'un an, la CAGF avec l'appui de l'AF s'est dotée de l'outil OneDrive pour l'archivage en ligne des pièces comptables en attendant d'obtenir le budget pour le recrutement d'un consultant expert en archivage. Toutefois, cet outil reste perfectible à ce jour.</li> </ul>	<p>Coordonnateur National/RAF et Cellule d'Audit Interne</p> <p>Coordonnateur National/ Responsable Administratif et Financier/ AF</p>	<p>T3 2023</p> <p>Continue</p>
4.2.3	<p>SANRU doit se conformer aux dispositions de son manuel des procédures et aux règles nationales de gestion comptable et financière en vigueur, concernant notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La présentation des états financiers ;</li> <li>- Le respect des délais de traitements des requêtes de financement introduites par les sous-réceptaires de fonds Gavi ;</li> <li>- Le classement et l'archivage des pièces comptables.</li> </ul>	Faible	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cette situation est due au paramétrage incomplet des états financiers dans le Progiciel TOMPRO Utilisé par SANRU. La revue du paramétrage du Bilan et du Tableau Empois Ressources a débuté ce 15/03/2023 et cette opération sera clôturée par une formation des financiers du projet par le service de conformité à la date du 15/04/2023.</li> <li>- Ce problème qui était principalement dû au circuit de traitement des demandes de décaissement des SR qui était très long a été résolu par la participation du service de conformité dans les réunions de validation des décaissements des SR.</li> <li>- Nous allons capitaliser ces recommandations et revoir le processus</li> </ul>	<p>Senior Rick &amp; Compliance Manager et le Grant Finance Manager GAVI</p> <p>Finance et Conformité</p> <p>Service archivage</p>	<p>T2 2023</p> <p>Continue</p>

Réf.	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Délai
			de classement des archives afin de faciliter leur exploitation.		S2 2023 / Continue
4.2.4	<p>Le MSPHP, en lien les DPS et la CAGF, devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procéder à l'ouverture de comptes bancaires dédiés au financement Gavi dans les DPS qui n'en disposent pas, ou tout au moins renforcer l'utilisation de mécanismes de financement permettant d'éviter les mouvements en espèces ;</li> <li>- Finaliser le déploiement du logiciel Tom2Pro dans les DPS et former les équipes concernées à la tenue de la comptabilité dans l'outil et au respect des exigences et des délais de reporting mensuel et trimestriel conformément aux dispositions du manuel de procédures.</li> </ul>	Modérée	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A ce jour toutes les DPS bénéficiaires des subventions GAVI disposent d'un compte bancaire dédié aux subventions GAVI, à l'exception des DPS MONGALA, MAI NDOMBE et DPS KASAI pour lesquels il n'existe pas de banques dans ces DPS. Ainsi, les transferts de fonds vers ces DPS se font via mobile money ou société de messagerie financière (Soficom).</li> <li>- Un plan de déploiement de Tompro dans les DPS est en cours d'élaboration pour 2023.</li> </ul>	<p>Coordonnateur National/ Responsable Administratif et Financier/ AF</p> <p>Responsable Administratif et Financier/ Chefs comptables/ AF</p>	<p>Continue</p> <p>S2 - 2023</p>
4.2.5	<p>Le MSPHP, en lien avec la CAGF et les entités de mise en œuvre, devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revoir les processus de justification des dépenses et les mettre en conformité avec les dispositions des notes circulaires émises par le MSPHP. Inclure des mécanismes formels de suivi, d'escalade et de gel des financements en cas de retard dans la justification des dépenses ;</li> <li>- Procéder à une mise à jour de l'état des avances ouvertes et la communiquer à Gavi, relancer les demandes de pièces justificatives dès lors que les délais de justification ont été dépassés.</li> </ul>	Elevée	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une note circulaire de justification des dépenses a été signée et rendu public par le Secrétaire Général le 16 septembre 2022 fixant les modalités de paiement des avances, leurs justifications et les situations susceptibles d'entraîner le gel de décaissement vers les EMOs disposant des avances âgées de plus de 9 mois. Les prescrits de cette note ont été introduit dans le manuel des procédures en cours de validation</li> <li>- Sous la Supervision du Coordonnateur National, la CAGF procède à l'analyse et suivi de façon quasi-permanente des avances à forte antériorité. Un point est fait à chaque réunion hebdomadaire CAGF-AF/GFA. Le cas échéant, les missions de collectes des pièces sont organisées avec le concours de l'IGS pour les avances à forte antériorité. Par ailleurs, il est envisagé la mise en place d'un système d'alerte pour toute avances âgées de 6 mois et plus. Ce</li> </ul>	<p>Secrétaire Général/Coordonnateur National/Responsable Administratif et Financier/ AF/ DPS et ZS</p> <p>Coordonnateur National/Responsable Administratif et Financier/AF</p>	<p>Continue</p> <p>Chaque trimestre Continue</p>

Réf.	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Délai
			<p>système sera suivi par une équipe de 3 personnes que nous sollicitons pour être engagés pour le suivi des avances conformément à l'évaluation menée par PwC</p>		
4.2.6	<p>Le MSPHP, en lien avec la CAGF et SANRU, devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prendre des mesures pour se conformer aux dispositions du point d) des GMR et de l'article 15 de l'Accord-Cadre de Partenariat, afin d'éviter de faire porter des taxes aux subventions de Gavi ;</li> <li>- Procéder au recouvrement des taxes indument versées sur fonds Gavi.</li> </ul>	Modérée	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Au cours du T3 2022, la CAGF a relancé le Secrétaire Général qui a aussi relancé à son tour le Ministre de la Santé sur les correspondances adressées au Ministère des finances pour l'obtention des documents d'exonération de la TVA sur les dépenses financées par les subventions de GAVI conformément à l'article 15 de l'Accord-Cadre de Partenariat. A ce jour, la CAGF est toujours en attente de la suite réservée par le Ministère des finances à ces correspondances.</li> <li>- <b>En accord avec l'observation.</b></li> </ul>	<p>Secrétaire Général/ Ministre de la Santé/ Ministre des Finances</p> <p>SG Santé/ Ministre Santé/ Ministre Finances</p>	<p>T1 2024</p> <p>S2 2023</p>
4.2.7	<p>Le MSPHP, en lien avec la CAGF, devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place un dispositif d'archivage correct des pièces justificatives comptables ;</li> <li>- Confier les activités de contrôle des dépenses à des collaborateurs expérimentés et indépendants des opérations de saisies et de rapprochements comptables.</li> </ul>	Elevée	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Depuis près d'un an, la CAGF avec l'appui de l'AF s'est dotée de l'outil OneDrive pour l'archivage en ligne des pièces comptables en attendant d'obtenir le budget pour le recrutement d'un consultant expert en archivage. Aussi, la CAGF s'est dotée d'un espace pour la conservation adéquat des pièces comptables depuis juin 2022.</li> <li>- A la CAGF, le premier rôle revient aux comptables et le second aux chefs comptables : le comptable saisi et ne peut pas valider ; le chef comptable valide mais ne saisit pas. C'est aussi valable pour les décaissements, les dépenses et le rapprochement bancaire</li> </ul>	<p>Coordonnateur/ Responsable Administratif et Financier/ AF</p> <p>RAF CAGF et Chef Comptable GAVI</p>	<p>S2 2023</p> <p>Continue</p>
4.2.8	<p>Le MSPHP, en lien avec la CAGF, SANRU et les DPS, devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place la gestion des immobilisations dans le module des immobilisations dédié à cet effet dans le logiciel Tom2Pro. Renforcer les</li> </ul>	Elevée	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>En accord avec l'observation.</b> Une demande sera adressée à Tomate pour</li> </ul>	Responsable Administratif et	S2 2023 / A convenir

Réf.	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Délai
	<p>capacités des provinces à prendre en compte toutes les immobilisations affectées à la province dans leur comptabilité ;</p> <p>- Compléter les registres d'immobilisation incomplets, notamment en obtenant et en renseignant les dates complètes d'acquisition dans le registre des immobilisations ;</p> <p>- Se conformer au point <b>p)</b> des GMR, notamment en souscrivant si possible et à un coût raisonnable à une police d'assurance multirisque pour toutes les immobilisations acquises sur fonds Gavi ou, à défaut, en prévoyant une ligne budgétaire de fonds nationaux provisionnant le remplacement des vaccins ou actifs endommagés ou perdus.</p>		<p>le paramétrage de ce module dans Tompro. Toutefois, ce paramétrage devrait se reposer sur le résultat des travaux des inventaires exhaustifs des immobilisations.</p> <p>- Observation déjà prise en compte lors de la compilation des rapports d'inventaires des immobilisations de l'exercice clos au 31/12/2021.</p> <p>- <b>En accord avec l'observation.</b> Les réflexions sont en cours pour le mode de l'assurance à souscrire (Bâtiment, Bâtiments et intrants, Chambre froide et intrants, Bâtiments, intrants et Chambres froides, etc).</p>	<p>Financier/ Chef Comptable/ GAVI</p> <p>Responsable Administratif et Financier/ Chef Comptable/</p> <p>SG Santé/ Coordonnateur CAGF</p>	<p>selon la disponibilité des financements</p> <p>Déjà fait</p> <p>S1 2024</p>
<b>4.3</b>	<b>Gestion budgétaire</b>				
4.3.1	Le MSPHP, en lien avec CAGF et SANRU, devra s'assurer que le processus budgétaire débute à temps et que les budgets sont communiqués dans les délais impartis et saisis dans les logiciels comptables.	Modérée	- En accord avec l'observation. A ce jour la CAGF a établi un chronogramme de processus de budgétisation qu'elle veillera à son respect. Ce chronogramme part de Septembre à décembre. Ceci permettra que le budget soit validé au plus tard en décembre et, ainsi commencer l'année avec un budget déjà finalisé et validé	Dr Julien/AF	Immédiat
<b>4.4</b>	<b>Achats et passations de marchés</b>				
4.4.1	Le MSPHP, en lien avec les structures concernées et les partenaires, devra revoir la définition des rôles et responsabilités en matière de passations de marchés sur financements Gavi et clarifier les attributions de manière officielle et effective.	Elevée	- Les rôles des membres de la CGPMP santé sont très bien définis. À l'instar de la répartition des tâches pour l'exécution du PPM 2023, une chaîne de fonctionnement a été définie, partant de la réception des Demandes de Passation des Marchés à la réception des fournitures...	Non applicable	Continue

Réf.	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Délai
4.4.2	Le MSPHP, en lien avec les structures concernées, devra organiser l'archivage des dossiers des marchés publics de manière à retrouver, dans un même classeur, l'ensemble des pièces d'un marché allant du plan de passation des marchés (PPM) au procès-verbal de réception dudit marché, retraçant ainsi toutes les phases de la procédure.	Elevée	- L'archivage électronique des dossiers, est effective sur OneDrive et ce depuis 2021, l'archivage physique cause encore un peu de souci bien que les documents lorsque demandés sont toujours fournis dans les temps requis. Un processus de recrutement d'un archiviste est déjà en cours pour résoudre cet aspect.	Secrétaire Permanent CGPMP	Continue
4.4.3	Le MSPHP, en lien avec les structures concernées, devra : - S'assurer de la séparation effective des fonctions de gestion des passations et de contrôle des marchés ;  - Veiller au strict respect des dispositions légales évoquées pour la passation des marchés.	Modérée	- Conformément au décret 10-22, la CGPMP veille au respect des fonctions de gestion et de contrôle des marchés.  - La CGPMP s'efforce de respecter les procédures des marchés publics et ce malgré les difficultés et l'état des dossiers qui lui sont soumis par les différents services du ministère. Un expert est chargé du suivi de l'exécution des marchés.	Secrétaire Permanent CGPMP/ Coordonnateur des marchés des bailleurs  Secrétaire Permanent CGPMP	Continue  Continue
4.4.4	SANRU devra veiller au strict respect des dispositions légales et de son règlement interne, notamment en matière de planification et d'attribution des marchés, ainsi que le suivi de la réception des biens ou services concernés.	Modérée	- Nous prenons acte de ces recommandations et nous nous engageons à suivre tous les points du manuel de procédure concernant la Passation de marché.	Service de passation de marché.	Continue
<b>4.5</b>	<b>Gestion des vaccins</b>				
4.5.1	Le MSPHP, en lien avec le PEV et toutes les parties concernées, devra : - Revoir et préciser de manière claire quelles sont les attributions du PEV dans la gestion des sites logistiques, les responsabilités en matière de maintenance et les chaînes de commande permettant de répondre aux situations de défaillance ;	Elevée	- Le PEV sous-traite les travaux de la maintenance des sites via UNOPS sous fonds de GAVI. Ainsi, le PEV joue le rôle de supervision. En ce qui concerne les chaînes de commandes, le PEV fait les prévisions en vaccins et autres intrants avec l'UNICEF. A l'issue de l'Atelier prévu pour le T2 2023 sur la gestion des hubs, les clarifications nécessaires seront apportées sur les attributions du PEV dans la gestion des sites logistiques. Dans le cadre des travaux actuellement en cours de la mise à jour	Ministre/ SEGE/ Direction PEV	S1 2024

Réf.	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Délai
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etablir la stratégie logistique visée à moyen terme et poursuivre l'opérationnalisation du modèle de distribution des vaccins et autres intrants, notamment en améliorant les capacités des hubs en service et en les complétant avec les hubs encore non fonctionnels ;</li> <li>- Etablir et adopter un plan de maintenance pour l'ensemble des sites logistiques, au niveau central comme aux niveaux déconcentrés, permettant d'améliorer l'utilisation des infrastructures et équipements installés ;</li> <li>- Accentuer les mesures de détection et de prévention contre les incendies au niveau des sites de stockage ;</li> <li>- Investiguer les pratiques liées à l'utilisation des moyens roulants détournés, mettre en place les contrôles nécessaires pour les éviter et prendre toutes les sanctions requises à l'encontre des responsables ;</li> </ul>		<p>du Cadre Organique du Ministère, le Secrétariat Général compte redynamiser la Direction de la gestion des infrastructures du Ministère.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suivant le Plan d'Action Opérationnel (PAO) du PEV, il est prévu un atelier au cours du T2 2023 durant lequel il sera conduit une réflexion sur la gestion des hubs avec PEV et ses partenaires.</li> <li>- A ce jour le PEV dispose d'un plan de maintenance pour l'ensemble des sites logistiques. Ce plan est conjointement mis en œuvre par PEV et UNOPS.</li> <li>- En accord avec l'observation.</li> <li>- A ce jour les actions suivantes ont été prises par le Secrétariat Général : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Suspension de cession des véhicules qui sont encore entre les mains des utilisateurs ;</li> <li>o Recours à l'Inspection Générale de la Santé pour analyser les dossiers de cession. L'autorisation ou non de cession effective de ces véhicules par le Secrétaire Général est suspendu en attendant le rapport de la mission de l'Inspection Générale de la Santé en cours ;</li> <li>o Au terme de rapport de l'Inspection Générale de la Santé, il ne pas exclu des actions judiciaires à l'endroit des personnes impliquées dans les cessions irrégulières, le cas échéant.</li> <li>o Une mission sera initiée par l'audit interne avec l'appui de l'IGS pour investiguer sur l'utilisation détournée des camions du PEV.</li> <li>o Le PEV va élaborer les directives sur l'utilisation des véhicules. Ces directives doivent faire l'objet d'un</li> </ul> </li> </ul>	<p>Direction PEV</p> <p>Direction PEV</p> <p>SEGE Santé/ Direction PEV</p> <p>SEGE Santé</p>	<p>T2 2023</p> <p>Continue</p> <p>Continue</p> <p>S2 2023</p>

Réf.	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Délai
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Poursuivre les investigations en cours concernant le carburant possiblement subtilisé au niveau du hub de Kinkole et prendre les mesures de recouvrement qui s'imposent. Revoir le processus de gestion du carburant et établir des contrôles fréquents et efficaces de l'approvisionnement et de l'utilisation ;</li> <li>Rationaliser et améliorer la gestion des déchets au niveau des sites logistiques, notamment à travers l'élaboration d'un plan de gestion des déchets tel que recommandé par l'évaluation GEV 2019.</li> </ul>		<p>atelier à l'attention de tous les chauffeurs en termes de renforcement des capacités.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A ce jour le PEV a mis en place les outils de travail pour renforcer les mesures de gestion de carburant en termes de suivi (Fichier Excel de suivi et un système de jauge pour le prélèvement de quantité de carburant disponible dans le groupe et lieu de stockage). Par ailleurs, les mesures disciplinaires ont été prises à l'endroit de l'équipe commise à la gestion de carburant au niveau du Hub de Kinkole. En effet, cette équipe a été remplacée par une nouvelle équipe depuis février 2022.</li> <li>Le PEV a mis en place un plan de Gestion de déchet à la suite de la recommandation de l'évaluation du GEV. Toutefois les dispositions nécessaires sont prises pour la mise en œuvre effective de ce plan.</li> </ul>	<p>Direction PEV</p> <p>Direction PEV</p>	<p>Immédiat</p> <p>S2 2023</p>
4.5.2	<p>Le MSPHP, en lien avec le PEV et les autres parties concernées, devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Etablir de manière définitive le montant des dégâts causés par l'incendie de l'antenne de Bunia et convenir avec le Secrétariat de Gavi des suites à donner à ce sinistre ;</li> <li>Prendre toutes les dispositions nécessaires pour réparer les pannes des équipements constatées aux différents niveaux de la chaîne de distribution.</li> </ul>	Elevée	<ul style="list-style-type: none"> <li>Une première évaluation a déjà été faite au niveau de la province (Ituri). Le Ministère devra initier une contre-expertise pour confirmer la hauteur des dégâts. Par ailleurs, le Ministère réfléchi sur les mesures de gestions de ses bâtiments et autres biens, notamment en contractualisant avec un assureur.</li> <li>A travers le plan de maintenance, un plan de réparation a été mis en place. Ce plan est suivi et fait objet d'un rapport trimestriel au niveau du PEV.</li> </ul>	<p>SEGE Santé/ Direction PEV</p> <p>Direction PEV</p>	<p>S2 2023</p> <p>Immédiat</p>
4.5.3	<p>Le MSPHP, en lien avec le PEV et les partenaires, devra harmoniser les pratiques de gestion des stocks de vaccins et autres intrants en mettant à jour et en diffusant régulièrement les PON-GEV à tous les niveaux de la</p>	Elevée	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>En accord avec l'observation.</b> A ce jour, le PEV a formé dans plus ou moins 7 provinces les agents de la logistique de</li> </ul>	SEGE/ Direction PEV	S1 2024

Réf.	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Délai
	chaîne d'approvisionnement, en planifiant des séances de formations initiales et continues sur les PON, et en veillant à l'application effective des dispositions des PON-GEV à travers des supervisions régulières.		vaccins. Par ailleurs, à la date du présent rapport, 7 agents du MSPHP sont en formations logistique à Ouidah, au Bénin.		
4.5.4	<p>Le MSPHP, en lien avec le PEV et les partenaires, devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procéder à une investigation documentée sur les sorties non documentées des seringues autobloquantes et convenir avec le secrétariat de Gavi des suites à donner à ce problème ;</li> <li>- Mettre en place des contrôles de saisie des mouvements de stocks, au moment de leur enregistrement et a posteriori, de manière périodique. A cet effet, la mise en place et l'utilisation d'un système d'information électronique de gestion logistique (SIGL) pourrait être considérée ;</li> <li>- Procéder à des inventaires physiques de manière périodique et formalisée ;</li> <li>- Matérialiser les sorties de vaccins et autres intrants virés et périmés sur la base d'un document attestant de la mise au rebut ;</li> <li>- Effectuer une mise à jour des fichiers de stocks en corrigeant, de manière documentée, les incohérences et les données manquantes.</li> </ul>	Elevée	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une investigation a été initiée par le PEV. Il résulte de cette investigation qu'il s'agit des sorties des seringues réalisées dans le cadre de la mise en œuvre des activités de la subvention. Seulement, les fiches des stocks renseignés en son temps se sont détachées du carnet et donc volatilisés pour conservation non adéquate. Ensemble avec le PEV, la CAGF réfléchit sur la possibilité de reconstituer les stocks des seringues autobloquantes livrées aux Coordination provinciales et qui seraient à la base de cet écart.</li> <li>- <b>En accord avec l'observation.</b> Le PEV dispose des outils de gestion. Toutefois des efforts seront réalisés pour une utilisation systématique de ces outils.</li> <li>- <b>En accord avec l'observation.</b> Le PEV mettra en place les dispositions nécessaires pour s'assurer de la tenue des inventaires périodiques et formalisés.</li> <li>- <b>En accord avec l'observation.</b> Le PEV dispose des outils de gestion. Toutefois des efforts seront réalisés pour une utilisation systématique de ces outils.</li> </ul>	<p>Direction PEV</p> <p>DAF PEV/ Logisticien PEV</p> <p>DAF PEV/ Logisticien PEV</p> <p>DAF PEV/ Logisticien PEV</p>	<p>Immédiat</p> <p>Continue</p> <p>Immédiat</p> <p>Immédiat</p>
<b>4.6</b>	<b>Suivi et évaluation</b>				
4.6.1	<p>Le MSPHP, en lien avec les entités concernées, devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tenir les réunions de validation des données à la fréquence prévue, à chaque niveau de la pyramide sanitaire, et formaliser les validations dans des rapports ;</li> </ul>	Modérée	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>En accord avec l'observation.</b> Soulignons cependant que ces réunions sont régulièrement tenues au niveau central et dans quelques provinces (Bas-Uélé, Haut-Katanga, Kasai). Aussi, au niveau des bureaux centraux des Zones</li> </ul>	Responsable gestion Services des Statistiques des PEV/ Superviseurs/Chefs de Division	Continue

Réf.	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Délai
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer les contrôles de saisie au niveau des Aires et des Zones de Santé ;</li> <li>- Renouveler les accès au portail Gavi et effectuer un suivi régulier du cadre de performance ;</li> <li>- Harmoniser les données d'immunisation contre la COVID-19 et en assurer la complétude.</li> </ul>		<p>de Santé, les réunions de monitoring se tiennent chaque mois regroupant l'équipe cadre de la Zone de santé et tous les Infirmiers Titulaires (IT). Actuellement le PEV a initié le travail de collecte des PV de tenues de réunions au niveau intermédiaire pour archivage.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour l'instant, la saisie des données des vaccinations, gestion des vaccins et surveillance se fait au niveau des bureaux centraux des Zones de Santé car disposant de l'internet et matériels et informatiques. Les Aires de santé et Zones de santé collectent les informations sur le Canevas SNIS qui est transféré au niveau du bureau central pour la saisie de ces données dans le logiciel DHS2</li> <li>- <b>En accord avec l'observation.</b> Toutefois les comptes d'utilisateurs locaux ont été bloqués. Actuellement le Responsable de gestion des données statiques pays utilise le compte d'un tiers pour accéder au portail GAVI, et cela en dépit de demandes de renouvellement adressées par la RDC à GAVI.</li> <li>- <b>En accord avec l'observation.</b> Depuis le mois de mars 2023, le pays procède à la retro saisie des données relatives aux personnes qui ont été vaccinées à l'époque où il y avait une carence des tablettes. Il y a lieu de souligner ici l'insuffisance de tablettes pour couvrir tous les sites du pays afin de produire les données de vaccination Covid-19 en temps réels.</li> </ul>	<p>Responsable gestion Services des Statistiques des PEV</p> <p>Responsable IT GAVI</p> <p>Responsable gestion Services des Statistiques</p>	<p>Continue</p> <p>Continue</p> <p>Continue</p>
4.6.2	Le MSPHP, en lien avec le PEV et les partenaires, devra poursuivre les efforts d'amélioration de la fréquence et de la qualité des supervisions, qui doivent être formatives et dont un suivi doit être effectué, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.	Modérée	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>En accord avec l'observation.</b> Toutefois avec le plan MASHAKO, l'effort est fourni pour le suivi de supervision des tous les volets (logistiques, finances, surveillance, communication et prestation) à tous les niveaux. Il y a lieu de souligner que le</li> </ul>	Comité MASHAKO/Service de Supervision et formation (PEV)	Continue

Réf.	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsabilité(s)	Délai
			PEV n'a pas été en mesure de respecter la fréquence de ces missions de supervision faute de la disponibilité en temps de fonds.		