



Rapport d'audit

Subventions du Fonds mondial à la République de Côte d'Ivoire

GF-OIG-16-025
14 décembre 2016
Genève, Suisse

La version en langue française de ce rapport est une traduction de courtoisie,
la version en langue anglaise faisant foi.

Table des matières

Table des matières	2
I. Contexte	3
II. Portée et notation.....	6
Objectifs de l'audit.....	6
Portée de l'audit.....	6
Notation.....	7
III. Note de synthèse	8
IV. Conclusions et actions convenues par la direction	11
1. Modalités de mise en œuvre des subventions.....	11
1.1. Mise en œuvre des activités de subvention et absorption des fonds au titre des subventions accordées au MSHP.....	11
1.2. Modalités d'assurance financière	15
2. Contrôle de la chaîne d'approvisionnement et mécanismes d'assurance	17
2.1. Gestion des produits de santé par le magasin central de fournitures médicales	17
2.2. Gestion et suivi des produits de santé par les programmes nationaux de lutte contre la maladie	19
V. Tableau des actions convenues	23
Annexe A : Classification générale des notations de l'audit	24
Annexe B : Méthodologie.....	25

I. Contexte

La République de Côte d'Ivoire, située en Afrique de l'Ouest, compte 23,3 millions d'habitants. Le pays est divisé en 31 régions et deux districts autonomes : la plus grande ville, Abidjan, qui abrite de nombreuses institutions du gouvernement central, et Yamoussoukro, la capitale politique). La Côte d'Ivoire est un pays largement centralisé mais avec une décentralisation en cours. Il s'agit d'un pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure dont le revenu national brut s'élevait à 1 410 dollars américains par habitant en 2015.¹ L'économie est à 85% concentrée dans le sud.² Le pays occupe le 172^e rang sur 188 pays en 2015 dans le classement de l'Indice de développement humain du Programme des Nations Unies pour le développement³ et le 107^e sur 168 pays en 2015 dans le classement de l'indice de perception de la corruption de Transparency International.⁴ Il a traversé une série de conflits violents, le dernier étant le conflit post-électoral de 2010-2011. Cependant, le pays a organisé des élections pacifiques en fin 2015. Depuis, la stabilité politique est revenue.

Le pays est divisé en 20 régions de santé et en 82 districts de santé.⁵ En 2014, le total des dépenses sur la santé s'élevait à 88 dollars par habitant, soit 5,7% du produit intérieur brut, légèrement supérieur à la moyenne de 5,5% des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure d'Afrique sub-saharienne.⁶

Paludisme

Le paludisme est endémique en Côte d'Ivoire où la transmission élevée dans tout le pays atteint son paroxysme en saisons pluvieuses. La plupart des cas sont dus aux espèces parasites du *Plasmodium falciparum*.⁷ Le paludisme est la principale cause de maladie et de mortalité dans le pays. Les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans sont les groupes les plus vulnérables.⁸ En 2014, 15% de tous les décès chez les enfants de moins de cinq ans ont été causés par le paludisme.⁹

En 2013, selon les données les plus récentes de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le pays avait environ 8,3 millions de cas estimés de paludisme (3,8% de la morbidité mondiale) et 16 000 décès estimés dus au paludisme. En 2014, on a dénombré 6,4 millions de cas suspects, 4,7 millions de cas présumés et confirmés, et 2 069 décès déclarés dus au paludisme. La Côte d'Ivoire connaît une forte résistance des vecteurs du paludisme aux insecticides.¹⁰

VIH/sida

En 2015, selon les données les plus récentes de l'OMS, on estimait à 460 000 le nombre de personnes vivant avec le VIH en Côte d'Ivoire (1,3% de la morbidité mondiale).¹¹ La prévalence du VIH chez les adultes (âgés de 15 à 49 ans) s'élève à 3,7% et est la plus élevée en Afrique de l'Ouest.¹² Au total, on estimait à 25 000 le nombre de nouvelles infections et à 25 000 le nombre de décès annuels dus au sida.¹³ Seulement 47 % des adultes et 20% des enfants vivant avec le VIH ayant besoin d'un traitement (au regard des directives de l'OMS adoptées par le pays) bénéficiaient d'un traitement.¹⁴

En 2016, la prévalence du VIH au sein des populations clés touchées à Abidjan s'élevait à 29,3% chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et en 2015, 11,4% chez les travailleurs du sexe et 5,3% chez les consommateurs de drogues injectables. Les populations vivant avec le VIH/sida sont stigmatisées. Selon les estimations du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida

¹ Données de la Banque mondiale : Indicateurs du développement, septembre 2016 ; http://www.gouv.ci/_fiche-signalétique.php

² primaturecotedivoire.net

³ Rapport sur le développement humain 2015 du Programme des Nations Unies pour le développement

⁴ Transparency International, 2015

⁵ Plan national de développement sanitaire 2016 - 2020 (Projet), Ministère de la santé et de l'hygiène publique

⁶ Données de la Banque mondiale : Indicateurs du développement dans le monde, septembre 2016

⁷ Note conceptuelle sur le paludisme (2014) ; Rapport 2015 sur le paludisme dans le monde

⁸ Coup d'œil sur la Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays : Côte d'Ivoire

⁹ Profil statistique de l'OMS : Côte d'Ivoire (janvier 2015)

¹⁰ Rapport 2015 sur le paludisme dans le monde

¹¹ ONUSIDA: Aidsinfo 2015

¹² Les données de l'Enquête démographique et de santé 2011-2012

¹³ ONUSIDA: Aidsinfo 2015

¹⁴ Programme national de lutte contre le sida : Rapport annuel 2015

(ONUSIDA), en 2015, 45% de la population du pays adoptaient des attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH.¹⁵

Tuberculose

Selon les données les plus récentes de l'OMS, en 2014, la Côte d'Ivoire a une prévalence estimée d'environ 48 000 cas de tuberculose (TB), une incidence estimée d'environ 36 000 nouveaux cas par an (0,4% de la morbidité mondiale) et environ 7 200 décès estimés dus à la tuberculose. Environ vingt-quatre pour cent des cas de tuberculose étaient en co-infection avec le VIH. En outre, selon les estimations, 2,5% des nouveaux cas et 11% des rechutes étaient multirésistants aux médicaments (TB-MR). En 2014, 23 275 cas de tuberculose et 471 cas de TB-MR ont été signalés. Sur la base des données sur l'adhésion au traitement, le taux de réussite des traitements antituberculeux s'élevait à 80% et le taux de mortalité à 11%.¹⁶ En 2014, on enregistrait 45% de la morbidité de la tuberculose à Abidjan qui compte environ 40% de la population du pays et où l'accès aux soins est le plus élevé dans le pays.¹⁷

Contexte du financement

En 2015, les interventions de lutte contre le VIH ont été financées par le Gouvernement des États-Unis et le Fonds mondial à hauteur de 77 % environ, et le reste par le Gouvernement ivoirien et d'autres bailleurs de fonds. Le soutien aux services de santé clinique et communautaire liés au VIH est réparti entre le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR) et le Fonds mondial par district de santé, le PEPFAR soutenant la plupart des districts. 45% du total des approvisionnements en médicaments contre le VIH dans le pays est soutenu par le PEPFAR, 45% par le Fonds mondial et 10% par le gouvernement ivoirien.¹⁸

En 2014, si le Fonds mondial a financé environ 56% des interventions de lutte contre le paludisme et, en 2015, 53% des interventions de lutte contre la tuberculose, ces interventions ont été financées à hauteur de 43% et 39% respectivement par le gouvernement ivoirien. Le reste a été financé par d'autres bailleurs de fonds.¹⁹

La Côte d'Ivoire est également un donateur du Fonds mondial dont la promesse s'élève à 1,0 million de dollars américains pour 2017-2019.

Entre 2003 et 2016, le Fonds mondial a signé 16 subventions avec la Côte d'Ivoire pour un montant total de 543 millions de dollars américains, dont 405 millions décaissés (en date du 15 octobre 2016). La somme allouée pour la période 2014-2017 s'élève à un total de 260 millions de dollars américains, dont une partie a été dépensée au titre des subventions précédentes. Actuellement, six subventions d'un montant total de 184 millions d'euros (246 millions de dollars américains)²⁰ sont actives. Le Fonds mondial a contribué pour amener 170.000 personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral, distribuer 25,8 millions de moustiquaires durables traitées aux insecticides, et traiter 83.500 cas de tuberculose.

Contexte de mise en œuvre

Le Ministère de la santé et de l'hygiène publique (MSHP) est le récipiendaire principal de trois subventions accordées au secteur de la santé publique (104,9 millions de dollars américains destinés au paludisme, 90,4 millions de dollars américains destinés au VIH et 9,3 millions de dollars américains destinés à la tuberculose). Cependant, la plupart des rôles des récipiendaires principaux sont délégués à trois programmes nationaux de lutte contre la maladie,²¹ supervisés par la Direction générale de la santé au sein du MSHP. La Direction Générale de la santé supervise également les directions régionales de la santé dans les 20 régions de santé.

¹⁵ ONUSIDA: Aidsinfo 2015 ; Les données de l'Enquête intégrée bio-comportementale

¹⁶ Profil de pays sur la tuberculose 2015 de l'OMS ; Rapport 2015 sur la tuberculose dans le monde

¹⁷ Programme national de lutte contre la tuberculose

¹⁸ Demande de reprogrammation des subventions de lutte contre le VIH (2016)

¹⁹ Note conceptuelle sur le paludisme (2014) ; Note conceptuelle sur la tuberculose (2015)

²⁰ Afin de minimiser les risques de fluctuation des devises, les subventions accordées à la Côte d'Ivoire sont libellées en euros, étant donné que la monnaie nationale est rattachée à l'EUR. Les taux de change EUR/dollar américain sont fixés par le Secrétariat du Fonds mondial à la signature de la subvention.

²¹ Le Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP), le Programme national de lutte contre le sida (PNLS) et le Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT)

Deux organisations de la société civile sont récipiendaires principaux de trois subventions visant à améliorer les services de santé communautaire : l'Alliance nationale pour la santé et le développement en Côte d'Ivoire (22,9 millions de dollars américains destinés au VIH et 3,9 millions de dollars américains destinés à la tuberculose) et Save the Children (14,7 millions de dollars américains destinés au paludisme).

En 2014-2015, le Secrétariat du Fonds mondial a directement versé 54% des fonds de subvention aux agents chargés des achats internationaux de produits de santé. Les fonds restants sont gérés par les récipiendaires principaux qui effectuent des versements auprès des sous-récepteurs (y compris les institutions nationales et les organisations internationales), ainsi que les fournisseurs de services. Le magasin central de fournitures médicales (*la Nouvelle pharmacie de la santé publique*, NPSP) reçoit et distribue les produits de santé à 82 districts de santé, ainsi que directement à environ 200 des plus grands établissements de santé. Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le sous-récepteur du Fonds mondial, est l'agent d'achat des moustiquaires et soutient des campagnes de distribution de masse. Les trois programmes nationaux de lutte contre la maladie sont également soutenus par un agent fiduciaire international qui supervise leur gestion financière et des achats non liés à la santé.

Au cours de l'audit, le 7 septembre 2016, un incendie grave a éclaté la nuit dans l'entrepôt d'expédition de la NPSP. Il a entraîné des pertes de produits de santé prêts pour l'expédition, y compris les produits financés par le Fonds mondial, ainsi que des pertes considérables sur les équipements de la NPSP. Les raisons et les pertes sont étudiées par les autorités locales. La NPSP a immédiatement réorganisé ses services d'expédition vers un autre espace, et procède actuellement à une déclaration de sinistre.

La Côte d'Ivoire a également été un pays pilote pour la campagne de lutte contre la corruption du BIG intitulée « J'en parle maintenant ! » (I Speak Out Now !). La campagne, lancée en avril 2016 en partenariat avec le MSHP, a été conçue pour sensibiliser le grand public aux dangers de la prise de médicaments achetés dans les marchés de rue. La campagne a visé le détournement du RHZE, un antibiotique puissant et essentiel utilisé pour traiter la tuberculose et financé par le Fonds mondial. RHZE était détourné de la chaîne d'approvisionnement et vendu sur les marchés de rue comme un remède à une variété d'affections. Cette pratique non seulement représentait une perte financière pour les programmes financés par le Fonds mondial mais représentait également un risque majeur pour la santé publique car elle pourrait renforcer les formes de tuberculose multirésistante. Par le biais d'annonces de service public à la radio nationale et dans les médias, la campagne s'est appuyée sur le travail de la Fondation Chirac, fondation caritative de l'ancien président français, en utilisant son slogan « Le médicament de la rue tue! ». Parallèlement à la campagne, le BIG a également enquêté sur le détournement de médicaments contre la tuberculose financés par le Fonds mondial. Les résultats de l'enquête sont disponibles ici (GF-OIG-16-013) <http://www.theglobalfund.org/en/oig/reports/>.

Au moment de la rédaction, les renseignements préliminaires depuis l'enquête semblent confirmer que l'offre de médicaments RHZE sur les marchés diminue. Une étude de marché récente sur les sites, où les médicaments volés ont été mis en vente il y a un an, a trouvé des quantités beaucoup plus faibles de médicaments financés par le Fonds mondial disponibles. En ce qui concerne les actions convenues par la Direction découlant de l'enquête, le Secrétariat progresse avec les partenaires du pays pour mettre en place des contrôles plus solides sur les achats et la gestion des stocks.

II. Portée et notation

Objectifs de l'audit

Ce rapport présente le premier audit du BIG sur les subventions du Fonds mondial à la République de Côte d'Ivoire. Il avait pour objectifs d'évaluer si :

- 1) les modalités de mise en œuvre sont adéquates, efficaces et efficaces pour atteindre les objectifs de la subvention, assurent l'accès des patients aux services et aux produits de santé de qualité, soutiennent l'absorption des fonds de subvention et disposent de contrôles fiduciaires efficaces ;
- 2) les mécanismes de contrôle et d'assurance de la chaîne d'approvisionnement sont suffisants pour assurer l'accès rapide et de qualité des patients aux produits de santé.

Portée de l'audit

L'audit a été réalisé conformément à la méthodologie décrite à l'annexe B et porte sur la période allant de janvier 2014 à juillet 2016 couvrant toutes les six subventions actives :

Tableau 1: Subventions actives du Fonds mondial à la Côte d'Ivoire

Subventions actives	Montant de subvention signé, EUR	Équivalent, dollars américains ²²	Réциpiendaire principal
CIV-M-MOH	76,2 millions	104,9 millions	Ministère de la santé et de l'hygiène publique (MSHP), avec la délégation du Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP)
CIV-M-SCI	13,0 millions	14,7 millions	Save the Children
CIV-910-G12-H	65,6 millions	90,4 millions	MSHP, avec la délégation du Programme national de lutte contre le sida (PNLS)
CIV-910-613-H	16,7 millions	22,9 millions	Alliance nationale pour la santé et le développement en Côte d'Ivoire
CIV-T-MOH	8,8 millions	9,3 millions	MSHP, avec la délégation du Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT)
CIV-T-ACI	3,6 millions	3,9 millions	Alliance nationale pour la santé et le développement en Côte d'Ivoire
Total	183,9 millions	246,1 millions	

Visites sur le terrain des services de santé au cours de l'audit du BIG :

- Les entrepôts de la NPSP et le Laboratoire national de la santé publique

47 centres de services de santé dans dix régions de santé :

- Six magasins de fournitures médicales de district de santé
- 33 établissements de santé (dont 31 ont fourni des services de dépistage du VIH, 29 de traitement du VIH, 26 de traitement du paludisme et 13 de traitement de la tuberculose)
- 8 centres de services de santé communautaire

Dix des 20 régions de santé, couvertes par les visites sur le terrain par échantillonnage, représentant :²³

- 73% des patients bénéficiant d'un traitement antirétroviral
- 55% des cas suspects de paludisme
- 77% des cas de tuberculose signalés



²² Les taux de change EUR/dollar américain sont fixés par le Secrétariat du Fonds mondial à la signature de la subvention.

²³ Les données sur le suivi et l'évaluation des programmes nationaux de lutte contre la maladie pour 2015

Notation²⁴

Risques opérationnels	Notation	Référence aux constatations
Modalités de mise en œuvre des subventions	Partiellement efficace	IV 1.1., 1.2.
Contrôles de la chaîne d'approvisionnement et mécanismes d'assurance	Nécessite une nette amélioration	IV 2.1., 2.2.

²⁴ Voir l'annexe A pour la définition de la notation

III. Note de synthèse

La Côte d'Ivoire est l'un des pays à fort impact du Fonds mondial qui a bénéficié d'une allocation de financement de 260 millions de dollars américains pour la période 2014-2017. Le Gouvernement de la Côte d'Ivoire continue également d'augmenter ses contributions nationales à la lutte contre les trois maladies. Le pays a le cinquième plus grand taux de morbidité du paludisme dans le monde, soit 3,8% des cas dans le monde, selon les estimations de 2013. Selon l'Enquête démographique et de santé 2011-2012 du MSHP, le pays avait la plus forte prévalence du VIH à 3,7% chez les adultes en Afrique de l'Ouest.

Modalités de mise en œuvre des subventions

Dans l'ensemble, les modalités existantes ont eu un impact programmatique réussi en raison :

- des composantes importantes des produits de santé dans les subventions et les accords de distribution de grande envergure par le magasin central de fournitures médicales, contribuant ainsi directement à la disponibilité des produits et services de santé auprès des patients ;
- des interventions bien coordonnées avec d'autres sources de financement et les partenaires de mise en œuvre ;
- de la réussite de la coordination entre les secteurs de la santé publique et communautaire ; et
- de l'utilisation croissante du système d'information pour la gestion logistique (SIGL) et du système de gestion de l'information sanitaire (SGIS), contribuant ainsi à accroître la disponibilité et la qualité des données essentielles dans le ciblage des interventions des services de santé.

Le partage de l'appropriation des subventions entre le secteur public et les bénéficiaires principaux de la société civile a été couronné de succès avec des bonnes synergies dans la prestation des services de santé. Cependant, le MSHP a délégué la plupart de ses rôles de bénéficiaire principal aux programmes nationaux de lutte contre la maladie (trois subventions d'un montant total de 204,6 millions de dollars américains). En outre, la mise en œuvre d'un certain nombre d'activités des subventions dépend d'autres homologues au sein et au-delà du MSHP. Les programmes de lutte contre la maladie n'ont pas l'autorité nécessaire pour coordonner efficacement les activités de subvention transversales ainsi que la capacité de mettre en œuvre tant d'activités. Le suivi stratégique du MSHP, comme bénéficiaire principal, et l'arbitrage des questions de coordination ne sont pas suffisants. MSHP considère d'établir l'unité de gestion de projet au niveau supérieur en interne pour assurer une meilleure coordination.

Au 30 juin 2016 (à l'exclusion des activités connexes d'achat des produits de santé), la mise en œuvre n'est pas entamée pour une bonne partie des activités de subvention prévues pour ce cycle d'allocation : 42 sur 113 activités (37%) du programme national de lutte contre le paludisme, 30 sur 189 (16%) du programme de lutte contre le sida, et 13 sur 43 (30%) du programme de lutte contre la tuberculose. Les taux d'absorption des budgets sont par conséquent relativement bas à 45%, 38% et 33%, respectivement. Les retards accusés sur les activités de subvention n'ont pas eu un impact significatif à court terme sur les résultats programmatiques, en raison des livraisons de produits de santé en général stables. Toutefois, le retard des activités importantes telles que le contrôle de la qualité des produits de santé et la décentralisation des services de lutte contre la tuberculose peut affecter la qualité des services de santé à long terme.

Le Secrétariat du Fonds mondial a pris diverses mesures pour remédier aux problèmes d'absorption des fonds, y compris le projet intitulé « La mise en œuvre par le partenariat ». L'objectif du projet est d'accroître l'efficacité et l'efficience de la mise en œuvre des subventions et l'intensification pour plus d'impact, en reposant sur la collaboration avec les partenaires, y compris les gouvernements, les principales parties prenantes et les partenaires bilatéraux et multilatéraux. Si ces actions sont pertinentes et portent souvent sur les perspectives à long terme, elles doivent encore être pleinement mises en œuvre et prouver leur efficacité opérationnelle dans la résolution des problèmes d'absorption dans le pays. En juin 2016, l'agent fiduciaire international a également entamé le suivi de l'absorption, au niveau des activités de subvention, dont les résultats restent limités à ce jour.

En ce qui concerne les contrôles financiers et des achats, ils sont généralement efficaces pour les récipiendaires principaux de la société civile. Les programmes de lutte contre la maladie ont des contrôles partiellement efficaces, ce qui entraîne une baisse de la concurrence et de la transparence dans les processus d'achats locaux, d'autres retards de mise en œuvre et les risques de perte financière. L'agent fiduciaire qui supervise ces contrôles, n'a pas efficacement identifié ces faiblesses. Dans le cadre de son rôle, l'agent a activement entamé à renforcer les capacités de gestion financière des programmes de lutte contre la maladie en 2016, bien que son efficacité reste encore à prouver.

Contrôle de la chaîne d'approvisionnement et mécanismes d'assurance

En 2014-2015, les agents d'approvisionnement internationaux ont acquis des produits de santé d'un coût de 41,6 millions de dollars américains au titre des subventions accordées au MSHP et de 0,7 millions de dollars américains aux organisations de la société civile. Les produits ont été reçus et distribués par le magasin central de fournitures médicales. Le pays a une base solide pour assurer l'efficacité d'une chaîne d'approvisionnement des produits, en raison du personnel qualifié, d'un bon cadre institutionnel et réglementaire, d'un magasin central de fournitures médicales modernisé qui jouit de bonnes conditions de stockage, d'un système moderne de gestion des stocks, et des dispositions de distribution larges et régulières. La disponibilité et l'utilisation croissantes du SIGL permettent de suivre de près le niveau des stocks et la consommation et d'assurer une plus grande précision des commandes et livraisons de produits.

Toutefois, en raison des modalités de mise en œuvre détaillées ci-dessus, les **programmes nationaux de lutte contre la maladie** jouent un rôle limité dans le suivi stratégique de la chaîne d'approvisionnement, dans la mesure où le magasin central de fournitures médicales s'occupe de tous les aspects de la distribution. Ces programmes n'examinent pas ou ne valident pas les commandes de produits présentés par les districts et les plus grands établissements de santé au magasin central de fournitures médicales. Par conséquent, ils ne contrôlent pas si les niveaux de stocks et la consommation des districts et des établissements de santé sont appropriées par rapport aux données programmatiques disponibles. Les programmes ont des difficultés de rapprocher les paiements effectués auprès des agents d'achat avec les quantités de produits reçues. Ils ne contrôlent non plus en permanence la qualité des produits, les niveaux des stocks et la consommation au niveau national et des districts, afin d'assurer leur adéquation.

Le **magasin central de fournitures médicales** a également d'importantes lacunes dans ses contrôles d'inventaire et sa communication de l'information. Ses chiffres semestriels sur les stocks ne signalent pas les variations des quantités des stocks. Les programmes de lutte contre la maladie ne sont pas informés à leur sujet, et toute perte ou vol éventuel de produits peut passer inaperçu. Les distributions ont été enregistrées dans le système de gestion des stocks en utilisant différentes mesures pour les mêmes produits. Par conséquent, ce n'est pas clair si les districts et les établissements de santé ont reçu les quantités de produits appropriées, réduisant ainsi la fiabilité des données de distribution. La méthode du « premier périmé, premier sorti » n'a pas été appliquée à toutes les distributions, ce qui entraîne une forte probabilité de péremption anticipée de produits en 2017. En outre, les quantités de produits de santé figurant dans les rapports d'inventaire mensuels du magasin central de fournitures médicales adressés aux programmes de lutte contre la maladie ne comprennent pas toujours les informations sur la date d'expiration des produits. Également, elles présentent des écarts considérables avec les quantités du système de gestion des stocks, à cause de la mise tardive des mouvements des stocks dans le système et ajustements manuels de rapports. Ainsi, rien ne garantit que les quantités déclarées soient exactes.

L'appropriation limitée des processus de gestion et de suivi des produits de santé par les programmes de lutte contre la maladie et les incohérences observées dans les rapports du magasin central de fournitures médicales ont causé d'importantes ruptures de stocks à la mi-2016, au niveau national. Sept des dix principaux médicaments contre le paludisme, les tests de paludisme, ainsi que des lames de prélèvement ne sont pas disponibles pendant plus de deux mois, et les tests du VIH pendant plus d'un mois.

Heureusement, les conséquences pour les patients n'ont pas été trop sérieuses en raison des réserves de stocks et des dispositions flexibles au niveau des établissements de santé, y compris dans la prescription de médicaments. Toutefois, les auditeurs ont noté que :

- Trois établissements de soins du paludisme (desservant 18 000 patients au total) sur les 26 visités par le BIG ont connu des ruptures de stock d'antipaludéens de 40 à 100 jours, lorsque les médicaments ne sont pas disponibles pour les patients ;
- 13 des 26 établissements de soins du paludisme ont connu des ruptures de stock de tests de diagnostic rapide du paludisme de cinq à 100 jours, et 16 des établissements ont fait face à des stocks insuffisants ou à des ruptures de stock des lames de prélèvement pour les tests de dépistage du paludisme, pendant des périodes prolongées. En conséquence, la confirmation parasitologique du paludisme n'a pas pu être effectuée pour tous les patients qui étaient dans le besoin. Onze de ces établissements ont prescrit les médicaments contre le paludisme sans confirmation de la maladie, créant le risque que les patients puissent développer une résistance aux médicaments.
- Les deux tiers des établissements visités ne disposaient pas de stocks régulateurs suffisants (pendant deux à quatre mois de consommation) de produits.

La faiblesse de la gestion et de la quantification des stocks du Programme national de lutte contre la tuberculose a également conduit à des sur-stocks de huit médicaments antituberculeux au niveau national, ce qui a causé l'expiration de produits d'un montant de 71 000 dollars américains en 2015, 65 000 dollars américains en 2016, et les risques d'expiration d'une valeur de 217 000 dollars américains pour 2017. En 2015, les médicaments d'un montant de 53 000 dollars américains ont périmé au port en raison des goulets d'étranglement dans la livraison des produits du port au magasin central de fournitures médicales.

Les principaux mécanismes d'atténuation des risques du Secrétariat comprennent : une assistance technique pour soutenir la quantification des produits par les programmes de lutte contre la maladie et le système de gestion des stocks du magasin central de fournitures médicales ; un « programme de développement du leadership » piloté dans plusieurs régions de santé et contribuant à l'amélioration de la gestion de la chaîne d'approvisionnement ; et les missions périodiques de suivi stratégique qui ont mis en évidence certains problèmes de gestion des stocks. Les mécanismes d'assurance doivent être renforcés en ce qui concerne l'inventaire et la communication de l'information du magasin central de fournitures médicales, le rôle des programmes de lutte contre la maladie dans la gestion et le suivi des produits de santé doit être renforcé, et les capacités de gestion de projets développés pour résoudre les problèmes d'absorption des fonds.

IV. Conclusions et actions convenues par la direction

1. Modalités de mise en œuvre des subventions

1.1. Mise en œuvre des activités de subvention et absorption des fonds au titre des subventions accordées au MSHP

Les programmes nationaux de lutte contre la maladie n'ont pas l'autorité et la souplesse nécessaires pour mettre en œuvre efficacement un grand nombre d'activités de subventions transversales, ce qui entraîne des retards et une sous-absorption des fonds.

Le MSHP est le récipiendaire principal des subventions accordées au secteur de la santé publique. Cependant, en raison de la vaste portée des responsabilités du MSHP, la plupart des rôles de récipiendaire principal sont délégués à trois programmes nationaux de lutte contre la maladie, supervisés par la Direction générale de la santé au sein du MSHP. Dans la mise en œuvre des activités de subvention, les programmes dépendent des homologues au niveau national au sein et au-delà du MSHP, et au niveau des régions, districts, établissements de santé et de la communauté.

Dans l'ensemble, les modalités de mise en œuvre actuelles ont produit les résultats programmatiques réussis sur la plupart des indicateurs-clés. Au 30 juin 2016, 170 000 patients atteints du VIH ont bénéficié d'un traitement antirétroviral, 93% des cas confirmés de paludisme ont bénéficié d'un traitement antipaludique, et 79% des cas de tuberculose ont été traités avec succès, au cours de la période considérée. La campagne de distribution de masse des moustiquaires 2014-2015 a couvert 96% de la population du pays. La réalisation de l'impact peut être attribuée aux pratiques suivantes :

- les plus grandes activités de subvention mettent l'accent sur l'achat et la distribution des produits de santé a été généralement stable (en dehors des questions soulevées dans la section IV 2.) ;
- la forte coordination des interventions avec d'autres bailleurs de fonds et les partenaires de mettre en œuvre (en particulier le PEPFAR en ce qui concerne les services de santé liés au VIH et l'UNICEF pour les campagnes de distribution de masse des moustiquaires) ;
- la réussite de la coordination entre les secteurs de la santé publique et communautaire, y compris les efforts en cours visant à optimiser la couverture des services de santé communautaires entre les différents donateurs et programmes de lutte contre la maladie.

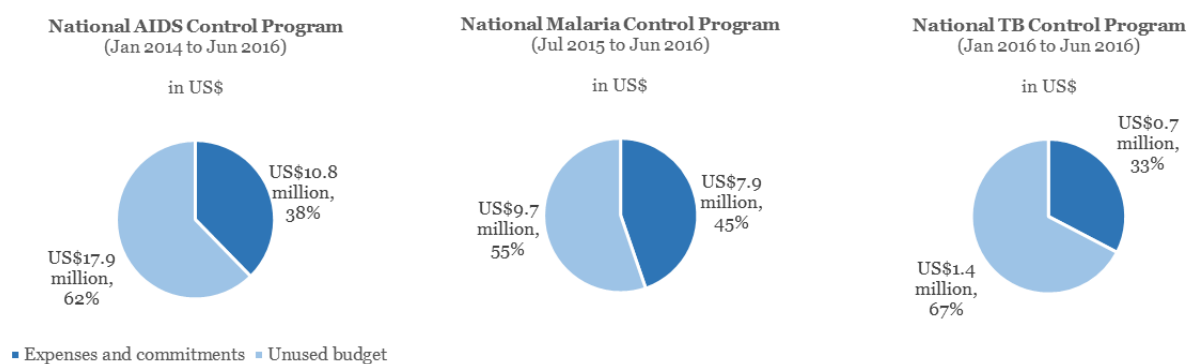
Pour améliorer et coordonner la fourniture des services de santé, en 2015-2016, la Direction générale de la santé a entamé des visites de supervision « intégrées », en cascade aux niveaux des régions, des districts et des établissements de santé. Ces visites couvrent divers thèmes (les services de santé et les données, et la gestion des produits de santé) et impliquent plusieurs départements du MSHP, y compris les trois programmes de lutte contre la maladie. En outre, pour améliorer la disponibilité et la qualité des données sur la santé, le nouveau système d'information sur la gestion de la santé (SIGS) « DHIS2 », soutenu par plusieurs bailleurs de fonds et hébergé par la Direction de la prospective, de la planification, de l'évaluation et de l'information sanitaire (DPPEIS) du MSHP, est déployée dans tous les régions et districts de santé et dans les plus grands établissements de santé en 2015-2016. Ce système comprend les données sur le VIH et le paludisme ; les données sur la tuberculose seront intégrées en 2016. Les efforts visant à améliorer les taux de déclaration et la qualité des données se poursuivent.

Cependant, dans l'état actuel, les programmes de lutte contre la maladie n'ont pas l'autorité nécessaire pour coordonner et influencer efficacement l'ensemble des activités de subventions transversales avec d'autres homologues nationaux. La mise en œuvre de certaines activités dépend entièrement d'autres institutions, alors qu'elles sont inscrites au budget des subventions aux accordées aux programmes de lutte contre la maladie. Le MSHP tient des réunions périodiques de

task force et de suivi stratégique avec les programmes de lutte contre la maladie et les divers homologues clés, pour arbitrer les questions de coordination. Cependant, le suivi stratégique du MSHP, comme le récipiendaire principal, n'est pas suffisant. Le MSHP considère d'établir l'unité de gestion de projet au niveau supérieur au sein du MSHP pour assurer une meilleure performance et coordination. En outre, le nombre d'activités de subvention programmées est considérable (entre 43 et 189 activités par subvention), dans la mesure où l'instance de coordination nationale prévoit des activités conformément aux plans stratégiques nationaux et pour absorber tous les fonds alloués au pays. En conséquence, les programmes de lutte contre la maladie n'ont pas les capacités nécessaires pour mettre en œuvre l'ensemble des activités approuvées par le Conseil d'administration du Fonds mondial dans le délai requis et, dans certains cas, doivent les abandonner complètement.

Au 30 juin 2016, les taux d'absorption du budget (sans achats de produits de santé) des trois programmes de lutte contre la maladie sont faibles et varient entre 33% et 45%.²⁵ Dans le même temps, les programmes n'ont pas entamé la mise en œuvre d'une proportion comprise entre 16% et 37% de leurs activités de subvention (0% d'absorption) :

Figure 1. L'absorption du budget au titre des subventions actives (sans achats de produits de santé), en date du 30 juin 2016



Par exemple, en date du 30 juin 2016, le Programme national de lutte contre le sida n'a pas utilisé :

- 992 000 dollars américains destinés au contrôle de la qualité des produits de santé, parce que le Programme national de lutte contre le sida et le Laboratoire national de la santé publique n'ont pas pris toutes les dispositions pour cette activité, créant ainsi le risque de compromettre la qualité des produits (voir également la section IV 2.2.) ;
- 231 000 dollars américains destinés à la réfection de 19 pharmacies de prison, en raison des retards à compléter le dossier d'appel d'offres par la Direction pertinente du MSHP. Les conditions de stockage des pharmacies restent insuffisantes.

Le Programme de lutte contre le paludisme n'a pas utilisé :

- 2,0 millions de dollars américains destinés à la poursuite de la mise en œuvre du SGIS par la DPPEIS, une autre direction au sein du MSHP, en raison d'un retard d'un an accusé pour faire l'accord, et obtenir les informations requises pour la répartition du budget qui doit être approuvé par le Secrétariat du Fonds mondial. En conséquence, la mise en œuvre des activités « du financement basé sur la performance » pour le renforcement des systèmes de la santé dans cinq districts sanitaires pilotes a été retardée ;
- 381 000 de dollars américains destinés à la production des matériaux informatifs sur le paludisme, le VIH et la tuberculose, en raison de l'accord retardé sur leur contenu par les récipiendaires principaux et la signature retardée de l'accord avec le sous-réceptaire. Par conséquent, la campagne d'information a été également retardée.

²⁵ Au 30 juin 2016, les taux d'absorption du budget en prenant en compte les achats de produits de santé ont été de 84% au Programme national de lutte contre le paludisme, 45% au Programme de lutte contre le sida et 24% au programme de lutte contre la tuberculose. Ces chiffres sont indicatifs car les calendriers de livraison des produits de santé varient considérablement selon les paiements effectués aux agents d'achats, et les livraisons sont généralement stables en Côte d'Ivoire.

Le Programme de lutte contre la tuberculose n'a pas utilisé :

- 727 000 dollars américains destinés à la réfection des établissements de santé, à la mise en place de 62 laboratoires et à la formation y afférente. Cela est dû aux préparations retardées et les dispositions logistiques qui dépendent du Programme de lutte contre le paludisme et de la disponibilité d'un expert qui sera recruté conjointement par plusieurs institutions. En conséquence, la décentralisation des services de lutte contre la tuberculose est retardée ;
- 562 000 dollars américains destinés au renforcement des systèmes de santé par le biais d'un « programme de développement du leadership » déjà piloté dans plusieurs régions de santé. La mise en œuvre de ces activités dépend de la Direction générale de la santé, en collaboration avec Management Sciences for Health (MSH) qui a réévalué les hypothèses budgétaires antérieures et n'a pas encore finalisé les plans d'activités mis-à-jour.

Plus précisément au niveau des activités de subvention, les principales raisons des retards de mise en œuvre et donc de la faible absorption des fonds sont :

- la faiblesse de la planification opérationnelle, du suivi budgétaire et le manque de capacités en gestion de projet qui entraînent des retards en matière d'achats, de contrats et de recrutement ;
- de longues négociations avec d'autres partenaires nationaux, y compris la difficulté à obtenir des données et des documents ;
- la difficulté à identifier les ressources humaines nécessaires pour les formations et d'autres activités de sensibilisation ;
- le manque de souplesse dans réaffectation ou la reprogrammation des économies des subventions, y compris en cas de :
 - surestimation des coûts unitaires budgétaires ou des quantités requises ;
 - adoption occasionnelle d'activités par d'autres bailleurs de fonds aboutissant à des économies de subvention. Par exemple, le Programme national de lutte contre le sida n'a pas réaffecté le total ou la partie de 932 000 dollars américains inscrits au budget pour l'entretien du matériel de laboratoire et les enquêtes auprès des femmes enceintes vivant avec le VIH, bien que le PEPFAR ait réalisé la plupart des composants de ces activités.

En dépit de ce qui précède, les retards accusés par les activités de subvention n'ont pas eu un impact significatif sur les résultats programmatiques des subventions. C'est principalement parce que les résultats dépendent en grande partie de la livraison des produits de santé qui a été généralement stable. Néanmoins, le retard des activités importantes telles que le contrôle de la qualité des produits de santé, la mise en œuvre du SGIS, ou la décentralisation des services de lutte contre la tuberculose entraînent des retards dans la qualité des services de santé à long terme. En outre, même si une partie des économies réalisées sur les subventions a été reprogrammée dans d'autres activités, les examens budgétaires n'ont pas été systématiques. Les opportunités manquées pour améliorer la qualité des services de santé à long terme comprennent :

- le manque de suivi systématique de la charge virale du VIH, la faible couverture du traitement du VIH (seulement 47% des adultes et 20% des enfants ayant besoin d'un traitement en bénéficient), et une faible couverture de 40% du dépistage du VIH chez les nourrissons nés de mères séropositives ;
- les hôpitaux sont rarement équipés d'installations de transfusion sanguine pour le traitement du paludisme grave ;
- la faiblesse de la lutte contre l'infection tuberculeuse (dans dix des 13 établissements de soins visités, les mesures de lutte contre les infections ne sont pas satisfaisantes) et la faiblesse du suivi des contacts des patients atteints de tuberculose (huit des 13 établissements ne soumettaient pas activement au test de dépistage les enfants de patients atteints de tuberculose, et de ce nombre quatre ne soumettaient pas activement au test de dépistage d'autres contacts de ces patients).

La faible absorption des fonds de subvention est un problème de longue date. Le Secrétariat du Fonds mondial a pris diverses mesures pour y remédier :

- En fin 2014, l'agent local du Fonds a analysé les taux de non-absorption et leurs causes profondes globales. En fin 2015, la Côte d'Ivoire a été l'un des 20 pays à faible absorption de fonds soutenu par le projet du Secrétariat de « Mise en œuvre par le partenariat ». Le Secrétariat a également organisé deux conférences sous-régionales en 2015-2016 pour permettre aux bénéficiaires de subventions des pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale d'analyser les questions d'absorption. Ces actions, bien que pertinentes et souvent portant sur les perspectives à long terme, elles doivent encore être pleinement mises en œuvre et prouver leur efficacité opérationnelle dans la résolution des problèmes d'absorption dans le pays. Elles ne traitent pas nécessairement des défis au niveau des activités de subvention. Par conséquent, la plupart des activités sont retardées et le suivi budgétaire nécessite d'améliorations.
- À la mi-2016, l'agent fiduciaire a mis en place un outil de suivi budgétaire pour analyser l'évolution des activités de subvention. Cependant, comme cet outil est nouveau, l'agent n'a pas encore analysé les causes profondes de la sous-absorption afin de proposer des actions en temps opportun.

Action n° 1 convenue par la Direction : Le Secrétariat collaborera avec le gouvernement et les partenaires pour mettre en place une unité de gestion de projet, rattachée au Cabinet du Ministre, au sein du MSHP afin de s'assurer que les bénéficiaires principaux du secteur public ont la capacité de coordination et le pouvoir de gérer les activités des subventions, en particulier les activités transversales avec d'autres homologues nationaux.

Titulaire Propriétaire : Directeur de la gestion des subventions

Date cible : 31 mai 2017

1.2. Modalités d'assurance financière

Les modalités de contrôle et de soutien fiduciaires des programmes nationaux de lutte contre la maladie présentent des lacunes et un rapport coût/efficacité limité.

Les bénéficiaires principaux de la société civile ont généralement des contrôles financiers et des achats efficaces. En outre, les faiblesses du contrôle observées par l'audit ne sont pas significatives. Cependant, les programmes nationaux de lutte contre la maladie ont des contrôles partiellement efficaces et présentent des lacunes dans le processus des achats non-liés à la santé, ce qui entraîne une baisse de la concurrence et de la transparence, ainsi que l'insuffisance du suivi des contrats. Cela peut créer d'autres retards de mise en œuvre et les risques de perte financière.

En fin 2010, une politique intitulée « Politique de sauvegarde supplémentaire » a été mise en œuvre en Côte d'Ivoire. Cette politique vise à mettre en place des contrôles financiers et une surveillance supplémentaires sur un portefeuille. En 2013, le Secrétariat du Fonds mondial a nommé un agent fiduciaire pour soutenir les trois programmes de lutte contre la maladie dans la supervision de leur gestion financière et des achats non-liés à la santé et le renforcement des capacités de gestion financière. De janvier 2014 à juin 2016, l'agent a coûté 1,1 millions de dollars américains (0,4 millions de dollars américains par an), ce qui équivaut à 5% des fonds de subvention versés directement aux trois programmes de lutte contre la maladie au cours de la même période (21,5 millions de dollars américains). Ce montant ne tient pas compte d'autres coûts d'assurance financière dans le cadre d'assurance du Fonds mondial, tels que l'agent local du Fonds (0,7 millions de dollars américains par an) et les audits externes annuels.

Les résultats de l'agent fiduciaire se sont améliorés en 2016 après l'évaluation du Secrétariat en fin 2015. Cependant, les auditeurs du BIG ont identifié les lacunes suivantes en ce qui concerne 2014 et 2015 :

- l'agent n'a pas identifié des faiblesses dans les procédures d'achats ;
- le soutien de l'agent aux programmes de lutte contre la maladie dans le suivi des contrats n'est pas suffisant ; en conséquence, le processus de suivi des contrats par les programmes est incomplet, ce qui crée des risques financiers et de livraison ;
- le suivi du budget et de l'absorption des fonds n'a été lancé qu'en juin 2016, avec des résultats limités à ce jour (voir la section IV 1.1.) ;
- Une partie du travail de l'agent en matière de contrôle et de renforcement des capacités n'est pas clairement documentée.

Le Secrétariat a encouragé l'agent de renforcer les capacités du bénéficiaire principal depuis 2014. Par exemple, le Secrétariat a demandé l'agent de fournir un rapport d'évaluation des capacités du bénéficiaire principal et un plan de renforcement des capacités, au plus tard en mars 2015. Ces livrables ont été soumis avec plusieurs mois de retard et nécessitaient des améliorations. En mars 2016, un meilleur plan de renforcement des capacités a été fourni, et en mai 2016, un plan de sortie potentiel pour le transfert des responsabilités de l'agent aux programmes nationaux. Les deux plans sont encore à mettre en œuvre. Les écarts de résultats étaient dus à des faiblesses procédurales de l'agent. Les changements fréquents dans l'équipe de l'agent influent également sur la continuité des services. Au cours de la période 2014-2016, quatre chefs d'équipe de l'agent ont changé.

En mai 2016, sur la base de son évaluation des risques, le Secrétariat a révoqué le cadre de la politique de sauvegarde supplémentaire pour la Côte d'Ivoire. Le Secrétariat continue d'explorer des options avec le MSHP sur les modalités d'assurance financière durables. Elles comprennent l'établissement d'une fonction d'audit interne et d'une cellule de gestion des projets ou financière à un niveau approprié au sein du MSHP. Cette cellule de gestion financière dessert déjà certains projets financés par le gouvernement des États-Unis. Le MSHP a commis une évaluation externe du modèle de cellule envisagé. Cependant, cette évaluation n'a transmis que des résultats préliminaires. À l'heure actuelle, elle ne fournit pas une définition claire et la séparation des rôles et des ressources de la cellule

envisagée, des programmes de lutte contre la maladie, de la Direction générale de la santé et d'autres parties prenantes. Elle n'a pas mis en évidence la valeur ajoutée du modèle de cellule par rapport aux risques liés à la transition du modèle actuel.

Action n° 2 convenue par la Direction : Le Secrétariat élaborera un plan visant à assurer un suivi efficace des activités de l'agent fiduciaire sur une base trimestrielle, en vue de transférer progressivement la responsabilité de la surveillance des contrôles financiers et fiduciaires des bénéficiaires principaux à la nouvelle unité de gestion de projet.

Titulaire : Directeur de la gestion des subventions

Date cible : 31 mai 2017

2. Contrôle de la chaîne d'approvisionnement et mécanismes d'assurance

Les responsabilités liées aux achats et à la chaîne d'approvisionnement en Côte d'Ivoire sont partagées entre les programmes nationaux de lutte contre la maladie et le magasin central de fournitures médicales, la NPSP. Si ces programmes assurent la responsabilité générale de la chaîne d'approvisionnement en tant que récipiendaires principaux des subventions du Fonds mondial, le magasin central de fournitures médicales reçoit et distribue les produits de santé à 82 districts de santé, et directement à environ 200 des plus grands établissements de santé.

2.1. Gestion des produits de santé par le magasin central de fournitures médicales

Les systèmes d'inventaire, de communication de l'information et de distribution du magasin central de fournitures médicales ne garantissent pas que tous les produits de santé achetés sont convenablement comptabilisés et distribués.

En 2014-2015, les produits de santé d'une valeur totale de 42,3 millions de dollars américains²⁶ ont été achetés dans le cadre des subventions du Fonds mondial, réceptionnés par la NPSP et distribués aux districts de santé et aux plus grands établissements de santé. La NPSP est un magasin de fournitures médicales modernisé ayant de bonnes conditions de stockage, y compris un système moderne de suivi de la température. Deux autres entrepôts d'Abidjan sont en cours de modernisation et un magasin satellite situé à Bouaké est en cours de construction à travers des projets soutenus par des bailleurs de fonds. La NPSP utilise « SAGE », un système de gestion des stocks moderne, pour placer et localiser les stocks de produits et enregistrer les mouvements de stock. Elle distribue les produits de santé à 82 districts de santé et environ 200 des plus grands établissements de santé chaque mois ou toutes les deux semaines, suivant un calendrier prévu. Néanmoins, la gestion des produits de santé par la NPSP présente les faiblesses suivantes :

a. Un nombre de contrôles des stocks insatisfaisants

Manque de responsabilité pour les différences de stocks : Après chaque décompte semestriel des stocks, les quantités de stock précédentes sont écrasées par de nouveaux résultats du comptage des stocks validés par un comité interne. Les quantités de stock écrasées sont signalées aux programmes nationaux de lutte contre la maladie – mais les écarts ne sont pas justifiés. Cette faiblesse présente le risque considérable que les erreurs, les pertes ou le vol de produits passent inaperçus. SAGE dispose d'un module de comptage des stocks pour l'analyse des écarts, mais ce module n'a pas encore été adapté par la NPSP. Le décompte des stocks réalisés par le BIG au cours de l'audit n'a trouvé aucune différence pour 14 des 15 produits sélectionnés. Cependant, le BIG a constaté que le stock des moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée destiné à la distribution de routine (85 600) a 3,7 fois dépassé les données sur les stocks du système (22 960). À la suite de l'audit, une équipe conjointe de la NPSP et du Programme national de lutte contre le paludisme examinera en profondeur les stocks et les dossiers des moustiquaires, avec l'agent local du Fonds à titre d'observateur.

Enregistrement de données peu fiables : La distribution a été enregistrée dans SAGE à l'aide de différentes unités de mesure (par exemple, des comprimés et des boîtes) pour les mêmes produits, ce qui rend inutilisables les données consolidées sur la distribution. Pour ces produits, les données ne garantissent pas que les districts et les établissements de santé ont reçu les quantités appropriées de produits pour les patients.

La gestion des flux de stock : Dans au moins deux cas identifiés, la NPSP n'a pas suivi la méthode du « premier périmé, premier sorti » dans la distribution des médicaments. Dans plusieurs cas, en 2016, un médicament contre la tuberculose avec une date d'expiration en février 2018 a été distribué, bien que d'autres lots du même médicament avec une date d'expiration au début de 2017 étaient encore disponibles en stock. Compte tenu du fait que ce médicament est actuellement en sur-stock,

²⁶ 41,6 millions de dollars américains au titre des subventions accordées au ministère de la santé et de l'hygiène publique et 0,7 millions de dollars américains dans le cadre des subventions accordées aux organisations de la société civile

les quantités qui expirent plus tôt entraîneront une perte anticipée de 67 000 dollars américains si elles ne sont pas distribuées rapidement.

b. Mise tardive des mouvements de stocks dans le système et incohérences avec la rapportage qui affectent le processus de prise de décision

Les quantités de produits de santé dans les rapports d'inventaire mensuels de la NPSP fournis aux programmes de lutte contre la maladie présentent des écarts considérables par rapport aux données d'inventaire du système de gestion des stocks de la NPSP. Dans un échantillon des rapports de novembre 2015 à juillet 2016, les quantités de produits rapportés étaient six fois plus et cinq fois moins que les quantités de ces produits dans le système à ce moment précis. La NPSP a expliqué que cela était souvent dû à une mise tardive des mouvements de stocks dans le système, par conséquent, les données ont été ajustées manuellement pour chaque produit au moment de la communication de l'information. Toutefois, compte tenu des différences significatives par rapport aux données du système, rien ne garantit que les données sur les stocks communiquées aux programmes de lutte contre la maladie sont exactes. Les rapports d'inventaire ne comprenaient pas également régulièrement les quantités de chaque lot de produit avec sa date d'expiration. La communication de l'information incohérente a entraîné l'expiration de produits, des décisions de gestion des stocks inexacts et a retardé les achats des programmes de lutte contre la maladie. Par exemple, les médicaments préventifs contre le paludisme d'une valeur de 66 000 dollars américains ont expiré en 2015. Par conséquent, cela a entraîné des ruptures de stock, car le programme de lutte contre la maladie ne savait pas quand les produits allaient expirer et quand commander un nouveau lot à temps. À la mi-2016, les programmes ont connu des ruptures de stock de produits antipaludiques et de tests de dépistage du VIH au niveau national, ce qui a eu des conséquences sur les patients (voir la section IV 2.2.).

c. Les faiblesses dans les pratiques de distribution

Dans un nombre des cas, lorsque les stocks sont devenus disponibles, la NPSP a livré les produits commandés précédemment par les districts et les établissements de santé (en particulier pour les produits du paludisme), mais sans vérifier si les districts ou les établissements de santé ont commandé à nouveau les mêmes quantités dans les commandes ultérieures. Cela a engendré des sur-stocks et des risques d'expiration au niveau des districts et des établissements de santé.

Les faiblesses de l'inventaire, de la communication de l'information et de la distribution sont dues aux questions de contrôle interne, de procédure et de configuration des systèmes non résolues à la NPSP. Le fait que les programmes de lutte contre la maladie ne soient pas impliqués dans la validation des commandes de produits en provenance des districts et des plus grands établissements de santé, comme indiqué à la section IV 2.2., contribue aux faiblesses de la distribution mentionnées ci-dessus.

La NPSP reconnaît les problèmes signalés dans cette section. Elle s'efforce d'améliorer l'information des programmes de lutte contre la maladie à travers une direction dédiée et de réunions et ateliers réguliers. Avec l'aide du Secrétariat du Fonds mondial et du Service pharmaceutique mondial, en juillet 2016, la NPSP a également entamé la mise en œuvre du plan d'action. Le plan vise à améliorer la gestion des stocks par SAGE, ainsi que par le codage en barres des stocks de produits, mais ce plan ne vise pas à régler tous les problèmes sus-évoqués.

Voir la section IV 2.2. pour l'Action convenue par la Direction

2.2. Gestion et suivi des produits de santé par les programmes nationaux de lutte contre la maladie

L'appropriation limitée des processus de suivi et de gestion des produits de santé par les programmes nationaux de lutte contre la maladie a créé des ruptures de stock et l'expiration de produits, sans oublier les risques de perte de produits et les répercussions néfastes sur les patients.

En 2014-2015, les programmes nationaux de lutte contre la maladie se sont occupés des achats de produits de santé à travers les agents internationaux pour une valeur totale de 41,6 millions de dollars américains au titre des subventions du Fonds mondial.

Le pays dispose d'une capacité suffisante pour assurer l'efficacité d'une chaîne d'approvisionnement des produits de santé, grâce aux ressources humaines qualifiées aux niveaux national, régional et local, et à un solide fondement institutionnel et réglementaire. Cet atout est démontré par le dévouement du Programme national de développement de l'activité pharmaceutique et la création de la Commission nationale pour la coordination des approvisionnements en médicaments (CNCAM) en 2015. À ce jour, les deux tiers des districts santé et les plus grands établissements de santé desservis par la NPSP ont été formés pour utiliser le système d'information pour la gestion logistique (SIGL) électronique. Ce système a été piloté en 2015 pour commander des produits de santé contre le VIH et le paludisme et fournir les données sur la consommation et le niveau des stocks ; des formations sur les produits de santé contre la tuberculose étaient imminentes au moment de la rédaction. À l'heure actuelle, les projets financés par les bailleurs de fonds soutiennent également la modernisation de 28 magasins de fournitures médicales des districts de santé et de 26 pharmacies hospitalières.

Toutefois, en raison des modalités de mise en œuvre dans le pays, telles qu'elles sont exposées dans la section IV 1.1., si les programmes nationaux de lutte contre la maladie jouent un rôle limité tant dans la chaîne d'approvisionnement que pour assurer la coordination des autres homologues nationaux. La NPSP s'occupe de toutes les distributions dans les districts et les plus grands établissements de santé. La gestion et le suivi des produits de santé par les programmes de lutte contre la maladie présentent les faiblesses suivantes :

a. Le manque de suivi adéquat des produits de santé crée des ruptures de stock et des conséquences pour les patients

Non-validation des commandes de produits de santé entrant : Les programmes de lutte contre la maladie n'examinent pas ou ne valident pas les commandes de produits envoyées par les districts et les plus grands établissements de santé à la NPSP. La NPSP examine la cohérence des commandes, mais elle n'a pas à évaluer les besoins des districts et des établissements de santé. En conséquence, les programmes ne contrôlent pas si les niveaux de stocks et la consommation des districts et des établissements de santé sont appropriées.

Le manque d'outils de suivi et la faiblesse de la planification des achats : Aucun programme n'entretient les outils de suivi des stocks pour contrôler au moins en permanence les niveaux de stocks nationaux et des districts. Ce travail a été également difficile en raison des incohérences relevées dans les rapports de la NPSP (voir la section IV 2.1.). Les programmes ne remplissent que des outils de suivi des stocks qui leur sont exigés chaque trimestre par la CNCAM qui coordonne les plans nationaux d'approvisionnement en produits de santé. Bien que la planification des achats ait été renforcée depuis la création de la CNCAM, les achats de certains produits ont été retardés en 2016. Cette situation a entraîné des ruptures de stock au niveau national, de plus de deux mois, pour les antipaludiques (sept principaux médicaments sur dix), les tests de paludisme et les lames de prélèvement, et de plus d'un mois pour les tests de dépistage du VIH. Ces problèmes étaient dus à des incohérences dans les rapports de la NPSP, à la faiblesse du contrôle des niveaux des stocks, et à la sous-estimation des délais de livraison des produits par les programmes.

Bien que les conséquences des problèmes sus-évoqués sur les patients aient été réduites au minimum en raison des réserves de stocks au niveau périphérique, un système de transfert qui fonctionne bien entre les établissements de santé, et les flexibilités en matière d'ordonnance, le BIG a relevé les points suivants :

- Un magasin de fournitures médicales de district sur six et trois établissements de soins du paludisme (desservant 18 000 patients au total) sur les 26 visités par le BIG avaient des ruptures de stock d'antipaludéens variant entre 40 et 100 jours, lorsque des médicaments non disponibles étaient prescrits aux patients.
- Trois des six magasins de fournitures médicales de district et 13 des 26 établissements de soins du paludisme avaient des ruptures de stock de tests de diagnostic rapide du paludisme qui variaient entre cinq et 100 jours et au cours desquelles la confirmation parasitologique du paludisme n'a pas pu être réalisée.
- 16 des 26 établissements de soins du paludisme ont été équipés d'un laboratoire pour effectuer des confirmations parasitologiques du frottis épais, mais tous ces établissements ont fait face à des stocks insuffisants ou à des ruptures de stock de lames de prélèvement pendant des périodes prolongées.
- En raison des ruptures de stock de produits de diagnostic (tests de diagnostic rapide ou lames de prélèvement), 11 sur 26 établissements de soins du paludisme ont prescrit des antipaludéens (à acheter) sans confirmation parasitologique. C'est contrairement aux directives nationales et pourrait créer le risque que des patients développent une résistance médicamenteuse (remarque : les médicaments gratuits n'étaient pas fournis sans confirmation parasitologique).
- Quatre des six magasins de fournitures médicales et 22 des 33 établissements de santé ne disposaient pas de stocks régulateurs suffisants d'au moins un médicament.²⁷ Cette situation peut entraîner des ruptures de stock si les livraisons ne sont pas reçues à temps ou en quantité requise. Les niveaux de stocks régulateurs sont mieux entretenus par les établissements qui font des commandes électroniques à travers le SIGL nouvellement piloté.

b) Faible capacité du Programme national de lutte contre la tuberculose dans la quantification des produits de santé

La quantification des produits a été renforcée depuis la création de la CNCAM qui coordonne ce processus sur la base des données provenant des programmes de lutte contre la maladie. En mai 2016, le Service pharmaceutique mondial et l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires ont aidé le Programme de lutte contre la tuberculose dans la quantification de ses produits, en utilisant les outils de quantification de l'Union.

Par exemple, les erreurs de quantification et la faiblesse du suivi des niveaux de stocks dans le passé ont entraîné les sur-stocks de huit médicaments antituberculeux au niveau national. Cette situation a causé des expirations d'une valeur de 71 000 dollars américains en 2015 et de 65 000 dollars américains à ce jour en 2016. En janvier 2016, on estimait à 263 000 dollars américains la valeur des médicaments qui expireront en 2017. En août 2016, et comme suggéré par le Programme de lutte contre la tuberculose, le Secrétariat du Fonds mondial a autorisé l'octroi d'un don d'environ 50% des quantités qui expirent en 2017 à la République du Congo.²⁸ Si le reste des quantités qui arrivent à expiration ne sont pas distribuées rapidement, elles entraîneront une perte de 217 000 dollars américains, selon les estimations d'août 2016, soit 21% de la valeur moyenne annuelle des médicaments antituberculeux achetés en 2014-2015.

Le Programme de lutte contre la tuberculose n'a pas bénéficié d'une formation complète sur l'utilisation des outils de quantification de l'Union. Cela peut créer le risque de reproduire les mêmes erreurs de quantification et de causer des ruptures de stock ou des sur-stocks à l'avenir.

²⁷ En général, les magasins de fournitures médicales de district et les établissements de santé devraient maintenir des stocks de médicaments pour une durée de deux à quatre mois. Les niveaux de stocks exigés varient en fonction de chaque médicament.

²⁸ Environ 10% des quantités à donner n'ont pas été livrées et ont été perdues dans un incendie survenu dans les locaux de la NPSP le 7 septembre 2016.

c) Longs délais de livraison dans le pays pour atteindre le magasin central de fournitures médicales

En 2014-2015, certaines livraisons en provenance du port ou de l'aéroport d'Abidjan à destination de la NPSP ont pris plus de temps que nécessaire. Par exemple, au moins trois livraisons d'antituberculeux ont pris entre trois et cinq mois, une livraison d'anti-VIH cinq mois, et une livraison d'antipaludéens deux mois. Ces retards peuvent entraîner des risques de rupture de stock. Au début de 2015, ces retards ont causé la détérioration au port des médicaments contre la tuberculose d'une valeur de 53 000 dollars américains. Les retards étaient dus à diverses raisons, y compris les procédures douanières, les retards de l'agent de transit, le manque temporaire d'espace à la NPSP, et le temps requis pour enregistrer les médicaments dans le système de gestion des stocks de la NPSP (souvent plusieurs semaines). La situation s'est améliorée en 2016 en raison des changements apportés aux conditions de livraison (changement d'Incoterm) et d'autres mesures.

d) Le manque de contrôle de la qualité

Bien que les produits de santé achetés par le Fonds mondial soient soumis à un contrôle de qualité par les agents d'achats, les programmes de lutte contre la maladie ne garantissent pas encore le suivi de la qualité sur la base d'échantillons à différents niveaux de la chaîne d'approvisionnement. Compte tenu du fait que les conditions de stockage peuvent varier dans la chaîne d'approvisionnement, leur qualité au moment de la consommation peut être compromise. Les programmes de lutte contre la maladie n'ont pas utilisé les fonds de subvention inscrits au budget du contrôle de la qualité (voir la section IV 1.1.). La NPSP a entrepris le contrôle de la qualité des médicaments contre le VIH stockés à la NPSP, à partir d'un échantillon.

e) Non-rapprochement des paiements effectués aux agents d'achats

Aucun programme de lutte contre la maladie n'a des outils permettant de rapprocher les paiements du Fonds mondial effectués aux agents d'achats (41,6 millions de dollars américains en 2014-2015) avec les quantités de produits reçus. Cette situation crée des risques de paiements injustifiés ou de perte des produits de santé. Néanmoins, le BIG n'a pas trouvé de différences significatives entre les quantités payées et les quantités reçues. Les programmes de lutte contre la maladie ont du mal à rapprocher les quantités en partie parce que les rapports d'inventaire de la NPSP n'ont pas des détails tels que le numéro de contrat du fournisseur afin de lier les paiements échelonnés aux livraisons. Pour faciliter le rapprochement, le Secrétariat du Fonds mondial a eu communiqué aux bénéficiaires principaux les relevés trimestriels des comptes de subventions pour les achats de la plupart des produits de santé contre le VIH et le paludisme depuis 2015. Il travaille actuellement sur un mécanisme visant à suivre la conformité des bénéficiaires principaux dans ce domaine.

Au cours de la réunion du compte rendu de l'audit du BIG, le MSHP a reconnu la nécessité de renforcer le rôle des programmes de lutte contre la maladie dans le suivi des produits de santé, en particulier dans la validation des commandes de produits provenant des districts et des plus grands établissements de santé, un problème majeur précédemment soulevé par le Secrétariat.

Action n° 3 convenue par la Direction : Le Secrétariat, de concert avec la NPSP, le MSHP et les programmes nationaux de lutte contre la maladie, renforcera le mécanisme de responsabilisation sur la chaîne d'approvisionnement et les capacités de surveillance des programmes de lutte contre la maladie, en prenant les mesures suivantes :

- la NPSP et les programmes de lutte contre la maladie, en coordination, effectueront un rapprochement régulier de l'inventaire de la NPSP avec les données sur les stocks des programmes de lutte contre la maladie, et examineront les différences ;
- les programmes de lutte contre la maladie valideront les commandes de produits reçues par la NPSP des districts et des plus grands établissements de santé ;
- une mission d'assistance technique sera appuyée pour mettre en œuvre des recommandations pour adapter le système de planification des ressources de l'entreprise (connu comme SAGE) aux exigences de la NPSP.

Titulaire : Directeur de la gestion des subventions
Date cible : 31 juillet 2017

V. Tableau des actions convenues

#	Catégorie	Action convenue par la Direction :	Date cible	Titulaire
1.	Risques liés à la gouvernance, à la surveillance et à la gestion	Le Secrétariat collaborera avec le gouvernement et les partenaires pour mettre en place une unité de gestion de projet, rattachée au Cabinet du Ministre, au sein du MSHP afin de s'assurer que les récipiendaires principaux du secteur public ont la capacité de coordination et le pouvoir de gérer les activités des subventions, en particulier les activités transversales avec d'autres homologues nationaux.	31 mai 2017	Directeur de la gestion des subventions
2.	Risques financiers et fiduciaires	Le Secrétariat élaborera un plan visant à assurer un suivi efficace des activités de l'agent fiduciaire sur une base trimestrielle, en vue de transférer progressivement la responsabilité de la surveillance des contrôles financiers et fiduciaires des récipiendaires principaux à la nouvelle unité de gestion de projet.	31 mai 2017	Directeur de la gestion des subventions
3.	Risques liés aux services et produits de santé	Le Secrétariat, de concert avec la NPSP, le MSHP et les programmes nationaux de lutte contre la maladie, renforcera le mécanisme de responsabilisation sur la chaîne d'approvisionnement et les capacités de surveillance des programmes de lutte contre la maladie, en prenant les mesures suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • la NPSP et les programmes de lutte contre la maladie, en coordination, effectueront un rapprochement régulier de l'inventaire de la NPSP avec les données sur les stocks des programmes de lutte contre la maladie, et examineront les différences ; • les programmes de lutte contre la maladie valideront les commandes de produits reçues par la NPSP des districts et des plus grands établissements de santé ; • une mission d'assistance technique sera appuyée pour mettre en œuvre des recommandations pour adapter le système de planification des ressources de l'entreprise (connu comme SAGE) aux exigences de la NPSP. 	31 juillet 2017	Directeur de la gestion des subventions

Annexe A : Classification générale des notations de l'audit

Efficace	Aucun problème ou peu de problèmes mineurs relevés. Les procédures de contrôles internes, de gouvernance et de gestion des risques sont conçues comme il convient, bien appliquées en permanence et efficaces pour donner une garantie raisonnable que les objectifs seront atteints.
Partiellement efficace	Problèmes modérés relevés. Problèmes modérés relevés. Les procédures de contrôles internes, de gouvernance et de gestion des risques sont conçues comme il convient et généralement bien appliquées, mais un problème ou un nombre restreint de problèmes ont été identifiés et sont susceptibles de représenter un risque modéré pour la concrétisation des objectifs.
Nécessite une nette amélioration	Un problème majeur ou un petit nombre de problèmes majeurs relevés. Les procédures de contrôles internes, de gouvernance et de gestion des risques présentent quelques faiblesses de conception ou d'efficacité opérationnelle, à tel point que tant qu'elles ne sont pas corrigées, on ne peut raisonnablement garantir que les objectifs sont susceptibles d'être atteints.
Inefficace	Plusieurs problèmes majeurs et/ou un ou plusieurs problèmes fondamentaux relevés. Les procédures de contrôles internes, de gouvernance et de gestion des risques ne sont pas conçues comme il se doit et/ou ne sont pas globalement efficaces. La nature de ces problèmes est telle que la concrétisation des objectifs est gravement compromise.

Annexe B : Méthodologie

Le Bureau de l'Inspecteur général réalise ses audits conformément à la définition mondiale de l'audit interne de l'Institute of Internal Auditors (IIA), aux normes internationales de pratique professionnelle d'audit interne et au code d'éthique. Ces normes permettent de garantir la qualité et le professionnalisme des travaux du Bureau de l'Inspecteur général.

Les principes et les détails de la méthode d'audit du Bureau de l'Inspecteur général sont décrits dans sa Charte, son Manuel d'audit, son Code de conduite et le mandat spécifique de chaque mission. Ils aident nos vérificateurs à fournir des travaux professionnels de qualité élevée et à intervenir de façon efficiente et efficace. Ils garantissent également l'indépendance des auditeurs du BIG ainsi que l'intégrité de leurs travaux. Le Manuel d'audit du BIG contient des instructions détaillées pour la réalisation de ses audits, dans le respect des normes appropriées et de la qualité attendue.

La portée des audits du BIG peut-être spécifique ou étendue, en fonction du contexte, et couvre la gestion du risque, la gouvernance et les contrôles internes. Les audits testent et évaluent les systèmes de contrôle et de supervision pour déterminer si les risques sont gérés de façon appropriée. Des tests détaillés sont réalisés dans l'ensemble du Fonds mondial ainsi que chez les bénéficiaires des subventions et servent à établir des évaluations spécifiques des différents domaines des activités de l'organisation. D'autres sources de preuves, telles que les travaux d'autres auditeurs/fournisseurs d'assurances, servent également à étayer les conclusions.

Les audits du BIG comprennent habituellement un examen des programmes, des opérations, des systèmes et des procédures de gestion des organes et des institutions qui gèrent les financements du Fonds mondial afin d'évaluer s'ils utilisent ces ressources de façon efficiente, efficace et économiquement rentable. Ils peuvent inclure un examen des intrants (moyens financiers, humains, matériels, organisationnels ou réglementaires nécessaires à la mise en œuvre du programme), des produits (produits fournis par le programme), des résultats (effets immédiats du programme sur les bénéficiaires) et des impacts (modifications à long terme dans la société que l'on peut attribuer au soutien du Fonds mondial).

Les audits portent sur un large éventail de sujets et mettent en particulier l'accent sur les problèmes liés à l'impact des investissements, à la gestion de la chaîne des achats et des stocks, à la gestion des évolutions et aux principaux contrôles financiers et fiduciaires du Fonds mondial.