

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

Le rapport d'audit ci-joint présente les conclusions de l'audit portant sur les soutiens de Gavi au Programme d'immunisation du Gouvernement du Tchad, mis en œuvre par le ministère de la Santé Publique et de la Prévention (MSPP). Les travaux d'audit, menés par l'équipe d'audit des programmes de Gavi entre août 2024, ont porté sur l'utilisation des subventions Gavi versées entre le 1er janvier 2021 et le 31 décembre 2023, ainsi que sur les comptes reconstitués des années 2017 et 2018. Ces subventions ont concerné le renforcement du système de santé (RSS), l'acquisition de vaccins, les coûts opérationnels de la vaccination, ainsi que les soutiens apportés au pays au titre de la facilité COVAX en 2021 et 2022.

Cet audit fait suite à celui de 2021 qui avait couvert la période de 2017 à 2020 et avait constaté une gestion insatisfaisante du programme soutenu par Gavi et une impossibilité de conclure sur le volet de gestion financière et comptable, faute de tenue de comptabilité sur les années 2017 et 2018. Le présent audit a ainsi permis de finaliser les travaux sur les comptes de 2017 et 2018, et d'examiner la gestion du programme sur la période de 2021 à 2023.

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

1. L'audit a conclu que la gestion des soutiens Gavi par le MSPP **nécessite des améliorations significatives** (page 3), ce qui signifie que « les contrôles internes et les procédures de gestion des risques présentent des faiblesses dans leur nature ou dans leur opérationnalisation qui pourraient affecter négativement la réalisation des objectifs des programmes soutenus par Gavi ».
2. Vingt-trois (23) recommandations ont été formulées en réponses aux déficiences identifiées dans : (i) la Gouvernance ; (ii) la Gestion comptable et financière ; (iii) la passation des marchés ; (iv) la Gestion des vaccins, et (v) le Suivi-évaluation.
3. Les principaux constats ont mis en évidence notamment les éléments suivants :
  - a. La gouvernance du Programme connaît encore d'importants défis, avec une mise en œuvre insuffisante des recommandations de l'audit de 2021 et un fonctionnement irrégulier des organes clés comme le Comité de Coordination Inter Agences (CCIA) et le comité de pilotage de l'UGP en charge de la gestion des subventions Gavi pour le compte du MSPP. Malgré le renforcement des ressources humaines et des initiatives récentes prises par la nouvelle équipe de la Direction de la Vaccination, des dysfonctionnements persistent, affectant la coordination, les décaissements et l'exécution des activités.
  - b. La reconstitution des comptes de la période 2017-2018 n'a pas satisfait pleinement les attentes. En effet, des pièces justificatives de dépenses correspondant à un montant de 342 794 USD n'ont

pas pu être retrouvées au terme des travaux de reconstitution. En outre, bien que l'Unité de Gestion des Projets (UGP) ait renforcé son dispositif de contrôle interne entre 2021 et 2023, des faiblesses persistent dans l'archivage, le suivi budgétaire, la passation de marchés et la gestion des comptes bancaires et des immobilisations, conduisant à la mise en question de 103 453 USD de dépenses.

- c. L'audit a révélé une planification insuffisante des marchés par l'UGP entre 2021 et 2023, entraînant des retards et un non-respect des procédures de mise en concurrence.
- d. Malgré quelques avancées, des faiblesses persistantes affectent la gestion des vaccins, la chaîne du froid, le suivi des stocks et la qualité des données, en raison d'un encadrement normatif limité, d'un suivi inadéquat et d'une appropriation incomplète des outils numériques de rapportage des données.

Les constats de l'audit des programmes ont été partagés avec le MSPP qui, en réponse, a établi un plan d'actions correctives pour adresser les défaillances constatées. Une demande de remboursement du montant de 446 247 USD, correspondant au total des dépenses mises en question a également été adressée au ministère par l'équipe pays de Gavi.

Le Secrétariat de Gavi continue à travailler avec le MSPP pour s'assurer que les engagements pris sont mis en œuvre, et pour établir un calendrier de remboursement des dépenses mises en question susmentionnées.

Genève, août 2025

# RAPPORT D'AUDIT DES PROGRAMMES

République du Tchad

Juillet 2025

## Sommaire

<b>1. Résumé exécutif</b>	<b>3</b>	<b>Annexes</b>	<b>42</b>
1.1. Constatations d'audit par section	3	Annexe 1 – Acronymes	42
1.2. Opinion d'audit globale	3	Annexe 2 – Définitions : opinion, notes d'audit et priorités	43
1.3. Résumé détaillé	4	Annexe 3 – Classification des dépenses	44
1.4. Impact quantitatif des constatations d'audit	5	Annexe 4 – Synthèse des dépenses testées et des conclusions de l'audit	45
<b>2. Champ et objectifs de l'audit</b>	<b>6</b>	Annexe 5 – Détails des montants mises en question	46
2.1. Champ de l'audit	6	Annexe 6 – Compte-rendu de visite de sites	57
2.2. Objectifs de l'audit	7	Annexe 7 – Etat de mise en œuvre du plan d'actions correctives issu de l'audit précédent	65
2.3. Déroulement de la mission d'audit	7	Annexe 8 – Plan d'actions correctives	78
2.4. Taux de change appliqués	7		
<b>3. Contexte</b>	<b>8</b>		
3.1. Introduction	8		
3.2. Structures impliquées dans la mise en œuvre des subventions Gavi	8		
<b>4. Résultats détaillés</b>	<b>10</b>		
4.1. Gouvernance et performance organisationnelle des entités	10		
4.2. Gestion financière et comptable	19		
4.3. Achats et Procédures de passation des Marchés	29		
4.4. Gestion des vaccins	31		
4.5. Suivi et évaluation	38		

## 1. Résumé exécutif

### 1.1. Constatations d'audit par section

Section*	Constat	Risque*	Page
<b>4.1.</b>	<b>Gouvernance et performance organisationnelle</b>		<b>10</b>
4.1.1.	Mise en œuvre insuffisante des recommandations de l'audit précédent	■	10
4.1.2.	Faiblesses de fonctionnement des organes de pilotage stratégique et technique du Programme	■	11
4.1.3.	Fonctionnement irrégulier des organes de gouvernance de l'UGP	■	13
4.1.4.	Défis liés à la fluidification de la communication entre la Direction de la Vaccination et l'UGP	■	15
4.1.5.	Insuffisances constatées dans la gestion des ressources humaines de l'UGP	■	17
4.1.6.	Besoin de renforcement des capacités des agents du niveau périphérique	■	18
<b>4.2.</b>	<b>Gestion comptable et financière</b>		<b>19</b>
4.2.1.	Tenue de comptabilité insuffisante : Résultats de la revue des comptes reconstitués des années 2017-2018 de la SDV	■	19
4.2.2.	Insuffisances constatées dans les analyses budgétaires	■	20
4.2.3.	Faiblesses liées à la gestion des comptes bancaires	■	21
4.2.4.	Insuffisances liées au mécanisme de paiement mobile	■	23
4.2.5.	Suivi défectueux de l'apurement des avances sur la période auditée	■	24
4.2.6.	Faiblesses constatées dans l'archivage comptable	■	25
4.2.7.	Dépenses mises en question	■	26
4.2.8.	Faiblesses constatées dans la gestion des immobilisations	■	27
<b>4.3.</b>	<b>Achats et passations de marchés</b>		<b>29</b>
4.3.1.	Insuffisances constatées dans la planification des marchés	■	29
4.3.2.	Faiblesses observées dans la gestion des marchés	■	30
<b>4.4.</b>	<b>Gestion des vaccins</b>		<b>31</b>
4.4.1.	Défaut d'adaptation et de diffusion des procédures opératoires normalisées (PON)	■	31
4.4.2.	Faiblesses identifiées au niveau de la gestion de la chaîne du froid	■	32
4.4.3.	Modalités de stockage d'intrants secs ne répondant pas aux normes	■	34
4.4.4.	Insuffisance dans la gestion physique des vaccins	■	35
4.4.5.	Défaillance dans la gestion administrative des stocks de vaccins	■	36

Section*	Constat	Risque*	Page
<b>4.5.</b>	<b>Suivi et évaluation</b>		<b>38</b>
4.5.1.	Qualité insuffisante des données de vaccination	■	38
4.5.2.	Insuffisance qualitative des supervisions	■	41

### 1.2. Opinion d'audit globale

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

Afin de réduire les risques associés aux constats énumérés ci-dessus, l'équipe d'audit a proposé **23 recommandations** nécessitant la mise en œuvre du plan d'action correctif (**Annexe 8 du présent rapport**).

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

### 1.3. Résumé détaillé

Le présent rapport détaille les résultats de l'audit des programmes Gavi au Tchad réalisé en 2024 sur les différents aspects de la gestion des appuis apportés par Gavi au pays. Il fait suite à l'audit des programmes de 2021 qui avait couvert la période de 2017 à 2020 et avait conclu à une gestion insatisfaisante de ces soutiens par le Ministère de la Santé Publique et de la Solidarité Nationale (MSPSN, devenu en 2023 Ministère de la Santé Publique et de la Prévention - MSPP). Une amélioration globale a été observée dans la gouvernance du programme résultant en une opinion d'audit plus favorable que celle de l'audit précédent (voir section 1.2 ci-dessus).

De 2017 à 2018, les subventions Gavi étaient administrées par l'Unicef, et depuis 2019, le MSPP a mis en place une Unité des Gestion des Projets (UGP) qui en a pris le relais. L'audit précédent qui était à cheval sur ces deux périodes n'avait pas été en mesure de conclure sur l'utilisation des fonds Gavi décaissés par l'Unicef à la Sous-Direction de la Vaccination (SDV – devenue Direction de la Vaccination) entre 2017 et 2018, cette dernière n'ayant pas présenté une comptabilité des dépenses réalisées pour le compte du MSPP au cours de ces deux années. L'audit avait donc recommandé au MSPP de veiller à rassembler les documents justificatifs et à reconstituer les comptes, en vue de leur examen lors de l'audit subséquent.

Le présent audit a donc permis d'examiner les comptes reconstitués par le MSPP au titre des années 2017 et 2018, de faire un suivi de l'avancement de la mise en œuvre des actions correctives décidées par le MSPP à l'issue de l'audit précédent et d'évaluer la gestion des soutiens octroyés par Gavi sur la période de 2021 à 2023. Les travaux d'audit réalisés ont permis de constater certaines améliorations structurelles au niveau de la Direction de la Vaccination et un renforcement du cadre de gestion des subventions par l'UGP. Cependant, certaines défaillances constatées par l'audit précédent n'ont pas connu une résolution satisfaisante.

#### **Gouvernance et performance organisationnelle**

Le plan d'actions correctives proposé par le MSPP en réponse aux recommandations de l'audit précédent n'a pas été suffisamment mis en œuvre. De ce fait, les faiblesses liées au pilotage stratégique et au fonctionnement des structures de gestion opérationnelle du Programme telles que constatées en 2021 n'ont pas été résolues. C'est le cas notamment du CCIA, organe de référence dans le pilotage stratégique du Programme, qui a manqué de régularité dans la tenue de ses rencontres et n'a pas rempli pleinement les rôles clés qui lui sont assignés. Ce défaut de fonctionnement du CCIA est l'une des causes majeures des faiblesses persistantes observées par le présent audit.

A l'instar du CCIA, le comité de pilotage de l'UGP et son comité d'audit mis en place en 2021 par le MSPP pour veiller à la bonne gestion des subventions extérieures, ont connu un relâchement progressif dans leur fonctionnement. L'UGP n'a ainsi pas bénéficié de l'accompagnement nécessaire dans la résolution de certains défis de gestion décrits dans la section 4 du présent rapport, notamment en ce qui concerne son interaction avec les autres structures techniques du MSPP chargées de la mise en œuvre des activités. En effet, le besoin de clarification des rôles et responsabilités et du mode d'interaction entre l'UGP et la Direction de la Vaccination tel que suggéré par l'audit en 2021, n'a pas été adressé par les organes de gouvernance. Ceci a conduit à des difficultés d'interaction et de collaboration entre ces deux acteurs majeurs du Programme impactant entre autres, les délais de décaissement des fonds et la mise en œuvre de plusieurs activités essentielles.

En matière de gestion des ressources humaines, un renouvellement quantitatif et qualitatif du personnel de la Direction de la Vaccination par le MSPP avec l'appui des partenaires entre 2021 et 2022 a permis une redynamisation des différents services techniques du programme de vaccination au niveau central. Toutefois, les initiatives prises par la nouvelle équipe en matière de formation des acteurs, de gestion des vaccins et de la chaîne du froid ou d'amélioration de la qualité des données de couvertures vaccinales n'ont pas encore eu d'impact significatif. Ainsi, des défaillances relevées en 2021 dans la gestion du Programme sont encore observables à différents niveaux de la pyramide sanitaire.

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

Le présent audit a permis de statuer sur l'utilisation des ressources financières octroyées au pays au cours de la période 2017-2018 et d'examiner la gestion des subventions Gavi opérée par l'UGP pour le compte du MSPP au cours des années de 2021 à 2023.

En ce qui concerne la période 2017-2018, les travaux de reconstitution des comptes de la SDV n'ont pas permis de conclure de manière satisfaisante. Les pièces justificatives des dépenses ont été certes retrouvées à hauteur de 82%, mais elles n'ont pas été correctement ordonnées pour faciliter leur revue et des états financiers fiables n'ont pas pu être établis. L'écart non reconstitué en raison de l'absence de pièces justificatives et mis en question s'élève à **USD 342 794**, soit **18%** du montant global à reconstituer.

La mise en place de l'UGP a permis une amélioration du cadre de contrôle interne appliqué à la gestion des ressources financières décaissées par Gavi au Gouvernement de la République du Tchad et du mécanisme de surveillance interne et externe. Cependant, elle n'a pas encore été en mesure de résoudre de manière satisfaisante certains points critiques relevés par l'audit en 2021, notamment les faiblesses liées à l'archivage des pièces justificatives, au suivi des avances de fonds faites aux structures décentralisées du MSPP, au suivi d'exécution budgétaire, ainsi que les problématiques de respect des procédures de passation de marchés décrites ci-dessous. Faute de documents justificatifs adéquats, les travaux d'audit ont mis en question un montant de **USD 103 453** représentant **1%** des dépenses testées sur la période de 2021 à 2023.

Les travaux d'audit ont également mis en évidence des lacunes dans le suivi des comptes bancaires par l'UGP, l'opérationnalisation du mécanisme de paiement d'espèces à travers les opérateurs téléphoniques (paiement mobile), et le suivi des immobilisations acquises sur financement Gavi.

#### **Achats et passation des marchés**

A l'exception des équipements de la chaîne du froid, des incinérateurs, et des équipements de la logistique roulante achetés à travers l'Unicef conformément à l'accord entre Gavi et le Gouvernement de la République du Tchad, tous les autres achats ont été exécutés par l'UGP. La revue effectuée par le présent audit a révélé une insuffisance de planification des marchés par l'UGP. Contrairement aux dispositions du manuel des procédures de l'UGP, des plans de passation de marchés (PPM) n'ont pas été établis au cours des années 2021, 2022 et 2023, ce qui n'a pas favorisé une vue d'ensemble sur les marchés à passer au cours de chaque année et la mise en œuvre de la procédure de mise en concurrence adaptée. Certains processus de passation de marchés ont été de ce fait retardés ou exécutés sans une mise en concurrence

appropriée. En 2021, la même faiblesse avait été relevée par l'équipe d'audit Gavi pour les marchés passés par l'UGP en 2020.

**Gestion des vaccins**

Le rapport d'évaluation de la Gestion Efficace des Vaccins (GEV) réalisée en mai 2024 a résulté en un score de 76%, ce qui souligne qu'en dépit d'une amélioration globale par rapport à la GEV de 2015, des faiblesses importantes demeurent dans les pratiques de gestions des vaccins à chaque niveau de la pyramide sanitaire. Les travaux d'audit menés au niveau central et les visites dans certains districts et centres de santé révèlent que les défaillances tiennent en grande partie à la non-maîtrise du cadre normatif de gestion des vaccins par les différents acteurs. Les Procédures Opératoires Normalisées (PON) élaborées par la Direction de la Vaccination pour pallier ce déficit n'ont pas été éditées sous un format adapté et simple d'utilisation, ni déployées. De ce fait, des faiblesses ont été observées autant dans la gestion de la chaîne du froid et des espaces de stockage, que dans la gestion physique et administrative des vaccins.

Au niveau central, les chambres froides sont saturées et ne répondent pas aux normes de protection contre les risques d'incendie et d'inondation, tout comme les entrepôts d'intrants secs. De plus, le monitoring des températures n'est pas effectué lors du transport des vaccins. Enfin, le contrôle et le suivi des mouvements de stocks de vaccins à travers l'outil SMT (Stock Management Tools) présente des défaillances. Un projet de construction d'un nouveau dépôt central financé conjointement par Gavi et le Fonds Mondial a été initié en 2023. Sa mise en œuvre connaît quelques retards liés à des questions foncières non encore résolues par le pays.

Au niveau intermédiaire et périphérique, l'absence de mise en place d'un plan de maintenance efficace des équipements de la chaîne du froid n'a pas permis la prise en charge adéquate de certains besoins de réparations et d'entretiens. Les visites effectuées dans les districts de Ndjama-Centre, d'Abéché et d'Adré ont permis d'observer plusieurs équipements en arrêt de fonctionnement ou avec des pannes non prises en charge. En outre, la faible qualité des supervisions des acteurs du niveau opérationnel n'a pas permis de corriger certaines lacunes dans la gestion physique et administrative des vaccins. De nombreuses défaillances telles que le non-respect du protocole de rangement des vaccins ou l'absence de suivi de l'utilisation des vaccins suivant leurs numéros de lots et dates de péremptions ont été constatées lors des visites effectuées.

**Suivi et évaluation**

Le mécanisme de suivi et évaluation n'a pas connu d'évolution significative par rapport à l'audit précédent. La qualité des données de couvertures vaccinales demeure préoccupante notamment en raison des difficultés d'appropriation par les acteurs du niveau périphérique de l'outil informatisé DHIS2 introduit au Tchad en 2022, en remplacement de l'outil manuel DVDMT.

Les acteurs au niveau des points de collecte des données ont privilégié le DVDMT jusqu'à fin 2023 avec tous les risques d'altération des données qu'il comporte. Les analyses de triangulations effectuées par l'audit révèlent, en effet, de nombreuses incohérences au niveau des données rapportées. Par instruction du Secrétaire Général du MSPP, le DHIS2 est utilisé de manière exclusive depuis janvier 2024 mais les contrôles au niveau des points de saisie des données sont encore insuffisants. Enfin, les supervisions des niveaux périphériques (districts et centres de santé) ont manqué d'efficacité ; les problématiques liées à la gestion efficace des

vaccins et à la qualité des données n'ont pas été suffisamment examinées et adressées pendant les supervisions. Ce qui a conduit à la persistance des nombreuses défaillances constatées par le présent audit. Néanmoins, en 2023, la nouvelle équipe de la Direction de Vaccination a réalisé une enquête de couverture nationale et mis en place un plan pour l'amélioration de la qualité des données sur la période 2024-2028.

**1.4. Impact quantitatif des constatations d'audit**

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

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

Subvention	Dépenses testées	1. Dépenses insuffisamment justifiées	2. Dépenses non justifiées	3. Dépenses irrégulières	4. Dépenses inéligibles	Total Montant mis en question = (1 + 2 + 3 + 4)	Proportion des dépenses testées mise en question
		Constat 4.2.7 / Annexes 4 & 5	Constat 4.2.1 / Annexes 4 & 5	Constat 4.2.7 / Annexes 4 & 5	Constat 4.2.8 / Annexes 4 & 5		
Comptes reconstitués 2017–2018	1 092 406 027		192 649 989			192 649 989	18%
	<b>1 943 783</b>		<b>342 794</b>			<b>342 794</b>	
Comptes UGP 2021–2023	7 104 773 766	43 745 630		14 591 500	3 217 279	61 554 409	1%
	<b>11 940 796</b>	<b>73 522</b>		<b>24 524</b>	<b>5 407</b>	<b>103 453</b>	
<b>Total</b>	<b>8 197 179 793</b>	43 745 630	192 649 989	14 591 500	3 217 279	<b>254 204 398</b>	<b>3%</b>
	<b>13 884 579</b>	<b>73 522</b>	<b>342 794</b>	<b>24 524</b>	<b>5 407</b>	<b>446 247</b>	

## 2. Champ et objectifs de l'audit

### 2.1. Champ de l'audit

Depuis 2003, Gavi est entré en partenariat avec le Gouvernement de la République du Tchad, représenté par le MSPP à travers l'Accord-Cadre de Partenariat signé en juillet 2013.

En 2021, conformément aux accords de programme et à sa politique sur la transparence et la responsabilité financière, Gavi a réalisé un audit couvrant les soutiens apportés au Tchad au cours des années 2017 à 2020, les subventions étant alors administrées par l'Unicef conformément aux accords signés (incluant des décaissements périodiques par l'Unicef à la SDV sur requête du MSPP). Les travaux d'audit effectués en collaboration avec la Chambre des Comptes de la Cour Suprême de la République du Tchad, n'ont pas permis de conclure sur l'utilisation des ressources financières au titre des années 2017 et 2018, la SDV n'ayant pas présenté une comptabilité des dépenses réalisées au cours de ces deux années. Gavi a demandé donc au MSPP de procéder à la reconstitution de l'ensemble des dépenses de ces deux années.

Le présent audit fait suite à celui réalisé en 2021 et a permis d'examiner les comptes de 2017-2018 reconstitués par le MSPP avec l'appui d'un assistant technique et de couvrir la gestion des soutiens apportés par Gavi au Tchad sur la période du 1<sup>er</sup> janvier 2021 et le 31 décembre 2023. La mention « période auditée » dans ce rapport, fait référence à ces deux périodes combinées. Au cours de la période auditée un montant total de USD 146 millions en ressources a été fourni au Gouvernement de la République du Tchad sous forme de versements en espèces ou paiements directs (USD 60,8 millions) et de soutien à l'acquisition de vaccins (USD 85,2 millions). Le tableau suivant détaille par nature et par année les soutiens Gavi aux programmes d'immunisation au Tchad au cours de la période auditée.

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

Type de soutien	Entité en charge	2017-2018	2021	2022	2023	Total
RSS1	UNICEF	749 199				749 199
RSS2	MOH		2 500 000	2 598 011	7 351 167	12 449 178
	UNICEF SD		1 050 696	1 127 069	315 594	2 493 360
VPI	MOH		192 536			192 536
Introduction nouveau vaccin	UNICEF	487 963	0			487 963
MenA (Campagne)	UNICEF	2 278 797	0			2 278 797
Rougeole (Campagne)	UNICEF	1 775 500				1 775 500
	MOH		2 133 639		2 305 308	4 438 947
Rougeole (VIG)	MOH		669 283			669 283
COVAX – CDS	MOH		4 700 000	5 355 404	2 747 238	12 802 642
	UNICEF SD			300 000	1 111 090	1 411 090
	WHO				1 658 143	1 658 143
	UNICEF				688 010	688 010
Fonds Réfugiés (FED)	MOH				1 429 490	1 429 490
Fièvre Jaune (Campagne)	MOH				6 047 257	6 047 257
CCEOP	UNICEF			543 406	-435 582	107 824

Type de soutien	Entité en charge	2017-2018	2021	2022	2023	Total
TCA			3 159 559	4 325 395	3 668 177	11 153 130
<b>Total des soutiens en espèces (1)</b>		<b>5 291 459</b>	<b>14 405 713</b>	<b>14 249 285</b>	<b>26 885 892</b>	<b>60 832 348</b>
Penta	-		1 080 603	1 147 433	1 016 515	3 244 551
Pneumo (PCV)	-					0
Rotavirus	-					0
VPI	-		1 671 816	3 093 253	2 151 526	6 916 595
Rougeole	-		364 864	321 662	3 257 823	3 944 348
MenA	-		229 779	910 101	1 223 885	2 363 765
Fièvre Jaune	-		1 114 219	3 640 692	1 507 813	6 262 724
YF-DIAG	-		36 031		3 066	39 097
CCEOP Covax	-				76 925	76 925
COVID19-VAC	-		709 065	61 613 751		62 322 816
<b>Total des soutiens en vaccins (2)</b>		<b>0</b>	<b>5 206 376</b>	<b>70 726 892</b>	<b>9 237 551</b>	<b>85 170 820</b>
<b>Total des soutiens Gavi = (1) + (2)</b>		<b>5 291 459</b>	<b>19 612 089</b>	<b>84 976 177</b>	<b>36 123 443</b>	<b>146 003 168</b>

L'audit réalisé a couvert les dépenses exécutées par les structures du MSPP à l'aide des fonds Gavi qui leur ont été décaissés par l'Unicef entre 2017 et 2018 et les fonds décaissés par Gavi directement à l'UGP entre 2021 et 2023. Les données financières reçues font état de **USD 1 943 783** (1,092 milliards de FCFA) exécutés par le MSPP sur les fonds reçus de l'Unicef entre 2017 et 2018 et **USD 23 757 872** (14,136 milliards de FCFA) exécutés par l'UGP entre 2021 et 2023, soit un total de **USD 25 701 655** (15,228 milliards de FCFA) sujet de cet audit, comme détaillé dans le tableau ci-dessous.

Tableau 3 – Soutiens en espèces au MSPP objet de cet audit (en USD)

Période	Réциpiendaire principal	Fonds décaissés par Gavi (a)	Exécution par les structures du MSPP (b)	Exécution directe partenaires (hors scope) * (c)	Engagements et soldes non dépensés = (a) – (b) – (c)
2017 - 2018	UNICEF	5 291 459	1 943 783	3 347 676	0
2021 - 2023	<b>UGP (MOH)</b>	<b>38 029 333</b>	<b>23 757 872</b>		<b>14 271 461</b>
	UNICEF	795 834		795 834	0
	OMS (WHO)	1 658 143		1 658 143	0
	UNICEF SD	3 904 449		3 904 449	0
	Assistants techniques (TCA)	11 153 130		11 153 130	0
<b>TOTAL</b>	<b>TOTAL</b>	<b>60 832 348</b>	<b>25 701 655</b>	<b>20 859 232</b>	<b>14 271 461</b>

(\*) Les montants des subventions versées aux partenaires des Nations Unies au sein de l'Alliance Gavi dans le cadre de l'exécution de programmes de Gavi ont été exclus du périmètre de cet audit.



## 2.2. Objectifs de l'audit

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

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

## 2.3. Déroulement de la mission d'audit

La mission s'est déroulée du 12 au 30 août 2024 à Ndjama, avec une phase additionnelle de revue des dépenses à distance du 23 au 27 septembre 2024.

Les travaux d'audit se sont déroulés au niveau central à Ndjama dans les bureaux de l'Unité de Gestion des Projets (UGP) et de la Direction de la Vaccination, puis au niveau intermédiaire et au niveau périphérique. Des visites de sites ont été conduites dans les localités suivantes :

- **Ndjama** : Dépôt national du PEV, dépôt subnational, District Sanitaire de N'Djama-Centre, Centre de santé de Gardolé, DS Abéché.
- **Ouadaï** : Dépôt subnational de Abéché, District Sanitaire de Abéché, District Sanitaire de Adré, Centre de Santé Urbain de Adré, Centre de réfugié d'Adré (Centre Médecin Sans Frontières).

La revue de la gestion comptable et financière, ainsi que de la passation des marchés a été effectuée en collaboration avec la Cour des Comptes de la République du Tchad.

## 2.4. Taux de change appliqués

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

*Tableau 4 – Taux de change UNORE au 31 décembre de chaque année entre USD et FCFA*

ANNEE	FCFA pour 1 USD
2017	549
2018	574
Taux moyen 2017-2018	562
2021	578
2022	616
2023	591
Taux moyen 2021 - 2023	595

### 3. Contexte

#### 3.1. Introduction

##### Contexte Général

La République du Tchad est le 5<sup>ème</sup> pays le plus vaste de l'Afrique centrale (1'284'000 km<sup>2</sup>, dont 40% en zone désertique), pour une population estimée à 18 675 547 habitants en 2024<sup>1</sup>, un taux de fécondité de 6,26 enfants par femme en 2021 et un taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans de 133 pour 1 000<sup>23</sup>. Pour l'année 2021, la population de moins de 25 ans représentait plus de 68% de la population totale<sup>4</sup>. Près de 80% de cette population vit en milieu rural, les 20% restants étant situés dans la capitale N'Djamena et dans quelques grandes villes (Abéché, Moundou, Sarh, Bongor, Doba). Il convient de noter également la présence d'une forte population de réfugiés (principalement en provenance du Soudan et de la République centrafricaine) et de populations déplacées interne (respectivement 583 000 réfugiés et 381 000 PDI en 2023<sup>5</sup>), localisées pour l'essentiel dans les provinces de l'Est, du Sud et de l'Ouest du pays, et d'une population nomade estimée à 597 000 personnes en 2023.



##### Economie

Selon la Banque Mondiale, Le Tchad enregistre une croissance de son PIB estimée à 4.1% en 2023. Cette croissance est notamment soutenue par une augmentation de la production pétrolière. Au classement de l'Indice du Développement Humain (IDH), la République du Tchad occupe le 190<sup>ème</sup> rang sur 191 pays en 2021<sup>6</sup>. Un peu moins de la moitié des Tchadiens (42,3%) vivent en dessous du seuil de pauvreté national. Par ailleurs, l'économie reste encore en grande partie informelle, avec une part estimée à 41,5% du PIB et 96% des emplois en 2019.

Les dépenses du secteur santé sont en pleine régression de manière générale depuis 2014 avec une forte chute en 2015, tandis que les besoins de la population sont croissants d'une part et d'autre part, l'adoption de la déclaration d'Abuja par les pays, recommande des dépenses de santé plus importantes (15% du budget général de l'État alloué au secteur de la santé). Malgré l'engagement d'Abuja, le budget accordé aux dépenses du secteur de la santé n'a représenté que 6,85% du budget général de l'État en 2019. Les dépenses de santé par habitant sont

d'environ 4 000 FCFA (\$7), loin du minimum compris entre 17 130 FCFA (\$30) à 22 840 FCFA (\$40) pour les pays à faible revenu, recommandés par l'OMS.

##### Contexte sanitaire

Le système de santé du Tchad est de type pyramidal avec trois niveaux :

- le niveau central, comprenant les services centraux et institutions nationales dont quatre Centres Hospitaliers Universitaires (CHU),
- le niveau intermédiaire, qui comprend 23 Délégation Provinciale de la Santé et de la Prévention ((DPS ou DPSP) avec 23 hôpitaux provinciaux,
- le niveau périphérique, constitué de 160 districts sanitaires (DS), dont 139 fonctionnels.

Fin mars 2020 avec l'enregistrement des premiers cas de COVID-19 sur le territoire national, un état d'urgence sanitaire était décrété entraînant des restrictions de déplacement à l'intérieur du pays et d'importantes baisses de revenus liées à la fermeture d'un nombre important de commerces, notamment dans le secteur informel.

En novembre 2022, le Ministère de la Santé Publique et de la Prévention (MSPP), en collaboration avec ses partenaires techniques et financiers, a procédé à l'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire quatrième génération (PNDS4). Ce PNDS sert de référence à toutes les activités planifiées au sein du MSPP, y compris le Programme Elargi de Vaccination (PEV). Les activités du Plan de Travail Annuel (PTA) du PEV sont tirées du Plan Pluri Annuel Complet (PPAC).

En 2022, le nombre d'enfant « zéro dose » s'élevait à 189 043, soit une réduction de 25% entre 2019 et 2021, et à 122 935 le nombre d'enfants sous-immunisés, selon les données du WUENIC (WHO/ Unicef *Estimates of National Immunization Coverage*). Pour 2022, le Tchad a été l'un des deux meilleurs pays africains dans les progrès de la vaccination contre la COVID-19 avec une couverture 20 fois supérieure à celle de l'année 2021 grâce, notamment, à la stratégie de campagnes de vaccination anti-COVID-19.

À la fin du mois de mars 2023, près de 4,8 millions de personnes avaient été entièrement vaccinées contre le COVID-19 au Tchad, soit 56 % des adultes âgés de 18 ans et plus. Cela inclut plus de la moitié de la population réfugiée du pays et environ 10 % de sa population nomade<sup>4</sup>.

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

Au cours de la période audité, plusieurs changements ont eu lieu au sein des entités jouant un rôle dans la gestion et la mise en œuvre des soutiens de Gavi.

Source carte : Division Géographique de la Direction des Archives du Ministère des Affaires Etrangères du Tchad, 2004. Carte publiée par [ritimo / Cartes et repères sur le Tchad](#).

<sup>1</sup> Projections de l'Institut de la Statistique, des Etudes Economiques et Démographiques du Tchad (INSEED) au titre de l'année 2024

<sup>2</sup> Agence Française de Développement (AFD), [site](#)

<sup>3</sup> Banque mondiale

<sup>4</sup> Données issues du PNDS4 2022 du Ministère de la Santé Publique et de la Prévention.

<sup>5</sup> Organisation Mondiale de la Santé, Région africaine

<sup>6</sup> Rapport sur le développement humain 2021/2022 : Temps incertains, vies bouleversées : façonner notre avenir dans un monde en mutation, New York, Programme des Nations unies pour le développement, septembre 2022, 337 p

### **Direction de la Vaccination**

La Sous-Direction de la Vaccination (SDV) est devenue Direction de la Vaccination à la suite de la révision de l'organigramme du Ministère par le Décret 3042 de 2022. Selon l'article 37 de ce Décret, la Direction de la Vaccination est placée sous la responsabilité de la Direction Générale de la Santé Publique (DGSP) et a pour mission de définir, de suivre la mise en œuvre et d'évaluer les politiques, les stratégies et les plans en matière de vaccination. La Direction de la Vaccination est structurée en six différents services (Service de planification et communication, Service de la vaccination, Service de gestion des données, Service d'approvisionnement et logistique, Service des ressources humaines et de gestion de la performance, Service d'administration et finance).

### **Unité de Gestion de Projets (UGP)**

L'UGP a été créée en octobre 2017 par arrêté ministériel avec pour principale mission d'assurer la gestion, la coordination et le suivi programmatique, financier et technique des projets et programmes du secteur Santé, notamment le renforcement du système de santé et les activités vaccinales (Article 1), et de garantir une gestion rationnelle des différents projets et programmes du secteur Santé. Elle est cofinancée par le Fonds Mondial et Gavi et fournit également ses services à la Fondation Bill & Melinda Gates (BMGF). Les subventions de Gavi y sont gérées depuis 2019.

En 2021, le MSPP a procédé à un renouvellement complet du personnel de l'UGP et placé sa gestion sous la supervision d'un comité de pilotage ainsi qu'un comité d'audit.

### **Comité de Coordination Inter-Agences (CCIA)**

La coordination des interventions et ressources du MSPP pour la mise en œuvre des activités vaccinales financées par les subventions Gavi est sous la responsabilité du Comité de Coordination Inter-Agences (CCIA) dont la composition, le fonctionnement et les attributions sont régis par un arrêté 362 signé en juin 2008. Sur recommandation de l'audit précédent, le cadre organique du CCIA a été formalisé par arrêté en 2020. Le CCIA est présidé par le ministre de la Santé et est composé de 25 membres, dont les représentants des principaux Partenaires Techniques et Financiers (PTF) OMS, Unicef, PNUD et la Banque mondiale. Le CCIA doit se réunir en session ordinaire une fois par trimestre, et des réunions extraordinaires peuvent être convoquées par le Président.

### **Comité d'Appui Technique au PEV (CTA-PEV)**

Le Comité d'Appui Technique au PEV (CTA-PEV) a été créé en 2012 pour examiner et valider les documents techniques et rapports élaborés par la Direction de la Vaccination avant leur validation par le CCIA. Il rassemble les points focaux vaccination ou immunisation désignés au sein de l'Unicef et de l'OMS, ainsi que le personnel clé de la Direction de la Vaccination en réunion hebdomadaire. Ce comité est aussi chargé de la préparation des réunions du CCIA.

### **Groupe Technique Consultatif pour la Vaccination au Tchad (GTCV)**

Le GTCV a été mis en place au Tchad en 2023 par arrêté n°4464/PT/PM/2023 avec pour mission d'émettre des avis et des recommandations scientifiques et techniques sur l'ensemble des questions liées aux vaccins et à la vaccination. Ses membres ont été nommés pour un mandat de 3 ans renouvelable. Le GTCV est chargé au MSPP. Il est composé de 36 membres dont 11 professeurs et docteurs de médecine constituant les membres principaux, 19 membres ex-officio issus de différents ministères et 6 membres de liaison incluant l'OMS, l'Unicef et la société civile. Ils sont nommés par un arrêté du MSPP pour un mandat de 3 ans renouvelable et se réunissent une fois par an en session ordinaire.

## 4. Résultats détaillés

En application de l'Accord-Cadre de Partenariat (ACP) et de la Politique de Gavi sur la Transparence et la Responsabilité Financière (PTRF), les subventions Gavi doivent être gérées dans le cadre de procédures qui répondent aux exigences de la législation nationale et aux normes internationales en matière de transparence, de responsabilité et de lutte contre la corruption. Cette section 4 décrit les principales faiblesses constatées par l'audit, leurs impacts, et propose des mesures correctives. Les constats d'audit sont regroupés selon les thèmes décrits dans les sections 4.1 à 4.5 ci-après.

### 4.1. Gouvernance et performance organisationnelle des entités

<b>4.1.1. Mise en œuvre insuffisante des recommandations de l'audit précédent</b>																						
<b>Contexte</b>																						
<p>En 2021 l'équipe d'audit des programmes du Secrétariat de Gavi a réalisé un audit des programmes Gavi au Tchad à l'issue duquel soixante-neuf (69) recommandations ont été formulées pour remédier aux faiblesses constatées. Le MSPP a partagé avec Gavi un plan d'actions correctives en réponses à ces recommandations.</p> <p>Dans le cadre de l'audit réalisé en août 2024, l'équipe d'audit Gavi a procédé à un suivi de l'état de mise en œuvre des recommandations et du plan d'actions du MSPP.</p>																						
<b>Description</b>				<b>Recommandations</b>																		
<p>Le suivi effectué révèle que 71% (58% + 13%) des recommandations n'ont pas été mise en œuvre de manière conforme au plan d'actions correctives formulé par le MSPP.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Éléments</th> <th colspan="3">Echues à fin 2022</th> <th rowspan="2">Total</th> </tr> <tr> <th>Mises en œuvre ou Plus applicable</th> <th>Partiellement mises en œuvre / En cours</th> <th>Non mises en œuvre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Actions correctives proposées à l'issue de l'audit réalisé en 2021</td> <td>20</td> <td>40</td> <td>9</td> <td>69</td> </tr> <tr> <td>Taux d'exécution</td> <td>29%</td> <td>58%</td> <td>13%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Cette insuffisance de mise en œuvre des recommandations justifie la persistance de plusieurs faiblesses précédemment observées par l'audit en 2021.</p>				Éléments	Echues à fin 2022			Total	Mises en œuvre ou Plus applicable	Partiellement mises en œuvre / En cours	Non mises en œuvre	Actions correctives proposées à l'issue de l'audit réalisé en 2021	20	40	9	69	Taux d'exécution	29%	58%	13%	100%	<p>Le MSPP devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Responsabiliser une entité au sein du Ministère pour la centralisation et la formalisation du suivi de toutes les recommandations issues des missions d'évaluations internes ou externes du Ministère réalisées avec l'appui des différents partenaires. Cette entité pourra s'appuyer notamment sur les services d'audit interne ou équivalents déjà en place dans certaines structures du MSPP.</li> <li>Établir une présentation formelle de l'état d'avancement de la mise en œuvre des principales recommandations issues des différentes évaluations internes et externes lors des forums de coordination existants tels que les réunions du CCIA.</li> </ul>
Éléments	Echues à fin 2022				Total																	
	Mises en œuvre ou Plus applicable	Partiellement mises en œuvre / En cours	Non mises en œuvre																			
Actions correctives proposées à l'issue de l'audit réalisé en 2021	20	40	9	69																		
Taux d'exécution	29%	58%	13%	100%																		
<b>Causes racines</b>				<b>Réponses / Engagements du management</b>																		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Faible implication des hautes instances de gouvernance dans le suivi des recommandations (voir constat 4.1.2) ;</li> <li>Insuffisance de collaboration entre les structures opérationnelles du MSPP dans le suivi de la mise en œuvre des recommandations (voir constat 4.1.4).</li> </ul>				<p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 8)</p>																		
<b>Risques / Implications</b>				<b>Responsabilités</b>																		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Difficultés à déployer une approche systémique dans la résolution des problèmes ;</li> <li>Persistance des faiblesses non corrigées limitant l'efficacité du programme national d'immunisation.</li> </ul>				<p>(Voir annexe 8)</p>																		
				<b>Délai / Chronogramme</b>																		
				<p>(Voir annexe 8)</p>																		

#### 4.1.2. Faiblesses de fonctionnement des organes de pilotage stratégique et technique du Programme

##### Contexte

En septembre 2012, le ministre de la Santé a signé un arrêté (arrêté N°0432/PR/PM/MSP/SE/SG/DGAS/DSRV/DV/2012) portant modification de l'arrêté de création du Comité technique d'appui à la vaccination (CTA-PEV). Cet arrêté de modification indique en article 1 : « *le CTA-PEV prépare les réunions du CCIA et exécuter toutes les diligences soumises par celui-ci. Il est chargé de se prononcer sur les préoccupations scientifiques concernant les activités de vaccination. Dans ce cadre le CTA-PEV valide les plans et les rapports élaborés par la Division du PEV avant leur approbation finale par le CCIA* ». Le CTA-PEV est présidé par le Directeur Général de la Santé Publique (DGSP) et composé de 23 membres dont le personnel technique de la vaccination au sein du MSPP et les points focaux PEV désignés au sein de l'Unicef et de l'OMS. Il comprend quatre sous-comités : (1) le comité chargé de la gestion du Programme et de la Vaccination, (2) le comité chargé de la gestion de la logistique, (3) le comité chargé de la mobilisation sociale, et (4) le comité chargé de la mobilisation des ressources financières.

Selon l'article 3 de son arrêté de création, le CTA-PEV se réunit sur convocation de son Président, une fois par semaine en session ordinaire et en session extraordinaire en cas de nécessité.

En décembre 2019, les GMR mises à jour requéraient la modification de l'arrêté de 2008 relatif à la création du CCIA et de l'arrêté du CTA-PEV de 2012 pour tenir compte des nouvelles orientations de Gavi sur les forums de coordination et l'érection du Programme Élargi de Vaccination (PEV) en une direction technique.

En décembre 2020, cette exigence a été remplie, en ce qui concerne le CCIA, à travers la signature d'un nouvel arrêté de création du CCIA (arrêté N°0020/PR/2020 du 2 décembre 2020). Cet arrêté décrit les attributions, la composition et le fonctionnement du comité. Il indique également que le CCIA sera appuyé par le CTA-PEV. Cet arrêté confère au CCIA les missions suivantes : **(1) Effectuer la validation de tous les documents stratégiques et opérationnels du programme, (2) Orienter et s'assurer que les planifications du PEV sont effectuées en adéquation avec les objectifs du Plan Pluriannuel Complet (PPAC) et du Plan National du Développement Sanitaire (PNDS), (3) Suivre la planification opérationnelle et la supervision de la performance du Programme, (4) Évaluer la mise en œuvre des plans stratégiques pluriannuels et annuels, (5) Assurer un appui à la coordination globale et aux aspects spécifiques techniques à travers les différents comités techniques, pour l'ensemble des activités liées à la vaccination, (6) Apporter son appui dans la recherche des financements autochtones et extérieurs pour le bon fonctionnement du programme, (7) Garantir une gestion transparente des fonds destinés au PEV, (8) Assurer la diffusion à l'ensemble des partenaires nationaux et internationaux, des informations validées par les canaux appropriés, (9) Aider à trouver des solutions aux problèmes majeurs susceptibles de constituer des freins à la vaccination.**

Cet arrêté précise également que le CCIA se réunit en session ordinaire une fois par trimestre (soit quatre fois par an) sur convocation de son Président et des réunions extraordinaires peuvent être convoquées en cas de nécessité.

##### Description

L'audit a relevé que le pilotage stratégique du programme élargi de vaccination assigné au CCIA n'a pas été correctement assuré sur la période de 2021 à 2023 notamment pour les raisons suivantes :

- Les réunions du CCIA n'ont pas été régulièrement tenues tel que prévu par l'arrêté de création révisé en 2020, lequel stipule que le CCIA devrait se réunir en session ordinaire quatre fois par an. En effet, l'analyse des procès-verbaux (PV) reçus, permet de constater qu'aucune réunion de CCIA n'a été organisée en 2021, une seule a été tenue en 2022 et deux en 2023.
- Les quelques réunions tenues durant les trois dernières années ne couvraient pas l'ensemble des attributions du CCIA. Les ordres du jour de ces réunions se limitaient à l'adoption de certains documents stratégiques du PEV. Des dimensions clés sur lesquelles le CCIA devrait également statuer sont absentes. Il s'agit, entre autres, de l'évaluation des plans stratégiques pluriannuels et annuels, de la coordination globale des activités du PEV, et de l'assurance à la gestion transparente des fonds destinés au PEV.

L'insuffisance de mise en œuvre du plan d'actions correctives du MSPP discuté dans le constat 4.1.1 ci-dessus, les défaillances de gestion financière décrites en 4.2, ainsi que les défis persistants dans la gestion des vaccins et la qualité des données discutés respectivement en 4.4 et 4.5 illustrent ces lacunes et ainsi le manque d'impact de cette haute instance de coordination et de gouvernance du programme.

##### Recommandations

Le MSPP devra :

- Établir un programme annuel de travail du CCIA avec les dates prévisionnelles qui sera communiqué à toutes les parties en vue de permettre une anticipation suffisante des réunions ;
- Prévoir une évaluation périodique du CTA-PEV et une évaluation du CCIA par rapports à leurs attributions respectives. Cette évaluation pourrait se faire une fois l'an et devra inclure l'analyse de la complétude de l'ordre du jour des réunions et du respect de la fréquence des réunions stipulée dans les textes.
- Examiner le caractère actuel et adéquat des dispositions de l'arrêté de 2012 portant modification de l'arrêté de création du CTA-PEV, et apporter les améliorations qui seraient jugées nécessaires.

La Direction Générale de la Santé Publique devra :

- S'assurer que le CTA-PEV assure efficacement son rôle en

<p>Le CTA-PEV a aussi manqué de régularité dans son fonctionnement entre 2021 et 2022. L'analyse des PV montre que les réunions hebdomadaires du CTA-PEV n'ont pas été tenues de manière régulière. Cela s'est traduit notamment par d'importantes défaillances au niveau de la préparation des réunions du CCIA et de la gestion technique et opérationnelle du programme, fonctions qui lui sont dévolues.</p> <p>En 2023, le CTA-PEV a connu un regain de dynamise avec la mise en place d'une nouvelle équipe dirigeante au sein de la Direction de la Vaccination. Les réunions ont été tenues à une fréquence régulière au cours de l'année, à raison d'une réunion par mois et les ordres du jour couvrent l'ensemble des attributions du comité. Toutefois, cette nouvelle fréquence des réunions n'est pas conforme à l'arrêté de 2012 du CTA-PEV qui stipule que les réunions doivent être hebdomadaires. De plus, le CTA-PEV a manqué de jouer pleinement son rôle dans la planification et l'anticipation de la préparation des réunions du CCIA. Ce qui a contribué à ne pas tenir régulièrement les réunions du CCIA.</p> <p>Enfin, autant pour le CCIA que pour le CTA-PEV, le suivi des recommandations des réunions précédentes n'est pas inscrit à l'ordre du jour des réunions et n'est pas formalisé dans les PV. Il est de ce fait difficile de retracer la suite donnée aux instructions des comités d'un PV de réunion à l'autres. Cette absence de suivi formel des décisions de ces instances pourrait atténuer leur portée et impact sur la gestion du Programme.</p>	<p>matière de préparation des réunions du CCIA, respect de la fréquence des rencontres ; et formalisation du suivi des recommandations du CCIA.</p>	
<p><b>Causes racines</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en œuvre insuffisante des recommandations de l'audit précédent relatives au fonctionnement de ces organes ;</li> <li>• Insuffisance d'anticipation dans la planification des sessions du CCIA et du CTA-PEV ;</li> <li>• Absence d'un mécanisme d'évaluation du fonctionnement des comités par rapports à leurs attributions ;</li> <li>• Défaut d'actualisation et d'adaptation des textes du CTA-PEV.</li> </ul>	<p><b>Réponses / Engagements du management</b></p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 8)</p>	
<p><b>Risques / Implications</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de clarté sur le fonctionnement des organes de gouvernance du fait d'une insuffisance du cadre législatif et réglementaire ;</li> <li>• Absence de suivi des décisions prises par le CCIA ou le CTA-PEV.</li> </ul>	<p><b>Responsabilités</b></p> <p>(Voir annexe 8)</p>	<p><b>Délai / Chronogramme</b></p> <p>(Voir annexe 8)</p>



### 4.1.3. Fonctionnement irrégulier des organes de gouvernance de l'UGP

#### Contexte

En octobre 2017, le ministre de la Santé a créé l'Unité de Gestion des Projets (UGP) par arrêté N°420/PR/PM/MSPP/SE/DGRP/2017 pour la coordination et le suivi programmatique, financier et technique de tous les projets du secteur de la Santé.

En juin 2021, l'arrêté N°0082/PCMT/PMT/MSPP/2021 a placé l'UGP sous l'autorité directe du ministre et créé un comité de pilotage et un comité d'audit de l'UGP.

Le comité de pilotage est chargé, en autres, de : (i) Fixer les objectifs et approuver le travail annuel de l'UGP, (ii) Approuver les plans de travail et les budgets consolidés de l'UGP, (iii) Approuver les rapports d'activités et les comptes annuels, (iv) Assurer le suivi et la supervision des activités du Comité d'audit interne et de tout autre comité ad hoc de l'UGP, (v) Veiller à la synergie des interventions entre les actions des partenaires techniques et financiers intervenant dans les mêmes domaines, (vi) régler les difficultés et conflits qui pourraient survenir entre les différents intervenants, [...]. Il regroupe les Directeurs généraux et techniques du MSPP et les Représentants des divers Partenaires Techniques et Financiers sous la présidence du Ministre en charge de la Santé Publique. Le Comité se réunit une (1) fois par trimestre en session ordinaire et en session extraordinaire sur convocation de son Président ou à la demande des 2/3 de ses membres.

Le comité d'audit (interne) : rend compte au comité de pilotage. Il est présidé par l'Inspecteur Général du MSPP et comprend l'Inspecteur Général du ministère du Plan, l'Inspecteur Général du ministère des Finances et du Budget, un représentant du Haut Conseil National de Coordination de l'accès au Fonds Mondial (HCNC) et un représentant de l'Ordre National des Experts Comptables du Tchad. Le comité d'audit se réunit une fois par trimestre, en session ordinaire et en cas de nécessité.

Les missions confiées au CCIA par l'arrêté de 2020 incluent la mission de « Garantir une gestion transparente des fonds destinés au PEV ».

#### Description

L'audit a relevé que le comité de pilotage et le comité d'audit interne de l'UGP mis en place en 2021 connaissent une baisse continue dans la fréquence de leurs réunions. En effet, les textes prévoient que ces organes de gouvernance de l'UGP se réunissent une (1) fois par trimestre en session ordinaire. Cependant de 2022 à 2024, on constate une régression du nombre de réunions :

- Pour le comité de pilotage : 3 réunions en 2022, 2 en 2023 et 1 en 2024 jusqu'à la date de notre audit en août 2024.
- Pour le comité d'audit interne : 3 réunions en 2021, 1 en 2022 et 1 en 2023.

Les PV des deux réunions du comité de pilotage en 2023 ont fait mention de certaines difficultés liées à l'organisation des réunions, notamment la fréquence trimestrielle de réunion jugée trop courte par certains membres. Le comité s'est toutefois prononcé en faveur du respect de cette fréquence établie par les textes.

Par ailleurs, le mode d'interaction entre le comité de pilotage de l'UGP et le CCIA n'a pas été établi, sachant que ce dernier a pour mission de garantir une gestion transparente des fonds destinés au PEV et est de ce fait intéressé par les résultats de la gestion des subventions assurée par l'UGP.

Le fonctionnement irrégulier des organes de gouvernance de l'UGP n'a pas favorisé un accompagnement efficace de cette dernière face aux défis tels que les difficultés d'interaction avec les acteurs programmatiques, les retards de traitement des requêtes de financement ou les difficultés d'apurement des avances aux structures opérationnelles discutés dans la suite de ce rapport (voir constats 4.1.4 et 4.2.6).

En outre, cette irrégularité de fonctionnement n'a pas favorisé un suivi efficace de la mise en œuvre de certaines recommandations du comité d'audit. A titre d'exemple, les recommandations suivantes formulées par le comité d'audit lors de sa réunion du 23 juin 2022<sup>7</sup> n'ont pas connu un suivi adéquat et les faiblesses afférentes sont encore observables en août 2024, lors de l'exécution de cet audit :

#### Recommandations

Le MSPP devra :

- Investiguer les raisons de la baisse de fréquence des réunions du comité de pilotage et du comité d'audit de l'UGP et mettre en œuvre les solutions requises pour un fonctionnement régulier de ces organes de gouvernance de l'UGP et le suivi de la mise en œuvre satisfaisante de leurs recommandations.
- Clarifier le mécanisme d'interaction entre le comité de pilotage de l'UGP et le CCIA dans leur mission commune de suivi de la gestion transparente des fonds destinés au PEV.

<sup>7</sup> Procès-verbal de réunion du Comité d'audit du 23 juin 2024

Recommandations du comité d'audit en juin 2022		Observations de l'audit Gavi en août 2024	
1. Respecter la fréquence de tenue de la session du comité d'audit interne.	1. La fréquence des réunions est en baisse constante de 2022 à 2024		
2. Faire le suivi des rapportages des entités de mise en œuvre (reconduite en 2023).	2. Des faiblesses majeures demeurent dans le suivi d'apurement des avances faites aux entités de mise en œuvre (voir constat 4.2.6)		
3. Faire le suivi budgétaire avec tous les acteurs et apporter des explications à la non-réalisation des activités (reconduite en 2023).	3. Le suivi budgétaire n'est pas formalisé et commenté (voir constat 4.2.3)		
4. Mettre à jour les registres des immobilisations et s'assurer de leur codification (reconduite en 2023).	4. Les registres d'immobilisations ne sont toujours pas à jour et des erreurs demeurent dans la codification (voir constat 4.2.9)		
<p><b>Causes racines</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Absence d'investigation des raisons de la baisse de fréquence des réunions ;</li> <li>Difficultés de planification des réunions.</li> </ul>		<p><b>Réponses / Engagements du management</b> (Voir plan d'actions correctives en annexe 8)</p>	
<p><b>Risques / Implications</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Absence de suivi des décisions prises par le CCIA ou le CTA-PEV ;</li> <li>Performance non satisfaisante de l'unité de gestion.</li> </ul>		<p><b>Responsabilités</b> (Voir annexe 8)</p>	<p><b>Délai / Chronogramme</b> (Voir annexe 8)</p>



#### 4.1.4. Défis liés à la fluidification de la communication entre la Direction de la Vaccination et l'UGP

##### Contexte

Dans le cadre de ses missions, l'UGP assure la gestion des financements Gavi destinés au programme élargi de vaccination mis en œuvre par la Direction de la Vaccination (précédemment la Sous-Direction de la Vaccination (SDV)).

En 2021, le rapport d'audit des programmes Gavi au Tchad faisait observer que : « Les différents organigrammes du MSPP sur la période audité n'établissent pas les liens fonctionnels entre l'UGP et la SDV, ainsi qu'entre l'UGP et les différentes entités décentralisées (DSP, DS et FOSA) mettant en œuvre les activités vaccinales. De plus, l'absence de cadre formel d'échange entre les personnels de l'UGP et de la SDV, se traduisant par un manque de communications entre ces deux entités, pénalise la mise en œuvre des activités ».

De ce fait, l'audit avait indiqué en recommandation que « Les liens fonctionnels entre l'UGP et la SDV doivent être clairement définis dans les organigrammes et les procédures opérationnelles normalisées qui devront détailler, sans s'y limiter : (i) leurs tâches respectives et les interactions nécessaires pour les réaliser, (ii) les agents / fonctions impliqués dans les processus de financement des activités de la SDV par l'UGP, de suivi et évaluation de leur mise en œuvre par l'UGP, et de collecte, consolidation et rapportage des données programmatiques, (iii) les différentes tâches de contrôle à effectuer par les deux parties sur l'utilisation des ressources (matériels et vaccins) mises à la disposition de la SDV et des entités décentralisées du MSPP (DSP, DS et CS) »

Entre 2023 et 2024, des actions ont été entreprises par l'UGP et la Direction de la Vaccination avec l'appui de Gavi pour améliorer la communication entre elles :

- Un poste de chef de projet a ainsi été créé à l'UGP pour servir d'interface entre l'UGP et la Direction de la Vaccination. Celui-ci assiste à la plupart des réunions de la Direction de la Vaccination.
- Un agent de l'Assurance Provider GFA a été détaché auprès de la Direction de la Vaccination pour effectuer un contrôle préliminaire des requêtes de décaissements avant leur soumission à l'UGP.
- Un groupe WhatsApp a été mis en place entre la Direction de la Vaccination et l'UGP pour faciliter la communication au sujet du traitement des requêtes.
- L'assistant technique Acasus a disponibilisé deux agents pour faciliter le traitement des requêtes, la mise en place des financements décentralisés et la revue régulière des budgets.

##### Description

L'audit a relevé que malgré les postes de liaison et les plateformes d'échanges mis en place entre l'UGP et la Direction de la Vaccination, des problématiques demeurent dans l'interaction entre les deux entités. Le personnel pays Gavi est ainsi régulièrement sollicité pour un rôle d'arbitre dans le déblocage de certains processus de décaissement de fonds.

Par anticipation de ces difficultés, l'équipe d'audit Gavi avait recommandé en 2021, au démarrage de ce nouveau mécanisme de gestion des subventions, que le Ministère clarifie les rôles et responsabilités des parties, les interactions nécessaires entre elles et les tâches dévolues à chaque acteur intervenant dans le processus de décaissement. Du fait de la mise en œuvre insuffisante de cette recommandation (voir constat 4.1.1), un manque de clarté persiste au niveau des attributions de chaque entité et celles des acteurs intervenant dans le traitement des requêtes de décaissements. De plus, des délais n'ont pas été assignés à chaque étape de traitement des requêtes de décaissements ainsi qu'un système de redevabilité dans le respect de ces délais par chaque intervenant. Selon les échanges avec les différentes parties prenantes au processus de traitement des requêtes, les insuffisances dans la formulation des requêtes, la charge de travail disproportionnée entre les activités des différents bailleurs sont autres causes du retard dans le décaissement des fonds. Ces faiblesses retardent l'exécution de plusieurs requêtes de décaissements et la mise en œuvre des activités afférentes. Le fichier de suivi des requêtes mis en place par l'Assurance Provider fait ressortir des délais importants entre la date de transmission des requêtes par la Direction de la Vaccination et leur validation effective par l'UGP. En 2024, des requêtes étaient en cours de traitement depuis plus de 4 mois.

Cette situation a un impact significatif sur les taux d'exécution des fonds décaissés par Gavi. En effet, à l'occasion de chacune de ses deux réunions tenues en mars et décembre 2023, le comité de pilotage de l'UGP fait remarquer que les taux d'exécution des fonds décaissés par les bailleurs restent bas. En effet, à fin 2023, les taux d'exécution globale des fonds sont uniquement de CDS2- 47%, RSS2- 57%, VPI- 63%, Rougeole- 46%, et les lignes budgétaires allouées aux

##### Recommandations

Le MSPP devra :

- Organiser des assises entre la Direction de la Vaccination et l'UGP afin de clarifier les attributions et l'interaction nécessaire entre elles notamment dans le traitement des requêtes de décaissement et dans le suivi d'exécution budgétaire.
- Établir des délais d'exécution à chaque étape du processus de traitement des requêtes et en faire une large diffusion auprès de toutes les entités impliquées.
- Inclure le respect des délais établis dans les indicateurs de performance de chaque membre du personnel intervenant.

<p>activités programmatiques avaient des taux plus faibles. De ce fait, le comité de pilotage a instruit les acteurs du Programme de « <i>donner des raisons pour les faibles taux d'exécution et proposer des solutions</i> »<sup>8</sup>.</p> <p>Comme décrit dans le constat 4.1.4, ce manque de fluidité dans l'interaction entre l'UGP et la Direction de la Vaccination reflète leur collaboration en vue de la réalisation d'une analyse budgétaire approfondie tel que demandée par le comité de pilotage et le comité d'audit.</p>		
<p><b>Causes racines</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en œuvre insuffisante des recommandations de l'audit précédent (voir constat 4.1.1) ;</li> <li>• Insuffisance de fonctionnement des organes de gouvernance dans leur rôle de facilitation des interactions (voir constats 4.1.2 et 4.1.3) ;</li> <li>• Faiblesse dans la formulation des requêtes de la Direction de la Vaccination ;</li> <li>• Priorisation des activités d'autres bailleurs ;</li> <li>• Formation insuffisante de certains comptables en charge de l'analyse des requêtes.</li> </ul>	<p><b>Réponses / Engagements du management</b></p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 8)</p>	
<p><b>Risques / Implications</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Défaut d'exécution de certaines activités essentielles impactant la performance du Programme ;</li> <li>• Engagement de coûts supplémentaires dus à l'exécution hors période de certaines activités ou à des activités de rattrapage.</li> </ul>	<p><b>Responsabilités</b></p> <p>(Voir annexe 8)</p>	<p><b>Délai / Chronogramme</b></p> <p>(Voir annexe 8)</p>

<sup>8</sup> Procès-verbal de la réunion du Comité de pilotage du 23 décembre 2023, section 3. « Performance financière ».

**4.1.5. Insuffisances constatées dans la gestion des ressources humaines de l'UGP**

<p><b>Contexte</b></p> <p>Le manuel de procédures de l'UGP dans sa version révisée validée en avril 2023 indique que « Les règles et procédures relatives applicables à la gestion du personnel sont en étroite adéquation avec la législation tchadienne en vigueur et conformément à savoir : Loi N°038/PR/96 du 11 décembre 1996, portant Code du Travail, Convention Collective générale du 12 décembre 2002, Arrêté N° 420 PR/PM/MSP/SE/SG/DGRP/2017 portant création de l'UGP et Arrêté N° 0082/PCMT/PMT/MSPP/2021 portant restructuration de l'UGP. »</p> <p>Selon l'article 59 de la Loi N°038/PR/96 du 11 décembre 1996, portant Code du Travail stipule que : « Le contrat de travail à durée déterminée est un contrat comportant un terme certain, fixé, d'avance et d'accord parties. Il est obligatoirement écrit. Sa durée ne peut excéder deux ans, renouvelable une seule fois. Toutefois, des contrats de courte durée peuvent être conclus et renouvelés plus d'une fois, à condition que leur durée totale ne dépasse pas deux ans. »</p> <p>L'article 67 de la même Loi indique que : « Les contrats cités ci-dessous doivent être passés par écrit et soumis avant tout commencement d'exécution, au visa de : (1) contrats conclus avec des travailleurs de nationalité étrangère ; (2) contrats nécessitant l'installation du travailleur hors du lieu d'embauche ; (3) contrats à durée déterminée à terme précis stipulant une durée supérieure à six mois ; la durée s'entend renouvellement éventuel compris ; (4) contrats à durée indéterminée. »</p> <p>Le paragraphe 4.3.6 du manuel de procédures indique que l'UGP indique qu'un dossier par agent doit être créé par le Responsable des Ressources Humaines contenant : « Le contrat de travail ; La demande d'emploi manuscrite et/ou la lettre de motivation ; Un extrait d'acte de naissance ou jugement supplétif ; Un Certificat de nationalité ; Une copie d'état civil ; Un extrait d'acte de naissance des enfants ; Deux photos d'identité ; Un extrait de casier judiciaire datant de moins de trois mois ; Un certificat médical datant de moins de trois mois ; Copies légalisées des diplômes obtenus ; Copie d'une attestation de travail éventuelle ; Un CV ; L'attestation d'absence de conflit d'intérêt signé par l'employé. »</p>		
<p><b>Description</b></p> <p>Sur la base de la revue de 11 postes au sein du personnel de l'UGP, l'audit a relevé les faiblesses suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les dossiers de recrutement ne sont pas en possession de l'UGP. Ils seraient conservés au niveau du Ministère en charge des recrutements. Nous n'avons donc pas eu accès à toute la documentation justifiant le respect des exigences du manuel et de la législation nationale dans le processus de recrutement du personnel de l'UGP. ;</li> <li>• Les dossiers de personnels examinés ne comprennent pas certains documents administratifs essentiels tels que les extraits d'actes de naissance, les copies de cartes d'identité, les extraits de casiers judiciaires, les certificats de travail, etc. ;</li> <li>• La gestion des contrats à durée déterminée (CDD) n'est pas conforme à législation tchadienne. En effet, le personnel contractuel bénéficie de CDD annuels renouvelés autant de fois que nécessaire, tandis que le code du travail tchadien limite la durée des contrats à durée déterminée à 2 ans maximum et renouvelable une seule fois. Le mécanisme de gestion des contrats permettant de se conformer à ces exigences du code du travail n'a pas encore été mis en place et décrit dans le manuel des procédures de l'UGP. Du fait de ce manque de conformité, les contrats de travaux n'ont pas été soumis à la validation de l'Office National de la Promotion de l'Emploi tel que requis dans le code du travail.</li> </ul>	<p><b>Recommandation</b></p> <p>Le MSPP devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Permettre que la documentation complète relatives au recrutement du personnel de l'UGP soit conservée au sein de l'UGP et accessible à toute mission de revue, y compris les audits des programmes Gavi.</li> </ul> <p>L'UGP, avec l'appui du MSPP, devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en place un mécanisme d'évaluation de la gestion des contrats de travail au sein de l'UGP, et d'actualisation des procédures, en vue de permettre à l'UGP de se conformer aux normes établies par la législation nationale et à l'exigence d'approbation des contrats de travail par l'Office National de la Promotion de l'Emploi. Actualiser le manuel des procédures pour prendre en compte ces dispositions.</li> </ul> <p>L'UGP devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Initier les actions nécessaires pour compléter tous les dossiers du personnel avec la documentation exigée dans le manuel des procédures.</li> </ul>	
<p><b>Causes racines</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Défaut de mise en place d'un mécanisme d'évaluation des pratiques de gestion du personnel ;</li> <li>• Défaut d'opérationnalisation des exigences du manuel en matière de constitution des dossiers du personnel.</li> </ul>	<p><b>Réponses / Engagements du management</b></p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 8)</p>	
<p><b>Risques / Implications</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contrats de travail en violation des dispositions du code du travail tchadien ;</li> <li>• Atteinte à la réputation de l'UGP, du MSPP et des bailleurs ;</li> <li>• Gestion des dossiers de personnel non conformes aux normes nationales et internationales.</li> </ul>	<p><b>Responsabilités</b></p> <p>(Voir annexe 8)</p>	<p><b>Délai / Chronogramme</b></p> <p>(Voir annexe 8)</p>

**4.1.6. Besoin de renforcement des capacités des agents du niveau périphérique**

<p><b>Contexte</b></p> <p>Depuis l'année 2021, le MSPP a démarré un renforcement quantitatif et qualitatif du personnel intervenant dans la gestion du programme élargi de vaccination. Au niveau central, les actions du MSPP ont abouti au recrutement de plusieurs cadres au sein de la Direction de la Vaccination, à l'issue d'un processus concurrentiel. Ces cadres ont désormais la charge des composantes clés de la gestion du programme au Tchad.</p> <p>En juillet 2024, selon le rapport d'évaluation conjointe, la subvention Gavi RSS 2 a permis un renforcement des ressources humaines du Programme avec l'engagement de 235 agents de santé. Il indique que ceux du niveau central ont bénéficié d'une formation dite formation des décideurs et que les capacités techniques de l'équipe de la Direction de la Vaccination ont été améliorées.</p> <p>Également dans la continuité des actions du MSPP, la Direction de la Vaccination a mis en place un plan de formation en cascade des acteurs du Programme au national.</p>		
<p><b>Description</b></p> <p>Dans le cadre de son plan de renforcement de capacité des acteurs du Programme, la Direction de la Vaccination a procédé à la formation des agents du niveau intermédiaire sur les bonnes pratiques de la GEV. Mais les agents du niveau périphérique n'avaient pas encore bénéficié de la formation au moment de l'audit. Ainsi, lors des visites dans certains centres de santé des districts sanitaires d'Adré et de Njamena-Centre, il a été observé d'importants écarts de compétences au niveau du personnel en charge des activités du Programme. On compte au sein de ce personnel, des agents de santé récemment recrutés et déployés pour des stages d'apprentissage. Ces nouveaux agents, aussi bien que certains de leurs mentors au niveau périphérique, n'ont pas encore bénéficié des formations structurées sur la gestion du Programme. Il a été observé dans certaines localités visitées que cette insuffisance de formation a un impact négatif sur leurs prestations de gestion des vaccins et des équipements de la chaîne du froid (voir constat 4.4.2). Le déploiement du plan de formation au niveau périphérique s'avère donc une urgence.</p> <p>Par ailleurs, bien que la formation ait déjà été dispensée au niveau intermédiaire, les pratiques de gestion administrative des stocks de vaccins et des entrepôts secs sur certains sites visités au niveau intermédiaire ne traduisent pas le bénéfice de la formation reçue. L'évaluation de l'impact de la formation devrait permettre d'identifier les écarts persistants au niveau des acteurs déjà formés.</p>	<p><b>Recommandation</b></p> <p>Le MSPP devra, en appui à la Direction de la Vaccination :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Veiller à l'exécution complète du plan de formation en cascade des acteurs du Programme à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.</li> <li>• En lien avec la recommandation 4.5.2 relative aux supervisions, mettre en place un mécanisme d'évaluation de l'impact de ces formations sur les pratiques de gestion du PEV dans les différentes localités et renforcer celles où la formation n'aurait pas été bien assimilées.</li> </ul>	
<p><b>Causes racines</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Défaut de priorisation et d'accélération du processus de formation ;</li> <li>• Absence d'un mécanisme d'évaluation de l'impact des formations dispensées.</li> </ul>	<p><b>Réponses / Engagements du management</b></p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 8)</p>	
<p><b>Risques / Implications</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Institutionnalisation d'une interprétation erronée de certaines pratiques non-conformes ;</li> <li>• Mauvaise gestion des équipements de la chaîne du froid aboutissant à des pannes récurrentes ;</li> <li>• Mauvaise manipulation des vaccins conduisant à des pertes importantes de doses de vaccins.</li> </ul>	<p><b>Responsabilités</b></p> <p>(Voir annexe 8)</p>	<p><b>Délai / Chronogramme</b></p> <p>(Voir annexe 8)</p>

## 4.2. Gestion financière et comptable

### 4.2.1. Tenue de comptabilité insuffisante : Résultats de la revue des comptes reconstitués des années 2017-2018 de la SDV

<p><b>Contexte</b></p> <p>L'équipe d'audit des Programmes de Gavi a conduit un audit au Tchad en 2021 à l'occasion duquel la Chambre des Comptes de la Cour Suprême de la République du Tchad a été sollicitée pour la revue d'un échantillon de dépenses exécutées par la Sous-Direction de la Vaccination (SDV) (actuellement la Direction de la Vaccination) et l'Unité de Gestion de Programmes (UGP) durant la période de 2017 à 2020.</p> <p>La période audité se décomposait en deux phases distinctes : (i) une première phase sur la période 2017-2018 au cours de laquelle les fonds Gavi étaient administrés par l'Unicef (décaissements de Gavi à l'Unicef, puis décaissements de l'Unicef -en partie- aux structures nationales) ; (ii) une seconde phase à partir de 2019 pendant laquelle les décaissements des subventions en espèces de Gavi ont été mis directement à la disposition de l'Unité de Gestion des projets (UGP) mise en place au sein du Ministère de la Santé Publique et de la Prévention.</p> <p>La SDV n'ayant pas été en mesure de présenter à la Chambre des Comptes de la Cour Suprême une comptabilité des dépenses réalisées sur financement de Gavi décaissés par l'Unicef, l'audit Gavi n'a pas pu conclure quant à l'utilisation des fonds reçus par le Ministère à travers l'Unicef au cours de la période 2017-2018. Les pièces justificatives des dépenses n'ont été ni enregistrées, ni archivées de manière adéquate. L'équipe d'audit a donc recommandé au Ministère de veiller, avant le prochain audit, à ce que les documents justificatifs adéquats soient conservés pour étayer tous les coûts engagés à l'aide des subventions Gavi au cours de ladite période. Un assistant technique a été recruté par Unicef sur financement Gavi, pour accompagner le Ministère dans cet exercice. Le MSPP a mis en place un comité chargé du suivi de la reconstitution des comptes.</p> <p>Au terme de cette reconstitution des comptes, dans le cadre du présent audit, l'équipe d'audit appuyée par des experts de la Cour des Comptes du Tchad, a procédé à l'examen des pièces justificatives de dépenses afférentes à la période de 2017-2018.</p>		
<p><b>Description</b></p> <p>En 2021, les constats issus des travaux de la Chambre des Comptes de la Cour Suprême du Tchad avaient fait ressortir un montant de <b>1 092 406 027 FCFA (USD 1 943 783)</b> de dépenses exécutées par la SDV pour le compte du MSPP à l'aide des fonds Gavi à elle décaissés par l'Unicef sur la période 2017-2018. Avec l'appui d'un assistant technique recruté par l'Unicef sur financement Gavi et de l'Agent Fiscal GFA, le personnel de la Direction de la Vaccination a pu reconstituer 82% des dépenses. L'écart non reconstitué faute de pièces justificatives s'établi à <b>192 649 989 FCFA (USD 342 794)</b>, soit 18% du montant initialement non justifié. Les insuffisances suivantes ont néanmoins été notées après les travaux d'audit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une liste de transactions complète et des états financiers fiables n'ont pas pu être mis à la disposition des auditeurs.</li> <li>• Les pièces justificatives manquantes ont été retrouvées en grande partie et arrangés dans des classeurs. En revanche, elles n'ont été correctement référencées de manière à faciliter les travaux d'audit.</li> </ul>	<p><b>Recommandation</b></p> <p>Le MSPP devra :</p> <p>Prendre les dispositions nécessaires pour répondre à l'obligation de tenues de comptes fiables et de conservation des pièces justificatives de dépenses relatives aux subventions en cours d'exécution et aux futurs décaissements de fonds Gavi.</p>	
<p><b>Causes racines</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Non-respect des obligations de tenues de comptabilités et de justification des dépenses ;</li> <li>• Faiblesse du système d'archivage.</li> </ul>	<p><b>Réponses / Engagements du management</b></p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 8)</p>	
<p><b>Risques / Implications</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Défaut de justification de l'usage des fonds octroyés conduisant à des demandes de remboursement.</li> </ul>	<p><b>Responsabilités</b> (Voir annexe 8)</p>	<p><b>Délai / Chronogramme</b> (Voir annexe 8)</p>

**4.2.2. Insuffisances constatées dans les analyses budgétaires**

<p><b>Contexte</b></p> <p>Le point g) des GMR notifiées en 2019 relatif à la budgétisation stipule que « [...] les activités financées par les subventions accordées par Gavi seront alignées au plan national de développement sanitaire et prévues dans les différents PTA. Les fonds seront utilisés uniquement pour l'exécution des activités approuvées par le CCIA et autorisées ensuite par le Secrétariat de Gavi. En outre, le MSPP mettra en œuvre un mécanisme de planification et de suivi budgétaire des fonds Gavi [...] et ce conformément aux activités prévues et budgétisées ».</p> <p>Le manuel des procédures de l'UGP prévoit dans sa section 9.5 relative au « suivi budgétaire » la réalisation d'un suivi budgétaire quotidien, trimestriel et annuel. Le manuel précise que : « Les données budgétaires sont saisies annuellement dans le logiciel Tom2Pro en début de période comptable conformément à celles retenues dans le plan de travail. Le suivi trimestriel consiste à produire un tableau de bord budgétaire basé sur le niveau de consommation du budget alloué au trimestre. Ces tableaux visent à informer les responsables sur le niveau d'exécution du budget qui doit être rapproché avec le niveau de réalisation des activités. Ils visent également à fournir des indicateurs pour la prise de décision. »</p> <p>En 2021, sous la gestion de la Sous-Direction de la Vaccination (SDV) l'audit des programme Gavi avait relevé des écarts entre les budgets approuvés des subventions Gavi et les montants alloués dans les POA sur la période de 2017 à 2020 conduisant à de potentiels dépassements budgétaires et à des dépenses inéligibles. Il avait également relevé l'absence de suivi de l'exécution des différents budgets.</p> <p>En 2022, au cours de sa session de juin, le comité d'audit de l'UGP constatant des insuffisances similaires avait recommandé de « Faire le suivi budgétaire avec tous les acteurs et apporter des explications à la non-réalisation des activités. ».</p> <p>En 2023, cette recommandation a été réitérée par ce comité lors de sa session de mars en ces termes : « Réaliser un suivi budgétaire de commun accord avec les programmatiques et les financiers. »</p>		
<p><b>Description</b></p> <p>La mise en place de l'UGP s'est accompagnée de l'installation d'un système comptable automatisé à travers le logiciel Tom2Pro qui permet l'édition d'états d'exécution budgétaire. Cependant, les analyses budgétaires telles qu'attendues par les GMR et les instructions du comité d'audit de l'UGP ne sont pas appliquées. Les travaux d'audit ont mis en évidence les insuffisances suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des écarts importants ont été constatés entre les chiffres indiqués dans les états d'exécution budgétaire de l'UGP et les chiffres provenant de la comptabilité. Ces écarts sont observés au niveau des montants des charges et des immobilisations rapportés sur les subventions RSS2, CDS2, et Rougeole ;</li> <li>• L'analyse de l'état d'exécution budgétaire mensuel généré automatiquement par le logiciel comptable Tom2Pro n'est pas formalisée. Il n'existe pas de rapport d'analyse faisant ressortir les écarts et les explications afférentes. Seul le formulaire Gavi 5.0 produit semestriellement à la demande de Gavi est assorti de quelques commentaires ;</li> <li>• Du fait de la non-implication de la Direction de la Vaccination dans l'analyse et le suivi budgétaire, il n'existe pas de prise en compte simultanée de la revue de l'exécution financière et de l'exécution programmatique. Par ailleurs, le manuel des procédures de l'UGP ne décrit pas de manière explicite le mode opératoire de l'analyse programmatique de l'exécution budgétaire ;</li> <li>• Il n'existe pas de cadre formel de partage d'informations entre l'UGP et l'Unicef permettant de compléter le suivi budgétaire avec les informations relatives aux dépenses effectuées par l'Unicef à partir des fonds mis à dispositions par l'UGP. Ces informations ne sont souvent obtenues que par l'entremise de Gavi.</li> </ul>	<p><b>Recommandation</b></p> <p>L'UGP devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Définir d'un commun accord avec les acteurs programmatiques (Direction de la Vaccination, DPS, autres) le mode opératoire de l'analyse budgétaire périodique qui permet d'apporter les explications à la fois financières et programmatiques sur l'état d'exécution des budgets, conformément à la recommandation du comité d'audit de l'UGP.</li> <li>• Mettre à jour le manuel des procédures de l'UGP en intégrant une description détaillée du mode opératoire ainsi défini.</li> </ul> <p>Le MSPP devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Appuyer l'UGP et l'Unicef pour la mise en place d'un cadre de collaboration et de partage d'information permettant un suivi efficace de l'exécution des budgets relatifs aux différentes subventions.</li> </ul>	
<p><b>Causes racines</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Description insuffisante du mode opératoire du suivi-budgétaire dans le manuel des procédures de l'UGP ;</li> <li>• Difficultés d'interaction entre les acteurs financiers et programmatiques (voir constat 4.1.4) ;</li> <li>• Absence d'un cadre de partage d'informations entre l'Unicef et l'UGP ;</li> <li>• Faiblesse de monitoring par les organes de gouvernances, notamment le CCIA (voir constat 4.1.2).</li> </ul>	<p><b>Réponses / Engagements du management</b></p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 8)</p>	
<p><b>Risques / Implications</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence d'informations fiabilisées et actualisées permettant de prendre des décisions pertinentes ;</li> <li>• Faible taux d'exécution des activités</li> </ul>	<p><b>Responsabilités</b></p> <p>(Voir annexe 8)</p>	<p><b>Délai / Chronogramme</b></p> <p>(Voir annexe 8)</p>



### 4.2.3. Faiblesses liées à la gestion des comptes bancaires

Contexte	Recommandation
<p>Le manuel de procédures de l'UGP indique que la procédure suivante s'applique aux comptes bancaires de l'UGP ouverts dans les banques commerciales :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Il est réalisé un suivi du compte bancaire au moyen de journal de banque ;</i></li> <li>• <i>Le comptable assure l'enregistrement chronologique de toutes les émissions de chèques et d'ordre de virement du compte bancaire dans le journal de banque ;</i></li> <li>• <i>Les journaux de banque sont arrêtés mensuellement par le RAF [Responsable Administratif et Financier] et par l'Agent Fiduciaire ;</i></li> <li>• <i>Les intérêts générés par le compte doivent être comptabilisés chaque mois. A ce titre, le PR doit négocier auprès de sa banque la possibilité de rémunération des comptes courants et en informer le PTF ;</i></li> <li>• <i>Un rapprochement du compte banque est effectué mensuellement par le Comptable, vérifié par le RAF et l'Agent Fiduciaire, et approuvé par le Coordonnateur. Une copie du rapprochement bancaire mensuel est transmise à l'Agent Fiduciaire. L'état de rapprochement bancaire est signé par le RAF et le Coordonnateur de l'UGP, et transmis au PTF concerné le cas échéant avec les rapports de situation ponctuels.</i></li> <li>• <i>Chaque compte bancaire doit faire l'objet d'un rapprochement une fois par mois au moins ;</i></li> <li>• <i>Les rapprochements bancaires doivent être effectués par un employé ou un responsable qui n'a pas la garde des espèces ni accès à celles-ci, et qui n'enregistre pas les encaissements, les décaissements, ni les écritures ;</i></li> <li>• <i>Toutes les transactions figurant sur le relevé bancaire doivent être rapprochées des transactions correspondantes dans le système comptable. Tout écart doit être analysé et des mesures doivent être prises pour corriger la situation ;</i></li> <li>• <i>Les transactions inconnues figurant sur le relevé bancaire doivent être signalées sans délai à la banque qui devra fournir des explications et/ou apporter des corrections.</i></li> </ul> <p>Comme la plupart des logiciels comptable, le logiciel Tom2Pro utilisé par l'UGP permet de créer différentes « bases comptables » qui permettent de tenir distinctement une comptabilité pour certaines subventions. L'UGP a créé préalablement une base comptable pour les subventions RSS, CDS1, CDS2, Rougeole, VPI. En raison de certaines difficultés de paramétrage, l'UGP a, par la suite, créé une base différente pour les subventions : Rougeole, Fièvre Jaune et Fonds Refugiés (FED).</p> <p>Les décaissements de fonds en provenance de Gavi sont reçus dans un compte bancaire principal, puis ventilés dans les sous comptes par subvention. A la suite de la session de sa filiale tchadienne par la banque Société Générale, l'UGP a transféré tous ses comptes à Ecobank en fin 2023.</p> <p>Dans sa politique monétaire<sup>9</sup> section « Structure des Taux d'Intérêt », point « 3. Conditions de banque », la Banque des Etats de l'Afrique Centrale (BEAC) stipule que « <i>Depuis la réforme du 16 octobre 1990, la détermination des conditions de banque a été libéralisée. [...] Le but de cette mesure est d'accroître la concurrence bancaire et l'efficacité de l'intermédiation financière. Ainsi, les taux d'intérêt débiteurs et créditeurs sont fixés librement par négociation entre les établissements de crédit et leurs clients.</i> »</p>	<p>L'UGP devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unifier les bases comptables au niveau de Tom2Pro dans les plus brefs délais afin de faciliter le suivi des opérations sur les comptes bancaires principal recevant les fonds Gavi.</li> <li>• Obtenir les conventions d'ouverture des comptes bancaires auprès de la banque, ainsi que les conditions régissant les comptes ouverts à Ecobank et procéder à la vérification des frais bancaires facturés.</li> <li>• Au regard des provisions importantes sur les comptes, engager les négociations avec la banque pour la prise en compte d'intérêts créditeurs pouvant ainsi constituer des sources additionnelles de revenus pour le financement des activités.</li> </ul>
<p>La revue des mécanismes de suivi des comptes bancaires des différentes subventions reçues par l'UGP a mis en évidence les faiblesses suivantes :</p> <p><b>Insuffisance de tenue des états de rapprochements bancaires :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La séparation des subventions Gavi dans deux bases comptables différentes dans le logiciel Tom2Pro ne favorise pas l'établissement des états de rapprochements bancaires (ERB) pour le compte principal qui reçoit les fonds en provenance de Gavi et qui est commun aux deux bases comptables. En effet, les mouvements sur ce compte principal ne peuvent être retracés de manière complète qu'en additionnant manuellement les données des deux bases. Ceci ne permet pas un rapprochement bancaire adéquat sur ce compte bien qu'il soit le compte principal Gavi.</li> <li>• L'examen des ERB établis pour les sous comptes bancaires par subvention montre les insuffisances suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ERB mal classés ou incomplets dans les classeurs ;</li> <li>○ ERB non signés par les responsables concernés ou par l'Assurance Provider ;</li> </ul> </li> </ul>	

<sup>9</sup> Politique monétaire consultable sur le site officiel de la BEAC : [www.beac.int/politique-monetaire/structure-taux-dinteret](http://www.beac.int/politique-monetaire/structure-taux-dinteret) .

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ ERB comportant des soldes erronés ou mal reportés d'un mois sur l'autre ;</li> <li>○ ERB comportant des suspens anciens non corrigés pendant plusieurs mois, voire années.</li> </ul> <p><b>Absence des conventions d'ouverture de comptes :</b> L'UGP ne dispose pas des conventions d'ouverture de compte et n'est donc pas en mesure de vérifier les frais bancaires qui sont facturés par la banque. Elle n'est pas non plus en mesure de produire un document justifiant l'absence d'intérêts créditeurs sur des comptes commerciaux alors que la BEAC indique sur son site que les taux d'intérêts débiteurs et créditeurs sont fixés librement par négociation entre la banque et son client.</p>	<p>L'UGP et l'Assurance Provider devront :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer que les états de rapprochements bancaires sont exhaustifs, signés par toutes les personnes autorisées et correctement classés et archivés ;</li> <li>• Vérifier que les états de rapprochements bancaires sont exacts et matérialiser leurs contrôles sur les états imprimés ;</li> <li>• S'assurer que les suspens bancaires sont correctement suivis et que les corrections nécessaires sont apportées dans les plus brefs délais.</li> </ul>	
<p><b>Causes racines</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faiblesse dans l'exécution des procédures de contrôle des comptes bancaires ;</li> <li>• Manque de suivi des conditions contractuelles avec les établissements bancaires.</li> </ul>	<p><b>Réponses / Engagements du management</b></p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 8)</p>	
<p><b>Risques / Implications</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Non-sécurisation des fonds reçus ;</li> <li>• Manque de base d'évaluation de l'exactitude des commissions et autres agios facturés par la banque ;</li> <li>• Faiblesse du contrôle interne pouvant favoriser des détournements des fonds.</li> </ul>	<p><b>Responsabilités</b></p> <p>(Voir annexe 8)</p>	<p><b>Délais / chronogramme</b></p> <p>(Voir annexe 8)</p>



#### 4.2.4. Insuffisances liées au mécanisme de paiement mobile

<p><b>Contexte</b></p> <p>Le manuel de procédures de l'UGP indique que : « en raison de la faiblesse de la couverture bancaire, des difficultés d'accès liées au contexte d'insécurité observée dans certaines régions, le recours aux services de paiement mobile constitue une nécessité pour l'UGP. En raison de leur nature spécifique et du contexte local, la mise en œuvre de certaines activités nécessite le recours aux services de paiement mobile. Ce sont notamment et entre autres : Les campagnes de masse dites grandes campagnes telles que la vaccination qui s'exécute simultanément sur toute l'étendue du territoire et mobilisant une grande masse d'acteurs bénéficiaires, les Campagnes de routine (sensibilisation, dépistage, communication, etc.), les activités de terrain exécutées dans les zones reculées et difficilement accessibles, l'organisation d'ateliers et de séminaires , les frais destinés aux agents communautaires et/ou personnel de santé, les bénéficiaires (prestataires de divers petits biens et services), les acteurs du secteur informel (zones urbaines ou provinciales), les missions d'audit et inspection. »</p> <p>Les étapes de contrôles des paiements décrites par le manuel de l'UGP dans sa section 10.3 incluent une vérification de l'identité du bénéficiaire final et l'exécution du paiement directement à celui-ci. Il précise par ailleurs que « tous les systèmes de rapportage de(s) l'opérateur(s) sélectionné(s) doivent pouvoir produire un rapport détaillant les transferts envoyés, à des fins d'audit et de contrôle. »</p>					
<p><b>Description</b></p> <p>Les travaux d'audit effectués ont révélé des insuffisances dans l'exécution et le suivi des paiements mobiles. Le déploiement du plan de réduction des paiements en espèces tel que prévu dans le manuel des procédures de l'UGP n'est pas encore effectif. En effet, les paiements mobiles aux acteurs du niveau périphérique ne sont pas effectués directement aux bénéficiaires finaux mais à des intermédiaires tels que les responsables de zones, qui se chargent ensuite de décaisser les fonds et distribuer les espèces à chaque bénéficiaire de leur localité. Le suivi en place ne permet pas de documenter auprès de l'UGP que les bénéficiaires ont effectivement reçus les montants qui leur sont dus.</p> <p>En outre, les rapports d'exécutions des paiements transmis par la compagnie privée offrant le service de paiement mobile, ne permettent pas une traçabilité suffisante des paiements effectués avec les données comptables. En effet, l'audit a constaté que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ces rapports sont disponibles par entité (UGP) et non par subvention, ce qui ne permet pas de préparer facilement des rapprochements entre le solde du compte de trésorerie de paiement mobile sur la plateforme de la compagnie de paiement mobile et le solde du compte correspondant dans la comptabilité.</li> <li>• Les rapports transmis par la compagnie de paiement mobile ne sont pas joints aux pièces justificatives de dépenses dans de nombreux cas, ce qui traduit une insuffisance de contrôle des preuves de paiements, notamment les preuves de paiement aux bénéficiaires finaux.</li> </ul> <p>Cette insuffisance de justifications des paiements a conduit à la mise en question de certaines dépenses décrites en annexe 4 et incluent dans le montant de synthèse du constat 4.2.7.</p>	<p><b>Recommandation</b></p> <p>L'UGP devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer que les rapports de la compagnie offrant le service de paiement mobile soient préparés par subvention ou qu'un compte soit créé pour chaque subvention.</li> <li>• Renforcer l'analyse mensuelle du solde comptable et du solde de trésorerie du compte de paiement mobile.</li> <li>• Déployer le mécanisme de paiement mobile aux bénéficiaires finaux. Dans les cas où les paiements mobiles seraient décentralisés auprès des province ou districts où exécutés par un quelconque intermédiaire, l'UGP devra exiger des décharges des bénéficiaires finaux qui devront ensuite faire l'objet de contrôle formalisés par ses services.</li> </ul>				
<p><b>Causes racines</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Non-respect des dispositions du manuel des procédures ;</li> <li>• Paramétrage inapproprié de la plateforme de paiement mobile et de l'édition des rapports ;</li> <li>• Faiblesse de contrôle des paiements initiés.</li> </ul>	<p><b>Réponses / Engagements du management</b></p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 8)</p>				
<p><b>Risques / Implications</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Risque de détournement des fonds destinés aux bénéficiaires finaux ;</li> <li>• Difficultés à justifier la réception des fonds par les bénéficiaires finaux, ce qui conduit à la mise en question des montants.</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td><b>Responsabilités</b></td> <td><b>Délai / Chronogramme</b></td> </tr> <tr> <td>(Voir annexe 8)</td> <td>(Voir annexe 8)</td> </tr> </table>	<b>Responsabilités</b>	<b>Délai / Chronogramme</b>	(Voir annexe 8)	(Voir annexe 8)
<b>Responsabilités</b>	<b>Délai / Chronogramme</b>				
(Voir annexe 8)	(Voir annexe 8)				

**4.2.5. Suivi défectueux de l'apurement des avances sur la période auditée**

<p><b>Contexte</b></p> <p>Les GMR stipulent au paragraphe h) que « <i>Les décaissements par le niveau central en faveur des structures du MSP et les niveaux déconcentrés se feront exclusivement via comptes bancaires, transferts mobiles ou par chèque. Les paiements des avances/structures déconcentrées se feront sur la base d'un contrôle à priori du budget par l'Agent Fiduciaire et de la capacité de gestion du sous-réциpiendaire avant l'engagement des fonds</i> ».</p> <p>Les rapports d'audit interne et d'audit externe de 2023 font ressortir des soldes importants d'avances non apurées et indexent « <i>une absence de suivi d'apurement approprié des avances</i> ». Le manuel des procédures de l'UGP approuvé en 2023 décrit des procédures détaillées de gestion des avances au sous-réциpiendaire du Fonds Mondial mais pas de procédures détaillées pour les sous-réциpiendaires de fonds Gavi.</p> <p>En août 2023, l'UGP a organisé une formation de toutes les DPS aux procédures comptables et de gestion de fonds afin de renforcer les capacités des gestionnaires comptables dans la justification des avances. En juin 2024, elle a mis en place un plan d'apurement des avances comprenant les actions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Communication systématique aux sous-réциpiendaires concernées avec copie au Secrétaire général et à l'inspection générale ;</i></li> <li>• <i>Recrutement et déploiement des points focaux dans les provinces ;</i></li> <li>• <i>Suivi des avances ouvertes par les points focaux déployés sur le terrain ;</i></li> <li>• <i>Déploiement des superviseurs comptables pour la collecte des pièces comptables sur le terrain ;</i></li> <li>• <i>Mise en place d'une équipe pour la revue conjointe des pièces justificatives collectées ;</i></li> <li>• <i>Décaissements des fonds par paliers successifs (sur le mode 80/20 condition pour le prochain décaissement Gavi) ;</i></li> <li>• <i>Mise en place d'une équipe de Task-force pour le suivi en province ;</i></li> <li>• <i>Organisation de missions de revue trimestrielle et numérisation des pièces justificatives ;</i></li> <li>• <i>Communications aux DS/DSP pour exiger le remboursement des avances non justifiées après application de ces mesures.</i></li> </ul>					
<p><b>Description</b></p> <p>Des retards importants dans la justification des avances de fonds faites par l'UGP aux différentes structures du MSPP ont été constatés chaque année de 2021 à 2023. Ce constat a fait l'objet de plusieurs alertes par les auditeurs externes et internes de l'UGP faisant cas dans leurs rapports 2021, 2022 et 2023 d'un suivi défectueux de l'apurement des avances par l'UGP.</p> <p>En juin 2024, le plan d'apurement mis en place par l'UGP a finalement permis de collecter une quantité importante de pièces justificatives en provenance des Sous réциpiendaires. Mais en août 2024, lors de l'exécution des travaux sur site du présent audit, ces pièces justificatives n'avaient pas encore été examinées et comptabilisées. Le montant des avances non encore apurées selon la comptabilité s'élevait alors à 1 173 581 130 FCFA. La mise à jour extra-comptable opérée par l'UGP et L'Assurance Provider sur la base des pièces justificatives reçues non encore comptabilisées à décembre 2024, indique que les avances ont été totalement apurées pour certaines après un retard d'environ 2 ans). La faiblesse de suivi de l'apurement des avances résulte aussi d'une faiblesse des procédures décrites dans le manuel. Le plan d'apurement des avances mis en place par l'UGP a été nécessité par cette faiblesse du manuel.</p>	<p><b>Recommandation</b></p> <p>L'UGP devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en œuvre de manière complète le plan d'apurement des avances et obtenir le remboursement des avances non justifiées.</li> <li>• Incorporer le plan d'apurement des avances au manuel des procédures de l'UGP afin de renforcer le mécanisme de suivi des avances.</li> <li>• Prendre les mesures adéquates pour accélérer la vérification et la comptabilisation des lots de pièces justificatives de liquidation des avances.</li> </ul>				
<p><b>Causes racines</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en œuvre successive de campagnes de vaccinations impliquants le décaissement d'importantes avances de fonds ;</li> <li>• Faiblesse des procédures de suivi des avances prévues dans le manuel des procédures ;</li> <li>• Réponse tardive aux recommandations du comité d'audit et celles de l'auditeur externe.</li> </ul>	<p><b>Réponses / Engagements du management</b></p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 8)</p>				
<p><b>Risques / Implications</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Défaut de justification de l'utilisation des montants octroyés ;</li> <li>• Mise en question et demande de remboursement des avances non justifiées dans les délais prescrits.</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td><b>Responsabilités</b></td> <td><b>Délai / Chronogramme</b></td> </tr> <tr> <td>(Voir annexe 8)</td> <td>(Voir annexe 8)</td> </tr> </table>	<b>Responsabilités</b>	<b>Délai / Chronogramme</b>	(Voir annexe 8)	(Voir annexe 8)
<b>Responsabilités</b>	<b>Délai / Chronogramme</b>				
(Voir annexe 8)	(Voir annexe 8)				

**4.2.6. Faiblesses constatées dans l'archivage comptable**

**Contexte**

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

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

Le manuel de procédures de l'UGP dans sa version révisée validée en avril 2023 indique au paragraphe 2.5.2.4 que « Sous le contrôle du chef comptable et la supervision du RAF, le classement des pièces comptables dans des dossiers dédiés est effectué par le comptable chargé de la subvention. Les dossiers comptables sont classés dans des chemises ou classeurs cartonnés ».

En 2021, l'audit des programmes Gavi avait relevé les constats suivants :

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

En juin 2021, à travers l'arrêté N°0082/PCMT/PMT/MSPP/2021, le MSPP a confié à l'UGP la mission de « Faire le suivi de la gestion des financements directs de partenaires à l'endroit du MSPP (requêtes, rapports, justificatifs financiers, audit) ».

**Description**

La mission de suivi de la gestion des financements directs des partenaires confiée à l'UGP par le MSPP en 2021, visait, entre autres, à résoudre les défaillances de gestion comptable et d'archivage constatées par l'audit précédent lorsque les subventions Gavi étaient sous la gestion de la SDV. Il a été constaté au cours du présent audit que l'UGP a pu mettre en place une comptabilité formelle pour la gestion des subventions Gavi. Cependant, sur la question d'archivage des pièces justificatives de dépenses, des insuffisances demeurent. En effet, à l'issue des trois (3) semaines de travaux d'audit, plus de la moitié des pièces justificatives sélectionnées pour audit n'avaient pas été mises à disposition. Un délai supplémentaire de deux (2) semaines a ainsi été accordé à l'UGP, à la demande de Monsieur le Ministre de la Santé, pour rassembler les documents manquants. En dépit de ces délais exceptionnels accordés, au terme de la mission :

- De nombreux dossiers de passation de marchés sous la gestion de l'UGP manquaient de documents justificatifs complets (voir constat 4.3.1) ;
- Certains documents justificatifs des dépenses sélectionnées n'ont pas été retrouvés et mis à disposition de l'audit (voir constat 4.2.7).

Nous avons noté que l'UGP a initié un processus de numérisation des pièces justificatives de dépenses en vue de pallier les insuffisances constatées.

**Causes racines**

- Mise en œuvre insuffisante des recommandations de l'audit précédent (voir constat 4.1.1) ;
- Faiblesse de monitoring de la manipulation et du rangement physique des dossiers.

**Risques / Implications**

- Pertes de documents essentiels à la justification du bon usage des fonds octroyés ;
- Mise en question des dépenses engagées conduisant à des remboursements.

**Recommandation**

L'UGP devra :

- En lien avec la recommandation 4.2.5, renforcer le suivi de la justification des dépenses selon les dispositions du manuel des procédures.
- Assurer un suivi adéquat en vue de mener à bien le processus de numérisation des pièces justificatives en cours.
- Réviser le système de rangement physique des pièces justificatives originales avant de s'assurer de pouvoir les mettre promptement à disposition des auditeurs ou de toute autre mission de revue.

**Réponses / Engagements du management**

(Voir plan d'actions correctives en annexe 8)

**Responsabilités**

(Voir annexe 8)

**Délai / Chronogramme**

(Voir annexe 8)

#### 4.2.7. Dépenses mises en question

<p><b>Contexte</b></p> <p>Ce constat détaille les conclusions des tests substantifs effectués par l'équipe d'audit sur l'échantillon de dépenses et lors de la revue des processus. L'audit a examiné l'ensemble des pièces justificatives mises à disposition par l'UGP, la Direction de la Vaccination et par les autres structures de mise en œuvre au sein du MSPP et a évalué d'une part, pour 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.</p>		
<p><b>Description</b></p> <p>Les constatations d'audit relatives aux dépenses testées ont été regroupées, par catégories d'anomalies, comme présenté dans le tableau de synthèse en annexe 4 du présent rapport (les définitions des catégories qualifiant les dépenses sont précisées en annexe 3). L'audit d'un échantillon de dépenses engagées par la DSV (actuellement Direction de la Vaccination) sur la période 2017-2018 et par l'UGP sur la période de 2021 à 2023 a fait ressortir des insuffisances résumées dans les trois catégories de constats ci-dessous :</p> <p>a. <b>Dépenses insuffisamment justifiées</b> : Cette catégorie regroupe les dépenses de l'UGP pour lesquelles l'examen des documents fournis a révélé l'absence d'un ou plusieurs éléments essentiels de preuve documentaire. Un montant total de <b>43 745 630 FCFA (USD 73 522)</b> de dépenses a été considéré insuffisamment justifié.</p> <p>b. <b>Dépenses non justifiées</b> : Cette catégorie regroupe les dépenses de la SDV en 2017 et 2018 pour lesquelles les pièces justificatives n'ont pas pu être retrouvées par les structures du MSPP (voir constat 4.2.1). Le montant total non justifié est de <b>192 649 989 FCFA (USD 342 794)</b>.</p> <p>c. <b>Dépenses irrégulières</b> : Dans cette catégorie, sont classées les dépenses testées pour lesquelles les pièces justificatives fournies étaient inadéquates. Il s'agit notamment des pièces justificatives comportant de nombreuses ratures et des états de distribution d'espèces non probants. Un montant total de dépenses irrégulières <b>14 591 500 FCFA (USD 24 524)</b> a été identifié par l'équipe d'audit.</p> <p>d. <b>Dépenses inéligibles</b> : Dans cette catégorie sont classées les dépenses qui ne sont pas conformes aux conditions du programme, notamment les impôts et taxes payés à l'aide des subventions Gavi. Un montant total de <b>3 217 279 FCFA (USD 5 407)</b> de dépenses inéligibles a été identifié par l'équipe d'audit.</p> <p>Les détails de ces montants et les observations spécifiques relatives à chaque transaction testée sont fournis en <b>annexes 4 et 5</b>.</p>	<p><b>Recommandation</b></p> <p>Voir recommandations spécifiques à chaque catégorie de constats (recommandations 4.2.5, 4.2.6 et 4.3.2).</p>	
<p><b>Causes racines</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en œuvre insuffisante des recommandations de l'audit précédent (voir constat 4.1.1) ;</li> <li>• Non-respect des procédures des procédures stipulées dans le manuel ;</li> <li>• Faiblesse de contrôle de monitoring des différents processus d'exécution des dépenses ;</li> <li>• Déficit d'archivage des pièces comptables et dossiers de passation de marchés.</li> </ul>	<p><b>Réponses / Engagements du management</b></p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 8)</p>	
<p><b>Risque(s) / Implication(s)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en question des dépenses conduisant à des demandes de remboursement ;</li> <li>• Risque de suspension des financements additionnels engendrant des difficultés de mise en œuvre du programme.</li> </ul>	<p><b>Responsabilités</b></p> <p>(Voir annexe 8)</p>	<p><b>Délais / chronogramme</b></p> <p>(Voir annexe 8)</p>

#### 4.2.8. Faiblesses constatées dans la gestion des immobilisations

##### Contexte

Le point k) des GMR notifiées en décembre 2019, relatif aux immobilisations stipule que « le MSPP et les services concernés feront un inventaire physique global de toutes les immobilisations et des équipements financés par Gavi et par les autres partenaires. Cet inventaire devra indiquer le lieu et l'état actuel des immobilisations et servira à la création d'un registre des immobilisations dans le module de gestion des actifs du logiciel comptable enregistrant les actifs achetés grâce aux subventions de Gavi. L'UGP assurera, en collaboration avec les services compétents du MSP, l'étiquetage de tous les actifs achetés avec les fonds de Gavi et mènera des vérifications périodiques des actifs, en comparant les actifs physiques aux niveaux central et périphérique au registre des immobilisations. Ces activités seront financées par le budget de la subvention »

Le nouveau manuel de procédures de l'UGP validé en avril 2023 indique dans son point 1.3.1.3 que « l'UGP conduit (avec le MSPP et les services concernés) un inventaire physique des immobilisations et équipements financés par le Fonds mondial, Gavi et par les autres PTFs, s'assure que l'inventaire indique le lieu et l'état actuel des immobilisations et sert à la création d'un registre des immobilisations dans le module de gestion des actifs de Tom2Pro, enregistre dans le logiciel Tom2Pro, les actifs acquis grâce aux subventions de Gavi, assure avec les services compétents du MSPP [actuellement MSPP], la codification et l'étiquetage des actifs acquis avec les ressources de Gavi, mène des vérifications périodiques des actifs, en comparant les biens physiques des niveaux central et périphérique au registre des immobilisations, finance les activités liées aux actifs à partir du budget approuvé de la subvention. »

Le nouveau manuel indique aussi au point 1.3.2.7 que « En règle générale les décisions de transfert, de mise au rebut, ou de vente, sont prises par le coordonnateur [de l'UGP] sur base des résultats d'inventaires. Tout transfert de biens durables appartenant à l'UGP vers un SR [Sous-réциpiendaire] doit être documenté et inscrit dans le cadre des activités financées par les PTF. L'acte de transfert précise le code de l'immobilisation transférée, pour éviter toute substitution par la suite et faciliter le contrôle. Toute proposition de mise au rebut de bien durable se fait sur la base d'un rapport établi par le coordonnateur de l'UGP, approuvé par le MSPP, le HCNC ou le CCIA et dûment autorisé par les PTFs (FM, Gavi, BMGF & ADF ou autres). Le PV définitif de mise au rebut est signé par le coordonnateur, le RAF, et le responsable du service utilisateur. »

Successivement en 2022 et 2023, le comité d'audit de l'UGP a formulé la recommandation suivante à l'UGP : « Mettre à jour les registres des immobilisations et s'assurer de leur codification. »

##### Description

Lors de nos travaux d'audit, nous avons effectué des rapprochements entre le fichier des immobilisations tenu par le chargé des ressources humaines et des services généraux (CRHSG) de l'UGP, le fichier des immobilisations issu du logiciel Tom2Pro et les fichiers issus des inventaires physiques au 31 décembre 2022 et au 31 décembre 2023. Nos travaux ont montré que ces documents étaient incomplets et que le rapprochement entre les différents documents n'avait pas été correctement effectué par l'UGP. Les principaux constats relevés sont les suivants :

##### Enregistrement des immobilisations

- Le registre des immobilisations est tenu par année d'acquisition et un état consolidé donnant une vue d'ensemble des immobilisations n'est pas établi depuis le démarrage du programme.
- Les immobilisations acquises par la SDV [actuellement Direction de la Vaccination] avant la prise de relève de la gestion par l'UGP ne sont pas prises en compte dans le registre des immobilisations de l'UGP ;
- Les équipements de la chaîne du froid acquis à travers l'Unicef ne sont pas pris en compte dans le registre des immobilisations ;
- Certaines immobilisations dont l'UGP ne connaît pas l'attributaire final ne sont pas prises en compte dans le registre des immobilisations (exemples : 2160 téléphones destinées aux zones de santé)
- Des erreurs de codification ont été constatées dans le registre des immobilisations (nom de subvention, année)
- La gestion des immobilisations n'est pas effectuée dans le module du logiciel Tom2Pro qui y est dédié.

##### Réalisation des inventaires et analyses des résultats

- Le fichier d'inventaire physique au 31 décembre 2023 ne comprend pas les immobilisations acquises avant 2023.
- Aucun rapport narratif d'inventaire détaillant la procédure utilisée, les écarts constatés et analysés, ainsi que les recommandations formulées n'a été transmis à l'équipe d'audit ;
- Le rapprochement effectué entre l'inventaire physique et le fichier des immobilisations n'est pas matérialisé.

##### Recommandation

L'UGP devra :

- Veiller à l'intégration de toutes les immobilisations du programme dans un fichier consolidé et l'intégrer au logiciel dédié à la gestion des immobilisations (module du logiciel Tom2Pro déjà acquis par l'UGP).
- Veiller à générer de manière automatique la codification des immobilisations et vérifier l'absence de toute erreur.
- Prendre les mesures nécessaires pour le respect des procédures d'inventaires décrites dans le manuel de procédures et les documenter de manière adéquate.
- Veiller à l'approbation et la documentation des mises au rebut ou rétrocession d'immobilisations tel qu'exigé dans le manuel.

<p><b>Mise au rebus / rétrocession</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les matériels de sonorisation de la salle de réunion du MSPP ont été récemment remplacés par de nouveaux matériels. Aucune documentation relative à l'affectation ou à la mise au rebut des anciens équipements n'a été fournie. Seul le fichier d'inventaire physique les listant comme amortis a été obtenu. Ceci est contraire aux procédures énoncées dans le manuel de l'UGP.</li> <li>• Le fichier d'inventaire physique liste également certaines immobilisations comme rétrocedées au MSPP suite au changement de locaux de l'UGP sans qu'un document de rétrocession n'ait été établi suivant les procédures prévues au manuel de l'UGP.</li> </ul>		
<p><b>Causes racines</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en œuvre insuffisante des recommandations de l'audit précédent (voir constat 4.1.1) ;</li> <li>• Faiblesse de contrôle par la direction de l'UGP du respect des procédures énoncées dans le manuel.</li> </ul>	<p><b>Réponses / Engagements du management</b> (Voir plan d'actions correctives en annexe 8)</p>	
<p><b>Risques / Implications</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivi inapproprié des immobilisations pouvant conduire à des détournements ou usages abusifs ;</li> <li>• Pertes précoces de certains équipements engageant des coûts de remplacement inattendus.</li> </ul>	<p><b>Responsabilités</b> (Voir annexe 8)</p>	<p><b>Délai / Chronogramme</b> (Voir annexe 8)</p>



### 4.3. Achats et Procédures de passation des Marchés

#### 4.3.1. Insuffisances constatées dans la planification des marchés

<p><b>Contexte</b></p> <p>Les GMR notifiées en 2019 indiquent que « <i>Toute passation de marché de produits non-médicaux et réhabilitations non couvertes par la section (n) [des GMR] s'effectuera de manière transparente et conformément aux procédures stipulées dans le Code de passation de marchés du MSP et dans le manuel de procédures de l'UGP. Le MSP s'assurera également d'inclure bien à l'avance, tout achat à effectuer dans le Plan de passation de marché pour validation par la cellule technique et du CCIA et partagera – annuellement avant le début de l'année fiscale du Pays-ce plan avec Gavi</i> » La section (n) indique que le MSP achètera à travers l'Unicef les équipements de la Chaîne du Froid, les Incinérateurs, les équipements de la logistique roulante.</p> <p>Le manuel de procédures de l'UGP actualisé en avril 2023 indique dans son paragraphe 2.6.3 que « <i>Conformément aux Accords de Subventions, les marchés sont passés suivant le plan de Gestion des Achats et des Stocks (GAS) et le Plan de Passation de Marchés (PPM) approuvés. Le PPM (ou Plan Prévisionnel Annuel de Passation des Marchés) est la programmation des besoins en termes de travaux, fournitures, biens/services courants et prestations intellectuelles, pour la durée de la gestion budgétaire des projets dont l'UGP a la responsabilité. En règle générale, cette durée est d'une année. Le PPM constitue est un outil de programmation de l'exécution budgétaire. Dans le cadre de financements extérieurs (cas FM, Gavi, BGF-ADF) gérés par l'UGP, il est préparé sur une durée de douze mois.</i> »</p>		
<p><b>Description</b></p> <p>Les travaux d'audit ont révélé des insuffisances dans la planification des marchés par l'UGP. Contrairement aux dispositions du manuel de procédures de l'UGP, un Plan de Passation de Marchés (PPM) n'a pas été établi au cours des années 2021, 2022 et 2023. En août 2024, lors de l'exécution du présent audit, le PPM 2024 était encore en cours de validation. L'absence d'une planification adéquate des marchés ne permet pas d'avoir une vue d'ensemble sur les marchés à passer dans l'année et augmente les risques d'utilisation d'une procédure inadaptée. En effet, sur la période de gestion des subventions par l'UGP, faute d'une planification et anticipation suffisante des besoins, les marchés sont régulièrement passés en urgence en sollicitant l'avis de non-objection (ANO) de Gavi sur le processus. Ceci contribue à déroger aux exigences de mise en concurrence prévues dans le manuel et ne favorise pas une gestion transparente et équitable de la passation des marchés financés par Gavi.</p>	<p><b>Recommandation</b></p> <p>L'UGP devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A partir des plans de travail annuels (PTA) approuvés des subventions, élaborer chaque année un plan de passation de marchés (PPM) consolidé intégrant chaque subvention Gavi. Le PPM final devra obtenir l'ANO de Gavi et être par les responsables habilités au sein du MSPP avant son exécution.</li> <li>• Mettre en place un suivi d'exécution du PPM et déclencher chaque processus de passation de marchés dans un délai raisonnable permettant le respect de toutes les exigences du processus.</li> </ul>	
<p><b>Causes racines</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en œuvre insuffisante des recommandations de l'audit précédent (voir constat 4.1.1) ;</li> <li>• Rôle de contrôle non joué par le CCIA (voir constat 4.1.2) ;</li> <li>• Faiblesse de coordination du processus de passation de marchés ;</li> <li>• Concertation insuffisante entre les acteurs financiers et les acteurs programmatiques.</li> </ul>	<p><b>Réponses / Engagements du management</b></p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 8)</p>	
<p><b>Risques / Implications</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Non-respect des dispositions des marchés publics (transparence et équité) ;</li> <li>• Engagements de soumissionnaires ne représentant pas la meilleure combinaison qualité-prix ;</li> <li>• Mise en question de marchés attribués de manière irrégulière impliquant une demande de remboursement.</li> </ul>	<p><b>Responsabilités</b></p> <p>(Voir annexe 8)</p>	<p><b>Délai / Chronogramme</b></p> <p>(Voir annexe 8)</p>

**4.3.2. Faiblesses observées dans la gestion des marchés**

<p><b>Contexte</b></p> <p>Le manuel indique dans son paragraphe 2.6.3.2 les règles générales de passation des marchés. Il y est précisé que les marchés de l'UGP sont passés en se fondant sur les dispositions de la réglementation des marchés publics et suivant les termes des Accords de financements signés avec les PTF, nommément :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o <i>Le Décret N° 2130/PR/2020, portant Code des Marchés Publics, pour les marchés exécutés par l'UGP et les SR [sous bénéficiaire]</i></li> <li>o <i>Le Décrets N° 2499/PR/2020 et 2500/PR/2020, fixant les seuils de passation, contrôle et approbation des marchés et les procédures simplifiées</i></li> <li>o <i>Le Manuel des Procédures [de l'UGP]</i></li> <li>o <i>La Matrice d'autorité et de responsabilités</i></li> <li>o <i>Les Conditions des Accords de Financements signés avec les PTF</i></li> </ul> <p>Relativement au classement des dossiers de marchés, le manuel des procédures indique que « <i>L'objectif est d'assurer un rangement efficace de toute la documentation de passation.</i> » Il précise que « <i>le RPM [responsable passation de marchés] : (1) Individualise chaque marché, avec un carton d'archivage ou une chemise à sangle, (1) Utilise des chemises ou sous chemises, pour les principales étapes du processus. (3) Marque les cartons/chemises, du nom/référence du marché, par ordre chronologique, (4) Est responsable du classement et de l'archivage des documents de passation.</i> »</p> <p>A cet effet, le manuel fournit une liste des documents à classer.</p>					
<p><b>Description</b></p> <p>La revue de 95 dossiers de marchés exécutés par l'UGP sur la période de revue a révélé des insuffisances de documentation du processus de sélection des prestataires. Les observations incluent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Une absence de mise en concurrence ou non-respect des seuils de mise en concurrence prévus dans le manuel des procédures ;</i></li> <li>• <i>La non-sélection du prestataire le mieux classé à l'issue de l'évaluation sans motifs justifiés ;</i></li> <li>• <i>Une documentation incomplète des autorisations obtenues pour les cas de dérogation aux procédures de mise en concurrence (particulièrement en ce qui concerne les marchés passés sur les subventions CDS) ;</i></li> <li>• <i>Une organisation inappropriée de l'archivage des dossiers de passation de marchés occasionnant d'énormes retards dans la mise à disposition des dossiers.</i></li> <li>• <i>Un suivi non formalisé de la bonne exécution des marchés selon les délais et termes prévus dans les contrats.</i></li> </ul> <p>La combinaison de la revue des pièces justificatives de dépenses et des observations physiques ayant donné l'assurance de la réalisation effective des prestations, les montants des marchés concernés n'ont pas été mis en question. Mais les défaillances relevées constituent un manquement aux procédures nationales de passations des marchés et peuvent jeter des doutes sur la transparence du processus de sélection.</p>	<p><b>Recommandation</b></p> <p>L'UGP devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer du respect des procédures décrites dans le code des marchés publics et dans son manuel des procédures relativement à la passation des marchés.</li> <li>• Veiller à correctement archiver les documents relatifs à chaque étape du processus de passation des marchés en se servant notamment de la liste de documents fournie dans son manuel des procédures prévu à cet effet.</li> <li>• Mettre en place un index d'archivage permettant retrouver facilement les éléments constitutifs des dossiers de passation de marchés.</li> </ul>				
<p><b>Causes racines</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en œuvre insuffisante des recommandations de l'audit précédent (voir constat 4.1.1) ;</li> <li>• Insuffisance de planification et d'anticipation dans l'exécution des marchés (voir constat 4.3.1) ;</li> <li>• Non-respect des dispositions du manuel de procédures ou du code des marchés publics.</li> </ul>	<p><b>Réponses / Engagements du management</b></p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 8)</p>				
<p><b>Risques / Implications</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Non-respect des principes fondamentaux des marchés publics (transparence et équité) ;</li> <li>• Engagements de soumissionnaires ne représentant pas la meilleure combinaison qualité-prix et impact économique ;</li> <li>• Mise en question de marchés attribués de manière irrégulière impliquant une demande de remboursement</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td><b>Responsabilités</b></td> <td><b>Délai / Chronogramme</b></td> </tr> <tr> <td>(Voir annexe 8)</td> <td>(Voir annexe 8)</td> </tr> </table>	<b>Responsabilités</b>	<b>Délai / Chronogramme</b>	(Voir annexe 8)	(Voir annexe 8)
<b>Responsabilités</b>	<b>Délai / Chronogramme</b>				
(Voir annexe 8)	(Voir annexe 8)				



#### 4.4. Gestion des vaccins

##### 4.4.1. Défaut d'adaptation et de diffusion des procédures opératoires normalisées (PON)

<p><b>Contexte</b></p> <p>L'efficacité des vaccins dans la prévention des maladies infectieuses peut être amoindrie par des mauvaises conditions de transport, d'entreposage, de conservation et de manutention. Il est donc crucial que tous les intervenants responsables du maintien de la qualité des vaccins connaissent et appliquent fidèlement les normes de gestion des vaccins.</p> <p>Dans ce sens, les Procédures Opératoires Normalisées (PON) de la chaîne d'approvisionnement en vaccins et autres produits de vaccination, décrivent de manière précise les modalités d'accomplissement des tâches dans le cadre de la gestion des vaccins. Selon l'OMS, la mise en place systématique et l'utilisation de PON sont indispensables à la gestion de la qualité du programme d'immunisation.</p> <p>La Direction de la Vaccination a mis en place des PON pour standardiser et améliorer la gestion des vaccins à travers le pays. Ces procédures sont compilées dans un manuel de 289 pages.</p>		
<p><b>Description</b></p> <p>L'équipe d'audit a constaté que les PON élaborées par la Direction de la Vaccination n'ont pas été déployées auprès des acteurs du niveau périphérique, à savoir les districts sanitaires et les centres de santé.</p> <p>De plus, les PON se présentent sous forme d'un document condensé de 289 pages. Sous ce format, il est difficilement exploitable par le personnel du niveau périphérique, ce qui peut décourager son utilisation et compromettre l'application des procédures.</p> <p>Il a été constaté lors des visites de sites que l'absence de cadre normatif affecte la qualité et l'efficacité des opérations de gestion des vaccins et de la chaîne du froid (voir constat 4.4.2 à 4.4.5).</p>	<p><b>Recommandation</b></p> <p>La Direction de la Vaccination devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Simplifier les PON pour les rendre plus accessibles et compréhensibles pour les acteurs du PEV du niveau périphérique. Cela pourrait inclure la création de résumés des PON et de guides pratiques.</li> <li>• Vulgariser les PON ainsi simplifiées, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour garantir une application uniforme des procédures de gestion des vaccins et de la chaîne du froid.</li> <li>• Mettre en place des sessions de formation régulières pour le personnel afin de renforcer la compréhension et l'application des PON.</li> <li>• Instaurer un mécanisme de suivi et d'évaluation, notamment à travers les supervisions périodiques (voir recommandation 4.5.2), pour s'assurer que les PON sont bien comprises et appliquées correctement à tous les niveaux.</li> </ul>	
<p><b>Causes racines</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de suivi de la diffusion des PON ;</li> <li>• Faible qualité des supervisions (voir constat 4.5.2) ne permettant de jauger l'impact des PON conçues sur l'amélioration des procédures.</li> </ul>	<p><b>Réponses / Engagements du management</b></p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 8)</p>	
<p><b>Risques / Implications</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de compréhension et d'appropriation du cadre normatif par le personnel en charge du PEV ;</li> <li>• Mauvaise gestion des équipements de la chaîne du froid aboutissant à des pannes récurrentes ;</li> <li>• Mauvaise manipulation des vaccins conduisant à des pertes importantes de doses de vaccins.</li> </ul>	<p><b>Responsabilités</b></p> <p>(Voir annexe 8)</p>	<p><b>Délai / Chronogramme</b></p> <p>(Voir annexe 8)</p>

#### 4.4.2. Faiblesses identifiées au niveau de la gestion de la chaîne du froid

##### Contexte

La chaîne du froid est un élément crucial dans la gestion des vaccins, garantissant leur efficacité et leur sécurité depuis le point de fabrication jusqu'à l'administration aux patients. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la chaîne du froid doit maintenir des températures spécifiques pour préserver l'intégrité des vaccins, généralement entre +2°C et +8°C<sup>10</sup>. Les vaccins doivent être stockés, transportés et manipulés dans des conditions de température strictement contrôlées pour éviter toute dégradation. Selon les directives de l'OMS<sup>11</sup> le personnel chargé de surveiller les vaccins doit savoir comment stocker correctement les vaccins dans les chambres froides, utiliser et interpréter les dispositifs de contrôle de la température, et connaître les mesures d'urgence à prendre en cas de défaillance du matériel de la chaîne du froid.

Le Tchad dispose de différents dépôts de stockage de vaccins : un dépôt central à Ndjamen, quatre (4) dépôts subnationaux approvisionnés par le dépôt central, les dépôts des districts sanitaires approvisionnés par les dépôts subnationaux et les dépôts des centres de santé approvisionnés par les districts. Grâce aux subventions Gavi CCEOP et CDS3, le pays a massivement investi dans la chaîne du froid au niveau périphérique permettant d'équiper plus de 90% des centres de santé en équipements de conservation des vaccins.

En mai 2024, une évaluation nationale de la GEV a été réalisée et a attribué un score national de 76 %. Le rapport indique un progrès global par rapport à l'évaluation de 2017 sur plusieurs critères. Cependant, la catégorie "infrastructure" enregistre un score de seulement 61%, l'un des plus bas parmi toutes les catégories évaluées. Ce qui implique l'existence de faiblesses importantes dans les infrastructures de stockage de vaccins et autres intrants au Tchad.

En juillet 2024, une évaluation conjointe a été réalisée et a permis d'examiner l'évolution du programme de vaccination et de définir les actions à mettre en œuvre.

##### Description

Lors de ses travaux et visites, l'équipe d'audit a identifié de nombreuses faiblesses concernant la gestion de la chaîne du froid :

##### Capacité de stockage de vaccins limitée :

Malgré les progrès constatés par la GEV, les capacités de stockage actuelles aux niveaux central et subnational demeurent insuffisantes pour respecter le plan de distribution des vaccins. Le dépôt central à Ndjamen est doté de 5 chambres froides positives, 1 chambre froide négative et 1 chambre froide mixte. La visite du site effectuée lors de l'audit a permis de constater que ces chambres froides sont à la limite de la saturation. Selon les échanges avec le service logistique de la Direction de la Vaccination l'introduction de nouveaux vaccins en préparation accentue le besoin d'accroissement de la capacité de stockage de vaccins du dépôt central. Un diagnostic des besoins en infrastructure au niveau central et subnational a été réalisé par le pays avec l'appui de Unicef Supply Division (Unicef SD). Mais la réalisation des investissements a été freinée par des questions foncières.

##### Faiblesses liées au transport des vaccins :

Le transport des vaccins du dépôt central vers les dépôts subnationaux et de ceux-ci vers les districts est assuré par des entreprises privées, ce qui comporte divers risques, notamment en termes de sécurité des vaccins. Comme relevé par la GEV, il n'y a pas de suivi des températures pendant le transport des vaccins, ce qui peut compromettre l'intégrité des vaccins en cas de variation inappropriée de température. Par ailleurs, selon l'évaluation conjointe de juillet 2024, ces contraintes de moyens de transport empêchent l'approvisionnement régulier de certaines localités en vaccins. Selon le rapport de l'évaluation, cinq occasions de vaccination sur sept sont manquées, principalement en raison des difficultés d'approvisionnement en vaccins. L'acquisition récente de 4 pick-up frigorifique sur financement Gavi devrait permettre d'améliorer les conditions de transports des vaccins et la fréquence de distribution,

##### Faiblesse du dispositif de maintenance des équipements de la chaîne du froid :

De nombreux cas de pannes d'équipements ont été constatés lors des visites, incluant des réfrigérateurs, des panneaux solaires et des générateurs de secours.

##### Recommandation

Le MSPP devra :

- Prendre les mesures nécessaires pour lever les obstacles à la réalisation des investissements en infrastructures de stockage de vaccins prévus au niveau central et subnational, y compris les questions foncières.
- Finaliser le plan de maintenance et le faire adopter officiellement par le CCIA. Mettre en place un suivi et évaluation du fonctionnement satisfaisant de ce plan de maintenance.
- En lien avec la recommandation 4.5.2, mettre en place un système de formation continue permettant d'actualiser régulièrement les connaissances du personnel : dans la gestion de la chaîne du froid.

<sup>10</sup> « [Les produits de santé thermosensibles dans la chaîne du froid du Programme élargi de vaccination](#) », Déclaration conjointe de l'OMS et de l'Unicef publiée le 19 novembre 2020.

<sup>11</sup> Manuel d'utilisation des procédures opératoires normalisées du modèle de GEV, version consolidée, avec mode d'emploi

<p>C'est le cas notamment du dépôt subnational d'Abéché qui dispose d'une chambre froide mixte de 40 m<sup>3</sup> alimentée à l'énergie solaire et possédant deux générateurs de secours. Cependant la partie négative est hors d'usage, les panneaux solaires sont à moitié endommagés, l'un des deux générateurs de secours est en panne depuis 2022 et n'a pas pu être réparé et le 2<sup>e</sup> fonctionne avec des pannes.</p> <p>Également, les réfrigérateurs solaires de certains centres de santé dans le district d'Abéché et le district d'Adré sont à l'arrêt depuis plusieurs mois après endommagement de leurs panneaux solaires par des vents violents. Ces pannes illustrent les défis actuels liés à la maintenance des équipements essentiels pour la chaîne du froid. Un diagnostic de l'état de fonctionnement de la chaîne du froid au niveau national a été réalisé en 2024 par la Direction de la Vaccination et a révélé une certaine fragilité de la chaîne du froid dans plusieurs localités du fait de l'absence d'un plan de maintenance adéquat les années antérieures. Un projet de plan de maintenance a été élaboré par la Direction de la Vaccination et était en cours de finalisation lors de l'audit.</p> <p><b>Faiblesse d'entretien des équipements de la chaîne du froid au niveau périphérique</b></p> <p>Il a été observé lors de la visite au centre de santé urbain d'Adré que l'équipement de stockage de la chaîne du froid était encombré de divers déchets issus des activités médicales et de la vaccination. Cet encombrement des équipements ne favorise pas leur sécurité et leur durabilité.</p>		
<p><b>Causes racines</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficultés liées à la réalisation des investissements prévus dans la chaîne du froid ;</li> <li>• Mise en place tardive d'un plan de maintenance (plan en cours de finalisation).</li> </ul>	<p><b>Réponses / Engagements du management</b></p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 8)</p>	
<p><b>Risques / Implications</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Risque de rupture de la chaîne du froid occasionnant des pertes importantes de doses de vaccins et autres intrants ;</li> <li>• Raccourcissement de la durée de vie utile des équipements nécessitant leur remplacement prématuré ;</li> <li>• Non-conformité aux normes de l'OMS.</li> </ul>	<p><b>Responsabilités</b></p> <p>(Voir annexe 8)</p>	<p><b>Délai / Chronogramme</b></p> <p>(Voir annexe 8)</p>

**4.4.3. Modalités de stockage d'intrants secs ne répondant pas aux normes**

<p><b>Contexte</b>                  Le stockage adéquat des intrants secs est crucial pour garantir leur qualité et leur disponibilité. Les normes de sécurité et de gestion des stocks doivent être strictement respectées pour éviter toute détérioration, contamination ou perte.</p> <p>Selon le Manuel des politiques de sécurité des Nations Unies<sup>12</sup> les incendies causent chaque année un grand nombre de blessures et de morts et une perte d'actifs dans différentes organisations. Il indique qu'il est cependant possible de prévenir les pertes attribuables aux incendies en appliquant des principes élémentaires de prévention des incendies et en se préparant face aux situations d'urgence.</p> <p>Dans ce cadre, l'équipe d'audit a mené une examiné les pratiques de stockage au dépôt central et dans les districts, notamment à N'Djamena Centre.</p>		
<p><b>Description</b>                  L'équipe d'audit a relevé des déficiences significatives dans le stockage des intrants secs, tant au dépôt central que dans les districts :</p> <p><b>Entrepôt sec du dépôt central :</b>                  Lors de la visite du dépôt central, l'équipe d'audit a constaté plusieurs manquements aux normes de sécurité. L'entrepôt était encombré, ce qui entravait la circulation et augmentait les risques d'accidents. De plus, l'absence d'éclairage adéquat rendait difficile l'inspection et la gestion des stocks. L'isolement du sol était insuffisant, exposant les stocks au risque d'inondation en cas de fortes pluies. Enfin, les mécanismes de prévention et de lutte contre les incendies étaient inexistantes, ce qui représente un danger majeur pour la sécurité des biens et des personnes.</p> <p><b>District de N'Djamena Centre :</b>                  Lors de la visite sur le terrain au niveau du district de N'Djamena Centre, l'équipe d'audit a relevé que le stock de seringues était entreposé dans un parking servant également de débarras pour les outils usagés. Ce mode de stockage inapproprié expose les seringues à des risques de contamination et de détérioration, et complique la gestion des stocks.</p>	<p><b>Recommandation</b>                  La Direction de la Vaccination avec l'appui du MSPP devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réorganiser les espaces de stockage : Désencombrer les entrepôts et organiser les espaces de stockage de manière à respecter les normes de sécurité et à faciliter la gestion des stocks.</li> <li>• S'assurer de la mise aux normes des dépôts face au risque d'incendies : Faire un diagnostic des risques d'incendies sur les différents sites du PEV et mettre en place des systèmes de prévention et de lutte contre les incendies, tels que des extincteurs et des détecteurs de fumée, et former le personnel à leur utilisation.</li> </ul> <p>Les responsables préfectoraux et de districts devront veiller à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stocker de manière appropriée les seringues et autres intrants secs : Définir un emplacement approprié pour le stockage des seringues et des intrants secs, pour éviter toute contamination et faciliter l'accès et la gestion des stocks.</li> <li>• Renforcer les supervisions : en lien avec la recommandation 4.5.2, intégrer l'évaluation des conditions d'entreposage des seringues et autres intrants secs dans les guides de supervision.</li> </ul>	
<p><b>Causes racines</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infrastructures inadéquates au stockage d'intrants secs ;</li> <li>• Manque de PON adapté et diffusé auprès des utilisateurs (voir constat 4.4.1) ;</li> <li>• Absences de supervision et de contrôle ;</li> <li>• Mauvaise appréhension des risques incendie ou connaissance limitée des mécanismes de prévention.</li> </ul>	<p><b>Réponses / Engagements du management</b>                  (Voir plan d'actions correctives en annexe 8)</p>	
<p><b>Risques / Implications</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Détérioration des stocks due à des inondations ;</li> <li>• Risque d'incendie dommageable ;</li> <li>• Difficulté de suivi adéquat des stocks du fait de l'encombrement des entrepôts ;</li> <li>• Accentuation du risque de vols ou de détournements des stocks d'intrants secs.</li> </ul>	<p><b>Responsabilités</b>                  (Voir annexe 8)</p>	<p><b>Délai / Chronogramme</b>                  (Voir annexe 8)</p>

<sup>12</sup> Chapitre VII « Dispositions en matière de sûreté », section B « Sécurité incendie », promulgué en avril 2012 et révisé en mai 2017.

#### 4.4.4. Insuffisance dans la gestion physique des vaccins

<p><b>Contexte</b></p> <p>Selon les directives de l'OMS<sup>13</sup> le personnel chargé de surveiller les vaccins doit savoir comment stocker correctement les vaccins dans les chambres froides, utiliser et interpréter les dispositifs de contrôle de la température, et connaître les mesures d'urgence à prendre en cas de défaillance du matériel de la chaîne du froid.</p> <p>En mai 2024, l'évaluation nationale de la GEV a mis en évidence des faiblesses dans tous les aspects suivants de gestion de vaccins: - <i>Gestion de stock - Distribution de vaccins et consommables</i> - <i>Gestion des déchets</i> - <i>Prévision annuelle des besoins</i>. Un plan d'amélioration de la GEV a été conçu et était en attente de validation à la date de l'exécution de l'audit.</p>		
<p><b>Description</b></p> <p>Les visites effectuées dans différentes localités lors de l'audit ont permis de constater des faiblesses importantes dans la gestion des vaccins, confirmant les observations faites par la GEV. Ces faiblesses découlent principalement de l'absence de déploiement des PON comme mentionné dans le constat 4.4.1 et de l'insuffisance de formation des acteurs du niveau périphérique décrit dans le constat 4.1.6. Les pratiques à risques observées incluent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Utilisation des vaccins sans considération du principe de premier expiré-premier sorti</b> : Des défaillances notables ont été observées dans le suivi des numéros de lots et des dates de péremption. En effet, dans certaines localités visitées les vaccins ne font l'objet d'aucun suivi par numéro de lot et date de péremption, l'état de la pastille de contrôle du vaccin (PCV) qui permet d'apprécier le niveau d'altération du vaccin n'est pas constaté et enregistré à la réception des doses dans certaines localités, en vue de s'assurer d'utiliser les doses plus proches de péremption. Ces pratiques ne favorisent pas une gestion efficace des stocks et peuvent conduire à des pertes de stocks. Elles compliquent aussi la traçabilité des lots injectés, notamment pour la gestion des Manifestations Post-vaccinales Indésirables (MAPI).</li> <li>• <b>Dates de péremption illisibles</b> : De nombreux flacons de vaccins avaient des dates de péremption illisibles, rendant difficile le suivi de leur validité.</li> <li>• <b>Stockage de produits hors vaccination dans les réfrigérateurs dédiés aux vaccins</b> : Des produits pharmaceutiques étaient stockés avec les vaccins dans un centre de santé du district d'Adré, ce qui restreint l'espace de stockage et peut entraîner des confusions, notamment avec la présence d'un nombre important de stagiaires et de volontaires déployés dans le service de la vaccination de ce centre.</li> <li>• <b>Méconnaissance ou non-respect du protocole de rangement des vaccins</b> : Des flacons de vaccins de différents antigènes étaient mixés dans les réfrigérateurs de certains centres de santé, ce qui ne permet pas le respect de la sensibilité de température de chaque antigène dans le rangement.</li> </ul>	<p><b>Recommandation</b></p> <p>En lien avec la recommandation 4.4.1, la Direction de la Vaccination devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organiser dans un bref délai, les formations de mise à niveau des nouveaux agents et des acteurs du niveau périphérique sur les bonnes pratiques de gestion des vaccins.</li> <li>• Accentuer les supervisions formatives et s'assurer lors de ces supervisions que les PON adaptés sont disponibles, accessibles et régulièrement consultés par tout le personnel en charge du PEV au niveau intermédiaire et périphérique.</li> </ul>	
<p><b>Causes racines</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PON non disponible ou manque d'appropriation des procédures standardisées de gestion des vaccins (constat 4.4.1) ;</li> <li>• Faiblesse de monitoring de la gestion des espaces de stockage par la Direction du PEV ;</li> <li>• Personnel insuffisamment formé aux bonnes pratiques en matière de gestion des vaccins (voir constat 4.1.6) ;</li> <li>• Supervisions insuffisantes permettant aux mauvaises pratiques de persister (voir constat 4.5.2).</li> </ul>	<p><b>Réponses / Engagements du management</b></p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 8)</p>	
<p><b>Risques / Implications</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Altération de la qualité des vaccins administrés compromettant leur efficacité et la santé publique ;</li> <li>• Pertes importantes de doses de vaccins faute d'un suivi approprié ;</li> <li>• Gestion des stocks et traçabilité des vaccins inefficace.</li> </ul>	<p><b>Responsabilités</b></p> <p>(Voir annexe 8)</p>	<p><b>Délai / Chronogramme</b></p> <p>(Voir annexe 8)</p>

<sup>13</sup> Manuel d'utilisation des procédures opératoires normalisées du modèle de GEV, version consolidée, avec mode d'emploi

**4.4.5. Défaillance dans la gestion administrative des stocks de vaccins**

**Contexte**

La Direction de la Vaccination utilise les fichiers Excel « Stock Management Tool » (SMT) pour le suivi des vaccins du dépôt central et des 4 dépôts subnationaux (N'Djamena, Abéché, Sarh et Moundou). Le SMT n'est pas déployé au niveau des districts et centres de santé. Les stocks à ce niveau sont suivis à l'aide de registres ou fiches de stocks manuelles. Le service logistique de la Direction de la Vaccination produit un rapport mensuel d'analyse des données de stocks rapportées dans les SMT.

En mai 2024, l'évaluation nationale de la GEV a mis en évidence des faiblesses importantes dans la gestion des stocks de vaccins.

**Description**

L'analyse du suivi des mouvements de stocks de vaccins au niveau du dépôt central, dans les dépôts subnationaux et au niveau des districts et centres de santé, confirme la persistance des défaillances relevées par la GEV. L'analyse des fichiers SMT a révélé plusieurs erreurs et incohérences traduisant des faiblesses dans de la saisie et le contrôle des données de stocks, tant au niveau du dépôt central que dans les dépôts subnationaux. Ces erreurs et incohérences de données révèle l'insuffisance d'efficacité de l'analyse mensuelle des stocks effectuée par le service logistique et du contrôle des rapports d'analyse opéré par leur hiérarchie au sein de la Direction de la Vaccination. Quelques écarts observés sont illustrés ci-dessous :

• **Dépôts central :**

Les quantités de vaccins sorties sont quelques fois supérieures aux quantités disponibles, étant entendu qu'on ne peut sortir plus de vaccins que de vaccins disponibles en stock.

	CENTRAL					
	2021			2022		
	Stock disponible	Quantité Sortie	Ecart	Stock disponible	Quantité Sortie	Ecart
<b>BCG</b>	1 290 300	1 166 820	123 480	1 704 480	1 686 720	17 760
<b>bOPV</b>	13 067 940	13 212 940	- 145 000	3 172 000	3 369 540	- 197 540
<b>DTwP-HepB-Hib</b>	2 550 240	2 235 060	315 180	1 829 300	1 831 050	- 1 750
<b>IPV</b>	890 850	1 015 835	- 124 985	1 225 100	1 313 100	- 88 000
<b>Measles</b>	6 150 900	6 481 360	- 330 460	2 937 060	2 133 840	803 220
<b>Td</b>	1 189 500	1 226 300	- 36 800	1 979 000	1 990 850	- 11 850
<b>YF</b>	2 075 050	820 190	1 254 860	3 141 700	3 130 500	11 200
<b>Men-A (paediatric)</b>	880 400	767 420	112 980	990 880	991 880	- 1 000
<b>mOPV2 (campagne)</b>	352 880	688 120	- 335 240			-

Tout comme pour les dépôts subnationaux décrit ci-dessous, la comparaison des stocks de vaccins à la clôture de l'année et les quantités à l'ouverture de l'année suivante révèle des écarts au niveau du dépôt central.

• **Dépôts subnationaux :**

A l'examen des fichiers SMT, des écarts significatifs ont été constatés entre la quantité de stocks de vaccins (routine et campagne) mentionnée dans les SMT à la clôture de l'année et les quantités à l'ouverture de l'année suivante, étant entendu qu'aucune entrée ni sortie de vaccins n'a été enregistrée entre ces deux dates.

**Recommandation**

La Direction de la Vaccination devra :

- Investiguer les inexactitudes identifiées dans les SMT par l'audit et partager les résultats à l'équipe pays de Gavi.
- Veiller à la mise à jour effective des SMT à l'issue des inventaires physiques de stocks.
- Déployer les PON actualisées (voir recommandation 4.4.1).
- Renforcer l'analyse des stocks opérée mensuellement par le service logistique et le contrôle opéré par la direction sur les rapports d'analyse produits.
- Renforcer les contrôles et la formation sur les bonnes pratiques en matière de gestion des vaccins à travers une intensification des supervisions formatives (voir recommandation 4.5.2).

2022 / 2023	Dépôt subnational N'DJAMENA			DDépôt subnational ABECHE			Dépôt subnational SARH			Dépôt subnational MOUNDOU		
	Dec-22	Jan-23	Ecart	Dec-22	Jan-23	Ecart	Dec-22	Jan-23	Ecart	Dec-22	Jan-23	Ecart
BCG	91 380	68 400	- 22 980	93 480	96 300	2 820	50 440	61 600	11 160	87 080	87 080	0
bOPV	198 470	97 000	- 101 470	96 020	112 480	16 460	46 600	51 700	5 100	62 000	62 000	0
DTwP-HepB-Hib	120 810	76 680	- 44 130	91 790	91 790	-	28 480	46 790	18 310	88 640	88 640	0
IPV	121 590	139 900	18 310	102 285	108 640	6 355	104 279	103 750	- 529	108 530	163 530	55 000
Measles	35 660	114 300	78 640	168 400	170 690	2 290	126 060	88 930	- 37 130	234 420	234 420	0
Td	146 930	66 360	- 80 570	152 870	160 170	7 300	122 970	150 200	27 230	203 080	203 080	0
YF	45 200	49 200	4 000	60 920	60 920	-	89 280	116 680	27 400	78 480	78 480	0
Men-A (paediatric)	8 300	47 000	38 700	59 680	59 680	-	58 650	69 270	10 620	68 900	68 900	0

2023 / 2024	Dépôt subnational N'DJAMENA			DDépôt subnational ABECHE			Dépôt subnational SARH			Dépôt subnational MOUNDOU		
	Dec-23	Jan-24	Ecart	Dec-23	Jan-24	Ecart	Dec-23	Jan-24	Ecart	Dec-23	Jan-24	Ecart
BCG	203 500	8 860	- 194 640	104 400	104 400	-	17 620	7 460	- 10 160	93 000	93 000	-
bOPV	288 980	25 200	- 263 780	89 400	89 400	-	17 200	16 740	- 460	190 000	190 000	-
DTwP-HepB-Hib	12 020	3 950	- 15 970	15 700	15 700	-	45 300	17 000	- 28 300	68 100	68 100	-
IPV	94 560	17 650	- 76 910	34 540	34 540	-	43 360	24 875	- 18 485	91 920	91 690	- 230
Measles	166 200	32 350	- 133 850	89 750	89 750	-	36 100	34 440	- 1 660	144 210	123 210	- 21 000
Td	154 830	2 240	- 152 590	43 230	43 230	-	41 060	23 700	- 17 360	57 100	133 920	76 820
YF	47 301	2 700	- 50 001	8 900	8 900	-	22 600	5 160	- 17 440	65 480	57 100	- 8 380
Men-A (paediatric)	54 100	4 800	- 49 300	7 780	7 780	-	10 160	-	- 10 160	132 920	65 480	- 67 440

• **Niveau district et centre de santé :**  
 Certains centres visités, n'avaient pas de registre manuel des stocks, aucun enregistrement des entrées et sorties de vaccins n'était effectué. Dans d'autres centres, les registres de stocks étaient souvent mal remplis, avec des erreurs sur les dates de péremption et des écarts inexpliqués dans la séquentialité des soldes.  
 De plus, les inventaires physiques n'étaient pas matérialisés dans les registres de stocks, rendant difficile la vérification des quantités réelles de vaccins disponibles.  
 Enfin, les pertes de doses de vaccins flacons fermés ne font l'objet d'aucun rapportage permettant une remonté des données jusqu'au niveau central.

<p><b>Causes racines</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PON non déployées et manque d'appropriation des procédures standardisées relatives à la gestion administrative des vaccins (voir constat 4.4.1) ;</li> <li>• Faiblesse d'analyse et de contrôle des données de stocks ;</li> <li>• Personnel insuffisamment formé aux bonnes pratiques en matière de gestion des vaccins (voir constat 4.1.6) ;</li> <li>• Supervisions insuffisantes permettant aux mauvaises pratiques de persister vaccins (voir constat 4.5.2).</li> </ul>	<p><b>Réponses / Engagements du management</b></p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 8)</p>
<p><b>Risques / Implications</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Non maîtrise des quantités en stocks à différent niveaux pouvant occasionner des ruptures ou du surstockage,</li> <li>• Ruptures de stocks entravant les activités de vaccinations et l'atteinte des objectifs de couverture vaccinale.</li> </ul>	<p><b>Responsabilités</b></p> <p>(Voir annexe 8)</p> <p><b>Délai / Chronogramme</b></p> <p>(Voir annexe 8)</p>



## 4.5. Suivi et évaluation

### 4.5.1. Qualité insuffisante des données de vaccination

#### Contexte

Le Tchad fait face à des défis persistants concernant la qualité des données de vaccination. Les données administratives de couvertures vaccinales sont de faible qualité. Au cours des dix dernières années, des écarts importants ont été observés entre ces données et les données de couvertures vaccinales selon les enquêtes WUENIC.

En 2023, le pays a réalisé une enquête de couverture nationale et mis en place un plan pour l'amélioration de la qualité des données sur la période 2024-2028.

En mars 2024, dans le cadre de la mise en œuvre de ce plan, la nouvelle équipe de la Direction de la Vaccination a procédé à un diagnostic détaillé des problématiques de gestions des données. Les résultats de ce diagnostic signalent de nombreuses discordances.

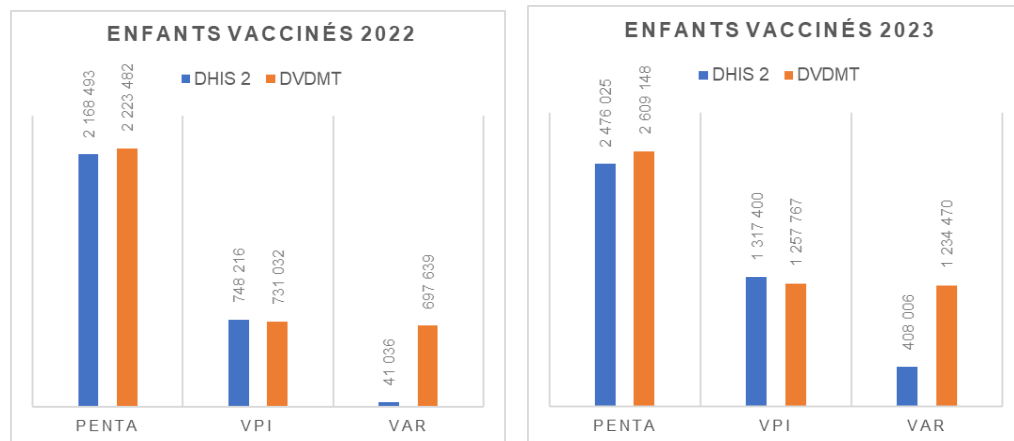
Le MSPP a initié depuis l'année 2019, la migration de la gestion des données du système manuel DVDMT vers le système DHIS2. Cependant cette migration n'a été complète qu'à partir de janvier 2024, suite à une note du Secrétaire Général du MSPP en novembre 2023 à l'endroit des Délégués Provinciaux de la Santé Publique et de la Prévention exigeant l'usage exclusif du DHIS2.

#### Description

Des faiblesses majeures liées à la gestion des données de vaccinations sont observées sur la période audité :

#### **Retard dans l'appropriation du DHIS2 par les acteurs de la vaccination et coexistence de deux (2) outils de rapportage parallèles :**

Le processus de migration de DVDMT vers DHIS2 a démarré très tôt en 2019 mais son adoption par les acteurs de la vaccination dans les Délégations provinciales a trainée jusqu'en 2024. Les deux outils ont été utilisés simultanément sur la période. Des différences sont observées dans les nombres d'enfants vaccinés rapportés dans les deux outils :



La note du Secrétaire Général en novembre 2023 a néanmoins permis un début d'utilisation exclusive de DHIS2 à partir de janvier 2024.

#### **Défaillances dans le rapportage des données :**

Le diagnostic de la qualité des données réalisée par l'équipe de la Direction de la Vaccination en mars 2024 révèle des insuffisances majeures dans les données rapportées. Leur rapport relève une récurrence d'erreurs de rapportage, notamment :

- Sous-rapportage des doses de vaccins utilisées dans certaines provinces
- Faible rapportage ou sur-rapportage des enfants vaccinés selon les localités.

#### Recommandation

Le MSPP, avec l'appui de la Direction de la Vaccination devra :

- Mettre en place un mécanisme de suivi de l'avancement du plan d'amélioration de la qualité des données incluant un rapportage périodique au CCIA.
- En collaboration avec les DPS, renforcer les contrôles au niveau des points de collectes des données, particulièrement à l'étape d'acceptation et de saisie des données dans le DHIS2.
- Accentuer les supervisions pour évaluer le niveau de prise en main du DHIS2 par les différents acteurs des provinces et renforcer leur capacité si nécessaire.
- Inclure dans les PON des guides ou procédures claires sur les contrôles de triangulation à mettre en œuvre à chaque niveau de la pyramide sanitaire sur les données remontées dans le DHIS2 et en faire une large diffusion.



Les analyses de triangulation effectuées par l'équipe d'audit illustrent certaines de ces incohérences :

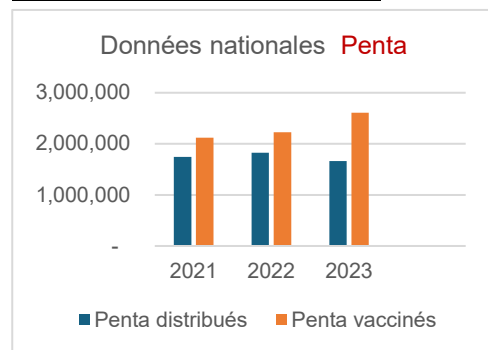
- *Écarts récurrents entre les données des registres manuel de pointage et les Rapports Mensuels de Vaccination (RMV) :*

Des tests de cohérence réalisés par les auditeurs lors des visites dans le centre de santé urbain d'Adré et le centre de santé Gardolé du district de N'Djamena Centre, ont montré, pour certains mois, des discordances entre le nombre total d'enfants vaccinés selon les registres journaliers de pointage et le nombre d'enfants rapportés dans les Rapports Mensuels de Vaccination (RMV).

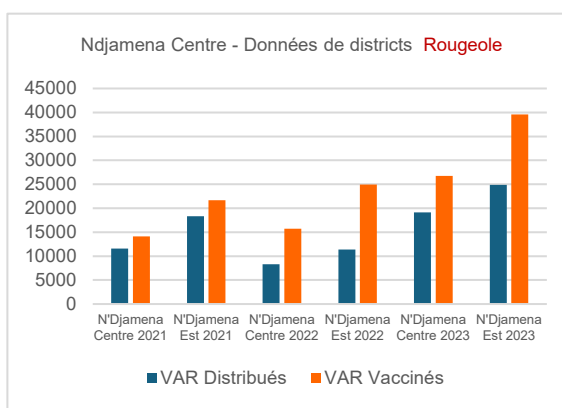
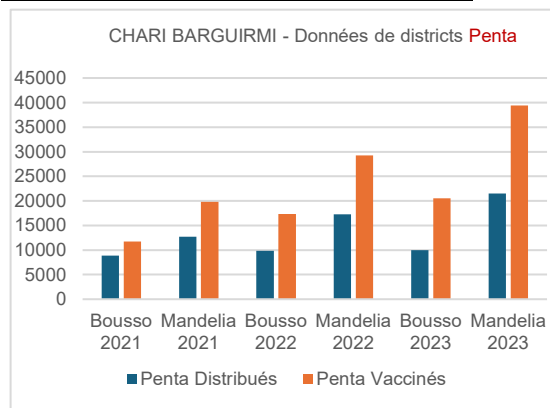
- *Comparaison nombre d'enfants vaccinés (DVDMT) et quantités de vaccins distribués (quantité maximum utilisable dans un schéma idéaliste de 0% de pertes de doses)*

Le rapprochement du nombre d'enfants vaccinées selon le DVDMT et les doses de vaccins distribués aux districts sanitaires, en ne prenant pas en compte les taux de pertes par antigène, révèle tout de même que le nombre d'enfants vaccinés rapporté est largement au-delà de ce qui est raisonnablement possible. Les graphiques ci-dessous illustrent les écarts observés au niveau nationale pour le vaccin Penta et dans deux DPS pour le Penta et la Rougeole.

Cas des données niveau nationale :



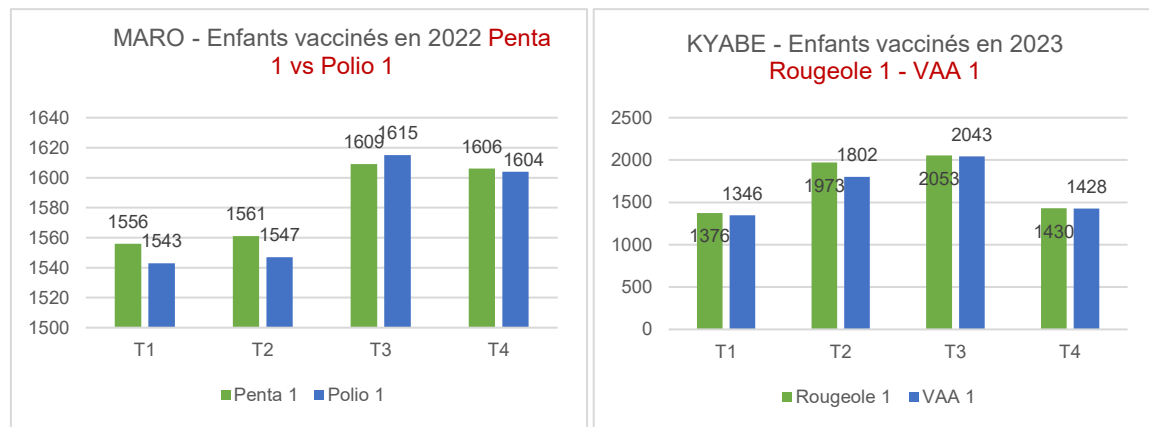
Cas des données au niveau district sanitaire



Les écarts observés proviennent aussi bien des erreurs de rapportage des enfants vaccinés que de la mauvaise qualité des données du SMT comme exposé dans le constat 4.4.5

**Comparaison du nombre d'enfants vaccinés pour des antigènes administrés au même âge (DHIS2)**

Le rapprochement du nombre d'enfants vaccinés sur une période de trois mois<sup>14</sup> (Trimestres T1, T2, T3, T4) pour des antigènes administrés au même âge de l'enfant révèle des discordances. Les graphiques ci-dessous présentent quelques cas.



**Causes racines**

- Insuffisance de suivi par les organes de gouvernance ;
- Insuffisance du cadre de contrôle de la qualité des données rapportées ;
- Formation insuffisante du personnel en charge de la gestion des données.

**Réponses / Engagements du management**

(Voir plan d'actions correctives en annexe 8)

**Risques / Implications**

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

**Responsabilités**

(Voir annexe 8)

**Délai / Chronogramme**

(Voir annexe 8)

<sup>14</sup> Selon la DV, les rendez manqués devraient pouvoir être rattrapés sur le période de 3 mois. Ce qui devrait permettre d'égaliser le nombre d'enfants vaccinés pour les antigènes administrés au même âge.

**4.5.2. Insuffisance qualitative des supervisions**

<p><b>Contexte</b></p> <p>L'évaluation du Plan Pluri Annuel Complet (PPAC) 2013-2017 effectuée lors de l'élaboration du PPAC 2018-2022 indique que. « <i>De manière générale, les performances du programme n'ont pas été satisfaisantes car les objectifs fixés dans le PPAC 2013-2017 n'ont pas été atteints. [...] Le programme a accusé un certain nombre de faiblesses dont les plus importantes sont entre autres liées à l'insuffisance de la mise en œuvre de l'approche Atteindre Chaque District (ACD), à l'approvisionnement irrégulier en vaccins et autres intrants au niveau opérationnel dû à une mauvaise gestion, à l'insuffisance des supervisions formatives de qualité au niveau intermédiaire et opérationnel, à la non-atteinte des enfants dans les zones de responsabilité d'accès difficile, à l'instabilité et démotivation du personnel, à une logistique insuffisante pour la mise en œuvre des activités du PEV.</i> »</p> <p>Le PPAC 2018-2022 prévoit dans le cadre de l'objectif de renforcement de la gestion des vaccins d'« <i>Assurer la supervision formative des points focaux du PEV de districts mensuellement et des subnationaux trimestriellement</i> », et pour le renforcement du personnel au niveau opérationnel de « <i>Réaliser 4 supervisions par an dans les régions et DS [districts sanitaires]</i> »</p> <p>L'assistant technique Acacus a mis en place un système de supervision digitale sur financement Gavi qui a permis d'accentuer les supervisions au niveau périphériques : 34 452 supervisions ont ainsi été réalisées entre 2021 et 2023.</p>		
<p><b>Description</b></p> <p>Les visites effectuées dans la province du Ouaddaï et à N'Djamena ont donné de faire des observations qui mettent en doute la qualité des supervisions réalisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les agents rencontrés n'avaient pas mémoire des dernières supervisions reçues. Ils ne disposaient d'aucune trace écrite de ces supervisions ni des recommandations qui ont été formulées.</li> <li>• De nombreuses défaillances ont été constatées dans la gestion physique et administrative des vaccins, ainsi que dans la gestion des espaces de stockage des autres intrants.</li> </ul> <p>Par ailleurs, les guides de supervision n'intègrent pas des contrôles approfondis sur l'efficacité de la gestion administrative des vaccins, la disponibilité des PON et leur maîtrise par les agents, la qualité des données de stocks et de vaccination rapportées.</p>	<p><b>Recommandation</b></p> <p>La Direction de la Vaccination avec l'appui du MSPP devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réviser les guides de supervision par niveau de la pyramide sanitaire et former les équipes au niveau central, subnational et périphérique à leur utilisation.</li> <li>• Mettre en place un calendrier annuel de supervision formative et intégrée avec des dates indicatives afin de permettre une anticipation suffisante et la mobilisation à temps des ressources.</li> </ul> <p>Le MSPP devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclure la régularité des supervisions formatives parmi les critères d'évaluation des performances des responsables à chaque niveau de la pyramide sanitaire.</li> </ul>	
<p><b>Causes racines</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en œuvre insuffisante des recommandations de l'audit précédent (voir constat 4.1.1) ;</li> <li>• Absence de cadre de référence adéquat pour les supervisions formatives du PEV ;</li> <li>• Insuffisance de formation des superviseurs.</li> </ul>	<p><b>Réponses / Engagements du management</b></p> <p>(Voir plan d'actions correctives en annexe 8)</p>	
<p><b>Risques / Implications</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faible performance du programme ;</li> <li>• Pratiques de gestion des vaccins hétérogènes et à risque ;</li> <li>• Absence de remontée des problèmes rencontrés pour une réponse efficace et en temps voulu ;</li> <li>• Revue insuffisante de la qualité des données compromettant la fiabilité des informations collectées.</li> </ul>	<p><b>Responsabilités</b></p> <p>(Voir annexe 8)</p>	<p><b>Délai / Chronogramme</b></p> <p>(Voir annexe 8)</p>

## Annexes

### Annexe 1 – Acronymes





ACP	Accord-Cadre de Partenariat
AT	Assistant(ce) technique
CCIA	Comité de Coordination Inter-Agences / Comité National de Coordination Inter-Agences
COVID 19 - CDS	Initiative ayant pour but d'assurer un accès équitable à la vaccination contre le Covid-19
DHIS2	District Health Information System, 2ème version
DPS	Directions Provinciales de la Santé
ECF	Equipements de la Chaîne du Froid
EMO	Entités de Mise en Œuvre
GEV	Gestion Efficace des Vaccins
GMR	Grant Management Requirements / Exigences en Matière de Gestion des Subventions Gavi
GTCV	Groupe Technique Consultatif pour la Vaccination
HSS/RSS	Subvention Gavi pour le Renforcement du Système de la Santé
IPV	Vaccin antipoliomyélitique inactivé

MSPP	Ministère de la Santé
OMS / WHO	Organisation Mondiale de la Santé
PAO	Plans d'Actions Opérationnels
Penta	Vaccin Pentavalent
PEV	Programme Elargi de la Vaccination
PON	Procédures Opératoires Normalisées
PPM	Plan de Passation des Marchés
PTF	Partenaires techniques et financiers
SMT	Stock Management Tool (outil Excel de gestion des stocks de vaccins et consommables)
UGP	Unité de Gestion des Projets
USD	United States dollar
WUENIC	Estimation de la Couverture Vaccinale par OMS/Unicef

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

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

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

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

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

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

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

### Annexe 3 – Classification des dépenses

#### Dépenses suffisamment justifiées

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

#### Dépenses insuffisamment justifiées

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

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

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

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

#### Dépenses non justifiées

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

#### Dépenses irrégulières

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

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

#### Dépenses inéligibles

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

## Annexe 4 – Synthèse des dépenses testées et des conclusions de l'audit

FCFA USD

Subventions	Dépenses de la période	Montant testé	% testé	Catégories de constats				Total mis en question	% testé mis en question
				1. Dépenses insuffisamment justifiées	2. Dépenses non justifiées	3. Dépenses irrégulières	4. Dépenses inéligibles **		
<b>Comptes SDV reconstituées 2017 - 2018</b>									
Décaissements Unicef	1 092 406 027	1 092 406 027	100%		192 649 989			<b>192 649 989</b>	<b>18%</b>
	1 943 783	1 943 783			342 794			342 794	
<b>Comptes UGP 2021 - 2023</b>									
RSS2	6 931 464 119	4 388 663 666	63%	26 074 760		7 191 500	3 217 279	<b>36 483 539</b>	<b>1%</b>
	11 649 520	7 375 905		43 823	0	12 087	5 407	61 317	
CDS1	2 645 026 336	1 852 072 304	70%	16 140 870		5 210 000	0	<b>21 350 870</b>	<b>1%</b>
	4 445 422	3 112 727		27 128	0	8 756	0	35 884	
CDS2	3 048 719 555	402 956 490	13%	1 530 000		0	0	<b>1 530 000</b>	<b>0,4%</b>
	5 123 898	677 238		2 571	0	0	0	2 571	
ROUGEOLE	1 329 819 727	343 975 787	26%	0		2 190 000	0	<b>2 190 000</b>	<b>1%</b>
	2 234 991	578 111		0	0	3 681	0	3 681	
VPI	67 782 877	3 984 339	6%					<b>0</b>	<b>0%</b>
	113 921	6 696		0	0	0	0	0	
Fonds réfugiés (FED)	113 121 180	113 121 180	100%					<b>0</b>	<b>0%</b>
	190 120	190 120		0	0	0	0	0	
Sous-total	14 135 933 794	7 104 773 766	50%	43 745 630	0	14 591 500	3 217 279	<b>61 554 409</b>	<b>1%</b>
Sous total USD	23 757 872	11 940 796		73 522	0	24 524	5 407	103 453	
TOTAL FCFA	15 228 339 821	8 197 179 793	58%	43 745 630	192 649 989	14 591 500	3 217 279	<b>254 204 398</b>	<b>3%</b>
TOTAL USD	25 701 655	13 884 579		73 522	342 794	24 524	5 407	446 247	

(\*\*) Dépenses non conformes aux conditions de subvention définies dans l'Accord Cadre de Partenariat (voir annexe 3 ci-dessus).



## Annexe 5 – Détails des montants mises en question

## 5.1 Dépenses insuffisamment justifiées

## RSS 2

Date compta	N° pièce	Libellé	Débit	Observations initiales	Observations post revue documents additionnels	Montant final mis en question	Commentaires actualisés UGP	Autres commentaires des auditeurs
12/30/2022	ODPR0280	Justification des frais de transport de plis et courriers IPVS de Toukra de juillet 2022	2 499 000	Absence de rapport de paiement de MOOV ordres de mission et listes de présence.	Les paiements effectués sont reconstitués à hauteur de F CFA 1 249 500 (50% du montant à justifier) via les états de paiement émargés, d'où un écart de F CFA 1 249 500 non justifié.	1 249 500	Jusqu'à la copie du second ordre de mission avec les visas au verso confirmant la différence des itinéraires et des centres de santé visités n'a pas pu être retrouvée, compte tenu du contexte.	[Néant]
9/27/2021	P21000196	Paiements arriérés pour réunions monitoring DS mois de décembre à Aout 21	5 011 760	Le total des pièces justificatives jointes ne concerne que 1 410 500 1 392 500 Fcfa,	Le total des pièces justificatives fait 1 410 500 Fcfa. Montant validé à hauteur des pièces justificatives reçues.	3 601 260	Des dispositions sont prises pour que pareille situation ne se répète à l'avenir.	[Néant]
10/26/2023	AC230545	Perdiem y compris frais hôtel aux participants de l'atelier sur la micro-planification des équipes cadre de DSP pool OUADDAI 2	4 860 000	Absence de TDR, rapport de mission, et rapport de paiement MOOV	Vu rapport d'activités et TDR, mais pas d'état de paiement.	4 860 000	Jusqu'à la les pièces justificatives complémentaires n'ont pas pu être retrouvées, compte tenu du contexte.	[Néant]
12/14/2023	AC230597	Facture pause-café à l'atelier de formation sur la micro-planification des équipes cadre de DSP dans les différents pools	2 966 000	Atelier de formation sur la micro-planification de 2 jours avec un bon de commande de 80 participants/jour alors que les listes de présence indiquent en moyenne 52 participants par jour.	Aucun document additionnel reçu.	2 966 000	Des dispositions sont prises pour que pareille situation ne se répète à l'avenir.	[Néant]
8/6/2022	AC220104	Location de véhicule de la distribution des vaccins dans la zone sud	1 896 000	2) Absence de rapport MOOV pour les paiements.	Les documents fournis font cas d'un conflit avec le prestataire de location de véhicule retardant le paiement du présent montant provisionné. En l'absence de preuve de paiement de cette facture, la dépense reste mise en question.	1 896 000	Jusqu'à le rapport de paiement Moov n'a pas pu être retrouvé, compte tenu du contexte.	[Néant]
8/9/2023	AC230450	Frais de transport des acteurs pour l'atelier d'élaboration du PPDS dans le DSP de WADI FIRA	3 670 000	3) l'état détaillé de paiement à soumettre à MOOV pour les paiements est une copie de celle de la pièce 130. Ligne EXCEL 270"	Justifs de l'écart non obtenus	100 000	Des dispositions sont prises pour que pareille situation ne se répète à l'avenir.	[Néant]

Date compta	N° pièce	Libellé	Débit	Observations initiales	Observations post revue documents additionnels	Montant final mis en question	Commentaires actualisés UGP	Autres commentaires des auditeurs
5/5/2023	ODPR0376	Frais de transport arriérés de collation aux DS pour les réunions de monitoring déc. 2022 à Mars 2022	1 764 000	En l'absence de preuve de paiement de cette facture, la dépense est maintenue en inéligible.	Justifs de l'écart non obtenus	852 000	Jusque-là les pièces justificatives complémentaires n'ont pas pu être retrouvées, compte tenu du contexte.	[Néant]
3/23/2023	AC230327	Ets Lakouma Fa 024/2023 relative pause-café Déjeuner atelier 30nouveaux paramédicaux	2 100 000	Montant reconstitué à 3 570 000 au vu des états de paiement élargés, soit 100 000 non justifié	Justifs de l'écart non obtenus	300 000	Des dispositions sont prises pour que pareille situation ne se répète à l'avenir.	[Néant]
9/13/2023	ODPR0532	Paiement 20 % perdiem mission de supervision formative de vaccination de routine dans 5 provinces	4 290 000	"1) Absence de TDR	Justifs manquants non obtenus	4 290 000	"Jusque-là les pièces justificatives complémentaires n'ont pas pu être retrouvées, compte tenu du contexte.	[Néant]
5/4/2023	ODPR0029	Frais de transport et perdiem atelier des délégués de 10 provinces Gavi du 20-25/03/2023	3 085 000	2) Le total des frais de déplacement payés au vu des états de paiement fournis se chiffre à 912 000.	Pas d'éléments additionnels	3 085 000	Des dispositions sont prises pour que pareille situation ne se répète à l'avenir.	[Néant]
10/28/2022	AC220188	Facture de fourniture des pauses café et déjeuner formation cadres du MSPSN du 1 au 5/8/2022	2 875 000	Dépense validée à hauteur des pièces justificatives reçues.	Pas d'éléments additionnels	2 875 000	Jusque-là les pièces justificatives complémentaires n'ont pas pu être retrouvées, compte tenu du contexte.	[Néant]
<b>Total dépenses insuffisamment justifiées RSS 2</b>						<b>26 074 760</b>		

## CDS 1

Date compta	N° pièce	Libellé	Débit	Observations initiales	Observations post revue documents additionnels	Montant final mis en question	Commentaires actualisés UGP	Autres commentaires des auditeurs
10/5/2021	ODPR0028	Mission de vaccination de la population nomade dans la province de Hadjer Lamis	2 880 000	Présence de deux états de paiement de 1 440 000 Fcfa chacun sans listes de présence ni OM visés à l'arrivée et au départ	<p><u>Mission du 05 au 15 octobre 2021</u> : vu un état de paiement de 1 440 000 XAF déchargé, un rapport de mission et un ordre de mission (sans la page du verso). Dépenses approuvées.</p> <p><u>Mission du 28 au 31 août 2021</u> (4 jours) : pas d'autre document justificatif qu'un état de paiement émargés par les bénéficiaires pour 10 jours de perdiem, soit un total de 1 440 000 XAF. L'état en entête "date : du 28 au 31 août" ce qui fait 4 jours. Au regard de cette inconsistance et sans autre document justificatif, ce montant est mis en question."</p>	1 440 000	Néant.	[Néant]
3/2/2022	AC220027	Restauration atelier formation des agents vaccinateurs campagne COVID-19	742 500	<p>1) Absence de rapport de formation</p> <p>2) Absence de BL/attestation de service fait</p> <p>3) Absence des pro forma de mise en concurrence.</p>	Aucun document additionnel reçu.	742 500	Jusque-là les pièces justificatives complémentaires n'ont pas pu être retrouvées, compte tenu du contexte. Des dispositions sont prises pour que pareille situation ne se répète à l'avenir.	[Néant]
11/1/2022	ODPR0003	Frais de mission distribution vaccins & intrants COVID-19 dans plusieurs axes	510 000	<p>"1) Etat émargement non signé/manque la preuve de transmission des ressources par MOOV</p> <p>2) Absence de rapport de mission"</p>	Aucun document additionnel reçu.	510 000	Jusque-là les pièces justificatives complémentaires n'ont pas pu être retrouvées, compte tenu du contexte. Des dispositions sont prises pour que pareille situation ne se répète à l'avenir.	[Néant]
1/10/2023	ODPR0671	Location moto et véhicule campagne Covid19 juillet 2022	7 501 700	Absence de dépense concernant des locations de moto et véhicule dans les pièces justificatives de la référence citée	Aucun document additionnel reçu.	7 501 700	Jusque-là les pièces justificatives complémentaires n'ont pas pu être retrouvées, compte tenu du contexte. Des dispositions sont prises pour que pareille situation ne se répète à l'avenir.	[Néant]

Date compta	N° pièce	Libellé	Débit	Observations initiales	Observations post revue documents additionnels	Montant final mis en question	Commentaires actualisés UGP	Autres commentaires des auditeurs
1/7/2023	ODPR0524	Frais de communication des agents pour la gestion de COVID19	1 294 670	1) Les travaux de compilation des pièces justificatives font ressortir un montant total de 75 260 000 Fcfa contre un total de 76 554 670 Fcfa. Soit un écart de 1 294 670 Fcfa. 2) Liste de présence non émargé.	Aucun document additionnel reçu.	1 294 670	Jusque-là les pièces justificatives complémentaires n'ont pas pu être retrouvées, compte tenu du contexte. Des dispositions sont prises pour que pareille situation ne se répète à l'avenir.	[Néant]
1/7/2023	ODPR0524	Formation sur la méthode de protection contre COVID19	4 652 000	Décaissement par chèque d'un montant de 4 652 000 Fcfa pour une formation sans que des pièces justificatives probantes du décaissement soient jointes. Par ailleurs, nous constatons une incohérence sur le chèque entre le montant en lettre et en chiffre.	Aucun document additionnel reçu.	4 652 000	Jusque-là les pièces justificatives complémentaires n'ont pas pu être retrouvées, compte tenu du contexte. Des dispositions sont prises pour que pareille situation ne se répète à l'avenir.	[Néant]
<b>Total dépenses insuffisamment justifiées CDS 1</b>						<b>16 140 870</b>		

## CDS 2

Date compta	N° pièce	Libellé	Débit	Observations initiales	Observations post revue documents additionnels	Montant final mis en question	Commentaires actualisés UGP	Autres commentaires des auditeurs
3/23/2023	ODPR0026	Paiement frais de déplacement pour le traitement des justifs COVID 19	1 530 000	1) Absence du rapport de mission des activités réalisées ; 2) Absence du rapport la compagnie de paiement mobile pour les paiements effectués 3) Absence d'ordre de mission 4) Absence de visa de l'Agent Fiduciaire sur la fiche d'engagement des dépenses.	Aucun document additionnel reçu.	1 530 000	Jusque-là les pièces justificatives complémentaires n'ont pas pu être retrouvées, compte tenu du contexte. Des dispositions sont prises pour que pareille situation ne se répète à l'avenir.	[Néant]
<b>Total dépenses insuffisamment justifiées CDS 2</b>						<b>1 530 000</b>		

**5.2 Dépenses non justifiées**

Comptes reconstitués – dépenses non justifiées

Comptes reconstitués 2017 - 2018	Montant à justifier	Montant justifié	Pièces justificatives non retrouvées par le MSPP	Montant mis en question
Dépenses	1 092 406 027	899 756 038	192 649 989	192 649 989
		82%	18%	

## 5.3 Dépenses irrégulières

## RSS 2

Date compta	N° pièce	Libellé	Débit	Observations initiales	Observations post revue documents additionnels	Montant final mis en question	Commentaires actualisés UGP	Autres commentaires des auditeurs
12/29/2022	ODPR0291	Justification collation IPVS 1 de Koukou	4 492 000	Frais de collation des vaccinateurs et des relais communautaires de Koukou Angarana : états de paiements pré-imprimés et signatures manuelles. Les signatures des mêmes bénéficiaires sont incohérentes sur tous les états fournis. Ce qui ne donne aucune assurance sur la réalité des paiements et pour le bon montant.	Frais de collation des vaccinateurs et des relais communautaires de Koukou Angarana : états de paiements pré-imprimés et signatures manuelles. Les signatures des mêmes bénéficiaires sont incohérentes sur tous les états fournis. Ce qui ne donne aucune assurance sur la réalité des paiements et pour le bon montant.	4 398 500	Avec les mêmes éléments, la dépense a été initialement classée insuffisamment justifiée sans requérir de document complémentaire. Ces vaccinateurs sont des ouvriers du niveau primaire dont les signatures peuvent varier d'un moment à un autre. D'autres font des griffonnages comme signature. Répéter le même griffonnage n'est pas évident. Même en passant par les empreintes, les vérifications pour l'UGP seraient encore plus compliquées en l'absence de dispositif de scannage et vérification des empreintes. Sans les rétributions de vaccinations, ils n'ont pas d'autres occasions pour apposer leur signature. Au niveau de l'UGP, des spot check et des supervisions sont faites pour renforcer l'assurance afin de s'assurer que les vrais bénéficiaires ont réellement encaissés les montants déclarés. Pour avoir l'assurance raisonnable et lever le doute, il revient à l'auditeur d'approfondir les vérifications auprès de ces bénéficiaires. Sinon, nous invitons l'auditeur à reconsidérer son jugement sur la base du doute et des vérifications de confirmation non mises en œuvre en son temps. Nous allons prochainement voir avec le cas d'empreinte qui a aussi son lot d'avantage et d'inconvénients	Nous ne recommandons pas le recours aux empreintes comme décharges de paiements dans la mesure où ni l'UGP ni les auditeurs ne dispose d'une base de données ni des outils nécessaires à la vérification des empreintes.  L'UGP devra renforcer les contrôles sur les paiements en espèces et redoubler de vigilance dans la vérification des signatures.
12/29/2022	ODPR0291	Frais de transport (supervision) IPVS 1 de Koukou	2 793 000	Frais de transport des vaccinateurs et des relais communautaires de Koukou Angarana : états de paiements pré-imprimés et signatures manuelles. Les signatures des mêmes bénéficiaires sont incohérentes sur tous les états fournis. Ce qui ne donne aucune assurance sur la réalité des	Frais de transport des vaccinateurs et des relais communautaires de Koukou Angarana : états de paiements pré-imprimés et signatures manuelles. Les signatures des mêmes bénéficiaires sont incohérentes sur tous les états fournis. Ce qui ne donne aucune assurance sur la réalité des	2 793 000	Avec les mêmes éléments, la dépense a été initialement classée insuffisamment justifiée sans requérir de document complémentaire. Ces vaccinateurs sont des ouvriers du niveau primaire dont les signatures peuvent varier d'un moment à un autre. D'autres font des griffonnages comme signature. Répéter le même griffonnage n'est pas évident. Même en	Nous ne recommandons pas le recours aux empreintes comme décharges de paiements dans la mesure où ni l'UGP ni les auditeurs ne dispose d'une base de données ni des outils nécessaires à la



Date compta	N° pièce	Libellé	Débit	Observations initiales	Observations post revue documents additionnels	Montant final mis en question	Commentaires actualisés UGP	Autres commentaires des auditeurs
				paiements et pour le bon montant.	paiements et pour le bon montant.		passant par les empreintes, les vérifications pour l'UGP seraient encore plus compliquées en l'absence de dispositif de scannage et vérification des empreintes. Sans les rétributions de vaccinations, ils n'ont pas d'autres occasions pour apposer leur signature. Au niveau de l'UGP, des spot check et des supervisions sont faites pour renforcer l'assurance afin de s'assurer que les vrais bénéficiaires ont réellement encaissés les montants déclarés. Pour avoir l'assurance raisonnable et lever le doute, il revient à l'auditeur d'approfondir les vérifications auprès de ces bénéficiaires. Sinon, nous invitons l'auditeur à reconsidérer son jugement sur la base du doute et des vérifications de confirmation non mises en œuvre en son temps. Nous allons prochainement voir avec le cas d'empreinte qui a aussi son lot d'avantage et d'inconvénients	vérification des empreintes.  L'UGP devra renforcer les contrôles sur les paiements en espèces et redoubler de vigilance dans la vérification des signatures.
<b>Total dépenses irrégulières RSS 2</b>						<b>7 191 500</b>		

## CDS 1

Date compta	N° pièce	Libellé	Débit	Observations initiales	Observations post revue documents additionnels	Montant final mis en question	Commentaires actualisés UGP	Autres commentaires des auditeurs
10/25/2021	ODPR0065	Collation pour les équipes fixes et mobiles dans le cadre de la vaccination COVIT19	5 210 000	1) Equipe mobile N°4 surcharges des dates sur les listes de présence. En plus, les listes de présences journalières semblent être signées le même jour. 2) Equipe mobile N°5 surcharges des dates sur les listes de présence. 3) Equipe fixe du district surcharge des dates sur les listes de présence. 4) Equipe mobile N°1 surcharge des dates sur les listes de présence. "	Documents justificatifs non probants.	5 210 000	Remarquons ici, qu'en présence des insuffisances notifiées lors de la 1 <sup>ère</sup> revue, la dépense a été initialement classée insuffisamment justifiée sur la base de présomption et de surcharges sur liste de présence (En plus, les listes de présences journalières semblent être signées le même jour) Cf. à la cellule G38. La clarification fournie justifie une réduction de charge déjà comptabilisée dans les livres au niveau de la pièce N° RSS2210616 du 28/03/2022 Malgré, la dépense passe à inéligible alors que le même dossier a été resoumis. Nous invitons l'auditeur à reconsidérer son jugement compte tenu de la présomption et des rapports d'évidence de mise en œuvre de l'activité. Le montant final liquidé est de 5 210 000 – 600 000 = 4 610 000 et le montant inéligible passe à zéro étant donné l'annulation et la supposition sur les éléments visés. Lesdites insuffisances de surcharges sur des dates restent des points de contrôle interne à améliorer au niveau périphérique.	Nous n'avons retrouvé que les documents d'annulation comptable du chèque pour 600 000 XAF. L'annulation comptable du chèque pour correction de libellé de l'écriture n'implique par une annulation du décaissement à la banque. La dépense de 5 210 000 XAF est entièrement mise en question car les justificatifs fournis ne sont pas probants et ne fournissent pas d'assurance nécessaire.
<b>Total dépenses irrégulières CDS 1</b>						<b>5 210 000</b>		

## Subvention Rougeole

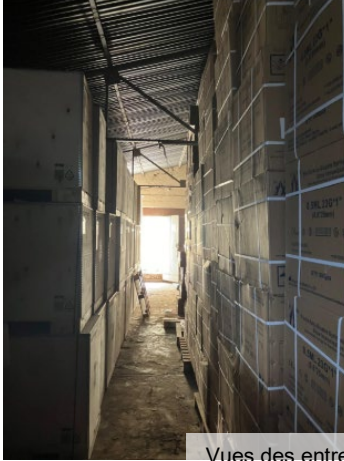

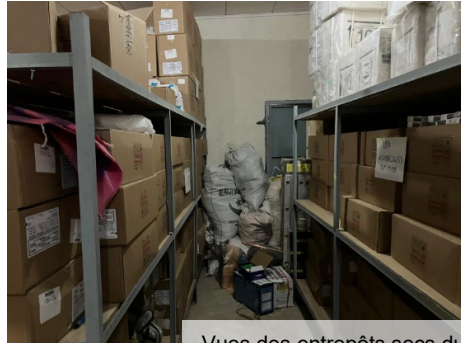

Date compta	N° pièce	Libellé	Débit	Observations initiales	Commentaires UGP	Observations post revue documents additionnels	Montant final mis en question	Commentaires actualisés UGP	Autres commentaires des auditeurs
12/14/2022	AC220227	Location des véhicules pour la mission de supervision de la campagne VAR2 et VPI2 dans les provinces de Hadjar Lamis, Lac, Kanem, Batha, Guera, Salamat, N'Djaména	4 380 000	Location de voitures Axe 3 : 2 ordres de mission (OM) avec le même numéro mais 2 voitures différentes. Les visa au verso sont les mêmes. Un OM est original et l'autre est une copie. Sur les 2 OM on a les mêmes personnes pour la même période. Il semble qu'il y ait eu une (1) seule location de voiture au lieu de deux (2) voitures.	- Il s'agit de deux missionnaires avec un seul ordre de mission et un véhicule chacun. - Les destinations au niveau DSP ou DS sont les mêmes, mais chacun à une aire de santé et des thématiques différentes	L'ordre de mission unique avec les mêmes décharges au verso ne permet pas de justifier la location de deux véhicules distincts. La dépense est validée pour la location d'un véhicule, soit 50%.	2 190 000	Jusqu'à la copie du second ordre de mission avec les visas au verso confirmant la différence des itinéraires et des centres de santé visités n'a pas pu être retrouvée, compte tenu du contexte. Des dispositions sont prises pour que pareille situation ne se répète à l'avenir.	[Néant]
<b>Total dépenses irrégulières Rougeole</b>							<b>2 190 000</b>		

## 5.4 Dépenses inéligibles

## RSS 2

Date compta	N° pièce	Libellé	Insuffisamment justifiées	Observations initiales	Observations post revue documents additionnels	Commentaires UGP
11/20/2023	AC230571	Prise en charge des droits d'enregistrement 3% pour la facture formation de LOGIVAC	844 230	Les droits d'enregistrement ne doivent pas être à la charge de GAVI	Dépense inéligible selon l'Accord Cadre de Partenariat.	Ok, confirmé inéligible.
12/18/2023	AC230603	Prise en charge droit d'enregistrement(pénalité) pour la facture formation de LOGIVAC	844 230	Les droits d'enregistrement ne doivent pas être à la charge de GAVI	Dépense inéligible selon l'Accord Cadre de Partenariat.	Ok, confirmé inéligible.
12/31/2023	AC230642	Pénalité de retard sur le droit d'enregistrement de 3% aux services des domaines par rapport à la facture TN01TN1230322 relative aux honoraires d'audit des subventions GAVI pour l'exercice 20222	1 528 819	Les droits d'enregistrement et pénalités de retard ne doivent pas être à la charge de GAVI	Dépense inéligible selon l'Accord Cadre de Partenariat.	Ok, confirmé inéligible.
		<b>Total RSS 2</b>	<b>3 217 279</b>			

Annexe 6 – Compte-rendu de visite de sites

Site visité :	<b>DEPOT CENTRAL DU PEV</b>	ILLUSTRATIONS	
Dates :	Mercredi 14 août 2024		
Interlocuteurs rencontrés :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Chef de service logistique</li> <li>2) Responsable dépôt</li> <li>3) Responsable adjoint du dépôt et maintenancier</li> </ol>		
Observations	<p><b>Les infrastructures et équipements</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Le dépôt dispose d'un entrepôt sec propre et 2 autres en locations : les entrepôts sont encombrés et ne fournissent d'abris sécurisés pour le matériel stocké.</li> <li>○ 5 chambres froides positives, 1 chambre froide négative, 1 chambre froide mixte</li> <li>○ 7 ultrafroid dont seuls 2 fonctionnent</li> <li>○ Capacité de stockage fortement limitée</li> <li>○ Il est en projet de construire un dépôt d'une plus grande capacité</li> <li>○ 1 seul extincteur pour tout le local des chambres froides</li> <li>○ 1 extincteur au niveau du local du générateur mais son été de fonctionnement n'a pas été testé depuis plus de 5 ans</li> <li>○ Pas de détecteur de fumée.</li> </ul> <p><b>La maintenance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Difficultés d'acquisition des pièces de rechange</li> <li>○ Les techniciens du PEV assurent la maintenance préventive. La maintenance curative est occasionnellement assurée par un prestataire privé,</li> <li>○ Accumulation de glace dans la porte de la chambre froide mixte, un problème d'étanchéité de la porte.</li> <li>○ Etagère affaissée dans la chambre froide négative</li> </ul> <p><b>Distribution des vaccins</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Distribution faite à l'aide de véhicules loués</li> <li>○ 4 pick-up frigorifique acquis sur financement Gavi</li> <li>○ Insuffisance de fridge tag pour le suivi des températures pendant le transport des vaccins</li> <li>○ Les véhicules utilisés ne sont pas frigorifiques</li> </ul> <p><b>Chambre froide du dépôt subnational de Ndjamena</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ La chambre froide est logée dans le même local que les chambres froides du dépôt central</li> <li>○ Mauvais rangement des vaccins n'est pas adéquat</li> <li>○ Présence de doses de vaccins expirées.</li> </ul>		
		Vues des entrepôts secs du dépôt central à Ndjamena	
			
		Vues des entrepôts secs du dépôt central à Ndjamena	



Chambres froides encombrées et étagères affaissées



Vue de la porte d'une chambre froide : accumulation de glace



Chambre froide du dépôt subnational de Ndjamena : rangement inefficace des vaccins et vaccins virés en stocks



<p>Site visité :</p>	<p><b>DELEGATION PROVINCIALE DU OUADDAI</b>  <b>1/ District sanitaire d'Abéché</b>  <b>2/ Dépôt sub-national</b>  <b>3/ District d'Adré</b>                  - - Centre MSF Suisse pour les réfugiés à Adré                  - Centre de santé d'Adré</p>	<p>ILLUSTRATIONS</p>
<p>Dates :</p>	<p>Lundi 19 au mercredi 21 août 2024</p>	
<p>Lundi 19</p>	<p><b>1. DISTRICT D'ABÉCHÉ</b>  <b>2. DEPOT SUB-NATION D'ABECHE</b></p>	
<p>Interlocuteurs rencontrés :</p>	<p>1) Délégué Provincial de la Santé et de la Prévention du Ouaddai,                  2) Médecin chef de district (MCD)                  3) Responsable PEV du District                      o Responsable du dépôt (récemment nommé), Responsable PEV sortant du District d'Abéché                      o Technicien chargé de maintenance                  4) Consultant Unicef</p>	
<p>Observations</p>	<p>La délégation provinciale du Ouaddai comprend 8 districts sanitaires dont les districts d'Abéché et d'Adré visités.</p> <p>La Direction du District d'Abéché comprend 19 centres de santé (CS) dont 17 fournissent des services de vaccinations.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o <b>Ressources humaines</b></li> </ul> <p>Au niveau de la Délégation, un responsable PEV assure la coordination de la vaccination dans la Délégation. Il est aussi gestionnaire des données vaccinales au niveau de la délégation.</p> <p>Au niveau du District, le Médecin Chef de District (MCD) et un Responsable PEV du district assurent la coordination des données du PEV. 16 CS sur les 17 ont un responsable PEV. Le 17<sup>e</sup> vient de débiter la vaccination sans chaîne du froid ni responsable PEV.</p> <p>La délégation a organisé en 2024 La formation des formateurs sur les bonnes pratiques de gestion des vaccins. Tous les Médecins chefs de districts et les responsables PEV de districts ont ainsi été formés. La formation des responsables PEV des centres de santé par les premiers formés est en cours de préparation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>CHAINE DE FROID</b></li> </ul> <p>Le dépôt subnational du PEV est basé à Abéché (voir compte-rendu de visite du dépôt). Le district dispose de réfrigérateurs solaires pour le stockage des vaccins (2 mois de stocks). 16 CS sur les 19 disposent d'un réfrigérateur solaire fonctionnel et d'une moto pour les déplacements. L'un des 16 CS a eu son panneau solaire abimé par les vents violents, son</p>	<p><b>Dépôt subnational d'Abéché</b> : panneaux solaires d'alimentation de la chambre froide partiellement endommagés réduisant la capacité de production d'énergie.</p>  <p><b>Dépôt subnational d'Abéché</b> : générateurs de secours en arrêt définitif (droite) et fonctionnant avec panne (gauche)</p>



réfrigérateur est donc en arrêt et les vaccins ont été transférés dans un centre de santé proche.

Pour la maintenance, le district a un chargé de maintenance qui s'occupe de la chambre froide du dépôt subnational et prend en charge les petites réparations des réfrigérateurs des CS. IL réfère les pannes importantes à la DV à N'Djamena.

❖ **LOGISTIQUE DES VACCINS**

Le District est approvisionné de manière bimensuelle par le dépôt subnational du PEV. Il approvisionne à son tour de manière mensuelle les 17 CS qui font la vaccination. En cas de rupture, les CS viennent s'approvisionner eux-mêmes auprès du district.

❖ **GESTION DES DONNES**

La saisie des données dans le DHIS2 est opérée au niveau du district par le Responsable PEV du district. Il reçoit les RMA mensuels de 16 CS et procède à la saisie des données dans le DHIS2. Après la saisie, une réunion de nettoyage des données est organisée au niveau du district avec la participation de tous les responsables PEV des CS. La rencontre est documentée par un PV. La réunion pour le contrôle des données de juillet 2024 venait de s'achever au moment de notre visite.

❖ **VACCINATION**

Le district est restreint dans ses capacités de financement des stratégies avancées. Les COGES viennent en appui mais avec des moyens aussi limités. Ainsi la vaccination des localités les plus éloignées du CS n'est pas régulière.

❖ **SUIVI-EVALUATION**

Des centres de santé sont supervisés mensuellement par le District.

❖ **DEPOT SUBNATIONAL D'ABECHE**

Le dépôt subnational d'Abéché fait partie des 4 dépôt subnationaux du Tchad. Les dépôts subnationaux sont approvisionnés trimestriellement par le dépôt national. Ils approvisionnent à leur tour un certain nombre de Districts au-delà de la Délégation dans laquelle ils sont installés.

**Equipement**

Le dépôt dispose d'une chambre froide mixte de 40 m3 dont la partie négative est hors d'usage. Le dépôt dispose également de congélateurs fonctionnels pour le stockage des vaccins d'ultra froid. Les capacités de stockage sont suffisantes. Il sert à approvisionner 43 districts sanitaires de manière bimensuelle.

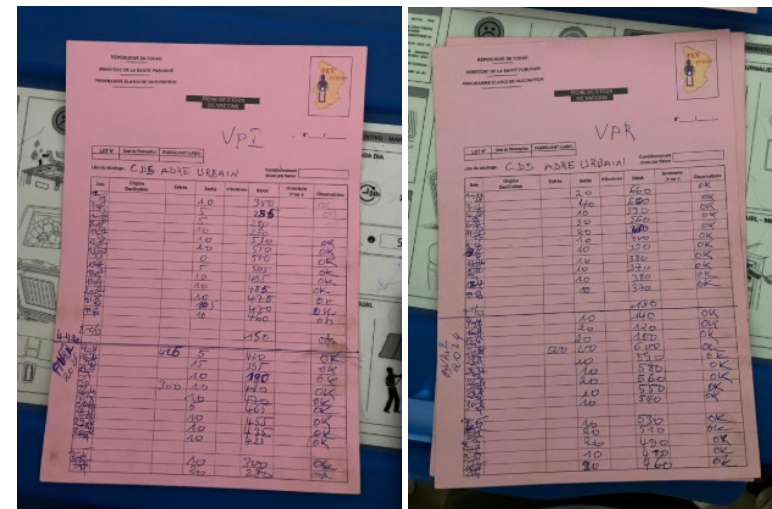
	<p>La chambre froide est alimentée à l'énergie solaire et possède un générateur de secours. Cependant, la continuité de l'alimentation en énergie est menacée.</p> <p>En effet, les panneaux solaires sont partiellement endommagés suites à des jets de cailloux par des personnes inconnues. Leur capacité est donc réduite. Le local qui abrite les batteries n'est pas climatisé, selon le gestionnaire technique les piques de chaleurs entraînent des arrêts de fonctionnement.</p> <p>L'un des générateurs de secours est en panne depuis 2022 et n'a pas pu être réparé. Le 2<sup>e</sup> fonctionne avec des pannes. Le gestionnaire a aussi mentionné des difficultés de financement du carburant pour le fonctionnement du générateur.</p> <p><b>Reste de vaccins campagne Fièvre jaune</b></p> <p>225 010 doses de vaccins contre la Fièvre jaune ont été ramenées au dépôt subnational d'Abéché après la dernière campagne contre la fièvre jaune.</p>	
--	---	--


Dates :		Lundi 19 au mercredi 21 août 2024													
<b>Mardi 20</b>	<b>3. DISTRICT D'ADRE</b>														
<b>Interlocuteurs rencontrés :</b>	1) Médecin chef du district 2) Responsable PEV du district 3) Responsable PEV centre de santé d'Adré														
<b>Observations</b>	<b>Informations générales du district</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le district d'Adré comprend 13 centres de santé dont 12 offrent les services de vaccination. 1</li> <li>Les centres de santé sont supposés être supervisés mensuellement par le district</li> <li>Les supervisions ne sont pas formalisées</li> <li>Les réunions de validation des données ne sont pas régulièrement tenues.</li> <li>Réfrigérateur CS de Kawa en arrêt, panneau solaire endommagé.</li> </ul>														
	<b>Camp MSF</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pas de rupture de stock de vaccins</li> <li>Rupture d'outils (registre, cartes de vaccination)</li> <li>Chaîne du froid fonctionnel et bien entretenu.</li> </ul>														
	<b>Centre de santé d'Adré</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Réfrigérateur fonctionnel</li> <li>Vaccins rangés de manière confuse</li> <li>Plusieurs façons antigènes différents mixés, ce qui ne facilite pas le suivi de la sensibilité des températures</li> <li>Produits pharmaceutiques rangés avec les vaccins</li> <li>Flacons de vaccins avec PCV illisibles présents dans les stocks</li> <li>Fiches de stock mal renseignées</li> <li>Numéros de lots et date de péremption non renseignés</li> <li>Ruptures de séquences dans les soldes de stocks non expliquées</li> <li>Erreurs de calculs des quantités de stocks</li> <li>Agents PEV insuffisamment formés à la prévention.</li> <li>Ecart entre les registres de pointage et les rapports mensuels</li> </ul>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>JUIN 2024 – enfants vaccinés</th> <th>Registre pointage</th> <th>Rapport mensuel</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Penta 1</td> <td>253</td> <td>288</td> </tr> <tr> <td>Penta 3</td> <td>340</td> <td>321</td> </tr> <tr> <td>VPI 1</td> <td>322</td> <td>339</td> </tr> </tbody> </table>	JUIN 2024 – enfants vaccinés	Registre pointage	Rapport mensuel	Penta 1	253	288	Penta 3	340	321	VPI 1	322	339		
JUIN 2024 – enfants vaccinés	Registre pointage	Rapport mensuel													
Penta 1	253	288													
Penta 3	340	321													
VPI 1	322	339													

ILLUSTRATIONS



CS Adré : accumulation de rebuts dans le bureau du PEV



Site visité : DISTRICT NDJAMENA CENTRE 1/ District sanitaire 2/ Centre de santé Gardolé		ILLUSTRATIONS
Dates : Lundi 19 au mercredi 21 août 2024		
Lundi 19	DISTRICT NDJAMENA CENTRE	 <p>District de Ndjamena centre : vues de l'entrepôt sec du district sanitaire de Ndjamena centre.</p>
Interlocuteurs rencontrés :	4) Médecin chef de district (MCD) 5) Responsable PEV du dépôt du district 6) Agents PEV centre de santé de Gardolé	
Observations	<p><b>District sanitaire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le district couvre 14 CS dont 7 privés</li> <li>12 CS sur 14 avec une chaîne du froid fonctionnelle</li> <li>Saisie des données dans le DHIS2 effectué au niveau du district à partir des rapports mensuels de vaccination (RMV) transmis par les CS</li> <li>Réunions de validation des données tenues régulièrement après le 15 de chaque</li> <li>Les supervisions sont faites à partir de DHIS2. Elles précédemment faite à travers l'outil « PEV Manager »</li> <li>Supervision trimestrielle du district par la DPS (2021 - 1 rapport, 2022- aucun, 2023-2 rapports, 2024-1 rapport) = non régulière ou problème d'archivage</li> <li>PON non disponibles</li> <li>Absence de registre et absence de suivi des mouvements de stocks.</li> <li>2 réfrigérateurs en panne notifiés mais non pris en charge</li> <li>Absence de fridget tag dans un réfrigérateur seulement un thermomètre.</li> <li>Relevé des températures régulièrement effectué</li> <li>Absence de suivi des mouvements de stocks, des numéros de lots et des dates de péremption des vaccins</li> <li>Des bordereaux de livraison de vaccins ne sont pas enregistrés</li> <li>L'inventaire est fait mensuellement sur une feuille volante</li> <li>Parking tenant lieu de magasin sec</li> <li>Cartons de seringues et seringues individuels utilisables retrouvés avec les déchets vaccinaux</li> <li>La responsable PEV est nouvelle au poste.</li> </ul> <p><b>Centre de santé Gardolé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Supervisions régulières par le district mais de faible qualité ;</li> <li>Chaîne du froid fonctionnel</li> <li>Ecart entre le registre de pointage et le RMV</li> <li>Erreur de saisie des dates de péremption de vaccins dans le cahier de suivi des mouvements.</li> </ul>	





		 <p><b>District de Ndjamena centre : vue du local du PEV</b></p>	 <p><b>District de Ndjamena centre : suivi inadéquat des stocks de vaccins</b></p>
--	--	---	---

**Annexe 7 - Etat de mise en œuvre du plan d'actions correctives issu de l'audit précédent**

Suivi de l'état de mise en œuvre du plan d'actions correctives issu de l'audit de 2021

Réf.	Recommandations de l'audit précédent	Réponses / Engagements du Ministère	Commentaire de mise en œuvre _ Août 2024	Suivi audit Gavi	
				Etat de mise en œuvre	Commentaires
4.1	<b>GOVERNANCE ET ORGANISATION</b>				
4.1.1 Fonctionnement des organes de gouvernance insuffisant (CCIA / CTA-PEV)	1- Mettre en œuvre l'exigence de révision des arrêtés portant fonctionnement du CCIA et du CTA/PEV. Le MSPSN doit élaborer et promulguer les arrêtés prenant en compte les directives de Gavi sur les forums nationaux de coordination du secteur santé, incluant une liste de membres révisée (structures du MSPSN et acteurs impliqués dans la mise en œuvre des subventions Gavi).	1- Une révision de l'arrêté portant création du Comité de Coordination Inter-Agence (CCIA) a été élaboré le 02 décembre 2020 sous l'autorité du Ministre d'Etat, Ministre Secrétaire General a la Présidence de la République mais le MSPSN a jugé nécessaire de reprendre l'Arrêté No 0020/PR/2020 pour soumettre à la Signature du Premier Ministre	L'arrêté du CCIA est fonctionnel. L'arrêté N°0020 a été signé par le premier ministre en date du 02 Décembre 2020	Partiellement réalisée	L'arrêté du 02 décembre 2020 portant création du CCIA nous a été effectivement transmis et des réunions du CCIA se sont tenues sur la période 2021 à 2023 L'arrêté portant création, attributions et fonctionnement du CTA/PEV qui nous a transmis date du 7 septembre 2012.
	2- Les actions nécessaires doivent être entreprises par les autorités du MSPSN, avec l'appui des PTF, pour redynamiser le fonctionnement de ces deux Comités. Ceci doit notamment passer sans s'y limiter par (i) le respect de la fréquence de tenue de ces réunions, (ii) la formalisation systématique des échanges tenus et décisions prises via la production et diffusion des procès de verbaux de réunions aux acteurs impliqués et au secrétariat de Gavi (iii) la formation continue des membres de ces deux comités à la conduite de leur rôle, et (iv) une implication accrue du CCIA dans le suivi de la vaccination de routine, la mobilisation des ressources et appuis nécessaires à la résolution des problèmes identifiés, ainsi que l'identification des besoins d'assistance technique et le suivi-évaluation de leur correcte mise en œuvre et valeur ajoutée.	2- Le MSPSN prend bonne note de ces recommandations et veillera à son application. L'UGP fait le suivi de cette recommandation	Le CCIA est fonctionnel et 2 rencontres de CCIA ont été tenues en 2023.	Partiellement réalisée	L'audit a relevé la mission de pilotage stratégique du programme élargi de vaccination assignée au CCIA n'a pas été correctement assurée sur la période de 2021 à 2023 notamment parce que les réunions n'ont pas été régulièrement tenues et n'ont pas couvert l'ensemble des principales attributions du CCIA. Le CTA-PEV en charge de la préparation des réunions du CCIA, ainsi que de la gestion technique et opérationnelle du Programme a aussi manqué de régularité dans son fonctionnement entre 2021 et 2022. L'analyse des PV montrent que les réunions hebdomadaires du CTA-PEV n'ont été tenue de manière constante.
4.1.2 Rôle et positionnement de l'UGP insuffisamment incarnés	1- Une discussion doit être engagée entre les autorités du MSPSN et Gavi sur les motivations et objectifs et l'impact de la restructuration en cours de l'UGP. Ces échanges devront notamment permettre de clarifier les futurs rôles et attributions confiées à l'UGP et les modalités de financement des réformes envisagées (notamment les recrutements additionnels et leur affectation par projet).	1- En novembre 2021 une discussion entre le MSPSN et Gavi ainsi que le FM a eu lieu et a permis de clarifier les motivations, les objectifs et l'impact de la restructuration. De commun accord, il a été décidé d'implémenter la restructuration en trois phases. Le personnel retenu pour la première phase est en processus de prise de fonction. (Un mémo a été établi à cet effet)	1- En novembre 2021 une discussion entre le MSPSN et Gavi ainsi que le FM a eu lieu et a permis de clarifier les motivations, les objectifs et l'impact de la restructuration. De commun accord, il a été décidé d'implémenter la restructuration en deux phases. - Le personnel retenu pour la première phase est en processus de prise de fonction. (Un mémo a été établi à cet effet), - Les postes additionnels pour la deuxième phase sont en cours de validation par le bailleur avec les nouvelles subventions GC7 du FM et RSS 3.	Réalisée	L'arrêté N°0082/PCMT/PMT/MSPSN/2021 du 09/06/2021 portant restructuration du l'UGP précise l'objet, les missions, la composition et les organes de surveillance et contrôle de l'UGP. Il précise également les modalités de recrutement et de prise en charge du personnel.

Suivi de l'état de mise en œuvre du plan d'actions correctives issu de l'audit de 2021

Réf.	Recommandations de l'audit précédent	Réponses / Engagements du Ministère	Commentaire de mise en œuvre _ Août 2024	Suivi audit Gavi	
				Etat de mise en œuvre	Commentaires
	2- Les liens fonctionnels entre l'UGP et la SDV doivent être clairement définis dans les organigrammes et les procédures opérationnelles normalisées qui devront détailler, sans s'y limiter : (i) leurs tâches respectives et les interactions nécessaires pour les réaliser, (ii) les agents / fonctions impliqués dans les processus de financement des activités de la SDV par l'UGP, de suivi et évaluation de leur mise en œuvre par l'UGP, et de collecte, consolidation et rapportage des données programmatiques, (iii) les différentes tâches de contrôle à effectuer par les deux parties sur l'utilisation des ressources (matériels et vaccins) mises à la disposition de la SDV et des entités décentralisées du MSPSN (DSP, DS et CS).	2- Faire signer une convention entre l'UGP, PEV et les autres entités de mise en œuvre pour permettre à l'UGP de jouer pleinement son rôle. Il faut un manuel de procédures assez claire pour permettre aux deux parties de travailler dans le respect strict des textes en vigueur.	Une convention a été signée pour la distribution des vaccins entre l'UGP et DV. Cependant une évaluation est prévue par l'UGP pour permettre à la DV d'être un sous-réceptaire. La convention avec la délégation est en cours de signature	Partiellement réalisée	L'audit a relevé que malgré les postes de liaison et les plateformes d'échanges mis en place entre l'UGP et la DV, des frictions demeurent dans l'interaction entre les deux entités.
	3- Un cadre de concertation formel, prévoyant la tenue de réunions périodiques sur une fréquence hebdomadaire, doit être mis en place. Ces réunions doivent être sanctionnées par des procès-verbaux détaillant les sujets discutés, les décisions prises, leur date d'application et les acteurs désignés pour les mettre en œuvre. Ces procès-verbaux devront être partagés au CCIA pour suivi et prise d'actions éventuelles.	3- L'UGP prévoit dans son manuel de procédures une réunion mensuelle des partenaires bénéficiaires de fonds. Un plan de travail entre le PEV et l'UGP sera élaboré avec un chronogramme bien précis pour la tenue des réunions périodiques. L'UGP a participé à l'élaboration du POA 2022	Deux ateliers conjoints UGP-DV ont été organisés en avril et juillet 2024 portant respectivement sur le RSS2 et Plan d'accélération de mise en œuvre des subventions GAVI partagés ;  Des réunions de concertation entre l'UGP et la DV sont régulièrement organisées. Les comptes rendus de ces réunions en 2024 sont disponibles.	Partiellement réalisée	La collaboration entre l'UGP et les acteurs programmatiques, notamment la DV, a encore besoin d'amélioration. Une recommandation a été formulée à plusieurs reprises par le Comité d'audit de l'UGP à ce sujet.
4.1.3 Fréquences et délais des audits externes non respectés (UGP)	1- Le MSPSN, en lien avec l'UGP et la SDV, doit établir un état des lieux des fonds octroyés par Gavi sur les périodes antérieures à 2021 et restant non auditées. Cet état des lieux devra préciser : (i) la disponibilité des états financiers et/ou écritures comptables, (ii) la situation des pièces justificatives des dépenses liées (complétude et emplacement).	1- Le PEV avec l'appui de l'inspection Générale du MSPSN a initié une vérification des pièces justificatives depuis trois mois.	Pour la période 2019-2020 le fonds Gavi ont été audités et le rapport est disponible. Cependant pour l'année 2017-2018 l'état de lieu est en cours	Partiellement réalisée	Alors que les GMR's demandaient la reconstitution de la comptabilité et des états financiers sur la période 2017 et 2018 et la situation des pièces justificatives, seules des pièces justificatives (dont certaines ayant été "reconstituées" après coup) nous ont été transmises sans lien avec une comptabilité et des états financiers
	2- En concertation avec le Secrétariat de Gavi, le Comité d'audit de l'UGP devra rédiger les termes de références des audits non encore effectués et les mettre en œuvre conformément aux dispositions des GMR.	2- La cellule d'audit interne va proposer les TdR des audits non encore effectués au comité une fois que la situation financière sera connue	La cellule audit interne a proposé à chaque fois des termes de référence qui sont approuvés par la coordination pour les différents audits externes des subventions Gavi.	Réalisée	Les audits 2021-2022 et 2023 ont été réalisés et les rapports nous ont été transmis.



Suivi de l'état de mise en œuvre du plan d'actions correctives issu de l'audit de 2021

Réf.	Recommandations de l'audit précédent	Réponses / Engagements du Ministère	Commentaire de mise en œuvre _ Août 2024	Suivi audit Gavi	
				Etat de mise en œuvre	Commentaires
	3- Pour les périodes en cours et à venir, l'UGP devra s'assurer que les audits externes sont planifiés et exécutés dans les délais impartis, conformément aux GMR et aux dispositions de l'Accord Cadre de Partenariat.	3- Recommandation bien notée	En 2024, les audits externes des subventions de Gavi ont été réalisés et les rapports sont soumis dans les délais à Gavi, soit avant le 30 juin 2024.	Réalisée	Les rapports d'audit de 2021 ont été signés en décembre 2022 soit avec près de 6 mois de retard mais les délais ont été respectés pour les rapports d'audit 2022 et 2023
4.1.4 Fonction de surveillance inopérante (IGS / IGF / MSPSN)	1- La fonction de surveillance de la gestion et de l'exécution des programmes soutenus par Gavi doit être rendue effective au niveau de l'IGS et/ou de l'IGF comme prévu dans les GMR. Dans ce but, les services doivent intégrer à leurs plans annuels budgétisés les risques liés aux activités des plans de travail annuels de l'UGP et de la SDV (POA). Ces plans annuels devront comporter des missions spécifiques aux activités de vaccination (routine et campagnes) dans les régions couvertes par les subventions Gavi et devront être communiqués au Secrétariat de Gavi pour approbation avant utilisation des fonds prévus à cet usage. Les rapports de mission de l'IGS couvrant les activités vaccinales devront être systématiquement partagés à Gavi.	1--Le PEV doit intégrer dans son POA les missions de l'IGS/IGF et l'UGP se chargera de partager les rapports avec Gavi.	Le RSS2 prévoit à la ligne budgétaire 6.2 des missions d'audit par l'inspection et l'audit interne de l'UGP. Plusieurs missions ont été déjà diligentées et les rapports sont disponibles	Partiellement réalisée	Une cellule d'audit interne a été créée au sein de l'UGP et placée sous l'autorité d'un comité d'audit mise en place par le Ministère de la Santé Publique par arrêté N° 96/PR/MSP/DG/2020 du 17 février 2020. Le président du comité d'audit est l'inspecteur général du MSPSN et les deux vice-présidents sont les inspecteurs généraux du ministère du Plan et du ministère des Finances et du Budget. Sur la période revue, les interventions de ces organes de surveillance n'ont couvert que les aspects financiers du Programme.
	2- Une dotation en ressources financières ayant été validée pour la conduite de vérifications par les instances d'inspection, les autorités du MSPSN doivent prendre toutes les mesures nécessaires pour rendre effective l'implication de l'IGS et/ou de l'IGF dans le suivi des activités financées par Gavi.	2- Une communication sera adressée à l'IGF et IGS pour leur informer de la dotation budgétaire	Lors du comité d'audit le budget alloué est communiqué au président du comité qui est l'Inspecteur de la santé, et ceux de la finance et du plan.	Partiellement réalisée	Un comité d'audit de l'UGP a été mis en place par le Ministère de la Santé Publique par arrêté N° 96/PR/MSP/DG/2020 du 17 février 2020. L'audit a constaté une diminution de la fréquence des réunions de ce comité.
4.1.5 Faible fonctionnalité des fonctions d'audit interne et manque de suivi des recommandations émises (UGP)	1- Les autorités du MSPSN doivent prendre toutes les mesures nécessaires pour rendre effectif et fonctionnel le Comité d'audit de l'UGP, notamment dans la conduite des tâches relatives à l'animation et au respect des textes régissant le fonctionnement du service d'audit interne de l'UGP.	1-L'arrêté portant création du comité d'audit est signé depuis le 17 février 2020. Trois sessions ont été organisées (deux sessions ordinaires et une session extraordinaire) en 2021.	L'arrêté portant création du comité d'audit est signé depuis le 17 février 2020. Plusieurs sessions ont été organisées - (deux sessions ordinaires et une session extraordinaire) en 2021. - Une session en 2022 - Une session en 2023 et - Une session en 2024	Partiellement réalisée	La périodicité des réunions du comité d'audit (trimestrielle) n'est pas respectée sur la période 2021-2023 et le nombre de réunions a même diminué au cours de la période.
	2- Les activités financées par Gavi et gérées par l'UGP doivent être intégrées à la mise à jour de la cartographie des risques, et leur évaluation doit être revue de manière périodique, validée par les instances du ministère de tutelle pour alimenter les plans annuels d'audit et d'inspections.	2-- L'UGP prend acte de cette recommandation et veillera à son application.	Les différents plans d'audit annuels intègrent des missions sur les subventions Gavi. Les plans intègrent également des missions sur l'UGP qui sont transversales au profit des différentes subventions gérées (Fonds mondial, Gavi et BMGF).	Réalisée	Le cartographie des risques et le plan annuel d'audit interne ont été mis à jour en 2023 et ont été validés par le comité d'audit interne.

Suivi de l'état de mise en œuvre du plan d'actions correctives issu de l'audit de 2021

Réf.	Recommandations de l'audit précédent	Réponses / Engagements du Ministère	Commentaire de mise en œuvre _ Août 2024	Suivi audit Gavi	
				Etat de mise en œuvre	Commentaires
	3- L'audit interne de l'UGP doit poursuivre les améliorations apportées au plan de l'année 2021 et inclure systématiquement à son plan annuel les objectifs et le périmètre des missions, les risques et processus à couvrir et les ressources humaines en charge de leur conduite.	3-Le plan d'audit interne de l'UGP prend en compte les objectifs, le périmètre des missions et les risques et processus à couvrir et validé par le comité d'audit annuellement	Le plan d'audit interne de l'UGP prend en compte les objectifs, le périmètre des missions et les risques et processus à couvrir. Ce plan est validé par le comité d'audit annuellement.	Partiellement réalisée	Le plan d'audit interne reprend l'ensemble des processus présentant des risques d'une criticité de "élevée" à "très critique" mais ne précise pas lesquels seront audités dans l'année ni les ressources humaines qui seront en charge de chaque mission.
	4- L'exécution du plan d'audit interne doit être contrôlée et validée par le Comité d'Audit et son effectivité doit être confirmée formellement au Secrétariat de Gavi.	4- L'UGP prend acte de cette recommandation et veillera à application à travers la cellule d'audit interne	Le plan d'audit de 2022 et 2023 sont validés par le comité d'audit, les rapports des différentes missions réalisées sont disponibles.	Partiellement réalisée	Le rapport d'activité de la cellule d'audit interne de 2021 a été présenté au comité d'audit interne en mars 2023 seulement. Nous n'avons disposé d'aucun PV du comité d'audit interne validant les rapports d'activité 2022 et 2023 de la cellule d'audit interne.
	5- Le manuel de procédures de l'audit interne doit être finalisé en intégrant toutes les dispositions des GMR et les normes internationales en matière d'audit interne, y compris dans la formalisation et la mise en œuvre des actions nécessaires à un suivi continu des recommandations formulées par les auditeurs externes et autres évaluateurs.	5- Les normes internationales sont déjà prises en comptes dans le manuel d'audit interne. Les dispositions des GMR seront également intégrées	Le manuel d'audit interne validé en août 2021 et une relecture de ce manuel a été fait en août 2024	Partiellement réalisée	Le manuel d'audit interne ne nous a pas été transmis mais nous avons pu disposer de la charte d'audit interne détaillant les missions, responsabilités des auditeurs internes.
4.1.6 Cadre de contrôle interne insuffisant (SDV)	1- La SDV doit revoir et actualiser son manuel des procédures de gestion des soutiens Gavi, en prenant en compte les changements qui ont eu lieu et les faiblesses soulignées par le présent audit.	1- Il existe un manuel de procédures de PEV qui est en cours d'actualisation. Ce manuel prendra en compte les faiblesses soulignées par l'audit	Les TDRs de relecture et de validation du manuel de procédures de la DV sont disponibles, Le comité de relecture mis en place par une note de service de la Directrice a fait un premier travail, la recherche de financement est en cours pour un atelier de validation.	Partiellement réalisée	Un projet de manuel de procédures de la DV a été préparé en novembre 2021 mais à ce jour ce document est resté à l'état de projet et n'est pas validé officiellement.
	2- Le MSPSN, en lien avec la SDV et l'UGP, doit établir des procédures détaillées et simplifiées régissant l'utilisation des espèces, équipements, matériels et vaccins confiés aux entités décentralisées. Ce manuel devra être diffusé et l'ensemble des agents auquel il s'adresse devront être formés à son usage dans le cadre de supervisions d'appui et de conseil du niveau central.	2- L'UGP se propose de recruter un consultant pour conduire ce travail.	Le manuel de procédures de l'UGP a été diffusé via des sessions de formation à l'endroit de tous les acteurs du niveau décentralisé (délégations et districts).	Réalisée	Le manuel de procédures de l'UGP a été révisé et validé en 2023, il détaille toutes les procédures demandées.
4.1.7 Passations de service ineffectives et archivage défaillant (MSPSN)	1- L'ampleur des problèmes relevés nécessite un diagnostic exhaustif et détaillé des défaillances conduisant à cette absence de mémoire institutionnelle, conduisant à la mise en place de procédures détaillées et d'un système d'archivage des documents papiers et numériques robuste.	1- Renforcer la capacité des agents de PEV afin de maîtriser le système d'archivage des documents papiers et numériques produits. Un consultant sera recruté pour conduire ce travail	La capacité des agents de la DV est renforcée en continue. Le PEV est déjà en train d'implémenter l'archivage électronique avec l'appui de l'UNICEF.	Partiellement réalisée	L'audit programme GAVI a encore relevé des problèmes de justification que ce soit pour les dépenses ou les marchés sur la période 2021-2023. Un système d'archivage électronique a été mis en place sur concernant les dépenses de campagne mais qui doit être généralisé à tous les documents.

Suivi de l'état de mise en œuvre du plan d'actions correctives issu de l'audit de 2021

Réf.	Recommandations de l'audit précédent	Réponses / Engagements du Ministère	Commentaire de mise en œuvre _ Août 2024	Suivi audit Gavi	
				Etat de mise en œuvre	Commentaires
	2- La Direction du MSPSN doit prendre les mesures nécessaires pour limiter significativement le risque « homme-clé » en lien avec la rotation du personnel, en mettant en place un plan de gestion des ressources humaines.	2- L'UGP sensibilisera le MSPSN sur le risque de la mobilité élevée du personnel clé	Des mesures ont été entreprises pour limiter les démissions. Une nouvelle grille salariale a été adoptée par les divers bailleurs de l'UGP. L'UGP a également déménagé dans un nouveau local pour améliorer les conditions de travail du personnel.	Réalisée	Le plan de gestion des ressources humaines, la nouvelle grille salariale et les nouveaux bureaux existent. Le nombre de démission sur la période 2021-2023 est effectivement en diminution.
	3-La Direction du MSPSN doit s'assurer que l'ensemble des informations professionnelles transite uniquement par les supports dédiés à cet effet (équipement informatique et messageries dédiées au ministère) et reste disponible après le possible départ des agents.	3- L'UGP sensibilisera le MSPSN pour la mise en place d'un système de circuit d'information	Le circuit d'information s'est amélioré.	Partiellement réalisée	Les personnels de l'UGP disposent d'adresses email professionnelles mais ce n'est pas le cas pour la DV. Les procédures de gestion du courrier, du classement et de l'archivage sont décrites dans le manuel de procédures révisé en mars 2023.
	4-La Direction du MSPSN doit s'assurer de la mise en place d'un système d'archivage et de conservation des informations et documents.	4- L'UGP sensibilisera le MSPSN pour la mise en place d'un système permettant d'archiver et de sauvegarder les données	L'UGP et la DV ont mis en place en 2024 un système d'archivage électronique de leurs documents (comptables et administratifs).	Partiellement réalisée	Un système d'archivage a été mis en place au niveau de l'UGP et de la DV et doit être généralisé à l'ensemble des directions du MSPP (précédemment MSPSN)
<b>4.2</b>	<b>GESTION COMPTABLE</b>				
	1- La SDV doit mettre en place un système comptable informatisé sans délai et le personnel doit être formé et recevoir des instructions précises quant aux obligations d'enregistrement des opérations et de tenue des comptes selon les normes comptables en vigueur.	1- L'installation de TOM2Pro est envisagée	Les comptables de la DV et certaines directions du MSP ont suivi une formation sur Tom2pro en juin 2024. Le rapport est disponible avec les ordres de mission. L'installation et l'utilisation du Tom2pro reste à finaliser	Partiellement réalisée	Les opérations comptables de la DV sont traitées au niveau de l'UGP mais des retards importants sont constatés dans la saisie notamment en ce qui concerne les avances aux entités de mises en œuvre.
4.2.1 Absence de tenue comptable des opérations financées par Gavi (SDV / MSPSN)	2- Pour les entités décentralisées (DSP, DS et CS), le MSPSN, en lien avec l'IGS, l'UGP et l'AF, doit s'assurer de la disponibilité et utilisation systématique a minima de livre de banque et livre de caisse dans chaque structure, qui doit également être dotée de modèles de rapports financiers d'activités répondant aux besoins de rapportage des niveaux supérieurs. L'utilisation de format électronique doit être privilégiée.	2- La cellule financière de l'UGP va prendre attache avec l'UNICEF pour capitaliser les outils existants	En cours de réalisation, il y a eu le renforcement des capacités des gestionnaires des DSP. 5 points focaux ont été également recruté et déployés dans les DSP. D'autres recrutements sont en cours.	Partiellement réalisée	Processus en cours.
	3- Le MSPSN devra procéder à une reconstitution de la comptabilité de la SDV (à partir de l'exercice 2017) et à une indexation des pièces justificatives, afin qu'une revue des dépenses puisse être réalisée par l'audit des programmes Gavi dans une étape ultérieure.	3-Recommandation communiquée à travers le présent rapport final	Le comité mis en place a travaillé sous la présidence du DGRIE/A avec l'appui de l'IG ; Le comité est appuyé par un consultant recruté par l'Unicef ; Les pièces ont été reconstituées à plus de 80%	Partiellement réalisée	Le MSPP n'a pas reconstitué la comptabilité proprement dit. Seuls des pièces justificatives ont été rassemblées sans être complètes.

Suivi de l'état de mise en œuvre du plan d'actions correctives issu de l'audit de 2021

Réf.	Recommandations de l'audit précédent	Réponses / Engagements du Ministère	Commentaire de mise en œuvre _ Août 2024	Suivi audit Gavi	
				Etat de mise en œuvre	Commentaires
4.2.2 Retards d'enregistrement comptable et d'émission des rapports périodiques (UGP)	1- Le SAF de l'UGP doit respecter strictement les directives et périodicité prévues au manuel de procédures pour la tenue des opérations comptables et l'émission des rapports financier périodique.	1- L'UGP prend bonne note	Le délai de reporting de rapport financier Gavi est respecté.	Partiellement réalisée	Des retards ont été constatés au niveau de l'UGP notamment dans la saisie des pièces justificatives des dépenses des entités de mises en œuvre des subventions.
	2- La comptabilité des dépenses réalisées via les reliquats des précédentes subventions, les fonds intérimaires et les coûts opérationnels de la campagne rougeole doivent être clôturées sans délai pour l'année 2020 et S1 2021 et les rapports financiers annuels produits pour les besoins des audits externes, dont la planification doit être réalisée avant fin 2021.	2- L'UGP prend bonne note	Les rapports des audits externes sont disponibles.	Réalisée	Les subventions terminées ont été effectivement clôturées et les rapports financiers sont transmis dans les délais, ce qui a permis d'établir les rapports d'audit 2022 et 2023 dans les délais
4.2.3 Vulnérabilité d'accès au logiciel comptable (UGP)	1- L'UGP doit établir sans délai la ségrégation des droits d'accès au logiciel comptable. La répartition des droits d'accès doit être définie par le SAF, validée par le service d'audit interne et l'AF et précisée dans le manuel de procédures.	1-A ce jour, chaque comptable a son code d'accès au logiciel TOM2PRO	5 points focaux déployés dans 5 DPSP ont reçu la formation du logiciel Tom2pro avant leur départ.	Partiellement réalisée	Le manuel des procédures révisé de l'UGP ne précise pas la répartition des droits d'accès au logiciel comptable et aucun document retraçant cette répartition ne nous a été transmis.
	2- L'UGP doit confirmer la mise en réseau effective du logiciel comptable sur les ordinateurs de l'ensemble des personnes impliquées dans les opérations de saisie, revue, validation et contrôle a posteriori des données comptables. Cette mise en réseau doit intégrer les postes additionnelles prévus à l'issue du processus de recrutement en cours. Par ailleurs, le MSPSN devra clarifier les rôles et attributions des 23 points focaux provinciaux de l'UGP prévus afin de statuer sur la possibilité de les doter également du logiciel comptable.	2-- L'UGP prend bonne note sous réserve de la mise en application du déploiement des points focaux	L'Evaluation de phase pilote des 5 points focaux déterminera la suite du recrutement	Partiellement réalisée	La mise en réseau effective du logiciel comptable sur les ordinateurs de l'ensemble des personnes impliquées dans les opérations de saisie, revue, validation et contrôle a posteriori des données comptables a été faite mais n'a pas été étendue pour les moments au niveau des points focaux provinciaux de l'UGP.
<b>4.3</b>	<b>GESTION BUDGETAIRE</b>				
4.3.1 Défaillances et lacunes sévères dans les procédures d'établissement et de suivi de l'exécution des budgets (SDV)	1- La SDV, en lien avec l'UGP, doit clarifier les raisons des écarts identifiés entre les budgets approuvés des subventions Gavi et les montants alloués à ce bailleur dans les POA des années 2017, 2018 et 2020 (voir annexe 4).	1- Le POA est élaboré en tenant compte des activités planifiées du PEV sans tenir compte des fonds alloués par Gavi. L'UGP va mettre en place un comité ad hoc chargé de clarifier les raisons des écarts	Le PAO de la DV présente les besoins de la DV pour atteindre les objectifs vaccinales visés par le pays. Ces besoins/prévisions ne tient pas compte déjà des financements déjà octroyés. Ainsi, les GAP font l'objet de plaidoyer auprès des PTF.	Réalisée	

Suivi de l'état de mise en œuvre du plan d'actions correctives issu de l'audit de 2021

Réf.	Recommandations de l'audit précédent	Réponses / Engagements du Ministère	Commentaire de mise en œuvre _ Août 2024	Suivi audit Gavi	
				Etat de mise en œuvre	Commentaires
	2- La SDV doit se conformer strictement aux dispositions de son manuel de procédures concernant le contenu des POA/PTA, et notamment s'assurer d'y inclure les bilans d'exécution budgétaire des POA/PTA, y compris achats.	2- L'UGP/PEV prendront bonne note, et une fois le manuel de procédures revu, il sera mis en application	Comme indiqué au point 4,1,6, la validation du manuel de procédure est en cours. Son application rentrera en vigueur une fois validé.	Non réalisée	Le projet de manuel de procédures de la DV n'est pas validé et il n'est pas en phase avec son mode de fonctionnement actuel
	3- La SDV doit renforcer significativement ses procédures de suivi de la trésorerie, pour l'ensemble des comptes bancaires dont elle assure la gestion. La mise en place d'un logiciel comptable devra permettre la tenue d'une comptabilité par projet et une allocation des dépenses par bailleur.	3-- Une évaluation des capacités de PEV sera fait pour élaborer un plan de renforcement des capacités	L'évaluation des capacités de la DV n'a pas encore été faite. Les comptables de la DV ont suivi une formation sur le Tom2pro en juin 2024. Un expert financier à été affecté à la DV par l'AP pour appuyer sur la gestion financière.	Non applicable	Les procédures concernant la trésorerie qui sont indiquées dans le manuel de procédures de la DV ne sont plus adaptées car celle-ci ne dispose pas de comptes bancaires et ne tient plus sa propre comptabilité. Tout est géré au niveau de l'UGP
4.3.2 Défaillances et lacunes dans les procédures d'établissement et de suivi de l'exécution des budgets (UGP)	1- L'UGP doit établir des plans de travail annuels consolidés pour une meilleure planification des activités et des ressources.	1-Le plan de travail annuel consolidé existe	Le plan de travail annuel consolidé existe	Réalisée	Les plans de travail annuels nous ont été transmis
	2- L'UGP doit procéder sans délai à l'intégration de l'ensemble des budgets des subventions en cours dans le logiciel comptable afin de permettre un suivi budgétaire automatisé. Les états de suivi budgétaire doivent être produits par le SAF selon les fréquences définies au manuel de procédures et les facteurs sous-jacents aux principales variances identifiés. Ces suivis budgétaires doivent être exploités par les directions de l'UGP et de la SDV pour les appuyer dans la conduite de leurs fonctions.	2-A ce jour tous les budgets des subventions sont saisis dans le logiciel TOMPRO	Les budgets sont paramétrés dans le logiciel Tom2pro et le suivi budgétaire est produit à chaque reporting et selon les besoins en continu.	Partiellement réalisée	Les budgets sont intégrés dans le logiciel pour toutes les nouvelles subventions. Le suivi budgétaire est fait mensuellement mais il n'est pas envoyé de manière automatique à toutes les parties prenantes (comme c'est le cas pour le FM). L'analyse du suivi budgétaire est effectuée mensuellement par le SAF mais ce travail n'est pas matérialisé. Un atelier trimestriel est organisé pour l'analyse des suivis budgétaires mais il ne donne pas lieu à un PV et la DV n'est pas conviée à cet atelier ce qui ne permet pas un échange suffisant d'informations
<b>4.4</b>	<b>GESTION FINANCIERE ET TRESORERIE</b>				
4.4.1 Suivi de trésorerie et d'engagement des dépenses dysfonctionnel (SDV)	1- Poursuivre les mesures prises pour limiter au maximum les retraits en espèces, notamment à travers la mise à jour du manuel des procédures.	1- Le PEV ne gère plus de trésorerie, mais élabore simplement les requête qui sont financées par l'UGP	La DV ne reçoit plus de fonds et ne gère donc plus d'espèces. Tous les paiements sont directement effectués par l'UGP.	Partiellement réalisée	Une procédure concernant le paiement par mobile money a été décrite dans le manuel de procédures. Elle présente toutefois des limites car elle concerne les entités de mises en œuvre (EMO) et non les bénéficiaires finaux. Il existe encore un risque concernant les paiements en espèces entre les EMO et les bénéficiaires finaux
	2- La SDV doit transmettre la liste certifiée par la banque de tous les signataires pendant la période auditée des comptes ayant servi à faire transiter des fonds Gavi, ainsi que les preuves de demandes de changement à la suite des rotations de personnel.	2- La cellule d'audit interne va prendre contact avec le PEV pour l'obtention de la liste.	La liste a déjà été fournie en 2021; Toutefois, de nouvelles correspondances ont été adressées à Ecobank et SGT (Coris) ;	Non applicable	Tous les fonds passent par l'UGP et la DV ne dispose plus de comptes bancaires

Suivi de l'état de mise en œuvre du plan d'actions correctives issu de l'audit de 2021

Réf.	Recommandations de l'audit précédent	Réponses / Engagements du Ministère	Commentaire de mise en œuvre _ Août 2024	Suivi audit Gavi	
				Etat de mise en œuvre	Commentaires
	3- La SDV doit soumettre à Gavi l'ensemble de la documentation ayant permis de déterminer le montant des reliquats des précédentes subventions ayant fait l'objet de versements sur le compte bancaire de l'UGP en juillet 2019.	3- La cellule d'audit interne fera le nécessaire pour l'obtention de cette documentation	Les montants transférés étaient les soldes disponibles sur les comptes bancaires de la DV. Les relevés bancaires sont disponibles et peuvent être consultés.	Partiellement réalisée	L'absence d'une comptabilité et d'états financiers pour la période 2017-2018 ne permet pas de s'assurer que les soldes reversés sur le compte de l'UGP correspondent effectivement aux montants qui devaient être reversés
4.4.2 Inefficiences du processus de traitement de requêtes de financement (UGP)	1- L'UGP doit s'aligner sur les dispositions du manuel de procédures et des GMR concernant les signataires des moyens de paiements.	1-A ce jour les signataires des moyens de paiements sont le Coordonnateur de l'UGP et le Team Leader de l'AF	Les dispositions des GMRs ainsi celles du manuel pour ce qui concerne les moyens de paiement sont respectées.	Réalisée	Les dispositions mentionnées par les GMR's et le manuel de procédures sont effectivement respectées
	2- L'UGP, en lien avec l'AF et la SDV, doit mettre en place un outil d'enregistrement et de suivi des requêtes de financement.	2-Il existe en ce moment un système de suivi des requêtes entre l'UGP, PEV et L'AF qui fonctionne déjà.	Un fichier de suivi des requêtes de la DV est mis en place. L'AP a également développé un outil de suivi des requêtes mis à jour par l'expert affecté auprès de la DV.	Partiellement réalisée	Un outil de suivi des requêtes de financement a été mis en place sur 2024 par l'UGP avec l'appui de l'AF mais de nombreux retards subsistent et les causes de ces retards ne sont pas suffisamment explicitées dans l'outil
4.4.3 Résultats de la revue des dépenses effectuée par la Chambre des Comptes (UGP)	1- L'UGP doit mettre en application les mesures prévues au Manuel des procédures, notamment en matière de fiches d'imputation comptable, de mentions et cachets obligatoires, et de pièces justificatives requises ;	1- L'UGP a déjà mis en place ce dispositif prévu par le manuel de procédures.	Le manuel de procédures est respecté en matière traitement, saisie et justification des opérations.	Réalisée	Les saisies étant faites sur le logiciel Tom2Pro, les fiches d'imputation comptables sont automatiques et les signatures requises sont bien respectées. Des insuffisances ont toutefois été constatées essentiellement sur 2021
	2- L'UGP doit apporter la preuve de la correction des erreurs comptables identifiées par la Chambre des Comptes ;	2- Les corrections ont été faite conformément à la recommandation de la chambre des comptes.	Les corrections ont été faites conformément à la recommandation de la chambre des comptes	Non réalisée	En l'absence de comptabilité reconstituée par le PEV sur la période audité par la Chambre des Comptes lors du précédent audit (2017-2018), nous n'avons pas été mesure de vérifier la correction éventuelle des erreurs comptables
	3- L'UGP doit assurer la conformité permanente aux textes fiscaux relatifs aux revenus et salaires.	3- Les corrections ont été apportées et l'UGP est en conformité avec les textes légaux.	Les textes réglementaires sont respectés par l'UGP.	Partiellement réalisée	Les textes fiscaux relatifs aux revenus et salaires sont respectés par l'UGP. Par contre, l'UGP ne respecte pas le droit du travail en ce qui concerne le renouvellement des contrats en CDD. En effet, d'après la législation tchadienne les contrats en CDD ne peuvent excéder une durée globale de 24 mois (pour un ou plusieurs contrats) alors que l'UGP utilise des contrats en CDD annuels qui sont renouvelés chaque année sur toute la durée des subventions et ce sans limite
4.5	<b>GESTION DES IMMOBILISATIONS</b>				
4.5.1 Comptabilisation et suivi des immobilisations insuffisants (SDV & UGP)	1- La SDV et l'UGP doivent mettre en place et tenir à jour un registre des immobilisations incluant l'ensemble des informations prévues dans leurs manuels de procédures respectifs. Ce registre doit être mis à jour dès la réception d'un actif immobilisable et alimenté par les données issues de la comptabilité.	1- Le TDR pour la conduite de l'inventaire est rédigé et disponible	L'inventaire des immobilisations 2023 a été réalisé, le rapport est disponible	Partiellement réalisée	Le registre des immobilisations qui nous a été transmis ne concernent que la période 2021 à 2023. Nous n'avons pas disposé des informations sur les immobilisation antérieures



Suivi de l'état de mise en œuvre du plan d'actions correctives issu de l'audit de 2021

Réf.	Recommandations de l'audit précédent	Réponses / Engagements du Ministère	Commentaire de mise en œuvre _ Août 2024	Suivi audit Gavi	
				Etat de mise en œuvre	Commentaires
	<p>2- Un numéro d'identification unique doit être apposé sur chacun des actifs et repris au registre des immobilisations. Les inventaires doivent être conduits annuellement selon un calendrier prédéfini et intégrer l'ensemble des actifs octroyés sur les fonds des subventions Gavi. La conduite de ces inventaires doit impliquer les responsables logistiques de l'UGP et de la SDV et les auditeurs internes de l'UGP (missions conjointes).</p>	<p>2- Le service logistique de PEV et celui de l'UGP sont instruit de mettre à la disposition de l'équipe d'inventaire les identifiants uniques afin de les apposer sur chaque matériel inventorié</p>	<p>Tous les actifs sont étiquetés et mentionné dans le registre des immobilisations</p>	Partiellement réalisée	<p>Les numéros d'identification ont été vérifiés pour les immobilisations sélectionnées. Ils sont effectivement repris dans le registre des immobilisations mais des erreurs ont été constatées dans la numérotation et celle-ci devra reprise Le PV d'inventaire physique au 31/12/2023 qui nous a été transmis ne concerne que l'année 2023 et ne prend pas en compte toutes les immobilisations depuis le démarrage du programme. Aucun rapport d'inventaire détaillant, la procédure utilisée, les écarts analysés et les recommandations à apporter ne nous a été transmis ; Nous avons constaté des écarts entre le PV d'inventaire 2022 et le registre des immobilisations qui nous a été transmis (absence des ordinateurs portables dans le PV d'inventaire et écart sur les projecteurs et les tablettes)</p>
	<p>3-Des procédures de suivi et de contrôle de la correcte distribution et affectation des actifs confiés à la SDV, qu'ils soient destinés au niveau central ou décentralisés, doivent être mises en place par l'UGP.</p>	<p>3-L'UGP veillera à la mise en application de cette recommandation</p>	<p>L'UGP a recruté un logisticien pour le suivi et le contrôle de distribution et affectation des actifs</p>	Partiellement réalisée	<p>Les matériels acquis pour la salle de réunion du MSP ont été déclarés amortis lors de l'inventaire car ils ont été remplacés par des matériels achetés par un nouveau bailleur mais la procédure de mise au rebut n'a pas été utilisée Des matériels sont indiqués comme rétrocédés au MSP suite au changement de locaux de l'UGP sans qu'un document de rétrocession n'ait été établi</p>
4.5.2 Suivi insuffisant des moyens roulants et de l'utilisation de carburant (SDV & UGP)	<p>1- L'UGP et la SDV doivent appliquer strictement les dispositions prévues à leurs manuels de procédure respectifs concernant la gestion du carburant. Chaque véhicule doit être doté d'un carnet de bord à remplir par le chauffeur et à contrôler mensuellement par le SAF des deux entités.</p>	<p>1- Les carnets de bord sont déjà disponibles et il ne reste qu'à doter les véhicules de ce carnet et instaurer un contrôle mensuel.</p>	<p>Les procédures de gestion de carburant sont respectées.</p>	Réalisée	<p>Des carnets de bord ont été mis en place et la procédure de suivi de la gestion du carburant est décrite précisément dans le manuel de procédures</p>
	<p>2- Des clarifications sont attendues du MSPSN sur les six véhicules acquis en juin 2018 non localisés lors de l'inventaire des moyens roulants réalisés en mars 2020, ainsi que sur les affectations non concordantes des deux autres.</p>	<p>2- L'UGP a effectué un contrôle qui lui a permis de localiser ces véhicules dans les différentes structures du MSPSN (cf copie note d'affectation qui sera partagée)</p>	<p>Après la réception de 19 véhicules rétrocédés par l'OMS immatriculés en TT, le Ministère a changé l'immatriculation de six véhicules par AP. Ce qui a fait que lors de l'audit ces véhicules n'ont pas été identifiés. La situation des 6 véhicules avec leur immatriculation et leur localisation est disponible.</p>	Réalisée	<p>Nous avons pu constater l'existence des échanges entre l'UGP et l'auditeur indiquant la localisation et l'immatriculation des véhicules non localisés lors du précédent audit</p>
	<p>3- Le MSPSN doit apporter des éléments prouvant que le degré d'assurance des véhicules est au moins au même niveau que celui exigé par les GMR, ou s'y conformer à travers la contractualisation de polices d'assurance avec une société privée.</p>	<p>3- Les véhicules de l'Etat ne doivent pas être assurés puisque l'Etat est son propre assureur</p>	<p>Les véhicules sont assurés. Le contrat est disponible.</p>	Partiellement réalisée	<p>Les véhicules sont effectivement assurés (nous avons vu le contrat) mais par contre les matériels se trouvant dans les locaux de l'UGP ne sont pas assurés. L'UGP s'est tournée vers un courtier pour sélectionner une compagnie d'assurance mais le processus n'est pas finalisé</p>



Suivi de l'état de mise en œuvre du plan d'actions correctives issu de l'audit de 2021

Réf.	Recommandations de l'audit précédent	Réponses / Engagements du Ministère	Commentaire de mise en œuvre _ Août 2024	Suivi audit Gavi	
				Etat de mise en œuvre	Commentaires
<b>4.6</b>	<b>ACHATS ET PASSATIONS DES MARCHES</b>				
4.6.1 Passations de marché non conformes aux dispositions réglementaires (UGP)	1- L'UGP doit se conformer strictement aux modalités d'acquisition prévues à son manuel de procédures pour diffuser le PPM. Les écarts aux procédures observés au cours de cet audit doivent faire l'objet d'une justification.	1- Les dossiers des marchés ont été vérifiés. A ce jour le manuel des procédures est respecté. Ce qui a été constaté fait suite à l'allègement des mesures pour lutter contre la pandémie de COVID 19	A ce jour le manuel des procédures est respecté. Le précédent constat fait suite à l'allègement des mesures pour la lutter contre la pandémie de COVID 19.	Partiellement réalisée	Des erreurs dans les seuils dans le manuel au niveau de l'article (150 000 Fcfa au lieu de 200 000 Fcfa et 5 000 000 au lieu de 50 000 000 Fcfa) et des termes inappropriés ("consultation directe" que ce soit pour les gré-à-gré ou les consultations de fournisseurs) ont été constatés dans le manuel. Cette partie devra faire l'objet d'une révision (point 2.6.2.5 page 220 et 221) Les dossiers de passation de marchés sont classés dans un container au niveau du MSP. Ils ont mis beaucoup de temps à nous être transmis ce qui laisse supposer un problème d'archivage et ne nous a pas toujours permis de vérifier la bonne application des procédures mentionnées dans le manuel Nous avons toutefois disposé du texte officiel simplifiant les procédures dans le cadre du COVID 19
	2- Le service passations de marchés de l'UGP doit effectuer les mises à jour des PPM et des rapports d'exécution selon les fréquences définies au manuel de procédures.	2- L'UGP prend bonne note et veillera à l'application de cette recommandation à travers son RPM pour le respect de cette procédure	La mise à jour des PPM se font annuellement. Les PPM annuels sont disponibles.	Non réalisée	Les PPM 2022-2023-2024 ne nous ont pas été transmis, nous n'avons donc pas été en mesure de vérifier les mises à jour
	3- Au vu des faiblesses relevées par l'AF à ce niveau, la correcte application des dispositions contractuelles, comme l'application des pénalités de retards, doit faire l'objet d'un suivi renforcé par le Responsable des passations de marchés.	3- Le RPM a été instruit pour le respect de cette recommandation	Les dispositions contractuelles sont respectées. Les pénalités sont appliquées s'il y'a lieu.	Non réalisée	Un modèle de tableau de suivi des contrats existe mais il n'est pas utilisé. Ce modèle doit être utilisé et doit permettre de déterminer automatiquement le montant des pénalités de retard en fonction des dates indiquées sur les PV de réception Le module TOMMARCHE n'est pas utilisé par le service de passation de marchés de l'UGP (SPM) alors qu'il permettrait de suivre plus facilement l'ensemble des marchés
	4- La liste des fournisseurs pré-qualifiés doit être mise à jour (annuellement) sur la base d'un appel d'offre ouvert à conduire sous la supervision de l'AF. Elle devra être approuvée par Gavi avant utilisation.	4- Sur la base d'un appel d'offre ouvert, l'UGP a mis à jour la liste des fournisseurs pré-qualifiés et revue par l'AF	La liste des fournisseurs pré-qualifier est actualisée annuellement. Pour 2024 la liste actualisée est en cours de validation.	Partiellement réalisée	La liste des fournisseurs agréés de 2021 n'a pas encore été actualisée. Une actualisation est effectivement en cours mais n'est pas finalisée L'UGP utilise des fournisseurs qui ne sont pas sur la liste de 2021 ce qui est contraire aux procédures indiquées dans le manuel
<b>4.7</b>	<b>GESTION DES VACCINS</b>				
4.7.1 Gestion insuffisante de la chaîne du froid (SDV)	1- Veiller à l'élaboration d'un manuel de procédures opérationnelles normalisées (PON) pour toutes les activités importantes de la GEV.	1-L'UGP fera un plaidoyer auprès du MSPSN et auprès des PTF afin de mobiliser les ressources pour qu'un consultant soit recruté pour la normalisation des procédures de GEV	PON élaboré et partagé	Partiellement réalisée	L'équipe d'audit a constaté que les PON élaborées par la DV n'ont pas été déployées auprès des acteurs du niveau périphérique, à savoir les districts sanitaires et les centres de santé. De plus, les PON se présentent sous forme d'un document condensé de 289 pages. Sous ce format, il difficilement exploitable par le personnel du niveau périphérique, ce qui peut décourager son utilisation et compromettre l'application des procédures.
	2- Déployer les outils de contrôle des températures adaptés et en effectuer le suivi permanent.	2- Une partie des outils disponibles seront installés au niveau central et subnational avec l'appui technique	Toutes les chambres froides sont dotées de système de suivi de température à distance.	Partiellement réalisée	Le suivi des températures n'est pas correctement effectué lors du transport des vaccins.

Suivi de l'état de mise en œuvre du plan d'actions correctives issu de l'audit de 2021

Réf.	Recommandations de l'audit précédent	Réponses / Engagements du Ministère	Commentaire de mise en œuvre _ Août 2024	Suivi audit Gavi	
				Etat de mise en œuvre	Commentaires
		de l'UNIEF et Instaurer le suivi périodique et systématique			
	3- Mettre en place un dispositif de contrôle et de remontée d'information pour toute perte en flacon fermé liée à un défaut de chaîne du froid.	3- le PEV compte utiliser le SIGL et un SMT en ligne afin de mieux suivre la gestion de la logistique.	Le rapport mensuel d'Activité (RMV) produit par les CS capte ces informations et compilées dans le DHIS2. Aussi les DSN et le DC captent ces informations à travers l'outil SMT.	Non réalisée	Les données de pertes des niveaux périphériques ne sont pas régulièrement remontées et les SMT ne sont pas correctement renseignés.
	4- Doter la logistique de la SDV de capacités suffisantes et homologuées en matière de chaîne du froid passive.	4- Dans le cadre du RSS, des glacières ont été acquises et en cours de déploiement au niveau décentralisé	Le Pays a acquis des équipements passifs (172 Portes vaccins et 86 Glacières) à travers CDC Africa qui ont été distribués sur le terrain. Un arrivage de 7732 portes vaccins et 1735 Glacières sont attendus de l'UNICEF.	Partiellement réalisée	Faible capacité au niveau central et subnational.
	5- Préciser les directives en matière de conditionnement des accumulateurs pour le transport de vaccins dans le manuel de procédures opérationnelles normalisées (PON).	5- Dans le cadre des fonds alloués (CDS1), le PEV a commandé 4 fourgonnettes réfrigérées pour le transport des vaccins dans les zones d'accueil difficile et envisage faire une demande aux PTF pour l'achat d'au moins d'un véhicule frigorifique cette année.	Le PON élaboré prend en compte ces directives	Réalisée	
4.7.2 Inventaire national des équipements de la chaîne du froid obsolète et présentant des insuffisances (SDV)	1- La SDV, avec l'appui des partenaires, doit mettre à jour l'inventaire des équipements de CDF (actifs et passifs), étudier chaque écart avec l'inventaire précédent et régulariser les mouvements qui n'ont pas été enregistrés en indiquant leur justification.	1- Un inventaire des équipements de CDF sera fait après l'installation des équipements acquis dans le cadre de CCEOP et RSS.	L'inventaire des ECF actives réalisé en 2017 est mis à jour au mois de juillet 2024. Un inventaire national des ECF et moyens roulants sera organisé au T1 2025.	Réalisée	
	2- Un planning d'inventaire périodique doit être mis en place et exécuté selon des échéances régulières.	2- Le PEV prend bonne note et un plan d'inventaire périodique sera mis en place.	Un inventaire des intrants est planifié après chaque approvisionnement.	Partiellement réalisée	Les écarts récurrents entre stock théorique et stock réel relevés dans le SMT indiquent que les résultats des inventaires ne sont pas exploités convenablement.
	3- Les deux congélateurs domestiques disponibles au dépôt central doivent être remplacés par des équipements conformes aux normes de l'OMS.	3- Le PEV prendra toutes les dispositions pour remplacer les équipements par des matériels homologues par l'OMS.	Les 02 congélateurs non homologués servent uniquement au recyclage des accumulateurs.	Réalisée	
4.7.3 Insuffisances en matière de capacité et de sécurité physique du dépôt central (SDV)	1- Conformément aux précédentes recommandations un dispositif minimal anti-incendie doit être mis en place comportant au minimum l'entretien ou le remplacement des extincteurs. Ainsi que la formation des agents aux consignes de sécurité qui doivent être disponibles.	1- le PEV veillera à l'application de cette recommandation	Le dispositif d'incendie est mis en place et les personnels du DC et DSN sont formés à l'utilisation.	Non réalisée	Il a été observé au cours des visites effectuées que le dispositif anti-incendie n'a pas connu d'amélioration
	2- L'espace de stockage doit être amélioré afin de respecter les bonnes pratiques de stockage en : o Créant des espaces entre les cartons et les murs pour améliorer la ventilation. o Entreposant les cartons sur des palettes et non à même le sol	2- Des climatiseurs ont été acquis pour la salle de diluants et la salle des chambres froides mais l'espace dédiée est petite. L'UGP veillera à l'application de cette recommandation à travers PEV par des contrôles inopinés	Les normes de stockage sont respectées. Des travaux d'aménagement ont été financés pour améliorer les conditions de stockage.	Non réalisée	Il a été observé au cours des visites effectuées que les entrepôts secs au dépôt central sont en mauvais état et ne respectent pas les normes.

Suivi de l'état de mise en œuvre du plan d'actions correctives issu de l'audit de 2021

Réf.	Recommandations de l'audit précédent	Réponses / Engagements du Ministère	Commentaire de mise en œuvre _ Août 2024	Suivi audit Gavi	
				Etat de mise en œuvre	Commentaires
4.7.4 Insuffisances et incohérences dans la gestion administrative des stocks au niveau central (SDV)	1- Former un suppléant au responsable du dépôt pour assurer l'utilisation à temps des outils de gestion de stock en cas d'absence ou d'indisponibilité. Le partage des tâches doit être documenté dans le manuel des procédures.	1- un responsable adjoint du chef de service de la logistique a été recruté	Le responsable du dépôt central et son adjoint assurent pleinement leurs rôles.	Réalisée	
	2- Procéder à des missions périodiques de suivi de la gestion des stocks au niveau des dépôts, ainsi que des vérifications ponctuelles de conformité entre les stocks physiques, les mouvements et les fichiers SMT. Rechercher les documents manquants et les réintégrer aux archives.	2- Le PEV avec l'appui technique des partenaires réalise périodiquement des inventaires physiques L'UGP s'assurera de l'application de cette recommandation par des contrôles inopinés.	Dans le cadre de supervision conjointe formative, les aspects logistiques sont pris en compte.	Partiellement réalisée	Les supervisions manquent de qualité et ne sont pas formalisées dans certaines localités visitées.
4.8	<b>SUIVI ET EVALUATION</b>				
4.8.1 Faiblesse du processus de contrôle et de validation des données rapportées (SDV & DSIS)	1- Renforcer les capacités d'analyse des données du personnel à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.	1- Avec l'opérationnalisation du DHIS2, un manuel de procédure du SNIS est en cours de l'élaboration, A chaque niveau de la pyramide sanitaire un dispositif de contrôle sera mis en place	Un manuel de Procédures opérationnelle des données a été élaboré au T1 2024 par la DSIS et les programmes	Partiellement réalisée	Les actions n'ont pas encore permis d'améliorer la qualité des données. Des incohérences majeures sont encore observables.
	2- Prendre systématiquement en considération la dimension de la qualité des données dans l'élaboration des POA.	2- Cette recommandation est réalisée	La dimension de la qualité des données a été prise en compte systématiquement dans les POA.	Partiellement réalisée	Les actions n'ont pas encore permis d'améliorer la qualité des données. Des incohérences majeures sont encore observables.
	3- Instituer des méthodes de triangulation entre les données de vaccination et les doses de vaccins utilisées pour déterminer les taux de pertes de vaccin, puis analyser les écarts entre ces deux séries de données pour identifier les incohérences dans les résultats rapportés. Mettre en place une revue documentaire annuelle de la qualité des données à l'échelle du pays incluant l'exercice de triangulation.	3- L'UGP prend bonne note et veillera à l'application de cette recommandation à travers PEV par son chargé de vaccination	Des réunions mensuelles sur la revue des données du PEV se tiennent régulièrement, des missions de DQS sont réalisées et l'utilisation de la plateforme DHIS2 pour la validation est effective au T1 2024	Partiellement réalisée	Les actions n'ont pas encore permis d'améliorer la qualité des données. Des incohérences majeures sont encore observables.
4.8.2 Supervisions insuffisantes (SDV)	1- Prenant en compte les difficultés rencontrées pendant l'année 2020, veiller à l'établissement d'un plan de supervision a minima pour éviter des ruptures longues de suivi des activités aux différents niveaux de la pyramide sanitaire qui pourraient entraîner le décrochage de certaines zones.	1- IL existe à ce jour un plan de supervision.	Un plan de supervision existe.	Réalisée	
	2- Poursuivre le développement de la grille de supervision, en intégrant notamment le contrôle de la qualité des données à tous les niveaux.	2- Le supervision prend en compte la dimension de contrôle de qualité des données	Dans le PAO de chaque année, 2 supervision prévue des Provinces. A raison d'une supervision par trimestre	Non réalisée	Les visites effectuées dans certaines localités montrent que le contrôle de la qualité n'est systématiquement effectué ou mal effectuée durant les supervisions.

## Suivi de l'état de mise en œuvre du plan d'actions correctives issu de l'audit de 2021

Réf.	Recommandations de l'audit précédent	Réponses / Engagements du Ministère	Commentaire de mise en œuvre _ Août 2024	Suivi audit Gavi	
				Etat de mise en œuvre	Commentaires
	3- Rendre systématique la documentation des résultats de chaque supervision et le suivi des recommandations formulées au cours des visites antérieures. Les termes de référence des supervisions doivent refléter cet engagement de documentation tout en privilégiant une approche de renforcement des capacités du staff supervisé.	3- L'UGP prend acte de cette recommandation et veillera à son application à travers son chargé de vaccination	Les rapports de supervisions sont partagés et le suivi des recommandations est faite avec le PEV.	Non réalisée	Les supervisions ne sont pas formalisées dans certaines localités visitées. Les agents supervisés n'ont aucune trace des recommandations faites.

## Annexe 8 – Plan d’actions correctives

Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
<b>4.1</b>	<b>Gouvernance et performance organisationnelle des entités</b>					
4.1.1	Mise en œuvre insuffisante des recommandations de l’audit précédent	<p>Le MSPP devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Responsabiliser une entité au sein du Ministère pour la centralisation et la formalisation du suivi de toutes les recommandations issues des missions d’évaluations internes ou externes du Ministère réalisées avec l’appui des différents partenaires. Cette entité pourra s’appuyer notamment sur les services d’audit interne ou équivalents déjà en place dans certaines structures du MSPP.</li> <li>Établir une présentation formelle de l’état d’avancement de la mise en œuvre des principales recommandations issues des différentes évaluations internes et externes lors des forums de coordination existants tels que les réunions du CCIA.</li> </ul>	Elevée	<ul style="list-style-type: none"> <li>L’Inspection Générale des Services du MSP, en étroite collaboration avec la Cellule d’Audit Interne de l’UGP, est chargée du suivi de la centralisation et de la formalisation du suivi des recommandations des missions d’évaluation internes et externes réalisées avec l’appui des partenaires. En particulier, la Cellule d’Audit Interne de l’UGP assurera un suivi rigoureux et une mise en œuvre effective des recommandations. Un mécanisme trimestriel de reporting, déjà en place, sera également renforcé pour assurer une meilleure traçabilité et faciliter l’analyse des progrès réalisés.</li> <li>Une présentation formelle de l’état d’avancement de la mise en œuvre des principales recommandations issues des évaluations internes et externes fera systématiquement partie de l’ordre du jour des réunions du CCIA. Cette approche permettra de renforcer la transparence, d’assurer un suivi régulier des actions correctives et d’améliorer la redevabilité auprès des parties prenantes. Un format standardisé de reporting sera élaboré afin de garantir une présentation claire et structurée des progrès réalisés, des défis rencontrés et des actions en cours.</li> </ul>	UGP/CAI  UGP/CAI	30/03/2025  30/03/2025
4.1.2	Faiblesses de fonctionnement des organes de pilotage stratégique et technique du Programme	<p>Le MSPP devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Établir un programme annuel de travail du CCIA avec les dates prévisionnelles qui sera communiqué à toutes les parties en vue de permettre une anticipation suffisante des réunions ;</li> </ul>	Modérée	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les dates relatives au programme annuel du travail seront planifiées dans le Plan d’activité opérationnel de la Direction et seront planifiées trimestriellement dans un Dashboard pour suivre ces réunions.</li> </ul>	DV	30/04/2025

Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Prévoir une évaluation périodique du CTA-PEV et une évaluation du CCIA par rapports à leurs attributions respectives. Cette évaluation pourrait se faire une fois l'an et devra inclure l'analyse de la complétude de l'ordre du jour des réunions et du respect de la fréquence des réunions stipulée dans les textes.</li> <li>Examiner le caractère actuel et adéquat des dispositions de l'arrêté de 2012 portant modification de l'arrêté de création du CTA-PEV, et apporter les améliorations qui seraient jugées nécessaires.</li> </ul> <p>La Direction Générale de la Santé Publique devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>S'assurer que le CTA-PEV assure efficacement son rôle en matière de préparation des réunions du CCIA, respect de la fréquence des rencontres ; et formalisation du suivi des recommandations du CCIA.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Une évaluation périodique du CTA-PEV sera effectuée en fonction de leurs attributions, à travers l'analyse des divers comptes rendus de leurs réunions afin de s'assurer de leur exhaustivité. Cette évaluation portera également sur la régularité des rencontres, qui feront désormais inscrite dans les plans d'activités de la direction.</li> <li>Un arrêté a été inscrit pour modification dans le PAO 2025. Cette révision intégrera toutes les observations et les manquements identifiés.</li> <li>Le MSP s'engage à mettre en œuvre cette recommandation, notamment la tenue régulière des rencontres du CCIA ainsi que le suivi documenté des recommandations des assises de ce cette instance.</li> </ul>		
4.1.3	Fonctionnement irrégulier des organes de gouvernance de l'UGP	<p>Le MSPP devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Investiguer les raisons de la baisse de fréquence des réunions du comité de pilotage et du comité d'audit de l'UGP et mettre en œuvre les solutions requises pour un fonctionnement régulier de ces organes de gouvernance de l'UGP et le suivi de la mise en œuvre satisfaisante de leurs recommandations.</li> <li>Clarifier le mécanisme d'interaction entre le comité de pilotage de l'UGP et le CCIA dans leur mission commune de suivi de la gestion transparente des fonds destinés au PEV.</li> </ul>	Modérée	<ul style="list-style-type: none"> <li>La question des jetons de présence a été abordée à chaque réunion des comités d'audit et de pilotage. L'UGP présentera une demande auprès du ministère des Finances pour inclure les coûts associés à la tenue de ces organes de gouvernance dans le budget de l'État.</li> <li>Les deux organes de gouvernance sont actuellement présidés par le Ministre de la Santé ou son représentant. Il n'existe pas, à ce jour, de mécanisme formel d'interaction entre ces deux entités. L'Unité de Gestion du Projet (UGP) prendra les mesures nécessaires pour une plus grande synergie entre les deux organes pour assurer une gestion transparente des fonds destinés au Programme Élargi de Vaccination (PEV).</li> </ul>	UGP  UGP/DV	30/06/2025

Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
				Dans ce cadre, l'UGP inscrira chaque fois ce sujet comme point de suivi lors des rencontres de chacun de ces organes.		
4.1.4	Défis liés à la fluidification de la communication entre la Direction de la Vaccination et l'UGP	<p>Le MSPP devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Organiser des assises entre la Direction de la Vaccination et l'UGP afin de clarifier les attributions et l'interaction nécessaire entre elles notamment dans le traitement des requêtes de décaissement et dans le suivi d'exécution budgétaire ;</li> <li>Établir des délais d'exécution à chaque étape du processus de traitement des requêtes et en faire une large diffusion auprès de toutes les entités impliquées ;</li> <li>Inclure le respect des délais établis dans les indicateurs de performance de chaque membre du personnel intervenant.</li> </ul>	Elevée	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les questions relatives à la clarification des rôles entre la Direction de la Valeur (DV) et l'Unité de Gestion de Projet (UGP) sont déjà résolues dans le document normatif régissant ces entités respectives. Il s'agira pour ces deux entités de mieux coordonner leurs activités au moyen de rencontres formelles sur une base mensuelle avec un suivi renforcé des recommandations.</li> <li>Depuis juin 2024, des séances de travail régulières sont organisées entre l'UGP et la DV pour aborder des aspects liés au traitement des requêtes et à la mise en œuvre des activités. Une équipe task-force composée de la DV, l'UGP et l'AP/GFA a également été constituée pour suivre toutes les questions relatives à l'exécution budgétaire.</li> <li>Sous la supervision du secrétariat général, un cadre de travail sera élaboré pour structurer les rencontres entre l'UGP et la DV, incluant également la task force. La fréquence de ces rencontres sera mensuelle. Ce cadre de travail définira le délai, le traitement des requêtes, la communication des données financières, le suivi budgétaire, et les indicateurs de performance pour chaque responsable de l'UGP et de la DV impliqués dans le paiement.</li> </ul>	<p>UGP/DV</p> <p>UGP</p> <p>UGP</p>	30/06/2025
4.1.5	Insuffisances constatées dans la	<p>Le MSPP devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Permettre que la documentation complète relatives au</li> </ul>	Modérée			



Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
	gestion des ressources humaines de l'UGP	<p>recrutement du personnel de l'UGP soit conservée au sein de l'UGP et accessible à toute mission de revue, y compris les audits des programmes Gavi.</p> <p>L'UGP, avec l'appui du MSPP, devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre en place un mécanisme d'évaluation de la gestion des contrats de travail au sein de l'UGP, et d'actualisation des procédures, en vue de permettre à l'UGP de se conformer aux normes établies par la législation nationale et à l'exigence d'approbation des contrats de travail par l'Office National de la Promotion de l'Emploi. Actualiser le manuel des procédures pour prendre en compte ces dispositions.</li> </ul> <p>L'UGP devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Initier les actions nécessaires pour compléter tous les dossiers du personnel avec la documentation exigée dans le manuel des procédures.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Le MSPP s'engage à instruire par l'intermédiaire de l'Inspection Générale des Services, la Cellule d'audit interne de l'UGP à procéder à une revue systématique de la complétude de chaque dossier du personnel et veillera à ce que toute documentation manquante soit complétée dans un délai de deux semaines. À l'avenir, pour tout recrutement, l'UGP s'assurera de la documentation complète relative pour chaque nouvel employé. Cette documentation sera bien organisée et accessible aisément pour toute revue.</li> <li>L'UGP a pris note de cette recommandation. Toutefois, il convient de préciser, à ce stade, qu'un consultant recruté par Expertise France est actuellement en mission d'évaluation de la gestion des contrats du personnel de l'UGP afin d'aboutir à leur actualisation suivant les normes établies par la législation nationale. Des contrats long durée seront ensuite soumis au visa de l'Office National de la Promotion de l'Emploi seront et à la validation de GAVI avant signature définitive par le personnel et le Secrétaire Général au Ministère de la Santé Publique.</li> <li>Pour le prochain recrutement, l'UGP prend en considération la recommandation de complétude des pièces et collaborera avec la commission ad hoc de recrutement du MSP afin que les dossiers des candidats définitivement admis lui soient transmis.</li> </ul>	<p>RH/UGP</p> <p>RH/UGP</p> <p>RH/UGP</p>	<p>30/03/2025</p> <p>30/03/2025</p> <p>30/05/2025</p>
4.1.6	Besoin de renforcement des capacités des agents du niveau périphérique	<p>Le MSPP devra, en appui à la Direction de la Vaccination :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Veiller à l'exécution complète du plan de formation en cascade des acteurs du Programme à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.</li> </ul>	Modérée	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cette activité, inscrite dans le Plan d'Action Opérationnel 2025, fera l'objet d'un suivi rigoureux à travers un plan de suivi dont la</li> </ul>	DV	30/06/2025

Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
		<ul style="list-style-type: none"> <li>En lien avec la recommandation 4.5.2 relatives aux supervisions, mettre en place un mécanisme d'évaluation de l'impact de ces formations sur les pratiques de gestion du PEV dans les différentes localités et renforcer celles où la formation n'aurait pas été bien assimilée.</li> </ul>		<p>mise en œuvre sera réalisée dans les meilleurs délais.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Activité inscrite dans le PAO 2025, un suivi de sa mise en œuvre sous forme de plan de suivi est pensé et sera mis en exécution très rapidement.</li> </ul>	DV	
<b>4.2</b>	<b>Gestion comptable et financière</b>					
4.2.1	Tenue de comptabilité insuffisante : Résultats de la revue des comptes reconstitués des années 2017-2018 de la SDV	<p>Le MSPP devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prendre les dispositions nécessaires pour répondre à l'obligation de tenues de comptes fiables et de conservation des pièces justificatives de dépenses relatives aux subventions en cours d'exécution et aux futurs décaissements de fonds Gavi.</li> </ul>	Modérée	<ul style="list-style-type: none"> <li>Une digitalisation des pièces de l'UGP et de la DV a démarré en fin 2023 et qui a permis de numériser toutes les pièces de 2022, 2023 et va se poursuivre avec 2024 et s'installer au jour le jour. Et aussi pout la DV à travers le consultant recruté par l'UNICEF a permis à la DV de numériser toutes les pièces de 2021 à 2023 et une formation est tenue pour renforcer les comptables de la DV pour leur permettre de poursuivre la numérisation de 2024 et s'installer au jour le jour</li> </ul>	UGP/DV	30/06/2025
4.2.2	Insuffisances constatées dans les analyses budgétaires	<p>L'UGP devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Définir d'un commun accord avec les acteurs programmatiques (Direction de la Vaccination, DPS, autres) le mode opératoire de l'analyse budgétaire périodique qui permet d'apporter les explications à la fois financières et programmatiques sur l'état d'exécution des budgets, conformément à la recommandation du comité d'audit de l'UGP.</li> </ul>	Modérée	<ul style="list-style-type: none"> <li>Des rencontres budgétaires seront systématiquement organisées trimestriellement entre les principaux acteurs (DV, UGP) avec l'assistance technique de GFA. Parallèlement, des outils d'automatisation de la gestion budgétaire seront développés par GFA pour faciliter le suivi budgétaire en temps réel. Ces deux initiatives permettront d'assurer un suivi budgétaire plus rigoureux et une mise en œuvre programmatique plus performante. Pour la révision du manuel de procédures prévue dans le courant de l'année 2025, le processus de gestion budgétaire sera</li> </ul>	UGP/DV	30/03/2025

Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre à jour le manuel des procédures de l'UGP en intégrant une description détaillée du mode opératoire ainsi défini.</li> </ul> <p>Le MSPP devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Appuyer l'UGP et l'Unicef pour la mise en place d'un cadre de collaboration et de partage d'information permettant un suivi efficace de l'exécution des budgets relatifs aux différentes subventions.</li> </ul>		<p>renforcé pour davantage de clarté dans les rôles et responsabilités. Une indication claire des rôles et responsabilités des acteurs clés sera établie, assurant une meilleure coordination et efficacité dans la gestion des ressources.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dans le cadre du suivi des interventions financées par GAVI et mises en œuvre avec l'appui de l'UNICEF, le Secrétariat Général du MSP organisera systématiquement des rencontres trimestrielles entre l'UNICEF et l'UGP. Ces réunions porteront notamment sur le suivi des paiements directs effectués par GAVI, le suivi des livraisons des commandes, ainsi que le partage d'informations lors des campagnes de masse cofinancées par GAVI et l'UNICEF. À l'issue de chacune de ces rencontres, un tableau de bord de l'exécution budgétaire sera également élaboré afin d'assurer un suivi transparent et efficace des financements alloués.</li> </ul>		30/04/2025
4.2.3	Faiblesses liées à la gestion des comptes bancaires	<p>L'UGP devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Unifier les bases comptables au niveau de Tom2Pro dans les plus brefs délais afin de faciliter le suivi des opérations sur les comptes bancaires principal recevant les fonds Gavi.</li> <li>Obtenir les conventions d'ouverture des comptes bancaires auprès de la banque, ainsi que les conditions régissant les comptes ouverts à Ecobank et procéder à la vérification des frais bancaires facturés.</li> </ul>	Modérée	<ul style="list-style-type: none"> <li>La délocalisation des comptes bancaires des subventions GAVI de la SGT (devenue CORIS BANK) vers Ecobank a laissé certains comptes partiellement transférés. Ainsi, des suspens bancaires subsistent encore chez CORIS BANK, en attente de régularisation. Sans cette régularisation, la clôture de certains comptes reste impossible. Afin de résoudre cette situation, une réunion a été initiée entre CORIS BANK et l'UGP pour examiner les suspens bancaires et identifier les solutions adaptées. Par ailleurs, avec l'arrivée des nouvelles subventions, le décaissement reçu de GAVI ne transitera plus par le compte principal. Dès lors, l'unification des bases comptables ne sera plus pertinente,</li> </ul>	UGP  UGP  UGP	30/06/2025

Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Au regard des provisions importantes sur les comptes, engager les négociations avec la banque pour la prise en compte d'intérêts créditeurs pouvant ainsi constituer des sources additionnelles de revenus pour le financement des activités.</li> </ul> <p>L'UGP et l'Agent Fiduciaire devront :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>S'assurer que les états de rapprochements bancaires sont exhaustifs, signés par toutes les personnes autorisées et correctement classés et archivés ;</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vérifier que les états de rapprochements bancaires sont exacts et matérialiser leurs contrôles sur les états imprimés ;</li> </ul>		<p>ce qui nécessitera une adaptation des pratiques de suivi financier et de reporting.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Une convention tarifaire a été sollicitée par l'UGP auprès d'Ecobank, institution bancaire où sont logés l'ensemble des comptes de l'UGP. Cette convention fera l'objet d'une révision en 2025 afin d'examiner en détail les conditions appliquées et d'identifier d'éventuels ajustements nécessaires. L'objectif est de rechercher des conditions favorables à l'UGP afin d'éviter les frais et taxes pouvant engendrer des dépenses inéligibles.</li> <li>Une séance de travail a été tenue en octobre 2024 au cours de laquelle la question des intérêts créditeurs a été abordée. Lors des échanges avec Ecobank, il a été confirmé que les comptes à vue ne génèrent aucun intérêt. La seule alternative serait le placement de fonds rémunérés. Cependant, les procédures des Bailleurs ne permettent pas ce type d'opération.</li> <li>Toutes les mesures nécessaires sont mises en place afin d'assurer la disponibilité des ERB dans les délais requis par le Manuel de procédures de l'UGP, avec la validation complète de toute la chaîne d'approbation des dépenses. Des indicateurs de performance, incluant notamment la qualité des états de rapprochement bancaire ainsi que leur production dans les délais impartis, seront mis à jour et communiqués aux comptables de la cellule « Finances ».</li> <li>L'UGP s'engage à appliquer strictement les dispositions du Manuel de procédures et de</li> </ul>	<p>UGP/AP</p> <p>UGP /AP</p> <p>UGP/AP</p>	

Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
		<ul style="list-style-type: none"> <li>S'assurer que les suspens bancaires sont correctement suivis et que les corrections nécessaires sont apportées dans les plus brefs délais.</li> </ul>		<p>tenir des classeurs de ERB par compte bancaire, mis à jour chaque mois. Cette exigence fera partie de l'évaluation de performance des comptables.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'UGP s'engage à faire un suivi mensuel des suspens bancaires et à les régulariser / faire régulariser par la banque dans un délai maximum de 3 mois. Cette exigence de régularisation des suspens bancaires fera partie des objectifs de performance du Responsable Administratif et Financier.</li> </ul>		
4.2.4	Insuffisances liées au mécanisme de paiement mobile	<p>L'UGP devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>S'assurer que les rapports de la compagnie offrant le service de paiement mobile soient préparés par subvention ou qu'un compte soit créé pour chaque subvention.</li> </ul>	Modérée	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avec l'appui de l'AP, l'UGP a finalisé le guide simplifié des paiements mobiles destinés aux acteurs de la santé. Ce guide précise les procédures d'approvisionnement des comptes Mobile Money, les étapes de validation et de paiement des bénéficiaires, ainsi que le processus de collecte, de transmission et de revue des rapports. Il vise également à optimiser le retraitement comptable en facilitant le transfert des montants du compte 409 vers le compte 551. Par ailleurs, l'UGP s'engage à réaliser un rapprochement trimestriel des transactions Mobile Money en 2025, avant d'adopter une fréquence mensuelle à partir de 2026. Pour faciliter ce processus, GFA a développé des outils automatisés permettant d'identifier la source de financement et la subvention associée à chaque lot de paiement, tout en garantissant une numérotation séquentielle. Afin de renforcer l'intégrité du processus, une copie PDF du fichier Excel de calcul des frais sera générée automatiquement et envoyée par email aux différents approbateurs.</li> </ul>	UGP / GFA	30/03/2025

Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcer l'analyse mensuelle du solde comptable et du solde de trésorerie du compte de paiement mobile.</li> <li>Déployer le mécanisme de paiement mobile aux bénéficiaires finaux. Dans les cas où les paiements mobiles seraient décentralisés auprès des province ou districts où exécutés par un quelconque intermédiaire, l'UGP devra exiger des décharges des bénéficiaires finaux qui devront ensuite faire l'objet de contrôle formalisés par ses services.</li> </ul>		<p>L'UGP s'engage fermement à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Organiser une rencontre urgente avec MOOV sur le contenu de rapports à fournir, la nécessité d'éclater les paiements par bailleurs et par subventions et le rapprochement à faire sur les fonds déjà envoyés. MOOV sera contractuellement tenue d'utiliser les références sur les paiements pour ses rapports de paiements. Comme indiqué plus haut, les références sont sécurisées, uniques et indiquent la source de financement et la subvention.</li> <li>Mener une analyse coût/efficacité et risques sur l'éventualité de décentraliser les paiements mobiles au niveau des DSP/DS. Ce rapport sera partagé à GAVI pour appréciation. Faire signer une convention définissant clairement les rôles et les obligations de chaque partie prenante (UGP &amp; OTM)</li> </ul>	UGP  UGP	
4.2.5	Suivi défectueux de l'apurement des avances sur la période auditée	<p>L'UGP devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre en œuvre de manière complète le plan d'apurement des avances et obtenir le remboursement des avances non justifiées.</li> </ul>	Modérée	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avec l'appui de l'AP, l'UGP a développé un plan d'apurement et de gestion des avances ouvertes. Ce plan, reposant sur (i) une communication systématique avec les EMOs concernées, (ii) le déploiement de superviseurs comptables et le recours aux points focaux, ainsi que (iii) le partage systématique de fiches techniques pour une meilleure justification des fonds alloués, a</li> </ul>	UGP	30/09/2025

Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Incorporer le plan d'apurement des avances au manuel des procédures de l'UGP afin de renforcer le mécanisme de suivi des avances.</li> <li>Prendre les mesures adéquates pour accélérer la vérification et la comptabilisation des lots de pièces justificatives de liquidation des avances.</li> </ul>		<p>permis de réduire significativement les avances ouvertes, en particulier celles âgées de plus de six mois. Celles-ci sont passées de près d'un million de dollars au deuxième trimestre 2024 à moins de 20 000 dollars au quatrième trimestre 2024. Cette stratégie, avec l'appui de GFA, sera systématisée pour une maîtrise totale des avances ouvertes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'UGP, au courant de l'année 2025, s'engage à intégrer dans le manuel de procédures le plan d'apurement des avances ouvertes. Ainsi, ce plan fera désormais partie des processus normatifs de gestion de l'UGP. L'intégration de ce plan dans le manuel des procédures qui sera révisé au courant de cette année.</li> <li>Des indicateurs de performance, incluant également la comptabilisation des pièces comptables remontées des provinces, seront mis à jour et partagés avec la cellule « Finances ». À terme, avec l'accord de Gavi, il est prévu la pré-comptabilisation des pièces sur place dans les Provinces par les points focaux à l'aide de l'outil RFSR de GFA. Les pièces, avec cette approche, seront désormais archivées au niveau local.</li> </ul>	UGP  UGP	
4.2.6	Faiblesses constatées dans l'archivage comptable	<p>L'UGP devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En lien avec la recommandation 4.2.5, renforcer le suivi de la justification des dépenses selon les dispositions du manuel des procédures.</li> </ul>	Elevée	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les travaux de digitalisation des archives et de configuration de la gestion électronique des documents (GED) ont été finalisés au cours du quatrième trimestre 2024. Ces travaux ont couvert les exercices 2022 et 2023. Ils se poursuivront en 2025 afin d'intégrer les exercices 2024 et 2025, en attendant que les comptables de l'UGP prennent pleinement la main.</li> <li>Le principal défi reste le référencement entre la comptabilité et les archives</li> </ul>	UGP  UGP	30/06/2025





Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
		<p>Tom2Pro déjà acquis par l'UGP).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Veiller à générer de manière automatique la codification des immobilisations et vérifier l'absence de toute erreur.</li> <li>Prendre les mesures nécessaires pour le respect des procédures d'inventaires décrites dans le manuel de procédures et les documenter de manière adéquate.</li> <li>Veiller à l'approbation et la documentation des mises au rebut ou rétrocession d'immobilisations tel qu'exigé dans le manuel.</li> </ul>		<p>immobilisations. Les écarts identifiés ont conduit à la correction des données comptables. La prochaine étape consistera à intégrer les données rapprochées dans le module Tom2Pro de gestion des immobilisations.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le Manuel de procédures définit en détail la politique de codification des immobilisations. En plus du logiciel Tom2Pro dédié à la gestion des immobilisations, l'UGP a également acquis Tom-Parc pour le suivi, la gestion et la codification des actifs. L'UGP s'engage à utiliser ces logiciels de manière plus approfondie afin d'assurer la génération automatique des codes d'immobilisation.</li> <li>Pour les exercices à venir, l'UGP prend note des recommandations formulées et s'engage à respecter scrupuleusement les dispositions y relatives.</li> <li>Idem (comme pour le point ci-avant).</li> </ul>	RAF/UGP	31/03/2025
<b>4.3</b>	<b>Achats et passations de marchés</b>					
4.3.1	Insuffisances constatées dans la planification des marchés	<p>L'UGP devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A partir des plans de travail annuels (PTA) approuvés des subventions, élaborer chaque année un plan de passation de marchés (PPM) consolidé intégrant chaque subvention Gavi. Le PPM final devra obtenir l'ANO de Gavi et être approuvé par les responsables habilités au sein du MSPP avant son exécution.</li> <li>Mettre en place un suivi d'exécution du PPM et déclencher chaque processus de passation de marchés dans un délai raisonnable permettant le respect de toutes les exigences du processus.</li> </ul>	Elevée	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nous prenons en compte cette recommandation. Le PPM 2025 sera élaboré et transmis à GAVI pour l'ANO.</li> <li>Nous prenons en compte cette recommandation. Toutefois, pour la nouvelle 2025, un PPM sera et validé, le plan de suivi d'exécution élaboré et les</li> </ul>	UGP	30/03/2025

Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
				marchés conduits dans les délais		
4.3.2	Faiblesses observées dans la gestion des marchés	<p>L'UGP devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>S'assurer du respect des procédures décrites dans le code des marchés publics et dans son manuel des procédures relativement à la passation des marchés.</li> <li>Veiller à correctement archiver les documents relatifs à chaque étape du processus de passation des marchés en se servant notamment de la liste de documents fournie dans son manuel des procédures prévu à cet effet.</li> </ul>	Elevée	<ul style="list-style-type: none"> <li>Au cours de l'année 2024, l'UGP s'est assuré du respect des textes réglementaires en ce qui concerne la passation de marchés. Pour l'année 2025, les dispositions suivantes sont prises afin d'améliorer la qualité du contrôle sur l'ensemble des processus à conduire : <ol style="list-style-type: none"> <li>Un planning des comités sera élaboré en fonction des prévisions des appels d'offres à lancer.</li> <li>Une restructuration du service de passation des marchés est en cours.</li> <li>Des réunions régulières seront organisées avec la DV et les autres partenaires pour la mise à jour du plan d'acquisition.</li> <li>Des séances de sensibilisation sur les bonnes pratiques de passation des marchés seront organisées en amont à l'intention des partenaires.</li> </ol> </li> <li>Suivant la check-list de classement des dossiers, et en complément du dispositif d'archivage électronique existant, l'UGP a mis en place les dispositions suivantes pour l'archivage des documents des processus de passation des marchés : <ol style="list-style-type: none"> <li>Acquisition, en octobre, d'un scanner haute résolution pour faciliter la numérisation et le classement électronique des dossiers.</li> <li>Création d'un dossier principal et de trois sous-dossiers pour l'archivage électronique local sur les ordinateurs de travail du RPM et de l'Assistant en passation des marchés.</li> <li>Automatisation des bons de commande, proposée par GFA, afin de</li> </ol> </li> </ul>	UGP	En continue
					UGP	30/03/2025

Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre en place un index d'archivage permettant de retrouver facilement les éléments constitutifs des dossiers de passation de marchés.</li> </ul>		<p>faciliter leur suivi ainsi que leur classement chronologique.</p> <p>4. Mise en place d'un tableau de suivi des marchés permettant de faire le point sur l'état d'avancement des dossiers traités et archivés.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Recommandation prise en compte et en cours de mise en œuvre. L'AP a mis en place un nouveau formulaire de bon de commande automatisé, générant automatiquement un numéro chronologique unique, intégrant un numéro d'ordre séquentiel, la source de financement, la subvention, le libellé de l'activité ainsi que sa description. Pour renforcer l'intégrité du processus, chaque fois qu'un bon de commande est établi, une copie PDF est automatiquement générée et transmise par email aux approbateurs ainsi qu'à l'AP. Un système similaire est en cours de développement pour les contrats.</li> </ul>	UGP	30/03/2025
<b>4.4</b>	<b>Gestion des vaccins</b>					
4.4.1	Défaut d'adaptation et de diffusion des procédures opératoires normalisées (PON)	<p>La Direction de la Vaccination devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Simplifier les PON pour les rendre plus accessibles et compréhensibles pour les acteurs du PEV du niveau périphérique. Cela pourrait inclure la création de résumés des PON et de guides pratiques.</li> <li>Vulgariser les PON ainsi simplifiées, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour garantir une application uniforme des procédures de gestion des vaccins et de la chaîne du froid.</li> </ul>	Modérée	<ul style="list-style-type: none"> <li>Il est prévu la révision des procédures opératoires normalisées (PON) au T1 2025. Des guides pratiques seront produits et adaptés à chaque niveau de la pyramide sanitaire ;</li> </ul>	Logistique/DV	T1 2025

Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre en place des sessions de formation régulières pour le personnel afin de renforcer la compréhension et l'application des PON.</li> <li>Instaurer un mécanisme de suivi et d'évaluation, notamment à travers les supervisions périodiques (voir recommandation 4.5.2), pour s'assurer que les PON sont bien comprises et appliquées correctement à tous les niveaux.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Le PON sera produit et distribué à tous les niveaux ;</li> <li>Des supervisions formatives sont prévues pour renforcer les capacités sur la gestion des vaccins et PON</li> <li>Après chaque supervision, un suivi des recommandations sera mis en place pour s'assurer de la mise en œuvre des PON</li> </ul>		
4.4.2	Faiblesses identifiées au niveau de la gestion de la chaîne du froid	<p>Le MSPP devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prendre les mesures nécessaires pour lever les obstacles à la réalisation des investissements en infrastructures de stockage de vaccins prévus au niveau central et subnational, y compris les questions foncières.</li> <li>Finaliser le plan de maintenance et le faire adopter officiellement par le CCIA. Mettre en place un suivi et évaluation de l'efficacité de ce plan de maintenance.</li> <li>En lien avec la recommandation 4.5.2, mettre en place un système de formation continue permettant d'actualiser régulièrement les connaissances du personnel dans la gestion de la chaîne du froid.</li> </ul>	Elevée	<ul style="list-style-type: none"> <li>Des missions ont été organisées afin d'identifier les sites de construction des différents dépôts. Un comité de construction est en place, avec l'organisation régulière de réunions de suivi, ainsi que le recrutement d'un cabinet chargé de la conception des plans de masse et architecturaux. Un site a été octroyé pour la construction du dépôt central. Concernant les DSN : <ul style="list-style-type: none"> <li>DSN Abéché : Un site a déjà été identifié.</li> <li>DSN Moundou et Sarh : L'identification est en cours.</li> </ul> </li> <li>Il est prévu la révision du plan de maintenance dans le PAO 2025, sa validation par le CTA/PEV ainsi que le CCIA.</li> <li>Les supervisions formatives semestrielles sont prévues pour renforcer les capacités sur la Gestion Efficace de Vaccin et Chaîne du froid.</li> </ul>	DVLMSE/UGP /UNICEF	T1 2025  T1 2025  T1 & T4 2025
4.4.3	Modalités de stockage d'intrants secs ne répondant pas aux normes	<p>La Direction de la Vaccination avec l'appui du MSPP devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Réorganiser les espaces de stockage : Désencombrer les entrepôts et organiser les espaces de stockage de manière à respecter les normes de sécurité et à faciliter la gestion des stocks.</li> </ul>	Modérée	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un entrepôt est loué par la direction afin de désengorger le magasin sec existant. En outre, un inventaire national est en cours et</li> </ul>	DV	Janvier 2025

Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
		<ul style="list-style-type: none"> <li>S'assurer de la mise aux normes des dépôts face au risque d'incendies : Faire un diagnostic des risques d'incendies sur les différents sites du PEV et mettre en place des systèmes de prévention et de lutte contre les incendies, tels que des extincteurs et des détecteurs de fumée, et former le personnel à leur utilisation.</li> </ul> <p>Les responsables préfectoraux et de districts devront veiller à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Stocker de manière appropriée les seringues et autres intrants secs : Définir un emplacement approprié pour le stockage des seringues et des intrants secs, pour éviter toute contamination et faciliter l'accès et la gestion des stocks.</li> <li>Renforcer les supervisions : en lien avec la recommandation 4.5.2, intégrer l'évaluation des conditions d'entreposage des seringues et autres intrants secs dans les guides de supervision.</li> </ul>		<p>permettra d'optimiser l'espace d'entreposage des intrants avec une utilisation systématique des palettes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En plus des extincteurs existants, une acquisition des extincteurs avec formation à l'utilisation est prévue dans le PAO 2025</li> <li>Des supervisions formatives conjointes sont planifiées pour renforcer la capacité des acteurs de terrain sur l'entreposage des intrants secs pour faciliter l'accès et la gestion de stock.</li> <li>Un module en lien avec l'évaluation des conditions d'entreposage sera intégré dans le paquet de formation</li> </ul>	DV  DV  DV	T3 2025  T1 et T4 2025
4.4.4	Insuffisance dans la gestion physique des vaccins	<p>En lien avec la recommandation 4.4.1, la Direction de la Vaccination devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Organiser dans un bref délai, les formations de mise à niveau des nouveaux agents et des acteurs du niveau périphérique sur les bonnes pratiques de gestion des vaccins.</li> <li>Accentuer les supervisions formatives et s'assurer lors de ces supervisions que les PON adaptés sont disponibles, accessibles et régulièrement consultés par tout le personnel en charge du PEV au niveau intermédiaire et périphérique.</li> </ul>	Modérée	<ul style="list-style-type: none"> <li>Des supervisions formatives sont prévues pour renforcer les capacités sur la gestion des vaccins et les PON.</li> <li>Les opportunités telles que le PEV en pratique, les distributions des vaccins et consommables serviront aussi à renforcer les capacités et a disponibiliser les documents stratégiques validés.</li> </ul>	DV	T1 et T4 2025
4.4.5	Défaillance dans la gestion administrative des stocks de vaccins	<p>La Direction de la Vaccination devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Investiguer les inexactitudes identifiées dans les SMT par l'audit et partager les résultats à l'équipe pays de Gavi.</li> <li>Veiller à la mise à jour effective des SMT à l'issue des inventaires physiques de stocks.</li> <li>Déployer les PON actualisées (voir recommandation 4.4.1).</li> <li>Renforcer l'analyse des stocks opérée mensuellement par le</li> </ul>	Elevée	<ul style="list-style-type: none"> <li>Une analyse des données du SMT est en cours et sera partagée</li> <li>Un renforcement des capacités sera fait aux responsables de dépôt avec un suivi régulier de la mise à jour du SMT.</li> <li>Le PON sera produit et distribué à tous les</li> </ul>	DV	31/03/2025

Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
		<p>service logistique et le contrôle opéré par la direction sur les rapports d'analyse produits.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcer les contrôles et la formation sur les bonnes pratiques en matière de gestion des vaccins à travers une intensification des supervisions formatives (voir recommandation 4.5.2).</li> </ul>		<p>niveaux.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Un renforcement du mécanisme d'analyse des données et de consolidation des rapports mensuels est fait.</li> <li>Des supervisions formatives sont prévues pour renforcer les capacités sur la gestion des vaccins.</li> </ul>		T1 et T4 2025
<b>4.5</b>	<b>Suivi et évaluation</b>					
4.5.1	Qualité insuffisante des données de vaccination	<p>Le MSPP, avec l'appui de la Direction de la Vaccination devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre en place un mécanisme de suivi de l'avancement du plan d'amélioration de la qualité des données incluant un rapportage périodique au CCIA.</li> <li>En collaboration avec les DPS, renforcer les contrôles au niveau des points de collectes des données, particulièrement à l'étape d'acceptation et de saisie des données dans le DHIS2.</li> <li>Accentuer les supervisions pour évaluer le niveau de prise en main du DHIS2 par les différents acteurs des provinces et renforcer leur capacité, si nécessaire.</li> <li>Inclure dans les PON des guides ou procédures claires sur les contrôles de triangulation à mettre en œuvre à chaque niveau de la pyramide sanitaire sur les données remontées dans le DHIS2 et en faire une large diffusion.</li> </ul>	Elevée	<ul style="list-style-type: none"> <li>Il existe un cadre de suivi de la mise en œuvre du plan d'amélioration. Les rapports seront partagés avec le CCIA</li> <li>Il est intégré dans le DHIS2, des règles de validation et une application de contrôle de qualité des données. Le suivi est fait et des feedbacks réguliers</li> <li>Il est prévu de renforcer la supervision formative à tous les niveaux.</li> <li>Il est prévu dans le PAO 2025, l'élaboration du plan annuel des données et PON. La triangulation des données sera automatisée dans le DHIS2 avec des alertes.</li> </ul>	DV  DV  DV  DV	31/03/2025
4.5.2	Insuffisance qualitative des supervisions	<p>La Direction de la Vaccination avec l'appui du MSPP devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Réviser les guides de supervision par niveau de la pyramide sanitaire et former les équipes au niveau central, subnational et périphérique à leur utilisation.</li> <li>Mettre en place un calendrier annuel de supervision formative et intégrée avec des dates indicatives afin de permettre une anticipation suffisante et la mobilisation à temps des ressources.</li> </ul>	Modérée	<ul style="list-style-type: none"> <li>La DV prend bonne note des recommandations formulées et s'engage à leur mise en œuvre conséquente.</li> <li>La recommandation a été prise en compte. Un calendrier annuel de supervision formative et intégrée sera élaboré avec des dates indicatives afin de faciliter l'anticipation et la planification des missions. Ce calendrier permettra d'assurer une mobilisation optimale des</li> </ul>	DV	30/06/2025



Réf.	Constat	Recommandation	Priorité	Réponses / Engagements du management	Responsable Mise en œuvre /Suivi	Délai
		<p>Le MSPP devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Inclure la régularité des supervisions formatives parmi les critères d'évaluation des performances des responsables à chaque niveau de la pyramide sanitaire.</li> </ul>		<p>ressources nécessaires et d'améliorer la coordination des activités de supervision. La DV veillera à impliquer l'ensemble des parties prenantes dans l'élaboration et la mise à jour régulière de ce calendrier afin d'assurer sa pertinence et son efficacité.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La recommandation a été prise en compte. La régularité des supervisions formatives sera intégrée parmi les critères d'évaluation des performances des responsables à chaque niveau de la pyramide sanitaire. Cette mesure vise à renforcer l'adhésion des acteurs concernés et à garantir un suivi efficace des activités de supervision. La DV travaillera en collaboration avec les parties prenantes pour définir des indicateurs précis et mesurables permettant d'évaluer l'engagement et l'efficacité des responsables dans la mise en œuvre des supervisions formatives. Un mécanisme de suivi sera également mis en place pour assurer l'application de cette nouvelle exigence.</li> </ul>		