



Rapport d'audit

Subventions du Fonds mondial à la République d'Indonésie

GF-OIG-20-001
3 janvier 2020
Genève, Suisse

Qu'est-ce que le Bureau de l'Inspecteur général ?

Le Bureau de l'Inspecteur général (BIG) protège les actifs, les investissements, la réputation et la viabilité du Fonds mondial en veillant à ce qu'il prenne les bonnes mesures pour accélérer la fin des épidémies de VIH, de tuberculose et de paludisme. Au travers d'audits, d'enquêtes et d'activités de consultance, le Bureau de l'Inspecteur général encourage les bonnes pratiques, limite les risques et fait état des actes répréhensibles dans un souci de transparence et d'exhaustivité.

Créé en 2005, le Bureau de l'Inspecteur général est une unité indépendante du Fonds mondial, mais qui en fait néanmoins partie intégrante. Il rend compte au Conseil d'administration par l'intermédiaire de son Comité de l'audit et des finances, et sert les intérêts de toutes les parties prenantes du Fonds mondial. Il exerce ses activités conformément aux Normes internationales pour la pratique professionnelle de l'audit interne et aux Lignes directrices uniformes en matière d'enquête de la Conférence des enquêteurs internationaux.

Nous contacter

Le Fonds mondial est d'avis que chaque dollar compte et mène une politique de tolérance zéro vis-à-vis de la fraude, de la corruption et du gaspillage, empêchant les ressources de parvenir à ceux qui en ont besoin. Si vous soupçonnez des irrégularités ou des actes répréhensibles dans les programmes soutenus par le Fonds mondial, signalez-les au Bureau de l'Inspecteur général, aux coordonnées indiquées ci-après. Par exemple, les actes répréhensibles suivants doivent être signalés : vol d'argent ou de médicaments, utilisation de crédits du Fonds mondial ou d'autres actifs à des fins personnelles, fausse facture, organisation de formations factices, contrefaçon de médicaments, irrégularités au niveau des procédures d'appels d'offres, subornations et pots-de-vin, conflits d'intérêt, violation de droits humains, etc.

[Formulaire en ligne >](#)

Disponible en anglais, espagnol, français et russe

Courriel :

hotline@theglobalfund.org

Courrier postal :

Le Bureau de l'Inspecteur général
Le Fonds mondial
Global Health Campus
Chemin du Pommier 40
1218 Grand-Saconnex
Genève, Suisse

Ligne téléphonique gratuite :

+1 704 541 6918

Messagerie téléphonique :

+41 22 341 5258

Pour en savoir plus sur le Bureau de l'Inspecteur général www.theglobalfund.org/oig

Rapport d'audit

Les audits du Bureau de l'Inspecteur général examinent les systèmes et les procédures du Fonds mondial et des pays, aux fins d'identifier les risques susceptibles de compromettre la capacité de l'institution à éliminer les trois épidémies, conformément à sa mission. Les audits couvrent généralement trois grands domaines : la gestion des risques, la gouvernance et le suivi stratégique. Ils visent globalement à améliorer l'efficacité du Fonds, en vue de garantir l'impact optimal des crédits qui lui sont confiés.

Rapport consultatif

Les rapports consultatifs du Bureau de l'Inspecteur général visent à poursuivre la mission et les objectifs du Fonds mondial, au moyen d'engagements à valeur ajoutée, en faisant appel aux compétences professionnelles des vérificateurs et des enquêteurs du BIG. Le Conseil d'administration, les comités ou le Secrétariat du Fonds mondial peuvent demander un rapport consultatif spécifique à tout moment. En concertation avec le demandeur, le Bureau de l'Inspecteur général peut décider de publier ce rapport.

Rapport d'enquête

Les enquêtes du Bureau de l'Inspecteur général examinent des allégations d'actes répréhensibles qui se seraient produits, ou des informations relatives à des fraudes ou des abus susceptibles d'entraver la capacité du Fonds mondial à éliminer les trois épidémies, conformément à sa mission. Le Bureau de l'Inspecteur général mène des enquêtes administratives et non pas pénales. Ses conclusions s'appuient sur des faits et les analyses y afférentes, des conclusions raisonnables pouvant parfois être tirées de faits établis.

Table des matières

1.	Résumé.....	4
1.1.	Opinion.....	4
1.2.	Réalisations clés et bonnes pratiques	4
1.3.	Difficultés et risques principaux	5
1.4.	Notation	7
1.5.	Résumé des actions convenues de la Direction	7
2.	Historique et contexte.....	7
2.1.	Contexte général.....	7
2.2.	Catégorie de différenciation des audits de pays.....	8
2.3.	Subventions du Fonds mondial en Indonésie.....	9
2.4.	Les trois maladies.....	10
2.5.	Résultats du portefeuille	11
2.6.	Appétence au risque	14
3.	Aperçu de l'audit	15
3.1.	Objectifs	15
3.2.	Portée et méthodologie	15
3.3.	Correction des faiblesses identifiées précédemment	15
4.	Constatations	16
4.1.	Le dépistage des PVVIH et les liens entre le dépistage/traitement et le suivi doivent être améliorés en vue d'atteindre les objectifs 90-90-90 liés au VIH.....	16
4.2.	Améliorations requises pour obtenir les résultats attendus en matière de notification et de prise en charge des cas de tuberculose et de tuberculose multirésistante.....	19
4.3.	Les activités collaboratives liées au VIH et à la tuberculose, notamment l'utilisation des appareils GeneXpert, doivent être renforcées	21
4.4.	Lacunes des modalités de suivi et de garantie	23
5.	Tableau des actions convenues	24
	Annexe A : Classification générale des notations de l'audit	25
	Annexe B : Méthodologie.....	26
	Annexe C : Appétence au risque et notation des risques : teneur, méthodologie et implications	27

1. Résumé

1.1. Opinion

L'Indonésie poursuit son avancée vers l'élimination du paludisme. La majorité des districts, couvrant 72 % de la population du pays, ont été officiellement déclarés exempts de paludisme¹. Le nombre de cas confirmés a chuté de 50 % et le nombre de décès liés à la maladie de 66 %². De même, la notification de cas présumés de tuberculose a augmenté de 24 % entre 2017 et 2018, et le nombre de populations-clés ayant reçu un test de dépistage du VIH augmente continuellement. Pour autant, le pays est loin d'atteindre les objectifs 90-90-90 de l'ONUSIDA. Les services de prise en charge du VIH restent faibles, à 50-17-7, et l'Indonésie fait partie des dix pays concentrant 80 % des cas de tuberculose non détectés à l'échelle mondiale.

La conception des subventions doit être améliorée pour que les objectifs liés au VIH et à la tuberculose soient atteints à l'horizon 2020. Les subventions liées au VIH ne possèdent toujours pas de plan visant à accroître le nombre d'établissements offrant des tests de dépistage et des services de prise en charge, deux éléments essentiels au déploiement de la politique de dépistage et de traitement, afin d'améliorer les taux de prise en charge. Des interventions visant à élargir la couverture de tests de la charge virale ont été définies, mais ne sont toujours pas déployées. Les systèmes d'orientation et le partage d'information entre les établissements du secteur public et les organisations de la société civile n'appuient pas efficacement les activités de collaboration liées au VIH, à la tuberculose et à la coinfection VIH/tuberculose. Les subventions liées à la tuberculose ne favorisent pas dûment l'intensification des activités mixtes public-privé et la prise en charge des patients atteints de tuberculose multirésistante. L'adéquation et l'efficacité de conception des subventions visant à garantir un impact durable et efficace des programmes sont **partiellement efficaces**.

La mise en œuvre des activités programmatiques manque d'efficacité. Dans le cadre de la lutte contre le VIH, le déploiement d'activités innovantes de proximité et de prévention a été retardé. La politique de « dépistage et de traitement » n'est pas pleinement mise en œuvre, et le suivi des patients sous traitement n'est pas efficace, entraînant un taux élevé d'interruption des traitements. Les activités de repérage des contacts de patients tuberculeux doivent être améliorées, afin d'accroître la détection des cas et le placement sous traitement (en particulier de la tuberculose multirésistante), et les appareils GeneXpert doivent servir davantage au test de la charge virale du VIH. Les bénéficiaires principaux ne déploient pas dûment les activités de supervision des sous-bénéficiaires et des sous-bénéficiaires. L'efficacité et l'efficience des modalités de mise en œuvre et de garantie au service des objectifs des subventions **nécessitent une nette amélioration**.

1.2. Réalisations clés et bonnes pratiques

Engagements financiers des autorités en matière de lutte contre les trois maladies : Aux fins de la période d'allocation 2018/2020, l'Indonésie doit s'engager à cofinancer 80 millions de dollars US, soit 20 % du budget alloué aux trois maladies. Le gouvernement a respecté les exigences de cofinancement et finance l'achat de la plupart des produits liés au VIH, à la tuberculose et au paludisme, notamment les médicaments, les trousseaux de dépistage du VIH, les moustiquaires et les trousseaux de dépistage du paludisme, ainsi que les cartouches de mesure de la charge virale et GeneXpert. Les contributions publiques aux programmes de lutte contre les trois maladies ont augmenté de 28 % en 2017 et de 16 % en 2018. Le ministère de la Santé a publié un décret visant à

¹ <https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X%2818%2930198-0/fulltext>

² Rapport 2017 de l'OMS sur le paludisme dans le monde

porter à 260 le nombre d'hôpitaux fournissant une prise en charge de la tuberculose multirésistante. Le régime d'assurance-maladie, JKN, couvre une multitude de services de santé.

Bons résultats programmatiques : Le nombre de tests de dépistage du VIH auprès des populations-clés est passé de 166 000 en 2017 à 183 000 en 2018, principalement grâce à l'utilisation de cliniques mobiles. Le programme a fait le lien entre les activités de proximité et les services de dépistage, et renforcé la collaboration entre les établissements de santé et les organisations de la société civile. Une politique de « dépistage et de prise en charge » adoptée en 2018 a permis d'accroître le nombre de patients placés sous traitement antirétroviral, passé de 91 000 en 2017 à 108 000 en 2018. La notification des cas de tuberculose a été rendue obligatoire, entraînant une hausse de 24 % des cas déclarés en 2018. Plus de 800 appareils GeneXpert ont été installés dans les établissements de santé et le nombre d'hôpitaux fournissant des services de prise en charge de la tuberculose multirésistante a augmenté, suite à un décret du ministère de la Santé publié en 2017 visant à porter à 260 le nombre d'hôpitaux équipés pour traiter cette forme de la maladie³. Par ailleurs, plus de 2 000 puskesmas sont prêts à devenir des unités satellites de prise en charge de cette forme de tuberculose à l'issue du processus de décentralisation. Le nouveau modèle de partenariat entre le Programme national de lutte contre la tuberculose et les organisations de la société civile (OSC) en matière de détection active des cas représente une opportunité pour celles-ci d'accéder prochainement aux financements des districts et de pérenniser leur participation aux activités de détection des cas de tuberculose au niveau communautaire.

Complémentarité entre les entités publiques et les organisations de la société civile en matière de mise en œuvre des interventions auprès des populations-clés touchées :

L'engagement des organisations de la société civile et des institutions des Nations Unies en matière de déploiement des activités de proximité a contribué à accroître le dépistage des membres des populations-clés touchées. Le nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) qui ont reçu un test de dépistage du VIH et en connaissent le résultat est passé de 82 000 en 2017 à 112 000 en 2018. En vertu du modèle de partenariat établi avec le ministère de la Santé à des fins de détection active des cas, les organisations de la société civile (OSC) peuvent recevoir un financement des districts et pérenniser leur engagement dans ce domaine au niveau communautaire. Ce partenariat a aidé le pays à poursuivre l'intensification de la notification des cas.

1.3. Difficultés et risques principaux

Avancées insatisfaisantes vers les objectifs 90-90-90 de traitement du VIH : Malgré la prévalence élevée du VIH au sein des populations-clés touchées en Indonésie, le taux de dépistage reste faible et le taux de positivité aux tests du VIH dans le cadre des activités de proximité n'évolue pas. L'efficacité d'une nouvelle méthode de « sensibilisation virtuelle » visant à améliorer le taux de positivité n'a pas été évaluée, et les activités clés de la subvention, notamment le dépistage au niveau communautaire et la prophylaxie préexposition, n'ont toujours pas démarré en raison de difficultés administratives et juridiques. Le manque de documentation a nui à la notification et au dépistage des partenaires des populations-clés touchées. Le dépistage mobile est peu étendu géographiquement.

Plus de 31 % des personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique ne sont pas placées sous traitement, et plus de 29 % des patients sont perdus de vue 12 mois après le début de leur prise en charge. La situation est en partie due aux déficiences du système d'orientation des patients vers les services de prise en charge, à l'absence de suivi des personnes non prises en charge par le système national, et à la mise en œuvre sous-optimale de la politique de « dépistage et de traitement » dans l'ensemble des districts. Même si l'ensemble des centres de soins de santé primaires et des hôpitaux de district des 96 « districts prioritaires » sont tenus de fournir des

³ Le pays compte actuellement 202 hôpitaux fournissant des services de prise en charge de la tuberculose multirésistante.

services de dépistage et de prise en charge, 57 districts seulement comptent un établissement ou plus équipé à ces fins. Le manque de suivi stratégique au niveau central et de partage des informations sur les patients des centres de santé avec les organisations de la société civile contribuent à la perte de vue des patients. À l'échelle nationale, moins de 7 % des patients reçoivent un test de la charge virale, augmentant fortement les risques de mortalité et de pharmacorésistance non détectée.

Amélioration requise pour atteindre les résultats attendus en matière de notification et de prise en charge des cas de tuberculose et de tuberculose multirésistante : Même si 67 % des cas présumés sont déclarés par le Programme national de lutte contre la tuberculose (ministère de la Santé), l'Indonésie fait partie des dix pays qui concentrent 80 % des cas de tuberculose non déclarés à l'échelle mondiale. La maladie est la quatrième cause de décès dans le pays. En moyenne, 50 % des cas orientés par des organisations de la société civile ne reçoivent pas de test de dépistage en centre de santé, en raison de divergences des paramètres de dépistage utilisés. En 2018, des services mixtes public/privé devaient être fournis dans 243 districts standard et 271 districts prioritaires ou à fort impact. Or, 37 districts seulement ont reçu la priorité. Les autorités centrales n'ont pas fourni de directives claires en matière de mise en œuvre de ces services au niveau des districts.

Environ 49 % des patients atteints de tuberculose multirésistante confirmés ne sont pas placés sous traitement et aucun outil ne permet de les suivre. Aucune information n'est disponible sur les autres patients (51 %) placés sous traitement, qui avaient été perdus de vue avant d'être réintégrés dans le système de soins. Le mécanisme actuel de facilitation des paiements n'est pas conforme à la politique établie, nuisant à l'adoption des traitements de la tuberculose multirésistante. Par ailleurs, la gestion des appareils GeneXpert présente des faiblesses. Au moment de l'audit, 66 appareils avaient été expédiés à des centres de santé mais n'avaient pas été installés, et 104 appareils se trouvaient toujours dans l'entrepôt, faute de préparation des établissements pour les réceptionner. En outre, 240 appareils GeneXpert n'étaient plus sous garantie. Trente-huit pour cent des appareils sous garantie (44 sur 117) présentaient des pièces défectueuses en attente de réparation.

Amélioration requise des activités de collaboration tuberculose-VIH : Les programmes liés à la tuberculose et au VIH sont gérés par des structures verticales offrant peu de collaboration. La tuberculose est essentiellement diagnostiquée et prise en charge dans les centres de soins de santé primaires, tandis que le traitement du VIH relève principalement des hôpitaux, obligeant les patients coinfectés à recevoir des soins dans deux établissements distincts, ce qui augmente les risques de les perdre de vue. La supervision intégrée des deux maladies n'est pas encore effective et 15 % seulement des nouveaux patients pris en charge pour le VIH commencent un traitement préventif de la tuberculose, en raison de la réticence des médecins à prescrire ces médicaments.

Afin d'accroître l'accessibilité des tests de la charge virale, l'Indonésie élargit l'utilisation des appareils GeneXpert. Cependant, un laps de temps important (environ un an) sépare la formation de la mise en application. Entre temps, plusieurs membres formés avaient quitté leur centre de santé et d'autres encore avaient oublié comment utiliser les appareils. L'intensification des tests de la charge virale pris en charge par un prestataire extérieur est toujours en cours de négociation et n'a toujours pas démarré.

Lacunes des modalités de suivi et de garantie : Quatre des cinq récipiendaires principaux ne possèdent pas de plan de supervision chiffré et opportun, et les visites de supervision ne sont pas toujours conformes aux résultats de l'outil d'évaluation des risques qu'ils utilisent. Plusieurs faiblesses, notamment le manque de ressources humaines allouées à la supervision et l'absence de système officiel de communication ou de suivi des questions ou recommandations émises lors des visites de supervision, ne sont toujours pas comblées. Cela affecte la capacité des récipiendaires principaux à superviser les activités des sous-réceptaires et des sous-sous-réceptaires.

1.4. Notation

	Objectif 1 : Adéquation et efficacité de la conception des subventions visant à garantir un impact durable et efficace des subventions. Notation du Bureau : Partiellement efficace
	Objectif 2 : Efficacité et efficacité des modalités de mise en œuvre et de garantie liées à l'atteinte des objectifs des subventions. Notation du Bureau : Nécessite une nette amélioration

1.5. Résumé des actions convenues de la Direction

Le Bureau de l'Inspecteur général et le Secrétariat ont défini plusieurs mesures et produits attendus afin de combler les faiblesses identifiées. En particulier, le Secrétariat du Fonds mondial et les parties prenantes dans le pays s'emploieront à :

- examiner les modalités de mise en œuvre afin d'atteindre les objectifs de couverture de prise en charge avant le 31 décembre 2020, conformément au cadre de résultats de la subvention ;
- s'assurer que le personnel des OSC soutenues par le Fonds mondial intègre l'ensemble des cas confirmés bactériologiquement dans la liste des cas visés par les enquêtes de repérage des contacts, et actualiser les activités mixtes public-privé au vu des dernières données sur la notification des cas ;
- définir le budget du plan d'accélération de la lutte contre la coinfection VIH/tuberculose, en collaboration avec les autres partenaires de développement, dont le ministère fédéral de la Santé ; et
- s'assurer que les bénéficiaires principaux établissent des plans de supervision des sous-bénéficiaires fondés sur les risques, et que des outils systémiques de retour d'information et de suivi sont en place.

2. Historique et contexte

2.1. Contexte général

Composée de plus de 16 000 îles, l'Indonésie est le premier archipel du monde par la taille. Le pays compte 34 provinces et 514 districts. Plus de 55 % des habitants vivent en zone urbaine et plus de la moitié de la population vit sur l'île de Java⁴.

Membre du G-20, l'Indonésie a enregistré une hausse constante de son niveau de revenu au cours des vingt dernières années, laissant supposer un classement dans la catégorie des pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure dans les prochaines années⁵, ce qui risque d'entraîner une perte de l'admissibilité du pays à de futures allocations selon les règles du G-20⁶. Cependant, compte tenu de la charge de morbidité du pays et des dangers inhérents à un changement soudain des financements

Population : **264 millions**

RNB par habitant :
3 840 dollars US (2018)

Indice de développement humain
du PNUD : **116 sur 189 (2018)**

Indice de perception de la
corruption de Transparency
International : **89 sur 180 (2018)**

⁴ BPS Statistik Indonesia - <http://www.indonesia.go.id/in/sekilas-indonesia/geografi-indonesia>

⁵ Selon la Banque mondiale, les économies à revenu intermédiaire de la tranche supérieure enregistrent un RNB par habitant compris entre 3 896 dollars US et 12 055 dollars US.

⁶ Selon la politique d'admissibilité du Fonds mondial, seuls les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure du G-20 ayant une charge de morbidité extrême peuvent recevoir un financement. Cette règle s'applique aux trois maladies.

pour la pérennité des avancées obtenues avec le soutien du Fonds mondial, qui a investi à ce jour plus d'un milliard de dollars US, le Comité de la Stratégie a validé la possibilité de supprimer la règle du G-20 à la 39^e réunion du Conseil d'administration du Fonds mondial.

Les dépenses pour la santé de l'Indonésie s'élèvent à 3,1 % du revenu national brut⁷. Le lancement en 2014 d'un programme de soins universels a fortement dynamisé le secteur de la santé. L'objectif est de toucher l'ensemble de la population à l'horizon 2019. Fin 2018, 74 % des habitants faisaient partie du programme⁸. Depuis 2001, dans le cadre d'une vaste politique de décentralisation, le système de santé a été décentralisé, déléguant la prestation des services de santé aux provinces et aux districts.

2.2. Catégorie de différenciation des audits de pays

Le Fonds mondial a classé les pays dont il soutient des programmes en trois catégories de portefeuille : ciblé, essentiel et à fort impact. Ces catégories sont essentiellement définies par la hauteur de la somme allouée, la charge de morbidité et l'impact sur la mission du Fonds mondial visant à éliminer les trois épidémies. Les pays peuvent également être classés dans deux catégories transversales : les contextes d'intervention difficiles et les pays visés par la politique de sauvegarde supplémentaire. Les contextes d'intervention difficiles désignent les régions ou les pays marqués par des problèmes de gouvernance, un accès limité aux services de santé, et des catastrophes naturelles ou des crises provoquées par l'homme. La politique de sauvegarde supplémentaire comprend un ensemble de mesures établies par le Fonds mondial aux fins de renforcer les contrôles financiers et le suivi stratégique dans les environnements présentant des risques particulièrement élevés.

L'Indonésie est un pays :

- Ciblé : petits portefeuilles, faible charge de morbidité, risque faible
- Essentiel : portefeuilles importants, charge de morbidité élevée, risque élevé
- À fort impact : très grands portefeuilles, charge de morbidité stratégique pour la mission du Fonds mondial**
- Contexte d'intervention difficile
- Politique de sauvegarde supplémentaire

⁷ Données de la Banque mondiale - Profil de pays - Indonésie

⁸ Healthpolicy plus <http://www.healthpolicyplus.com/indonesiaUHC.cfm>

2.3. Subventions du Fonds mondial en Indonésie

Depuis 2003, le Fonds mondial a signé 38 accords de subvention d'un budget total de 1,1 milliard de dollars US, dont 901 millions ont été décaissés à ce jour en lien avec les trois maladies et l'établissement de systèmes résistants et pérennes pour la santé. Une enveloppe de 264 millions de dollars US a été allouée au pays pour la période 2018/2020 : 92 millions pour le VIH ; 117 millions pour la tuberculose ; et 53 millions pour le paludisme.

Subvention	Réциpiendaire principal	Composante	Période de mise en œuvre	Budget approuvé (USD)
IDN-H-MOH	Direction générale de la prévention et de la lutte contre les maladies, ministère de la Santé de la République d'Indonésie	VIH	1 ^{er} jan. 2018 au 31 déc. 2020	60 661 386
IDN-H-SPIRITI	Yayasan Spiritia	VIH	1 ^{er} jan. 2018 au 31 déc. 2020	32 116 331
IDN-T-AISYIYA	Central Board of 'Aisyiyah	Tuberculose	1 ^{er} jan. 2018 au 31 déc. 2020	14 768 459
IDN-T-MOH	Direction générale de la prévention et de la lutte contre les maladies, ministère de la Santé de la République d'Indonésie	Tuberculose	1 ^{er} jan. 2018 au 31 déc. 2020	103 034 752
IDN-M-MOH	Direction générale de la prévention et de la lutte contre les maladies, ministère de la Santé de la République d'Indonésie	Paludisme	1 ^{er} jan. 2018 au 31 déc. 2020	44 574 010
IDN-M-PERDHAK	Persatuan Karya Dharma Kesehatan Indonesia (alias « PERDHAKI », Association of Voluntary Health Services of Indonesia)	Paludisme	1 ^{er} jan. 2018 au 31 déc. 2020	9 070 896
Total				264 225 834

Dans le cadre de l'allocation NFM 2, le pays a reçu des financements à effet catalyseur au travers des fonds de contrepartie afin de combler les difficultés clés, notamment les cas manquants de tuberculose (15 millions de dollars US) ; les obstacles à l'accès aux services de prise en charge du VIH liés aux droits humains (2,7 millions de dollars US) ; et le renforcement et l'utilisation des données (1,97 million de dollars US). Les autorités indonésiennes apportent environ 64 % du financement des initiatives de lutte contre les maladies. Le Fonds mondial est le premier bailleur de fonds (26 % des financements), le gouvernement des États-Unis contribuant également largement aux financements et à l'appui technique (4,5 % des financements)⁹.

⁹ Tableau du paysage de financement (demande de financement 2018/2020)

2.4. Les trois maladies



VIH/sida : L'Indonésie supporte environ 2 % de la charge de morbidité mondiale. La prévalence du VIH chez les adultes est relativement faible à 0,4 %, mais atteint 28,8 % chez les consommateurs de drogues injectables, 25,8 % chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, 24,5 % chez les personnes transgenres et 5,3 % chez les travailleurs du sexe¹⁰. Les populations-clés sont les plus touchées par le VIH et restent difficiles d'accès.

Selon les estimations, 52 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique¹¹, dont 17 % sont sous traitement. En 2018, 7 % seulement des patients sous traitement ont pu mesurer leur charge virale¹².

640 000 personnes vivaient avec le VIH en 2018 selon les estimations¹³

46 000 nouvelles infections au VIH et **38 000** décès liés au sida en 2018¹⁴

108 479 personnes placées sous antirétroviraux en 2018¹⁵



Paludisme : L'Indonésie a accompli d'importants progrès face au paludisme, réduisant le nombre de cas palustres de 38 % et la mortalité liée à la maladie de 31 % entre 2012 et 2017¹⁶. La majorité des districts sont désormais considérés exempts de paludisme¹⁷.

Des faiblesses persistent, en particulier dans la partie est du pays, qui concentre l'essentiel de la charge de morbidité. Globalement, 17 % des 1 530 566 cas estimés sont confirmés par microscopie, et 2 680 décès ont été estimés en 2017¹⁸.

2 347 408 moustiquaires imprégnées d'insecticide distribuées en 2017 dans le cadre d'une campagne à grande échelle¹⁹

261 617 cas confirmés en 2017²⁰



Tuberculose : La tuberculose reste un problème majeur de santé publique en Indonésie, qui concentre 8 % de la charge de morbidité mondiale liée à la maladie. En 2018, 564 000 cas nouveaux et récidives ont été déclarés.

La coinfection VIH/tuberculose est élevée, touchant 40 cas sur 100 000 en 2017, avec un taux de mortalité de 3,5 pour 100 000²¹. La pharmacorésistance est également problématique. En 2018, 8 076 patients atteints de tuberculose résistante à la rifampicine ou multirésistante ont été confirmés et 4 379 ont été placés sous traitement²².

Incidence de la tuberculose estimée à **319** pour 100 000 habitants, ce qui représente **845 000** personnes en 2018

Mortalité estimée en 2018 : **98 000** personnes

Taux de réussite des traitements de la tuberculose pharmacosensible au sein de la cohorte 2017 : **85 %**²³

¹⁰ Étude biocomportementale intégrée 2015

¹¹ [ONUSIDA - Profil de l'Indonésie](#)

¹² Rapport sur les résultats actuels/demande de décaissement du Fonds mondial – Décembre 2018

¹³ [ONUSIDA - Fiche d'information sur l'Indonésie 2018](#)

¹⁴ [ONUSIDA - Fiche d'information sur l'Indonésie 2018](#)

¹⁵ Rapport sur les résultats actuels/demande de décaissement du Fonds mondial – Décembre 2018

¹⁶ [Profil des résultats des programmes soutenus par le Fonds mondial liés au paludisme 2017](#)

¹⁷ Note d'information du Secrétariat du Fonds mondial 2017

¹⁸ [Rapport 2018 de l'OMS sur le paludisme dans le monde](#)

¹⁹ [Profil des résultats des programmes soutenus par le Fonds mondial liés au paludisme](#)

²⁰ [Rapport 2017 de l'OMS sur le paludisme dans le monde](#)

²¹ [Fiche d'information de l'OMS sur la tuberculose en Indonésie - 2017](#)

²² Rapport sur les résultats actuels/demande de décaissement du Fonds mondial – Décembre 2018

²³ [Fiche d'information de l'OMS sur la tuberculose en Indonésie - 2017](#)

2.5. Résultats du portefeuille

Les subventions du pays obtiennent de bons résultats au regard des indicateurs, comme l'indiquent les taux de réalisation des indicateurs clés de couverture obligatoire. Les faiblesses et les causes profondes relatives aux données inexactes sur les activités de proximité, aux faibles taux de prévention du VIH et de notification des cas de tuberculose sont analysées aux sections 4.1 et 4.2 du présent rapport.

Dans le contexte du paludisme, le faible taux de réalisation lié à la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide est dû aux quantités limitées de moustiquaires, imputables à des retards de procédures d'achat. Eu égard à l'indicateur « Proportion de cas suspects de paludisme soumis à un test parasitologique dans la communauté », le Bureau note que le bénéficiaire principal a modifié le dénominateur, en raison d'une pénurie de trousse de dépistage rapide. L'objectif visait le dépistage de 74 000 personnes, mais l'équipe a dû réduire ce chiffre, 24 000 trousse de dépistage seulement étant disponibles, et déclarer un taux de réalisation de 100 %.

Taux de réalisation des indicateurs clés du Fonds mondial (en décembre 2018)

Indicateur	Objectif	Résultat	Réalisation
VIH			
Nombre d'aiguilles et de seringues distribuées annuellement par consommateur de drogues injectables lors de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues	170	30	18 %
Pourcentage de travailleurs du sexe qui ont effectué un test de dépistage du VIH au cours de la période de communication de l'information et qui en connaissent le résultat	17 %	18 %	108 %
Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes qui ont effectué un test de dépistage du VIH au cours de la période de communication de l'information et qui en connaissent le résultat	32 %	24 %	75 %
Pourcentage des personnes vivant avec le VIH et bénéficiant actuellement d'un traitement antirétroviral	20 %	17 %	82 %
Pourcentage de personnes vivant avec le VIH, sous traitement antirétroviral et dont la charge virale est indétectable après 12 mois (< 1000 copies/ml)	85 %	91 %	107 %
Tuberculose			
Nombre de cas déclarés de tuberculose (toutes formes confondues) confirmés bactériologiquement et diagnostiqués cliniquement, y compris cas nouveaux et récidives	267 368	235 928	88 %
Nombre de cas déclarés de tuberculose résistante à la rifampicine et/ou de tuberculose multirésistante	3 372	4 807	120 %
Nombre de cas de tuberculose résistante à la rifampicine et/ou de tuberculose multirésistante ayant commencé un traitement de seconde intention	2 866	2 443	85 %
Pourcentage de patients séropositifs souffrant de tuberculose (nouveaux cas et récidives) qui sont simultanément sous traitement antirétroviral et antituberculeux	4 901	1 718	35 %
Pourcentage de personnes vivant avec le VIH récemment prises en charge par un service de soins dédié et ayant commencé un traitement préventif contre la tuberculose	26 363	3 933	15 % ²⁴

²⁴ Même si le bénéficiaire principal a atteint 15 % seulement de cet indicateur, l'objectif visait 25 %. En conséquence, les résultats de cet indicateur sont satisfaisants.

Paludisme			
Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée distribuées aux populations à risque dans le cadre de campagnes de distribution à grande échelle	3 984 224	2 017 540	51 %
Proportion de cas suspects de paludisme soumis à un test parasitologique dans la communauté	100 %	100 %	100 %
Pourcentage de cas suspects de paludisme pour lesquels un test parasitologique est effectué dans des établissements de santé du secteur public	100 %	96 %	96 %
Pourcentage de cas confirmés de paludisme qui ont reçu un traitement antipaludique de première intention dans des établissements de santé du secteur public	100 %	93 %	93 %

Supérieurs aux attentes	> 100 %
Conformes aux attentes	90-100 %
Adéquats	60 - 89 %
Inadéquats mais potentiel avéré	30 - 59 %
Inacceptables	< 30 %

2.6. Appétence au risque

L'appétence au risque a été définie au niveau institutionnel à partir des données d'une cohorte de 25 pays²⁵ supportant la majorité de la charge de morbidité des trois maladies dans le monde : 85 % pour le VIH/sida ; 80 % pour la tuberculose ; 76 % pour le paludisme. Approuvé en 2018, le Cadre d'appétence au risque définit les niveaux recommandés d'appétence au risque dans huit domaines clés touchant les subventions du Fonds mondial. Les équipes de pays déterminent le niveau de chaque risque lié à une subvention spécifique, à l'aide du module de gestion intégrée des risques. Les notations sont examinées par des fonctions de deuxième ligne et par la direction de la Division de la gestion des subventions. Elles sont ensuite pondérées au regard de la somme allouée au pays, de façon à déterminer le niveau de risque global du portefeuille d'un pays. Le niveau de risque global, le plan d'atténuation des risques et la trajectoire attendue des niveaux de risque sont ensuite approuvés par le Comité des résultats du portefeuille²⁶.

Le portefeuille de l'Indonésie a été examiné en novembre 2018. L'évaluation des risques pour la qualité du programme a été mise à jour en juin 2019, suite à l'envoi des rapports sur les résultats actuels. Le Bureau de l'Inspecteur général a comparé le niveau de risque global déterminé par le Secrétariat pour les catégories de risques clés couvertes par les objectifs du présent audit dans le portefeuille de l'Indonésie, avec les risques résiduels selon sa propre évaluation. Il les a ensuite mis en corrélation avec des constatations spécifiques de l'audit, comme indiqué dans le tableau ci-après.

Catégorie de risque	Niveau de risque global déterminé par le Secrétariat	Risque résiduel estimé (audit du Bureau)	Constatations de l'audit pertinentes
Qualité du programme	Élevé	Élevé	Constatations 4.1, 4.2 et 4.3
Gouvernance et suivi stratégique du programme national	Moyen	Moyen	Constatation 4.4

Même si globalement, le Bureau et le Secrétariat attribuent des notations identiques aux risques ci-avant, des différences se dessinent au niveau des sous-risques. Ainsi, le Secrétariat n'a pas relevé plusieurs faiblesses, notamment l'inexactitude des rapports sur les indicateurs de proximité ou l'absence de plan d'action expliquant le retard d'activités telles que les services mixtes public/privé (deux risques liés à la qualité du programme).

²⁵ Afrique du Sud, Bangladesh, Burkina Faso, Cameroun, Congo (RDC), Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Inde, Indonésie, Kenya, Malawi, Mali, Mozambique, Myanmar, Nigéria, Ouganda, Pakistan, Rwanda, Soudan, Tanzanie, Ukraine, Vietnam, Zambie, Zimbabwe

²⁶ Le Comité des résultats du portefeuille est chargé d'examiner le portefeuille du pays et de l'organisation.

3. Aperçu de l'audit

3.1. Objectifs

Le présent audit vise à évaluer les éléments ci-après :

- l'adéquation et l'efficacité de la conception des subventions visant à garantir un impact durable et efficace des subventions ;
- l'efficacité et l'efficience des modalités de mise en œuvre et de garantie au service des objectifs des subventions.

3.2. Portée et méthodologie

L'audit suit la méthodologie présentée à l'annexe B et couvre la période de janvier 2017 à décembre 2018. Il vise toutes les subventions actives et tous les bénéficiaires principaux des programmes soutenus par le Fonds mondial en Indonésie. Il couvre six subventions mises en œuvre par quatre bénéficiaires principaux : la Direction générale de prévention et de lutte contre les maladies du ministère de la Santé ; Yayasan Spiritia ; Central Board of 'Aisyiyah ; et Persatuan Karya Dharma Kesehatan Indonesia (PERDHAKI). Les vérificateurs ont visité plusieurs centres de santé, laboratoires et entrepôts à Jakarta.

Limite de la portée

L'Assemblée générale des Nations Unies a adopté une série de résolutions et de règles, qui établit un cadre appelé « principe de l'audit unique ». Ce cadre interdit aux tiers d'accéder aux livres et registres des Nations Unies et des organismes affiliés. Les audits et enquêtes sont intégralement conduits par les organes de suivi des Nations Unies. Le Conseil d'administration du Fonds mondial et ses comités ont étudié les mesures de garantie des fonds gérés par les institutions des Nations Unies et les organismes affiliés, et s'en remettent aux garanties fournies par ces entités. À ce titre, l'équipe du Bureau n'a pas vérifié les contrôles et procédures internes de l'UNFPA, sous-bénéficiaire pour le compte du ministère fédéral de la Santé.

3.3. Correction des faiblesses identifiées précédemment

L'audit de 2015 du Bureau des subventions du Fonds mondial à la République d'Indonésie visait la gestion des risques par le Secrétariat. Il évaluait la gestion des programmes et des données, la gestion des achats et des stocks, ainsi que les risques financiers et fiduciaires.

Il a mis en lumière l'existence de risques au niveau des provinces, non atténués par les sous-bénéficiaires dans un environnement décentralisé, et la nécessité pour le Secrétariat d'adopter une démarche différenciée en matière de gestion et de garantie des risques du portefeuille, et de veiller au suivi des risques pour la pérennité des programmes. Trois actions ont été convenues à l'issue de cet audit, qui ont depuis été mises en œuvre :

- les bénéficiaires principaux établissent et déploient un plan de gestion des sous-bénéficiaires basé sur le risque, qui identifie notamment les provinces et les districts ciblés, ainsi qu'un nombre limité d'actions prioritaires soumises à des échéances ;
- les lettres de gestion envoyées aux bénéficiaires principaux sont axées sur les risques résiduels à fort impact hiérarchisés ; et
- l'évaluation de la pérennité programmatique et financière dans le contexte des interventions du Fonds mondial est parachevée, conformément à la stratégie du Fonds mondial relative à la pérennité, en collaboration avec la Banque mondiale, le DFAT et d'autres partenaires de développement en Indonésie.

Précédents audits pertinents du Bureau de l'Inspecteur général

[Audit des subventions du Fonds
mondial à la République
d'Indonésie, 2015](#)

4. Constatations

4.1. Le dépistage des PVVIH et les liens entre le dépistage/traitement et le suivi doivent être améliorés en vue d'atteindre les objectifs 90-90-90 liés au VIH

Ces dernières années, des avancées significatives ont été obtenues vers l'atteinte des objectifs « 90-90-90 ». Par exemple, le nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes qui ont reçu un test de dépistage du VIH et qui en connaissent le résultat a augmenté de 27 %, passant de 82 000 en 2017 à 112 000 en 2018²⁷. Cette avancée s'explique essentiellement par la collaboration avec des organisations de la société civile et le recours à des cliniques mobiles pour toucher les populations-clés. Le nombre de personnes vivant avec le VIH qui reçoivent un traitement antirétroviral a augmenté de 19 %, passant de 91 000 en 2017 à 108 000 patients en 2018, principalement grâce à l'adoption en 2018 de la politique de dépistage et de traitement. L'Indonésie s'est engagée à accroître le nombre de personnes vivant avec le VIH qui reçoivent un traitement antirétroviral de 18 % à 45 % entre 2018 et 2020. Malgré l'amélioration des taux de réalisation des indicateurs établis avec le Secrétariat au titre du cadre de résultats, la cascade de soins du VIH dans le pays reste faible, à 50-17-7²⁸, comparé aux résultats régionaux et mondiaux. Ces faibles résultats présentent un risque pour la réussite de la subvention et pour les avancées obtenues à ce jour. L'Indonésie risque de ne pas atteindre les objectifs nationaux liés à la prise en charge du VIH à l'horizon 2020 si les faiblesses ci-après ne sont pas résolues.

Stagnation des taux de rendement du dépistage et des objectifs de dépistage chez les populations-clés touchées : Malgré le taux élevé de prévalence du VIH au sein des populations-clés²⁹, les objectifs liés au nombre de personnes dépistées et qui connaissent leur statut sérologique sont généralement faibles : hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes – 32 % ; personnes transgenres – 15 % ; consommateurs de drogues injectables – 12 % ; travailleurs du sexe – 16,8 % ; et prisonniers – 17 %. Le taux de positivité des tests de dépistage au sein des populations-clés dans le cadre du programme de proximité n'évolue pas non plus³⁰ et reste sensiblement inférieur au taux de prévalence donné par l'étude biocomportementale intégrée de 2015. Par exemple, l'évolution du taux de dépistage des populations-clés entre 2017 et juin 2019 est la suivante :

- hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes : de 7 % à 9 % ;
- consommateurs de drogues injectables : de 4 % à 3 % ;
- personnes transgenres : 4 % sur les deux périodes ; et
- travailleuses du sexe : 2 % sur les deux périodes.

La faible couverture de dépistage et de rendement au sein des populations-clés représente une opportunité manquée de diagnostic précoce et de placement immédiat sous traitement antirétroviral. L'Indonésie fait partie des 35 pays (au 7^e rang) qui concentrent 90 % des nouvelles infections à l'échelle mondiale, et enregistre le plus fort taux du continent asiatique après l'Inde. Afin d'améliorer le taux de positivité, une nouvelle méthode de « sensibilisation virtuelle »³¹ a été adoptée, mais le récipiendaire principal n'a pas encore évalué son efficacité. Des activités de notification et de dépistage des partenaires des populations-clés ont été introduites en 2018, mais peu de documents attestent du suivi des partenaires et de leur taux de positivité. Le dépistage mobile a également été

²⁷ Chiffres tirés des rapports sur les résultats actuels/demande de décaissement 2017 et 2018.

²⁸ Stratégie 90-90-90 de l'ONUSIDA = 90 pour cent des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, 90 pour cent des personnes qui savent qu'elles sont séropositives au VIH ont accès à un traitement et 90 pour cent des personnes sous traitement ont une charge virale indétectable.

²⁹ HSH (25,8 %) ; personnes transgenres (24,8 %) ; travailleuses du sexe (7,9 %) ; consommateurs de drogues injectables (28,8 %), au regard d'un taux de prévalence national de 0,4 % (adultes âgés de 15 à 49 ans).

³¹ L'ONG Spiritia a mis en place des activités de sensibilisation virtuelle en vue d'atteindre les populations-clés difficilement accessibles au moyen de plusieurs plateformes telles que les réseaux sociaux.

adopté en collaboration avec des organisations de la société civile, mais avec une disponibilité limitée.

Eu égard au nombre de travailleuses du sexe et d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes qui ont bénéficié d'un dépistage et en connaissent le résultat, les données communiquées au Secrétariat représentaient le nombre de tests réalisés, pas de personnes diagnostiquées (un individu pouvant réaliser plusieurs tests). Les activités visant à toucher davantage de populations-cibles n'ont pas encore commencé en raison d'obstacles administratifs et juridiques. Ainsi, le dépistage à assise communautaire a été retardé en raison d'une pénurie de trousse de dépistage oral du VIH et de prophylaxie préexposition. L'étude biocomportementale intégrée de 2018 n'est toujours pas terminée, ce qui complique l'établissement de nouveaux objectifs ou l'évaluation de l'efficacité de la démarche actuelle.

Insuffisance des liens vers la prise en charge, taux élevé de patients perdus de vue et suivi inadéquat du traitement des PVVIH : Plus de 60 % des personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique ne sont pas placées sous traitement, et plus de 23 % des patients sont perdus de vue après 12 mois, contribuant au taux élevé de mortalité. En Indonésie, les décès liés au sida sont passés de 24 000 en 2010 à 38 000 en 2018³². La faible couverture de prise en charge et le taux élevé de patients perdus de vue sont en partie imputables aux facteurs ci-après :

Lacunes du système d'orientation des patients vers les services de prise en charge : Le mandat des agents de proximité s'arrête une fois que le patient est orienté vers un service de dépistage, et le mandat des pairs commence après le placement sous traitement antirétroviral. Aucun soutien n'est prévu entre le dépistage et le début du traitement antirétroviral et il n'existe aucun système de suivi des patients du diagnostic au placement sous traitement, compliquant le suivi des personnes qui ne commencent pas de traitement. De plus, les personnes diagnostiquées mais qui ne reçoivent pas leurs résultats ne sont pas enregistrées. Le dépistage du VIH est généralement réalisé par les centres de soins de santé primaires, mais la prise en charge médicamentée incombe aux hôpitaux, ce qui requiert des déplacements. Afin de remédier à la situation, le ministère de la Santé s'est engagé à déployer des activités telles que l'élargissement du dépistage et du traitement du VIH à tous les centres de soins de santé primaires et hôpitaux de district des 96 districts classés prioritaires. Cependant, seulement 57 districts possèdent un centre de soins de santé primaires ou plus fournissant à la fois des services de dépistage et de traitement du VIH, et 15 % des établissements réalisant des tests de dépistage du VIH peuvent fournir des traitements.

Le Secrétariat et les partenaires dans les pays apportent actuellement les dernières touches à un plan d'accélération, dont plusieurs modalités viseront à accroître le nombre de centres offrant des services de dépistage et de prise en charge.

Amélioration requise du déploiement de la politique de dépistage et de traitement : Selon la politique de dépistage et de traitement, les personnes vivant avec le VIH devraient être placées sous traitement dans un délai de sept jours après leur diagnostic. Même si la politique a été adoptée en octobre 2018, tous les districts ne l'ont pas encore mise à exécution. La distance géographique séparant les centres de diagnostic des centres de prise en charge, et l'habitude des médecins de prescrire une multitude de tests financés par les patients avant le début du traitement, contribuent au manque d'efficacité de mise en œuvre de la politique. De plus, aucun outil ne permet de s'assurer que les centres l'ont adoptée.

Manque de suivi stratégique des patients perdus de vue au niveau central, notamment du nombre de patients perdus de vue recherchés et de ceux ayant repris leur traitement. Les centres de santé ne communiquent pas les données sur les patients aux membres des organisations de la société civile qui les soutiennent, ce qui nuit aux efforts visant à réduire le nombre de patients perdus de vue. Un

³² ONUSIDA - Profil de l'Indonésie

récent décret autorisant le partage d'information avec les organisations de la société civile devrait améliorer la situation.

Lacunes en matière de suivi des patients séropositifs sous traitement : L'Indonésie a adopté les lignes directrices de l'OMS préconisant de mesurer la charge virale³³ afin d'évaluer l'efficacité du traitement après six mois, douze mois, puis annuellement. Cependant, cette méthode est peu utilisée, la couverture de tests de la charge virale restant inférieure à 7 %. Ce faible taux pourrait favoriser la hausse de la mortalité et de la pharmacorésistance. Selon l'OMS, le risque d'échec virologique augmente de 9 % avec chaque mois de retard du premier test de la charge virale, et le risque de changement de traitement augmente de 14 %³⁴.

Le gouvernement finance les réactifs utilisés dans le cadre du test de la charge virale et le Fonds mondial finance les coûts des tests non couverts par le régime d'assurance-maladie. Lors de leurs entretiens avec des personnels des établissements de santé, les vérificateurs du Bureau ont constaté une réticence des médecins à prescrire des tests de la charge virale, parce qu'ils ne savent pas clairement quels coûts sont remboursés par le Fonds mondial. En conséquence, le budget alloué aux tests de la charge virale n'est pas pleinement utilisé. De plus, les patients sous traitement depuis plus de 15 mois sont tenus de payer ces tests. Soixante pour cent seulement (18 sur 30) des appareils de test de la charge virale fonctionnent en raison de la faible demande.

Action convenue de la Direction 1

À la lumière de l'étude biocomportementale intégrée et des enseignements du plan d'accélération lié au VIH, le Secrétariat actualise les modalités de mise en œuvre au regard des objectifs de couverture de prise en charge au 31 décembre 2020 établis dans le cadre de résultats, et s'assure que des outils appropriés de suivi des cohortes de patients sont établis.

Titulaire : Directeur de la Division de la gestion des subventions

Date cible : 31 janvier 2021

³³ Un test de la charge virale mesure le nombre de particules virales du VIH par millilitre de sang. Une charge virale faible indique que le traitement est efficace. Une charge virale élevée indique que le traitement n'est pas pris correctement ou que le virus développe une résistance au médicament.

³⁴ Lignes directrices de l'OMS en matière de dépistage du VIH, 2011

4.2. Améliorations requises pour obtenir les résultats attendus en matière de notification et de prise en charge des cas de tuberculose et de tuberculose multirésistante

L'Indonésie a amélioré les résultats liés à la notification des cas de 24 %, 564 000 cas ayant été déclarés en 2018 contre 447 000 en 2017. Cette avancée est due à l'intensification des activités de dépistage GeneXpert, de proximité et de repérage des contacts, et à l'introduction de la notification obligatoire. Le pays a établi et déployé une application de suivi et de retour d'information communautaire, visant à améliorer la connaissance des patients tuberculeux, l'accès aux services et le signalement. SITRUST³⁵, un outil de transfert d'échantillons, facilite également le suivi du transport d'échantillons d'expectorations des centres de santé ne possédant pas d'appareil GeneXpert vers des laboratoires qui en sont équipés, à des fins d'analyse. Un décret du ministère de la Santé publié en 2017 visant à porter à 260 le nombre d'hôpitaux prenant en charge les cas de tuberculose multirésistante et à accroître les outils de prise en charge des patients, améliore la prise en charge de cette forme de tuberculose. Pour autant, des faiblesses persistent, notamment en matière d'efficacité des activités de repérage des contacts, de mise en œuvre des activités mixtes public-privé au niveau des districts, de gestion des appareils GeneXpert, et d'observance des traitements de la tuberculose multirésistante. Environ 67 % des cas estimés à l'échelle nationale ont été déclarés par le Programme national de lutte contre la tuberculose (ministère de la Santé). Le pays fait partie des dix pays du monde (3^e rang) concentrant 80 % des cas manquants de tuberculose à l'échelle mondiale³⁶. La maladie est la quatrième cause de décès en Indonésie.

i) Efficacité insuffisante des activités de repérage des contacts : Plus de 50 % des cas orientés par des volontaires ne reçoivent pas de test de dépistage en centre de santé (voir le tableau ci-après), faute de directives récentes sur la qualification des personnes pouvant être orientées vers des services de santé. De fait, chaque partie utilise des paramètres de dépistage différents. Par exemple, les volontaires orientent toutes les personnes présentant l'un des six symptômes justifiant un dépistage, tandis que les centres de santé testent uniquement les personnes qui en présentent deux.

Tableau 1 : Nombre de contacts tuberculeux identifiés par le récipiendaire principal (Aisyiyah) et le sous-récipiendaire (LKNU) du ministère de la Santé entre juillet 2018 et juin 2019 :

Maître d'œuvre	Nombre de contacts orientés	Nombre de contacts soumis à un dépistage	Nombre de contacts tuberculeux
Aisyiyah	85 332	45 209	5 461
LKNU	34 933	13 525	1 479

Le repérage des contacts dans les foyers de patients tuberculeux confirmés bactériologiquement n'est pas réalisé conformément à l'indicateur établi. Au lieu de cela, les organisations de la société civile (OSC) s'appuient sur les données des registres des patients tuberculeux déjà pris en charge. Or, ce nombre est inférieur à celui indiqué dans le registre des cas de tuberculose déclarés, dont certains ne reçoivent pas de traitement. De plus, les personnels ne communiquent pas les résultats aux centres de santé, compliquant la tâche des infirmiers chargés de s'assurer que tous les contacts de patients tuberculeux devant être identifiés l'ont bien été. Aucun outil officiel ne prévoit l'évaluation de la qualité des dépistages réalisés par les OSC, et les centres de soins de santé primaires des districts ne possèdent pas de budget pour repérer les contacts. La mise à jour amorcée des directives relatives au repérage des contacts devrait améliorer la normalisation des activités.

³⁵ SITRUST est une application en ligne facile d'utilisation.

³⁶ Rapport 2018 sur la tuberculose dans le monde, pages 2 et 79

ii) Mise en œuvre limitée des activités mixtes public-privé dans les districts : En Indonésie, le vaste secteur privé de la santé n'est pas encore solidement relié au réseau de communication de l'information du Programme national de lutte contre la tuberculose³⁷. Soixante-quatorze pour cent des premiers soins de la tuberculose sont dispensés par des centres de santé privés³⁸. Pourtant, ces établissements et les communautés ne contribuent qu'à 3 % des notifications des cas de tuberculose. Aucune démarche n'a encore été entreprise afin de répondre à la demande du Comité technique d'examen des propositions du Fonds mondial, relative à « l'élaboration d'une stratégie ou d'un plan complet d'engagement des prestataires privés en matière de prise en charge de la tuberculose »³⁹. En 2018, des services mixtes public-privé de santé de base et complets devaient être fournis dans 243 districts standard et 271 districts prioritaires à fort impact respectivement. Or, 37 districts seulement ont reçu la priorité.

Même si la démarche, les orientations et le plan d'action relatifs au partenariat mixte public-privé devaient être finalisés au cours du NFM1 (2016/2017) et déployés en 2018, la première moitié de la subvention du NFM2 a essentiellement servi à établir les orientations et les plans opérationnels, les activités de plaidoyer et de socialisation informelle. Aucune directive claire relative à la mise en œuvre des activités mixtes public-privé dans les districts n'a été établie par les autorités centrales. De nombreux cas non signalés faisant appel au secteur privé, le manque de progrès liés à la stratégie mixte public-privé risque de nuire à la capacité du pays d'accroître la notification des cas.

iii) Amélioration requise en matière de gestion des appareils GeneXpert : Au moment des travaux sur le terrain dans le cadre du présent audit le 4 septembre 2019, le pays possédait 979 appareils GeneXpert, dont 875 avaient été distribués aux centres de santé pertinents, et 809 avaient été installés. Soixante-six appareils avaient été livrés mais n'avaient pas été installés par manque de préparation des établissements de santé. Plus de 100 appareils étaient stockés en entrepôt depuis mars 2018 en attendant que les centres de santé soient prêts à les recevoir. Or, ces appareils, d'une valeur de 3 millions de dollars US, n'étaient plus sous garantie au moment de l'audit (les pièces des appareils GeneXpert sont garanties un an à partir de la date d'expédition). Le Bureau de l'Inspecteur général relève des retards de remplacement des pièces défectueuses des appareils GeneXpert encore sous garantie (supérieurs à dix mois), nuisant à leur utilisation. Trente-huit pour cent (44 sur 117) des appareils hors service étaient sous garantie, mais en attente de réparation. Les autres appareils dont la garantie avait expiré attendaient également d'être réparés.

Suite au présent audit, le Secrétariat s'emploie à redresser la situation. En novembre 2019, 68 appareils n'avaient toujours pas été distribués et huit avaient été livrés, mais pas installés. La garantie de 234 appareils a été prolongée de six mois, jusqu'en avril 2020. L'équipe de pays organise actuellement le transfert vers un modèle d'assistance technique et l'établissement d'un centre de réparation, dont les négociations viennent de commencer.

iv) Amélioration requise en matière de prise en charge de la tuberculose multirésistante : L'Indonésie fait partie des 27 pays du monde les plus fortement touchés par la tuberculose multirésistante. Environ 49 % des patients atteints de tuberculose multirésistante confirmés ne sont pas placés sous traitement et aucun outil ne permet de les suivre. Les responsables des cas et les personnels chargés de soutenir les patients interviennent uniquement après le début du traitement et aucun outil/indicateur ne mesure leurs résultats. L'orientation des patients entre les centres de santé primaires et les bureaux de santé des districts, et le suivi de la prise en charge, sont réalisés dans WhatsApp, sans indication des dates ou des résultats des consultations. L'application sert également souvent à envoyer les résultats des tests d'expectoration, faute d'accès à un système approprié. Les données sur les patients sont communiquées aux organisations de la société civile, chargées de suivre les cas et de mener les visites à domicile. Même si les personnels enregistrent leurs activités et les résultats y afférents dans des tableurs Excel, ils informent l'infirmier chef

³⁷ Rapport 2018 sur la tuberculose dans le monde, page 87

³⁸ Rapport 2018 sur la tuberculose dans le monde

³⁹ Édition numéro 6 : Stratégie d'engagement du secteur privé dans les activités du programme de lutte contre la tuberculose

oralement des résultats du suivi, compliquant l'évaluation des résultats des ONG à l'échelle nationale.

Action convenue de la Direction 2

En collaboration avec le ministère fédéral de la Santé, les organisations de la société civile et les partenaires de développement pertinents, le Secrétariat :

- s'assure que le personnel des OSC pertinentes soutenues par le Fonds mondial est informé de son obligation d'inclure tous les cas confirmés bactériologiquement dans les listes des contacts à repérer ;
- dans le contexte du dialogue au niveau du pays, revoit les activités mixtes public-privé à la lumière des données les plus récentes sur la notification des cas et évalue la nécessité d'intensifier, de maintenir ou de réduire l'ampleur de cette activité.

Titulaire : Directeur de la Division de la gestion des subventions

Date cible : 31 janvier 2021

4.3. Les activités collaboratives liées au VIH et à la tuberculose, notamment l'utilisation des appareils GeneXpert, doivent être renforcées

Plusieurs exemples de collaboration exemplaire en matière de prise en charge intégrée des cas de VIH et de tuberculose ont été mis en place, notamment le dépistage systématique des cas présentant des symptômes de la tuberculose par les agents de proximité dans le cadre de la sensibilisation au VIH auprès des populations-clés. Tous les centres de santé visités proposent des tests de dépistage de la tuberculose aux patients séropositifs au VIH, et les patients tuberculeux reçoivent un test de dépistage du VIH. L'Indonésie fait partie des 20 pays du monde les plus touchés par la coinfection VIH/tuberculose. En 2018, 36 000 personnes étaient coinfectées selon les estimations⁴⁰. La mise en œuvre des activités de collaboration VIH/tuberculose continue d'afficher des faiblesses, entravant l'atteinte des objectifs liés aux indicateurs de couverture des subventions. Par exemple, 35 % seulement des patients tuberculeux (cas nouveaux et récurrences) séropositifs au VIH ont été placés sous traitement antirétroviral pendant le traitement de la tuberculose, et 15 % seulement des personnes vivant avec le VIH récemment pris en charge avaient également commencé un traitement préventif de la tuberculose⁴¹. La tuberculose est la première cause de mortalité des personnes vivant avec le VIH. Le manque de collaboration entre les services de prise en charge du VIH et les services chargés de la tuberculose réduit la possibilité de diagnostiquer les patients, de les placer sous traitement et de sauver des vies. Les faiblesses clés incluent notamment :

Structure verticale des programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose : La tuberculose est essentiellement diagnostiquée et prise en charge dans les centres de soins de santé primaires, tandis que le traitement du VIH relève principalement des hôpitaux, ce qui signifie que de nombreux patients coinfectés reçoivent des soins dans deux établissements distincts, compliquant dans le même temps leurs démarches de santé. Même si tous les centres de soins de santé primaires peuvent réaliser des tests de dépistage de la tuberculose et dispenser les traitements y afférents, 34 %

⁴⁰ Rapport 2017 de l'OMS sur la tuberculose dans le monde ; cas déclarés dont le statut VIH est connu

⁴¹ Rapport sur les résultats actuels/demande de décaissement- 31 décembre 2018 - Indicateurs de couverture_1B

seulement de ces établissements et 26 % des hôpitaux sont en mesure de fournir des services de dépistage du VIH. Deux systèmes distincts sont utilisés pour communiquer les données relatives au VIH et à la tuberculose, et les données des deux programmes ne sont pas croisées à des fins de validation. La supervision intégrée des activités conjointes VIH/tuberculose n'est pas appliquée, et le plan de supervision intégrée y afférent n'a toujours pas été approuvé.

Utilisation sous-optimale des appareils GeneXpert pour la mesure de la charge virale : Afin d'accroître l'accessibilité des tests de la charge virale, l'Indonésie élargit l'utilisation des appareils GeneXpert. Le projet a commencé par un essai pilote dans 53 districts au 4^e trimestre 2018, sur les 809 appareils GeneXpert que compte le pays au total. L'utilisation des appareils GeneXpert pour la mesure de la charge virale dépend de leur niveau d'utilisation pour le dépistage de la tuberculose. De fait, les appareils servant moins de 50 % au dépistage de la tuberculose sont utilisés à des fins de mesure de la charge virale. La faible utilisation de ces appareils pour mesurer la charge virale s'explique notamment par les facteurs ci-après :

- Laps de temps important (un an environ) entre la formation et l'utilisation des appareils GeneXpert à des fins de test de la charge virale. Au moment où les établissements ont reçu les cartouches, certains membres du personnel qui avaient été formés à l'utilisation des appareils GeneXpert étaient partis, tandis que d'autres avaient oublié comment les utiliser.
- L'intensification des tests de la charge virale pourrait être confiée à un prestataire externe, dont la proposition comprend une optimisation des appareils actuellement utilisés à ces fins, et l'établissement d'un système de transport des échantillons. Néanmoins, le projet est encore en cours de négociation et devrait aboutir à un appel à propositions d'ici la fin de l'année 2019.

Un plan⁴² d'amélioration de la collaboration entre les services de prise en charge du VIH et de la tuberculose a été établi en 2018. Au moment du présent audit en août 2019, le plan avait été approuvé, mais le budget n'avait pas encore été arrêté.

Action convenue de la Direction 3

En collaboration avec les autres partenaires de développement, dont le ministère fédéral de la Santé, le Secrétariat définit le budget du plan d'accélération de la lutte contre la coinfection VIH/tuberculose.

Titulaire : Directeur de la Division de la gestion des subventions

Date cible : 30 juin 2020

⁴² « Plan d'accélération de la lutte contre la coinfection VIH/tuberculose avec intégration au programme de prévention de la transmission de la mère à l'enfant en Indonésie 2018/2020 »

4.4. Lacunes des modalités de suivi et de garantie

Les bénéficiaires principaux, qui font appel à plus de 540 maîtres d'œuvre⁴³, ont établi des mesures qui ont amélioré la gestion financière des subventions. Plusieurs manuels orientent la fonction administrative de mise en œuvre des subventions. Les six bénéficiaires principaux possèdent des comptes bancaires réservés aux subventions du Fonds mondial en plus de leurs propres comptes, et tiennent à jour des registres des actifs immobilisés afin de protéger les actifs achetés avec les fonds des subventions. Malgré plusieurs améliorations, le suivi stratégique et la supervision des bénéficiaires principaux restent insuffisants : 69 % seulement (46 sur 67) des visites de supervision planifiées aux sous-bénéficiaires ont été menées.

Le présent audit note que cinq⁴⁴ des six bénéficiaires principaux ne possèdent pas de plan de supervision complet, et les visites de supervision n'étaient pas conformes aux résultats de leur évaluation des risques. Plusieurs sous-bénéficiaires présentant un risque élevé n'ont pas été supervisés, contrairement à d'autres présentant un risque modéré ou faible. Au sein du bénéficiaire principal Aisiyiyah, quatre membres du personnel sont chargés de superviser 14 sous-bénéficiaires et 130 sous-sous-bénéficiaires, tandis que le Programme national de lutte contre le VIH confie la supervision de 46 sous-bénéficiaires et 240 sous-sous-bénéficiaires à huit personnes. L'examen et le suivi des sous-bénéficiaires ne sont pas différenciés, alors que ces entités présentent des tailles et des niveaux de risque hétérogènes. En conséquence, 50 % des bénéficiaires principaux ont dépassé le budget alloué à la supervision en 2018, sans pour autant mener l'intégralité des visites planifiées.

Cinq⁴⁵ des six bénéficiaires principaux ne possèdent aucune preuve de la communication des résultats des examens et des recommandations y afférentes aux sous-bénéficiaires et sous-sous-bénéficiaires. Ils affirment le faire oralement. Aucun système n'a été établi afin de suivre la mise en œuvre des conclusions et recommandations émises à l'issue des visites de supervision, et aucun outil officiel ne permet de fournir un retour d'information aux sous-bénéficiaires au terme de ces visites. Ces lacunes entravent la capacité des bénéficiaires principaux à utiliser un outil de garantie interne approprié, fournissant un suivi stratégique adéquat de l'efficacité et l'efficience des activités des sous-bénéficiaires. De fait, 53 % des conclusions émises par le Secrétariat en 2018 étaient récurrentes (non résolues depuis le NFM1).

Action convenue de la Direction 4

Le Secrétariat s'assure que tous les bénéficiaires principaux établissent un plan de supervision des sous-bénéficiaires fondé sur le risque à des fins de suivi, et que des outils systémiques de retour d'information et de suivi des recommandations sont mis en place.

Titulaire : Directeur de la Division de la gestion des subventions

Date cible : 30 juin 2020

⁴³ Les maîtres d'œuvre comptent des sous-bénéficiaires et des sous-sous-bénéficiaires au niveau infranational.

⁴⁴ Aisiyiyah, Perdahki, ministère de la Santé – tuberculose, ministère de la Santé – VIH – ministère de la Santé – paludisme

⁴⁵ idem

5. Tableau des actions convenues

Action convenue de la Direction	Date cible	Titulaire
<p>1. À la lumière de l'étude biocomportementale intégrée et des enseignements du plan d'accélération lié au VIH, le Secrétariat actualise les modalités de mise en œuvre au regard des objectifs de couverture de prise en charge au 31 décembre 2020 établis dans le cadre de résultats, et s'assure que des outils appropriés de suivi des cohortes de patients sont établis.</p>	31 janvier 2021	Directeur de la Division de la gestion des subventions
<p>2. En collaboration avec le ministère fédéral de la Santé, les organisations de la société civile et les partenaires de développement pertinents, le Secrétariat :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ s'assure que le personnel des OSC soutenues par le Fonds mondial pertinentes est informé de son obligation d'inclure tous les cas confirmés bactériologiquement dans les listes des cas à repérer ; ▪ dans le contexte du dialogue au niveau du pays, revoit les activités mixtes public-privé à la lumière des données les plus récentes sur la notification des cas et évalue la nécessité d'intensifier, de maintenir ou réduire l'ampleur de cette activité. 	31 janvier 2021	Directeur de la Division de la gestion des subventions
<p>3. En collaboration avec les autres partenaires de développement, dont le ministère fédéral de la Santé, le Secrétariat définit le budget du plan d'accélération de la lutte contre la coinfection VIH/tuberculose.</p>	mardi 30 juin 2020	Directeur de la Division de la gestion des subventions
<p>4. Le Secrétariat s'assure que tous les bénéficiaires principaux établissent un plan de supervision des sous-bénéficiaires fondé sur le risque à des fins de suivi, et que des outils systémiques de retour d'information et de suivi des recommandations sont mis en place.</p>	30 juin 2020	Directeur de la Division 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 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 faire courir un risque modéré pour la concrétisation des objectifs.
Nécessite une nette amélioration	Un problème majeur ou un petit nombre de problèmes majeurs relevés Les pratiques en matière 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. Ces documents 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 au Fonds mondial et dans les pays, 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 crédits 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.

Annexe C : Appétence au risque et notation des risques : teneur, méthodologie et implications

L'appétence au risque a été définie au niveau institutionnel à partir des données d'une cohorte de 25 pays⁴⁶ supportant la majorité de la charge de morbidité des trois maladies dans le monde : 85 % pour le VIH/sida ; 80 % pour la tuberculose ; 76 % pour le paludisme. Approuvé en 2018, le Cadre d'appétence au risque définit les niveaux recommandés d'appétence au risque dans huit domaines clés touchant les subventions du Fonds mondial.

L'évaluation précise des risques et l'identification des facteurs y afférents sont indispensables au développement de l'appétence au risque et à la mise en place d'actions concrètes s'y rapportant. À ce titre, une méthodologie solide a été définie, comportant des définitions claires, une présentation détaillée des risques et de leurs causes profondes, et une procédure d'examen complet, comme indiqué ci-après.

Les huit risques touchant les subventions pour lesquels l'appétence a été définie regroupent vingt risques, présentés dans le tableau de la page suivante. Chaque risque est évalué pour chacune des subventions du pays au moyen d'un ensemble normalisé de causes profondes et classé selon son degré de probabilité et de gravité dans quatre catégories : très élevé, élevé, modéré ou faible. Les équipes de pays déterminent le niveau de chaque risque lié à une subvention spécifique, à l'aide du module de gestion intégrée des risques. Les notations sont examinées par des fonctions de deuxième ligne et par la direction de la Division de la gestion des subventions.

Les notes attribuées aux vingt risques sont regroupées en huit risques, au moyen de moyennes simples, partant du principe que chaque composante revêt une importance identique. Par exemple, la moyenne des notes attribuées aux composantes *Conception inadaptée du programme (1.1)* et *Qualité et efficacité du programme insuffisantes (1.3)* est calculée afin d'évaluer la Qualité programmatique d'une subvention. Les pays possédant plusieurs subventions, chacune évaluée indépendamment des autres, les notations des risques sont pondérées au regard du budget des subventions, afin de déterminer le niveau de risque global du portefeuille du pays. Les notations des subventions variant souvent fortement, afin de ne pas perdre de vue les subventions à haut risque, une méthodologie médiane a été appliquée pour les risques élevés (la moitié des subventions présentant le plus de risque sont sélectionnées) afin de déterminer le niveau de risque d'un pays. Le niveau de risque global, le plan d'atténuation des risques et la trajectoire attendue des niveaux de risque sont ensuite approuvés par le Comité des résultats du portefeuille⁴⁷ pendant l'examen de portefeuille de pays.

Utilisation de l'appétence au risque dans les travaux du Bureau de l'Inspecteur général

À mesure du déploiement et de la maturation du cadre d'appétence au risque, le Bureau intègre de plus en plus d'aspects liés à l'appétence au risque dans son modèle de garantie. À cet égard, les points ci-après ont leur importance :

- Les objectifs clés visés par les audits du Bureau sont généralement à l'échelle d'une subvention ou d'un programme (par exemple, l'efficacité des procédures d'approvisionnement, l'adéquation de la gestion financière de la subvention, la qualité des services, la fiabilité des données, la gouvernance globale des programmes, etc.), plutôt qu'au niveau d'un risque spécifique. Ainsi, les notations des audits ne peuvent pas être corrélées individuellement avec les notations attribuées à chaque risque. Cependant, en l'absence de correspondance individuelle, la notation des objectifs des audits du Bureau tient compte de l'efficacité d'évaluation et d'atténuation des risques pertinents pour chaque objectif.

⁴⁶ Afrique du Sud, Bangladesh, Burkina Faso, Cameroun, Congo (RDC), Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Inde, Indonésie, Kenya, Malawi, Mali, Mozambique, Myanmar, Nigéria, Ouganda, Pakistan, Rwanda, Soudan, Tanzanie, Ukraine, Vietnam, Zambie, Zimbabwe.

⁴⁷ Le Comité des résultats du portefeuille est chargé d'examiner le portefeuille du pays.

- La comparaison des risques résiduels examinés par le Bureau avec les niveaux de risque déterminés par le Secrétariat est réalisée au niveau global pour les risques touchant la subvention (parmi les huit risques définis) couverts par les travaux de l'audit. Cette comparaison n'est pas réalisée pour chacun des 20 sous-risques, mais une explication narrative est fournie chaque fois que les notations du Bureau et du Secrétariat diffèrent pour l'un de ces éléments. Cette démarche globale a vocation à attirer l'attention du Conseil d'administration et du Comité de l'audit et des finances sur les domaines stratégiques dont les niveaux de risque peuvent différer des niveaux perçus ou estimés, et requérant de ce fait des discussions ou des mesures d'atténuation supplémentaires.

Dans le cas des catégories pour lesquelles le Fonds n'a pas défini d'appétence ou de niveau de risque, le Bureau examine les procédures globales du Secrétariat relatives à l'évaluation et la gestion des risques et évalue leur conception et leur efficacité.

Tableau des risques

Risques institutionnels (8)	Risques opérationnels (20)
Qualité du programme	1.1 Conception inadaptée et manque de pertinence du programme
	1.3 Qualité et efficacité du programme insuffisantes
Suivi et évaluation	1.2 Conception et capacité opérationnelle des systèmes de suivi et d'évaluation inappropriées
	1.4 Manque de disponibilité et qualité insuffisante des données
	1.5 Utilisation limitée des données
Approvisionnement	3.3 Procédures d'achat inefficaces et résultats médiocres en matière d'approvisionnement
Chaîne d'approvisionnement dans le pays	3.2 Manque de fiabilité de la prévision, la quantification et la planification de l'approvisionnement
	3.4 Systèmes de stockage et de distribution inadéquats
	3.6 Systèmes de gestion de l'information (systèmes d'information pour la gestion de la logistique) inadéquats
Risque fiduciaire et de fraude lié aux subventions	2.1 Modalités inadaptées de circulation des capitaux
	2.2 Contrôles internes insuffisants
	2.3 Fraude, corruption et vol
	2.5 Rapport coût/efficacité médiocre
Comptabilité et rapports financiers des pays	2.4 Comptabilité et rapports financiers inadéquats
	2.6 Modalités d'audit inadéquates
Gouvernance et suivi stratégique du programme national	4.1 Gouvernance inadéquate du programme national
	4.2 Gestion inefficace du programme
	4.3 Coordination du programme et supervision inadéquates des sous-récepteurs
Qualité des produits de santé	3.1 Sélection inappropriée de l'équipement et des produits de santé
	3.5 Contrôle insuffisant de la qualité et utilisation inadéquate des produits

