



## Rapport d'audit

# Subventions du Fonds mondial au Royaume du Lesotho

GF-OIG-20-005  
28 février 2020  
Genève, Suisse

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

*Le Bureau de l'Inspecteur général (BIG) assure la sauvegarde des actifs, des investissements, de la réputation et de la pérennité du Fonds mondial en veillant à ce qu'il prenne les mesures appropriées pour mettre fin aux épidémies de sida, de tuberculose et de paludisme. Grâce à des audits, des enquêtes et des travaux consultatifs, il promeut les bonnes pratiques, réduit les risques et informe de façon complète et transparente sur les abus.*

*Créé en 2005, le BIG est une composante à part entière du Fonds mondial dont il est toutefois indépendant. Il rend des comptes au Conseil via son Comité des finances et de la vérification, et sert les intérêts de l'ensemble des parties prenantes du Fonds mondial. Ses travaux respectent les Normes internationales pour la pratique professionnelle de l'audit interne et les Lignes directrices uniformes en matière d'enquête de la Conférence des enquêteurs internationaux.*

## Contactez-nous

Le Fonds mondial considère que chaque dollar compte et n'a aucune tolérance pour la fraude, la corruption et le gaspillage qui empêchent d'acheminer les ressources jusqu'aux personnes qui en ont besoin. Si vous suspectez des irrégularités ou des actes répréhensibles dans les programmes financés par le Fonds mondial, il conviendrait que vous les déclariez au BIG en le contactant aux coordonnées ci-dessous. Voici quelques exemples d'actes répréhensibles qu'il conviendrait de dénoncer : vol d'argent ou de médicaments, utilisation des fonds ou d'autres actifs du Fonds mondial à des fins personnelles, fausses factures, mise en scène de fausses formations, contrefaçon de médicaments, irrégularités dans les processus d'appel d'offres, pots-de-vin et dessous-de-table, conflits d'intérêts, violations des droits de l'homme...

[Formulaire en ligne >](#)

Disponible en anglais, français, russe et espagnol

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

Courriel :

[hotline@theglobalfund.org](mailto:hotline@theglobalfund.org)

Service téléphonique gratuit de déclaration :

+1 704 541 6918

Service disponible en anglais, français, espagnol, russe, chinois et arabe

Message téléphonique – Boîte vocale sécurisée

24h/24 :

+41 22 341 5258

### Rapport d'audit

Les audits du BIG étudient les systèmes et les processus en place au Fonds mondial et dans les pays pour identifier les risques susceptibles de compromettre la mission de l'Organisation de mettre fin aux trois épidémies. Généralement le BIG audite trois grands domaines : la gestion des risques, la gouvernance et la supervision. Dans l'ensemble, l'audit a pour objectif d'améliorer l'efficacité du Fonds mondial pour veiller à ce que l'utilisation des fonds qui lui ont été confiés ait l'impact maximal.

### Rapport consultatif

Les rapports consultatifs du BIG ont pour but de promouvoir la mission et les objectifs du Fonds mondial via des participations génératrices de valeur ajoutée en exploitant les compétences professionnelles des auditeurs et enquêteurs du BIG. Le Conseil, les comités ou le Secrétariat du Fonds mondial peuvent demander une participation consultative spécifique à tout moment. Le rapport peut être publié à la discrétion de l'Inspecteur général après consultation de la partie prenante ayant effectué la demande.

### Rapport d'enquête

Les enquêtes du BIG étudient les allégations reçues concernant des actes répréhensibles réels ou le suivi d'informations de fraude ou d'abus susceptibles de compromettre la mission du Fonds mondial de mettre fin aux trois épidémies. Le BIG réalise des enquêtes administratives et non judiciaires. Ses constatations sont basées sur des faits et des analyses connexes, ce qui lui permet d'établir des déductions raisonnables fondées sur des faits avérés.

# Table des matières

1.	Synthèse .....	4
1.1.	Opinion.....	4
1.2.	Principales réalisations et bonnes pratiques.....	5
1.3.	Principaux problèmes et risques .....	5
1.4.	Notations .....	7
1.5.	Résumé des actions convenues de la Direction.....	7
2.	Environnement et contexte.....	8
2.1.	Contexte global.....	8
2.2.	Différenciation des audits de pays par catégorie .....	8
2.3.	Subventions du Fonds mondial au Lesotho .....	8
2.4.	Les deux maladies au Lesotho.....	9
2.5.	Performance du Portefeuille .....	9
3.	Aperçu de l’audit .....	13
3.1	Objectifs.....	13
3.2	Portée et méthodologie .....	13
3.3	Progrès au niveau de problèmes précédemment identifiés .....	13
4.	Constatations .....	14
4.1	Obstacles affectant les activités de détection active des cas et la gestion de la tuberculose multirésistante .....	14
4.2	L’efficacité des activités de création de la demande et de fourniture des services souffre de l’absence de coordination des mécanismes de mise en œuvre des programmes de prévention du VIH .....	17
4.3	La continuité des services et la pérennité des programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose du Lesotho souffrent d’une gouvernance et d’une appropriation nationale inadéquates. ....	21
5.	Récapitulatif des actions convenues de la Direction .....	24
	Annexe A : Classification générale des notations d’audit .....	25
	Annexe B : Méthodologie .....	26
	Annexe C : Appétence au risque et notations des risques : contenu, méthodologie et implications .....	27

# 1. Synthèse

## 1.1. Opinion

Le Fonds mondial est un partenaire essentiel de la lutte contre le VIH et la tuberculose du Lesotho où il a globalement investi plus de 300 millions de dollars depuis 2003.

La lutte nationale contre le VIH a enregistré des progrès remarquables mis en évidence par une diminution de 15 % des décès liés au sida et par une réduction de 35 % des nouvelles infections depuis 2010. S'agissant de la tuberculose, les décès se sont contractés de 17 % et l'incidence de la maladie a chuté de 35 % depuis 2010. Nonobstant ces résultats, le pays continue d'afficher un taux de prévalence du VIH de 23,6 %, soit le deuxième taux de prévalence le plus élevé du monde, qui atteint même 71 % parmi les populations clés et vulnérables. À 611 pour 100 000 habitants, le taux d'incidence de la tuberculose du pays est le plus élevé du monde<sup>1</sup>. Ainsi, les investissements du Fonds mondial sont massivement consacrés à la prévention du VIH pour réduire le nombre de nouvelles infections et lutter contre l'épidémie, et à une collaboration des programmes de lutte contre le VIH/la tuberculose visant une détection active et un traitement des cas de tuberculose. Ces domaines d'action ont représenté environ 59 % des subventions au cours des deux derniers cycles de financement – NFM 1 et NFM 2.

S'agissant des résultats de la détection de la tuberculose et du dépistage chez les sujets ayant été en contact avec des personnes tuberculeuses, différents problèmes ont été observés qui ont contribué au pourcentage élevé de cas non identifiés dans le pays. Les mécanismes en place destinés à détecter et traiter la tuberculose multirésistante (MDR-TB) sont inadéquats. S'agissant des programmes de prévention du VIH mis en œuvre au niveau des sous-récepteurs, des doublons ont été observés dans les activités de prévention et différents lieux géographiques. En outre, on constate un manque de coordination entre les maîtres d'œuvre qui promeuvent les services de prévention du VIH, comme la circoncision masculine médicale volontaire, et ceux qui les fournissent, avec des décalages substantiels entre le nombre de patients aiguillés vers des services de prévention du VIH et le nombre de patients qui bénéficient effectivement de ces services. L'adéquation et l'efficacité des contrôles destinés à garantir un accès à des services de qualité, notamment à des programmes de prévention, sont par conséquent **partiellement efficaces**.

Il existe de nombreuses difficultés concernant la gouvernance et la supervision. L'audit a identifié un certain nombre de problèmes relatifs au respect, par le gouvernement du Lesotho, de ses engagements à fournir des médicaments contre le VIH et la tuberculose, et à financer des ressources humaines pour la santé. Cette situation a contribué à des ruptures de stock de produits essentiels et à une incapacité à mettre des patients atteints du VIH sous traitement préventif contre la tuberculose. Certains postes essentiels des programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose ne sont pas pourvus, de même qu'au niveau de la Direction de la chaîne d'approvisionnement au sein du ministère de la Santé. Ces vacances de poste ont un impact direct sur les activités programmatiques et la mise en œuvre des activités des subventions. Par conséquent, les subventions du Fonds mondial affichent un faible taux d'absorption (68 % dans le cadre du NFM 1 et 57 % dans le cadre du NFM 2) et des activités essentielles ne sont pas mises en œuvre. Les problèmes qui touchent l'Instance de coordination nationale et l'absence de stabilité au niveau du leadership et de l'appropriation de la riposte au VIH et à la tuberculose dans le pays sont des facteurs ayant contribué à la situation actuelle. Par conséquent, l'adéquation et l'efficacité de la gouvernance des programmes et de la supervision des subventions **nécessitent une nette amélioration**.

---

<sup>1</sup> OMS, Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde, 2019, Tableau A4.1, pages 263 - 266.

## 1.2. Principales réalisations et bonnes pratiques

### **Initiatives en cours pour lutter contre les problèmes liés à la tuberculose**

Le pays a déjà identifié la majorité des insuffisances observées par le BIG au niveau du programme de lutte contre la tuberculose. Un certain nombre de mesures d'atténuation des problèmes étaient en cours d'application au moment de l'audit. L'Organisation mondiale de la Santé a par exemple déployé une assistance technique pour aider à l'élaboration d'une stratégie révisée de détection des cas, laquelle sera soutenue par des procédures opérationnelles normalisées claires et détaillées. Par le biais du 'Southern Africa TB Health System Strengthening Support Project' (projet d'aide au renforcement des systèmes de santé contre la tuberculose en Afrique australe), le pays s'efforce de s'allier à des organisations non gouvernementales pour conduire une campagne de détection de la tuberculose au niveau communautaire au moyen d'appareils mobiles de radiographie dans deux districts où la charge de morbidité est élevée. Sous l'autorité du ministère de la Santé, un renforcement du suivi et de l'évaluation a été demandé afin d'améliorer l'information sur les cas de tuberculose et leur traitement. Le projet mène également des activités pour intégrer la tuberculose multirésistante au système d'information sanitaire de district (DHIS2).

### **VIH/sida : progrès accomplis par rapport à la cascade d'objectifs '90-90-90'**

Nonobstant l'incidence et la prévalence élevées du VIH au Lesotho, la lutte du pays contre le virus a enregistré des progrès significatifs. Globalement, 86 % des personnes vivant avec le VIH ont connaissance de leur statut sérologique, et parmi celles-ci, 71 % reçoivent un traitement contre le virus et 93 % ont une charge virale indétectable. La politique de dépistage et de traitement du pays est bien intégrée dans le système de santé et 93 % des patients dépistés séropositifs au VIH dans les établissements visités ont été mis sous traitement. Le nombre de personnes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH grâce à un élargissement de l'accès au programme de dépistage et de conseil à l'initiative du prestataire a été multiplié par trois. Le programme de prévention de la transmission mère-enfant est bien intégré à la plateforme de gestion de la santé maternelle et infantile, et largement mis en œuvre. Ainsi, 95 % des femmes enceintes connaissent leur statut sérologique VIH à l'issue de leur première visite prénatale. En 2018, le pays a révisé sa stratégie de dépistage du VIH afin de remédier à la faiblesse du taux de dépistage malgré le nombre élevé de tests pratiqués. La stratégie est soutenue par des directives de mise en œuvre, et un projet de plan opérationnel chiffré a été mis en place pour intégrer la nouvelle stratégie à tous les niveaux du système de santé.

## 1.3. Principaux problèmes et risques

### **Des obstacles au niveau de la détection active de cas de tuberculose et de l'aiguillage vers les soins pour la tuberculose multirésistante entravent la réalisation des objectifs des subventions Tuberculose**

Des progrès substantiels sont nécessaires au niveau de la supervision et de la surveillance du respect des directives de détection et de dépistage de la tuberculose afin de combler les insuffisances de la détection active des cas de tuberculose. Les directives de détection de la tuberculose n'ont pas été appliquées de façon régulière et cohérente dans 90 % (9/10) des centres antituberculeux visités. Certains cas ayant un ou plusieurs symptômes n'ont pas été signalés comme présumés, et de ce fait pas aiguillés vers un dépistage. En outre, 38 % des cas présumés de tuberculose n'ont pas fait l'objet d'un dépistage de la maladie. Des prestataires étrangers de programmes de lutte contre la tuberculose participent à la détection et à la notification des cas de tuberculose, mais cette contribution n'est pas comptabilisée et n'est pas communiquée par le biais d'un mécanisme quelconque. Le dépistage des sujets ayant été en contact avec des personnes tuberculeuses en est à ses balbutiements et il n'y a ni comptabilisation ni communication sur le dépistage des enfants de moins de cinq ans ayant été en contact avec des patients tuberculeux. Plus de 41 % des sujets ayant été en contact avec des patients adultes dont la tuberculose est confirmée n'ont pas fait l'objet d'une détection et d'un dépistage de la tuberculose. La tuberculose multirésistante demeure un problème

pour le pays et 25 % seulement des cas estimés sont diagnostiqués et mis sous traitement<sup>2</sup>. Le pays a atteint 64 % et 63 % de ses objectifs de notification et de traitement des cas de tuberculose multirésistante, respectivement<sup>3</sup>.

### **L'absence de coordination des mécanismes de mise en œuvre des programmes de prévention du VIH a un impact sur la prestation de services**

Les programmes de prévention du VIH sont essentiels pour lutter contre le nombre élevé de nouvelles infections à VIH au Lesotho. Les activités de prévention ont représenté environ 30 % des subventions du Fonds mondial au titre des NFM 1 et NFM 2. Leurs mécanismes de mise en œuvre souffrent de problèmes. De nombreux sous-récepteurs exécutent les mêmes activités de sensibilisation aux services de prévention du VIH et de mobilisation en faveur de ceux-ci, dans les mêmes districts et à l'intention des mêmes populations cibles. En outre, la coordination et les relations sont inadéquates entre les sous-récepteurs chargés de l'exécution des activités de sensibilisation et de mobilisation engagées afin de susciter une demande de services de prévention du VIH et les maîtres d'œuvre chargés de l'exécution de ces services. On observe par conséquent d'importants décalages temporaires entre la sensibilisation aux services et la fourniture de ceux-ci, ce qui entraîne des écarts entre les patients aiguillés vers des services de prise en charge du VIH et ceux qui reçoivent effectivement ces services. On a par exemple constaté un écart de 42 %<sup>4</sup> entre le nombre de patients aiguillés vers les services de dépistage du VIH et le nombre de patients qui en bénéficient. De même, il existe un écart de 85 % entre les patients qui ont été aiguillés vers une circoncision masculine médicale volontaire et les patients qui en ont bénéficié. Des lacunes ont par ailleurs été identifiées concernant la mise en œuvre de la prophylaxie préexposition (PrEP) comme mesure préventive contre le VIH. Les objectifs nationaux relatifs à la mise sous PrEP des populations clés et les directives de mise en œuvre n'ont pas encore été définis, et ce bien que la PrEP soit proposée à des patients dans les établissements de santé et incluse dans les kits de prévention du VIH. Au niveau de l'exécution des services, cette situation s'est traduite par une faible adhésion à la PrEP et de faibles taux d'observance du traitement.

### **La faiblesse de l'appropriation, de la gouvernance et de la supervision au niveau national a un impact sur la mise en œuvre des services et des subventions**

Le gouvernement du Lesotho n'a pas tenu plusieurs de ses engagements concernant d'une part l'achat de médicaments contre le VIH et la tuberculose, et d'autre part les investissements dans les ressources humaines pour la santé. Ceux-ci sont essentiels pour les activités en cours et la pérennité des programmes nationaux de lutte contre le VIH et la tuberculose. En 2018, le gouvernement n'a pas honoré 84 % de ses engagements d'approvisionnement en isoniazide 300mg, ce qui a entraîné des ruptures de stock généralisées et entravé la mise en œuvre du traitement préventif du VIH pour les patients. En juin 2019, 38 % des engagements d'achat d'antirétroviraux, de médicaments antituberculeux et de médicaments contre les infections opportunistes du gouvernement n'ont pas été honorés. L'Instance de coordination nationale du Lesotho a alors adressé au Fonds mondial une « demande de financement hiérarchisée au-delà de la somme allouée » pour obtenir des fonds supplémentaires afin de combler l'insuffisance de financement des antirétroviraux susceptible de se produire du fait de l'incapacité du gouvernement du Lesotho à atteindre ses engagements d'approvisionnement en 2020.

Les fréquents changements de leadership, en particulier au niveau du ministre de la Santé et du Secrétaire principal à la santé, ont affecté le processus décisionnel et la mise en œuvre des programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose, notamment le respect des engagements financiers. Cette situation a contribué aux problèmes actuels qui empêchent l'Instance de coordination nationale de fonctionner efficacement et de surveiller de façon adéquate la mise en œuvre des subventions. Cette instance joue un rôle essentiel pour surmonter les principaux obstacles qui affectent les subventions, en particulier lorsque les récepteurs principaux ne participent pas à la mise en œuvre. Les principaux problèmes relatifs à la mise en œuvre des subventions et à l'absorption financière ont été signalés à plusieurs reprises lors de réunions de l'Instance de

<sup>2</sup> Données de Partners in Health pour la tuberculose multirésistante, de janvier à décembre 2018.

<sup>3</sup> Rapport sur les résultats actuels/demandes de décaissement de la subvention LSO-C-MOF pour la période close en juin 2019.

<sup>4</sup> Données de Pact Lesotho relatives à l'adhésion à la PrEP (octobre 2017 à septembre 2019).

coordination nationale, mais aucune mesure d'atténuation convenue ni aucun plan de suivi n'ont été mis en place pour les résoudre. Le plus important reste l'incapacité à opérationnaliser des investissements de 1,4 million de dollars engagés pour les infrastructures de santé et pour remédier aux problèmes persistants d'absorption des fonds (imputables à l'incapacité du ministère de la Santé d'honorer ses engagements).

#### 1.4. Notations

<b>Objectif 1 : Adéquation et efficacité des contrôles pour garantir l'accès à des services de qualité, notamment des programmes de prévention</b>
Notation du BIG : <b>Partiellement efficace</b>
<b>Objectif 2 : Adéquation et efficacité de la gouvernance des programmes et de la supervision des subventions, y compris des mécanismes d'assurance, pour garantir une réalisation efficace et pérenne des objectifs des subventions</b>
Notation du BIG : <b>Nécessite une nette amélioration</b>

#### 1.5. Résumé des actions convenues de la Direction

Le BIG et le Secrétariat ont approuvé un ensemble de mesures et de produits attendus pour remédier aux problèmes constatés. En particulier, le Secrétariat du Fonds mondial et les parties prenantes dans le pays œuvreront pour :

- Réaliser une évaluation et élaborer un plan pour améliorer la détection des cas de tuberculose et de tuberculose multirésistante.
- Élaborer un plan de supervision axé sur les risques et coordonné pour les maîtres d'œuvre et les sous-maîtres d'œuvre.
- Évaluer les mécanismes actuels de mise en œuvre des sous-récepteurs et les lacunes programmatiques affectant les activités de prévention du VIH, afin d'élaborer un plan coordonné de mise en œuvre régissant les activités de prévention et de fourniture de services.
- Évaluer les engagements budgétisés pour le financement, par le gouvernement, des produits, des ressources humaines pour la santé et des systèmes de santé afin d'identifier des mesures d'atténuation à court, moyen et long terme en vue de remédier aux problèmes actuels affectant les programmes. Ce travail contribuera aussi à la conception des prochains investissements/prochaines subventions du Fonds mondial.

## 2. Environnement et contexte

### 2.1. Contexte global

Le Lesotho est une monarchie constitutionnelle dirigée par un roi qui exerce la fonction de chef d'État et gouvernée par un sénat de 33 membres et une assemblée nationale de 120 membres. Au plan administratif, le Lesotho est divisé en 10 districts, chacun dirigé par un Administrateur de district. Les districts sont eux-mêmes subdivisés en 80 arrondissements et 129 municipalités.

La Banque mondiale classe le Lesotho comme un pays à revenu intermédiaire inférieur. La disparité des revenus y est très élevée et 60 %<sup>5</sup> de la population vivent au-dessous du seuil de pauvreté.

Population : **2,3 millions** (UNFPA, 2019)

PIB par habitant : **1 324 US\$**  
(Banque mondiale, 2018)

Indice PNUD du développement humain :  
**159<sup>ème</sup> pays sur 189** (2018)

Indice de sécurité sanitaire mondiale :  
**144<sup>ème</sup> pays sur 195** (ghsindex.org, 2019)




Indice Transparency International de la  
perception de la corruption :  
**78<sup>ème</sup> pays sur 180** (2018)



Pays montagneux et enclavé entouré par l'Afrique du Sud, le Lesotho est très dépendant de son voisin. Au cours des dernières années, l'économie du Lesotho a dû faire face à des problèmes issus de l'instabilité politique et d'une période prolongée de croissance lente en Afrique du Sud, ce qui s'est traduit par une diminution des revenus de l'Union douanière d'Afrique australe et des problèmes de liquidités<sup>6</sup>.

### 2.2. Différenciation des audits de pays par catégorie

Le Fonds mondial a classé les pays dans lesquels il finance des programmes en trois grandes catégories de portefeuille : 'ciblé', 'essentiel' et 'à fort impact'. Ces catégories sont principalement définies en fonction de l'ampleur du montant d'allocation, de la charge de morbidité et de l'impact sur la mission du Fonds mondial de mettre fin aux trois épidémies.

Le Fonds mondial classe le Lesotho comme un portefeuille :

-  Ciblé : (portefeuilles plus petits, charge de morbidité plus faible, risque moindre pour la mission)
-  **Essentiel : (portefeuilles plus importants, charge de morbidité plus élevée, risque**
-  **À fort impact : (portefeuille très important, charge de morbidité essentielle pour la mission)**

-  Contexte d'intervention difficile
-  Politique de sauvegarde supplémentaire

### 2.3. Subventions du Fonds mondial au Lesotho

Depuis 2003, le Fonds mondial a signé des subventions d'un montant total supérieur à 300 millions de dollars et décaissé plus de 256 millions de dollars au profit du Lesotho. Les subventions actuelles représentent 67,8 millions de dollars. Le Lesotho a alloué des fonds de contrepartie venant d'investissements à effet catalyseur de 1,5 million de dollars pour différentes initiatives ciblant les adolescents et les jeunes. Le ministère des Finances du Royaume du Lesotho et Pact Lesotho, ONG internationale, sont les bénéficiaires principaux des subventions du Fonds mondial pour la période de mise en œuvre 2018-2021.

<sup>5</sup> PNUD, Rapports sur le développement humain – Lesotho - <http://hdr.undp.org/en/countries/profiles/LSO>.

<sup>6</sup> Banque mondiale – Lesotho – Vue d'ensemble - <https://www.worldbank.org/en/country/lesotho/overview#1>.



## 2.4. Les deux maladies au Lesotho

**VIH/sida** : Le Lesotho affiche un taux élevé de prévalence du VIH parmi les 15-49 ans, de 23,6 %. Ce taux est encore plus élevé parmi les professionnelles du sexe (71,9 %) et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (32,9 %)<sup>7</sup>.

**340 000** personnes vivent avec le VIH – dont 61 % (206 000) étaient sous traitement antirétroviral en 2018<sup>7</sup>.



Le Fonds mondial couvre 9 % environ des besoins de financement de la lutte contre le VIH. Ces besoins sont couverts par d'autres partenaires<sup>8</sup> de financement à hauteur de 43 % et par des fonds nationaux à hauteur de 22 %, d'où une insuffisance de financement de 26 %, soit 153 millions de dollars, pour la période 2018-2021<sup>9</sup>.

Les décès liés au sida ont diminué de 15 % et les nouvelles infections à VIH chuté de 35 % entre 2010 et 2018<sup>10</sup>. En 2018, 13 000 nouvelles infections à VIH et 6 100 décès liés au sida ont été comptabilisés<sup>7</sup>.

**Tuberculose** : L'OMS classe le Lesotho parmi les 30 pays où la charge de tuberculose est la plus élevée. Le taux d'incidence de la maladie y est le plus élevé du monde, à 611 pour 100 000, et le taux de mortalité s'établit à 200 pour 100 000 parmi les 15-49 ans<sup>7</sup>.

**7 027** cas de tuberculose ont été notifiés en 2018. La couverture du traitement s'établit à 55 % et le taux de succès thérapeutique à 76 % (2017)<sup>12</sup>



Le Fonds mondial couvre 40 % environ des besoins de financement de la lutte contre la tuberculose. Ces besoins sont couverts par des fonds nationaux à hauteur de 43 %, d'où une insuffisance de financement<sup>11</sup> de 17 %, soit 5,8 millions de dollars, pour la période 2018-2021<sup>5</sup>.

## 2.5. Performance du Portefeuille

Au regard du taux de réalisation des indicateurs clés de couverture, les subventions affichent généralement de bonnes performances dans le pays. Cependant, les résultats des principales interventions de lutte contre la tuberculose et le VIH ne font pas l'objet d'un suivi ou ne peuvent pas être mesurés. Les objectifs nationaux relatifs à la PrEP pour les populations clés touchées n'ont, par exemple, pas été finalisés, d'où il est impossible d'évaluer le résultat des trois indicateurs de la PrEP. S'agissant des subventions actives, il n'existe pas d'indicateur pour suivre le pourcentage de personnes vivant avec le VIH admissibles au traitement antirétroviral qui sont mises sous traitement préventif contre la tuberculose. Bien que le Fonds mondial ne finance pas l'isoniazide pour le traitement préventif intermittent, des investissements significatifs sont engagés par le biais des sous-récepteurs pour susciter une demande de services – ce qui inclut le dépistage et la prévention de la tuberculose. Les résultats du dépistage des enfants de moins de cinq ans ayant été en contact avec des patients tuberculeux et la contribution des prestataires étrangers de programmes de lutte contre la tuberculose à la détection et à la notification de cas de tuberculose ne font pas non plus l'objet d'un suivi au sein du cadre de résultats du Fonds mondial. Le programme national de lutte contre la tuberculose effectue un suivi de cet indicateur clé même si aucun objectif national n'a été défini. Actuellement, 58 % seulement des enfants de moins de cinq ans proches de personnes atteintes de tuberculose sont mis sous traitement préventif contre la maladie. Bien que la subvention mise en

<sup>7</sup> Données ONUSIDA 2019 – Lesotho – Données de pays, page 48 à 51.

<sup>8</sup> Le PEPFAR est un bailleur de fonds de premier plan de la riposte au VIH au Lesotho. Au cours des dernières années, le budget consacré par le PEPFAR au Lesotho a fortement augmenté, passant de 34 millions de dollars au moment de la COP14 à 85 millions de dollars au moment de la COP19 :

([https://www.state.gov/wp-content/uploads/2019/09/Lesotho\\_COP19-Strategic-Directional-Summary\\_public.pdf](https://www.state.gov/wp-content/uploads/2019/09/Lesotho_COP19-Strategic-Directional-Summary_public.pdf)).

<sup>9</sup> Tableau sur le paysage du financement (demande de financement au Fonds mondial de mai 2017).

<sup>10</sup> <https://aidsinfo.unaids.org/>.

<sup>11</sup> Le Lesotho a également bénéficié d'un projet régional soutenu par la Banque mondiale (15 millions de dollars) ciblant les communautés minières, les régions où la charge de tuberculose est élevée, les corridors de transport et les zones transfrontalières, en complément des financements du Fonds mondial et nationaux.

<sup>12</sup> OMS, Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde, 2019.

œuvre par Pact soit une subvention combinée Tuberculose/VIH, aucun indicateur sur la tuberculose/le VIH n'est suivi dans le cadre de cette subvention. S'agissant des activités de prévention, l'audit a identifié plusieurs problèmes affectant le recours aux services et des insuffisances dans les activités de détection active des cas de tuberculose – dont les causes fondamentales sont analysées dans les sections 4.1 et 4.2 du présent rapport.

<b>Réalisation des indicateurs clés du Fonds mondial (juin 2019)<sup>13</sup></b>			
<b>VIH/sida</b>	<b>Objectif</b>	<b>Résultat</b>	<b>Taux de réalisation</b>
Nombre de personnes ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH et reçu leur résultat durant la période considérée	449 591	468 614	104 %
Nombre de circoncisions masculines médicales réalisées conformément aux normes nationales	25 000	17 834	71 %
Pourcentage d'autres populations vulnérables ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH durant la période considérée et connaissant leur résultat	72,0 %	34,0 %	47 %
Pourcentage de personnes vivant avec le VIH actuellement sous traitement antirétroviral	86,7 %	63,7 %	73 %
Pourcentage de personnes nouvellement diagnostiquées aiguillées vers une prise en charge du VIH (aiguillage individuel)	97,0 %	94,9 %	98 %
Pourcentage d'adolescentes et de jeunes femmes atteintes par des programmes de prévention du VIH – un ensemble défini de services	15,1 %	23,8 %	120 %
Pourcentage d'autres populations vulnérables ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH durant la période considérée et connaissant leur résultat	5,1 %	3,2 %	63 %

<b>Tuberculose</b>	<b>Objectif</b>	<b>Résultat</b>	<b>Taux de réalisation</b>
Nombre de cas notifiés de tuberculose sous toutes ses formes (c.-à-d. bactériologiquement confirmés + cliniquement diagnostiqués), incluant les nouveaux cas et les rechutes	3 864	3 324	86 %
Taux de succès thérapeutique – toutes formes : Pourcentage de cas de tuberculose, sous toutes ses formes, bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués, traités avec succès (guéris et traitement achevé)	83 %	79 %	95 %
Nombre de cas de tuberculose, y compris notification des cas de tuberculose résistante à la rifampicine et/ou de tuberculose multirésistante	137	88	64 %
Nombre de cas de tuberculose résistante à la rifampicine et/ou de tuberculose multirésistante mis sous traitement de deuxième intention	137	86	63 %

<b>Tuberculose/VIH</b>	<b>Objectif</b>	<b>Résultat</b>	<b>Taux de réalisation</b>
Pourcentage de personnes vivant avec le VIH prises en charge (PTME incluse) qui font l'objet d'un dépistage de la tuberculose dans les centres de prise en charge ou de traitement du VIH	100 %	74,7 %	75 %
Pourcentage de patients tuberculeux enregistrés nouveaux et rechutant dont le statut VIH est documenté	83 %	79 %	95 %

<sup>13</sup> Outil de notation des subventions du Fonds mondial pour les deux subventions de la période allant de janvier à juin 2019. Sélection d'indicateurs clés de résultat des subventions basée sur la pertinence et l'importance.

Supérieur aux attentes	>100 %
Conforme aux attentes	90-100 %
Adéquat	60-89 %
Inadéquat mais le potentiel est démontré	30-59 %
Inacceptable	<30 %

## 2.6 Appétence au risque

Le cadre d'appétence au risque a été élaboré au niveau de l'organisation au moyen de données d'une cohorte de 25 pays<sup>14</sup> représentatifs de l'essentiel de la charge mondiale pour les trois maladies : 85 % pour le VIH/sida, 80 % pour la tuberculose et 76 % pour le paludisme. Opérationnalisé en 2018, ce cadre d'appétence au risque du Fonds mondial établit des niveaux recommandés d'appétence au risque pour huit principaux risques affectant les subventions du Fonds mondial. Les équipes de pays déterminent chaque risque au niveau des subventions au moyen d'un 'module de gestion intégrée des risques'. Les notations sont examinées par des agents exerçant des fonctions de deuxième niveau et des hauts responsables de la Division de la gestion des subventions. Les notations de risque des subventions sont pondérées en fonction du montant de l'allocation du pays pour établir un niveau global de risque pour le portefeuille du pays. Les niveaux globaux de risque sont ensuite approuvés, parallèlement au plan d'atténuation des risques et à l'évolution prévue des niveaux de risque, par le Comité des résultats du portefeuille (PPC)<sup>15</sup> durant l'examen du portefeuille du pays (CPR). S'agissant du Lesotho, l'examen du portefeuille de pays a été achevé en octobre 2018. Le BIG a comparé les niveaux globaux de risque établis par le Secrétariat pour les principales catégories de risque visées par les objectifs d'audit pour le portefeuille du Lesotho avec le risque résiduel qui existe selon l'évaluation du BIG, qui définit les risques en fonction des constatations spécifiques de l'audit. Prière de se reporter au tableau suivant :

Risque	Niveau de risque global évalué par le Secrétariat	Risque résiduel évalué sur la base des résultats de l'audit	Constatations concernées de l'audit
Qualité des programmes	Modéré	Modéré	Constatations 4.1 et 4.2
Gouvernance des programmes au niveau national et supervision des subventions	Élevé	Élevé	Constatations 4.2 et 4.3

L'audit a constaté des insuffisances systémiques concernant la détection et le dépistage de la tuberculose et des liens fragiles entre la création de demande de services de prévention du VIH et le recours à ces services. Cependant, comme indiqué dans la section 1.2 du présent rapport, des initiatives sont en cours pour s'attaquer aux problèmes relatifs à la tuberculose, et le pays a enregistré des progrès significatifs par rapport à la cascade d'objectifs '90-90-90' relative au VIH/sida. C'est sur cette base que les évaluations des niveaux de risque du BIG et du Secrétariat ont été alignés, tant s'agissant de la qualité des programmes que de la gouvernance des programmes au niveau national et de la supervision des subventions.

<sup>14</sup> Bangladesh, Burkina Faso, Cameroun, Congo (RDC), Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Inde, Indonésie, Kenya, Malawi, Mali, Mozambique, Myanmar, Nigéria, Pakistan, Rwanda, Afrique du Sud, Soudan, Tanzanie, Ouganda, Ukraine, Viet Nam, Zambie, Zimbabwe.

<sup>15</sup> Le Comité des résultats du portefeuille a pour mission d'effectuer des examens des portefeuilles de pays et de l'organisation.

### 3. Aperçu de l'audit

#### 3.1 Objectifs

L'objectif du présent audit était d'évaluer l'adéquation et l'efficacité :

- (i) des contrôles pour garantir l'accès à des services de qualité, notamment des programmes de prévention,
- (ii) de la gouvernance des programmes et de la supervision des subventions, y compris des mécanismes d'assurance, pour garantir une réalisation efficace et pérenne des objectifs des subventions.

#### 3.2 Portée et méthodologie

L'audit a été réalisé conformément à la méthodologie décrite dans l'Annexe B. Il a porté sur la période allant de juillet 2017 à juin 2019. Par conséquent, l'audit a couvert à la fois des subventions actives et des subventions clôturées. Sur les quatre subventions auditées, deux s'achevaient le 30 juin 2018 et deux s'achèveront le 30 juin 2021.

Code Subvention	Réципиентаire principal	Composante	Durée	Montant budgétisé (US\$)	Montant décaissé (US\$)
<i>Cycle de financement 2016-2018</i>					
LSO-C-MOF	Ministère des Finances du Royaume du Lesotho	VIH et Tuberculose	Juillet 2016 à juin 2018	50 391 980	38 118 204
LSO-C-PACT	Pact Lesotho	VIH et Tuberculose	Juillet 2016 à juin 2018	8 261 040	7 609 071
<b>Total</b>				<b>58 653 020</b>	<b>45 727 275</b>

<i>Cycle de financement 2018-2021*</i>					
LSO-C-MOF	Ministère des Finances du Royaume du Lesotho	VIH et Tuberculose	Juillet 2018 à juin 2021	55 499 451	13 077 500
LSO-C-PACT	Pact Lesotho	VIH et Tuberculose	Juillet 2018 à juin 2021	12 347 559	3 949 455
<b>Total</b>				<b>67 847 010</b>	<b>17 026 955</b>

\*Montants des décaissements au 30 juin 2019

Les auditeurs se sont rendus dans 16 établissements de santé dans cinq districts (Maseru, Berea, Quthing, Thaba Tseka et Butha Buthe), couvrant 19 % des personnes sous traitement antirétroviral et 28 % de cas notifiés de tuberculose pour l'année close en juin 2019. Ils se sont également rendus dans des entrepôts centraux et des installations de stockage dans les districts de Mafeteng et Berea.

#### 3.3 Progrès au niveau de problèmes précédemment identifiés

Le présent audit est le premier audit du BIG des subventions au Lesotho.

## 4. Constatations

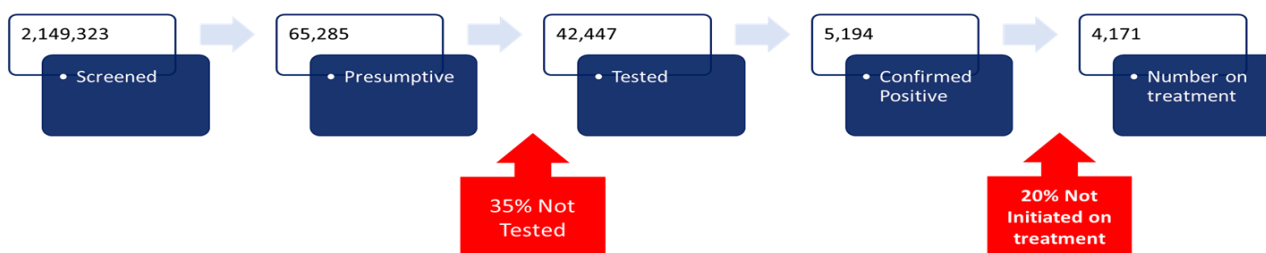
### 4.1 Obstacles affectant les activités de détection active des cas et la gestion de la tuberculose multirésistante

Le Lesotho est classé parmi les 30 pays à charge élevée de morbidité de la tuberculose et de la coinfection tuberculose/VIH<sup>16</sup>. Bien qu'ayant augmenté de 7 % entre 2017 et 2018, la couverture du traitement antituberculeux demeure relativement faible, à 55 %<sup>17</sup>. À 611 pour 100 000 habitants, le taux d'incidence de la tuberculose du pays est le plus élevé du monde<sup>18</sup>. Ainsi, les objectifs des subventions du Fonds mondial et le Plan stratégique national du pays sont axés sur la détection des cas, le traitement préventif pour les patients séropositifs au VIH admissibles et le traitement des patients atteints de tuberculose pharmacosensible.

Le pays a pris plusieurs mesures pour améliorer la détection des cas. Celles-ci incluent l'adoption, en septembre 2018, de cartouches de dépistage 'Ultra-GeneXpert' dont la sensibilité est améliorée de 20 %. Le mécanisme de transport des échantillons a été perfectionné grâce au recours à Riders for Health. Le délai d'analyse des échantillons est de deux jours et leur taux de rejet de 0,07 %. Les décès liés à la tuberculose ont diminué de 17 % entre 2010 et 2017. En outre, le pays vient de lancer des initiatives pour s'attaquer au problème de la détection de cas. Une assistance technique est déployée pour élaborer des stratégies de pointe et des procédures opérationnelles normalisées. Malgré les progrès accomplis, la détection de cas de tuberculose et la gestion de la tuberculose multirésistante demeurent un problème pour le pays – ce qui explique en partie le niveau élevé de l'incidence de la maladie.

**Détection des cas de tuberculose :** Au Lesotho, 45 %<sup>17</sup> des cas de tuberculose ne sont pas détectés, contre une moyenne mondiale de 31 %<sup>19</sup>. La tuberculose est la deuxième principale cause de décès et l'on estime les décès annuels liés à la tuberculose à 200 pour 100 000<sup>20</sup>. L'illustration suivante est tirée de *Données du DHIS2 de juillet 2018 à juin 2019* du Panorama de la cascade de traitement des cas de tuberculose au niveau national.

National Level - Cascade View



L'inadéquation de la qualité de la détection et du dépistage de la tuberculose contribue aux insuffisances de l'identification des cas de tuberculose. Les directives de détection de la tuberculose n'étaient pas appliquées de façon cohérente et régulière dans 90 % des centres de soins antituberculeux visités (9/10). De nombreux cas ont été observés dans lesquels des patients présentant un ou plusieurs symptômes n'étaient pas signalés comme des cas présumés, et de ce fait pas orientés vers le dépistage. En outre, il n'existe pas de mécanisme efficace pour suivre tous les cas présumés de tuberculose jusqu'au dépistage. Dans les établissements de santé visités par le BIG, 38 % des cas présumés de tuberculose n'ont pas fait l'objet d'une détection de la maladie. Alors que

<sup>16</sup> OMS, Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde, 2019. Tableaux 2.4, page 23.

<sup>17</sup> OMS, Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde, 2019 – Profil de pays - Lesotho, page 236.

<sup>18</sup> OMS, Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde, 2019. Tableau A4.1, pages 263 - 266.

<sup>19</sup> OMS, Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde, 2019 – Profil mondial, page 258.

<sup>20</sup> OMS, Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde, 2019. Tableau A4.2, page 268.

tous les patients tuberculeux faisaient systématiquement l'objet d'un dépistage du VIH, l'inverse n'était pas vrai pour les patients séropositifs au VIH. Dans 44 % des établissements visités (7/16), les personnes vivant avec le VIH ne faisaient pas systématiquement l'objet d'une détection et d'un dépistage de la tuberculose. Malgré l'investissement du Fonds mondial pour financer un poste de responsable de la collaboration de la lutte contre le VIH/la tuberculose, ce problème met en évidence les principales défaillances de la collaboration entre les programmes de riposte au VIH/à la tuberculose, ce qui a des effets préjudiciables sur la détection des cas de tuberculose.

L'inefficacité des activités de dépistage et de notification des sujets ayant été en contact avec des patients dont la tuberculose est confirmée constitue un autre facteur aggravant. Plus de 41 % des adultes et des enfants de moins de cinq ans ayant été en contact avec des patients tuberculeux confirmés n'ont pas fait l'objet d'un suivi et d'un dépistage de la tuberculose dans les établissements visités. Les Directives du programme national de lutte contre la tuberculose chez les enfants imposent, comme procédure de routine, une mise sous traitement préventif à l'isoniazide des enfants de moins de cinq ans détectés négatifs à une tuberculose évolutive. Cependant, il n'existe pas d'outil spécifique d'enregistrement pour le dépistage chez des enfants de moins de cinq ans ayant été en contact avec des patients tuberculeux. De ce fait, les établissements de santé ont une approche variable du dépistage des sujets ayant été en contact avec des personnes tuberculeuses – certains d'entre eux n'effectuant aucun dépistage chez ces sujets alors que d'autres en réalisent et enregistrent les résultats sur les outils d'enregistrement existants (comme les registres de la tuberculose et les registres de dépistage et de détection).

Le programme de lutte contre la tuberculose ne parvient pas à identifier d'opportunités pour exploiter les interventions à l'échelon communautaire, comme celles des travailleurs de santé communautaires, pour suivre et collecter des échantillons d'expectorations auprès des cas présumés de tuberculose. L'inefficacité de la supervision et du mentorat professionnel contribuent également aux insuffisances de la détection de la tuberculose et du dépistage chez les sujets ayant eu des contacts avec des personnes tuberculeuses. Parmi les centres antituberculeux visités, 25 % (4/6) n'étaient pas supervisés et parmi ceux qui l'étaient, 42 % (5/12) ne recevaient aucun retour d'information écrit.

**Gestion des cas de tuberculose multirésistante :** Seuls 25 % des cas estimés de tuberculose multirésistante sont diagnostiqués et mis sous traitement<sup>21</sup>. Selon le cadre de résultats du Fonds mondial, le pays a atteint 64 % et 63 % de ses objectifs de notification et de traitement des cas, respectivement<sup>22</sup>. Le niveau sous-optimal des résultats concernant la tuberculose multirésistante est lié à un modèle centralisé de traitement, avec une absence de supervision et de suivi tout le long de la cascade de traitement.

Au seul centre de traitement destiné aux patients atteints de tuberculose multirésistante du Lesotho, les capacités à fournir d'autres services à ces patients sont limitées compte tenu d'une comorbidité élevée. Il n'existe pas de soins palliatifs, comme la gestion de la douleur, le traitement des effets secondaires ou la prise en charge du VIH pour les patients atteints de tuberculose multirésistante. En outre, les complications secondaires, comme les troubles psychiatriques, ne sont pas traités sur ce site. Au moment de l'audit, les infrastructures de diagnostic, notamment les appareils fixes et mobiles de radiographie, étaient en panne depuis plus d'un mois. On observe un taux élevé de divergence de 10 %<sup>23</sup> entre les résultats de laboratoire des hôpitaux de district et les tests de contrôle effectués au centre de traitement de la tuberculose multirésistante. Les tests GeneXpert étant utilisés dans les deux cas, il ne devrait pas y avoir de divergence. Celle-ci pourrait cependant être aussi imputée à la mauvaise qualité de la collecte d'expectorations. L'assurance qualité externe et le suivi régulier des résultats au niveau des districts demeurent des problèmes majeurs que l'on a observés comme étant les principales raisons à l'origine de cette divergence élevée des résultats.

---

<sup>21</sup> Données de Partners in Health pour la tuberculose multirésistante, de janvier à décembre 2018.

<sup>22</sup> Rapport sur les résultats actuels/demandes de décaissement de la subvention LSO-C-MOF pour la période close en juin 2019.

<sup>23</sup> Données PIH Lab, de juillet 2017 à juillet 2019.

Il n'existe pas de mécanisme formel étayé par des directives claires et documentées pour confirmer que les patients atteints de tuberculose multirésistance aiguillés des districts et des établissements de santé sont mis sous traitement en temps voulu. Certains établissements utilisent des mécanismes informels, comme des appels téléphoniques, mais il n'existe aucun système d'enregistrement pour appuyer ce dispositif. Aucun formulaire de transfert/d'aiguillage de patients tuberculeux n'était utilisé dans 88 % des établissements visités par le BIG (14/16). Ainsi, le nombre de patients mis sous traitement est réduit et diminue<sup>24</sup> par rapport au nombre estimé de patients atteints de tuberculose résistante à la rifampicine/multirésistante dans le pays<sup>25</sup>. En outre, les patients se rendent très tardivement au centre spécialisé contre la tuberculose multirésistante pour se faire prendre en charge et traiter. Des patients ayant une coinfection se sont présentés pour une prise en charge alors qu'ils n'avaient parfois plus qu'un seul CD4. Il n'existe pas de mécanisme documenté pour suivre les patients perdus de vue. Seuls les patients mis sous traitement contre la tuberculose multirésistante sont déclarés comme des cas notifiés, d'où il résulte que le nombre de cas déclarés est pratiquement égal au nombre de patients sous traitement. Il n'existe pas, au niveau central, de structure fonctionnelle chargée de superviser la gestion de la tuberculose multirésistante dans le pays. Les cas de tuberculose multirésistante ne sont pas enregistrés dans le DHIS2 et il n'existe pas de mécanisme pour déclarer les effets indésirables d'un médicament.

Globalement, les problèmes relatifs à la fois à la tuberculose et à la tuberculose multirésistante sont influencés par l'absence de gouvernance, d'appropriation et de priorisation de la maladie dans le pays. L'organigramme et les ressources approuvés du programme de lutte contre la tuberculose sous l'autorité du ministère de la Santé ne sont, par exemple, pas alignés sur le Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose – plan essentiel pour les subventions du Fonds mondial. Quatre seulement des 13 postes, dont un est vacant, figurent dans l'organigramme approuvé par le gouvernement. Les autres postes sont soit temporairement financés par des donateurs soit vacants. Ainsi, des postes clés, comme celui de coordinateur de la lutte contre la tuberculose/du renforcement des systèmes de santé, de point focal pour la tuberculose multirésistante, de spécialiste en suivi et évaluation, et de coordinateur des systèmes d'information sur la tuberculose, ne sont pas pourvus.

---

### **Action convenue de la Direction 1**

a : Le Secrétariat travaillera avec le ministère de la Santé pour finaliser un plan destiné à améliorer la détection des cas de tuberculose et de tuberculose multirésistante au moyen d'examen des données disponibles et des résultats des évaluations.

b : Le Secrétariat travaillera avec le récipiendaire principal pour élaborer un plan de supervision des sous-récepteurs axé sur le risque et coordonné, incluant des délais et des responsabilités ainsi que des mécanismes de remontée d'information et de suivi.

Date cible : 31 décembre 2020

Titulaire : Responsable de la Division de la gestion des subventions

---

<sup>24</sup> Diminution du nombre patients atteints de tuberculose multirésistante mis sous traitement : 2016 (250), 2017 (158), 2018 (191), 2019 (144) – Données de l'hôpital spécialisé dans le traitement de la tuberculose multirésistante.

<sup>25</sup> OMS, Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde, 2019 – Profil de pays : Lesotho, page 236.



## 4.2 L'efficacité des activités de création de la demande et de fourniture des services souffre de l'absence de coordination des mécanismes de mise en œuvre des programmes de prévention du VIH

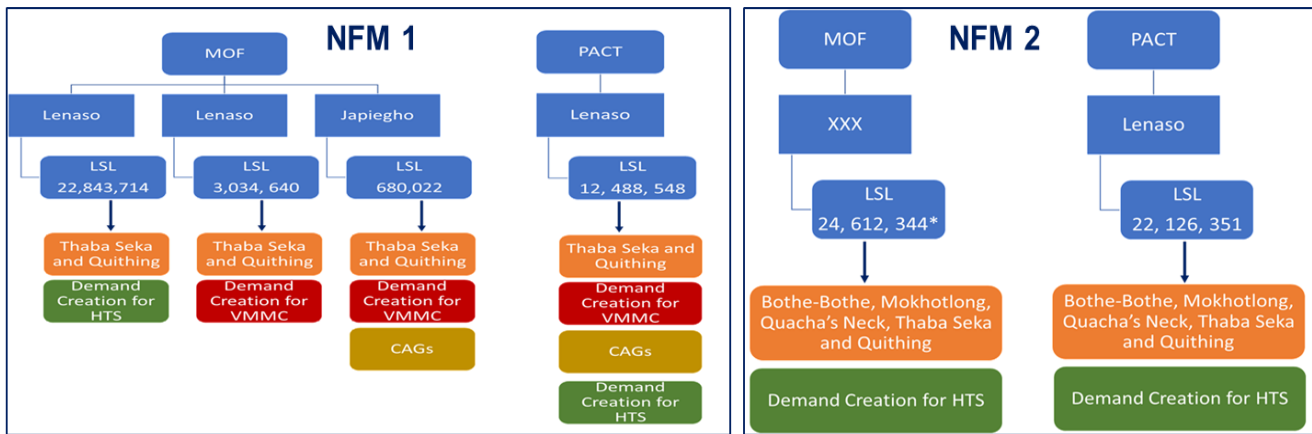
Le Lesotho affiche le deuxième taux de prévalence du VIH (23,6 %) <sup>26</sup> et le deuxième taux d'incidence du VIH (7,8 pour 1 000 habitants) <sup>27</sup> les plus élevés au monde. Les activités de prévention sont donc essentielles pour que le pays puisse mettre fin au VIH/sida en tant qu'épidémie. Ainsi, le Fonds mondial a massivement investi dans des activités de prévention du VIH, comme indiqué dans le tableau suivant. Malgré l'importance de ces investissements, des mécanismes de mise en œuvre inadéquats sont en place pour gérer des programmes de prévention combinée du VIH, ce qui a un impact préjudiciable sur l'efficacité des activités de création de la demande et des liens vers la fourniture des services.

<b>Module</b>	<b>NFM 1 (2016-2018) (USD)</b>	<b>NFM 2 (2018-2021) (USD)</b>	<b>Total (USD)</b>
Programmes de prévention pour la population générale	10 142 270	3 859 773	14 002 043
Programmes complets de prévention pour les professionnel(le)s du sexe et leurs clients	440 436	776 920	1 217 356
Programmes de prévention pour d'autres populations vulnérables	1 032 487	312 889	1 345 375
Programmes de prévention pour les adolescents et les jeunes, tant scolarisés que déscolarisés	3 406 220	3 954 366	7 360 586
Programmes complets de prévention pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	423 755	79 252	503 008
PTME	724 341	2 457 676	3 182 017
<b>Total (USD)</b>	<b>16 169 509</b>	<b>11 440 876</b>	<b>27 610 385</b>

**Duplication des activités de création de la demande de prise en charge du VIH :** Pendant le NFM 1, les deux récipiendaires principaux – le ministère des Finances et Pact – ont eu recours à des sous-récepteurs pour réaliser des activités de création de la demande pour les mêmes services de prévention du VIH et dans les mêmes lieux géographiques. Si certaines activités ont pu être spécifiques à une communauté ou une population clé donnée, l'audit a cependant observé qu'il n'existait pas de plan de mise en œuvre de soutien pour démarquer clairement les activités et les lieux afin de s'assurer qu'il n'y avait pas de duplication des activités. Il était prévu d'utiliser un mécanisme de mise en œuvre similaire pour le NFM 2, mais ce mécanisme fait toujours l'objet de discussions à la suite des observations de l'audit. Les mécanismes de mise en œuvre dupliqués sont illustrés ci-dessous :

<sup>26</sup> Données ONUSIDA 2019, Données de pays – Lesotho – page 48

<sup>27</sup> Incidence du VIH pour 1 000 habitants (National) - <https://aidsinfo.unaids.org/>.



XXX – SR yet to be signed by MOF

Orange - Duplicated Districts

Red – Duplicated Interventions for VMMC

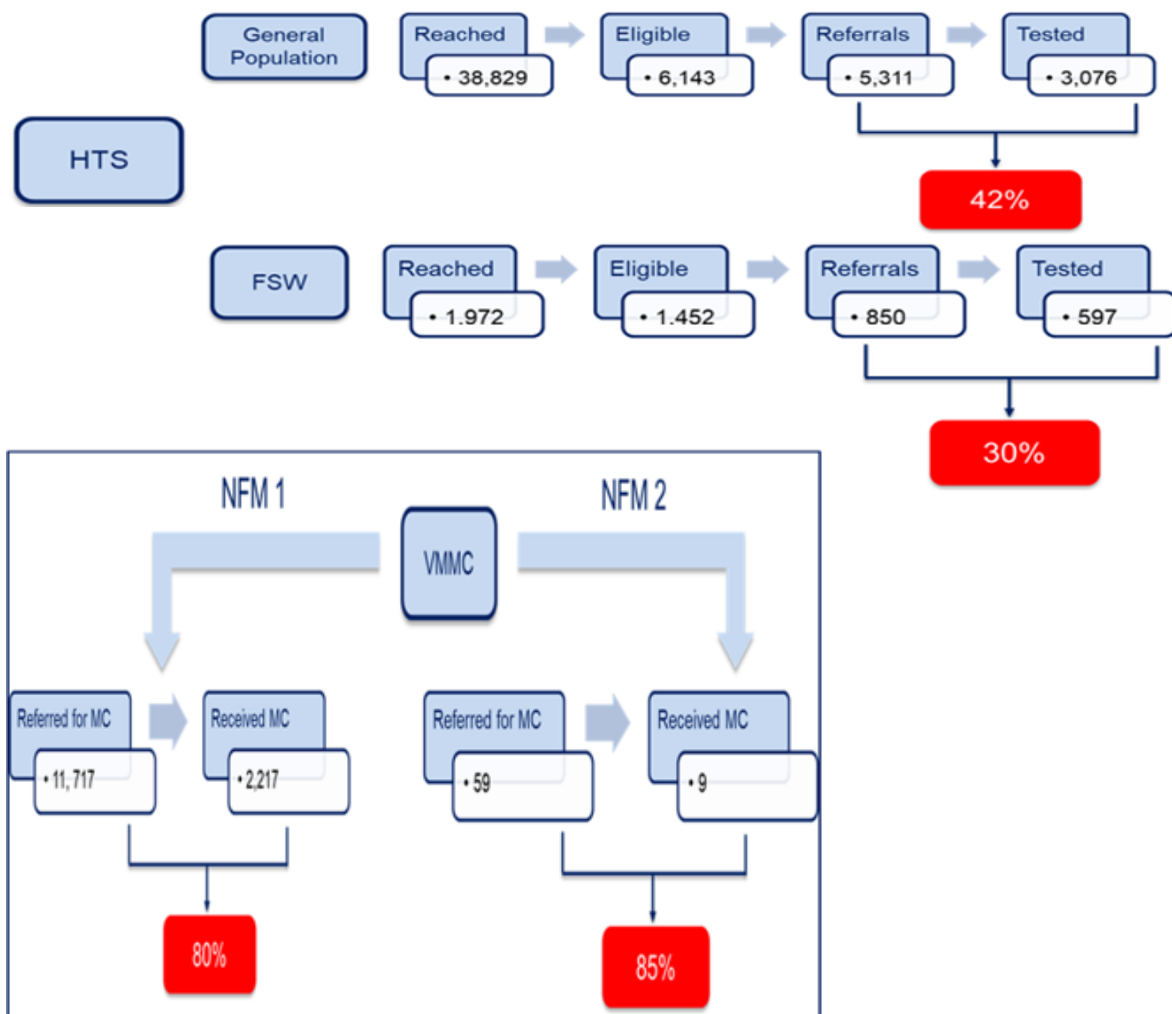
Yellow – Duplicated Interventions for Community Art Groups

Green – Duplicated Interventions for HTS

### Absence de coordination et de relations entre les activités de création de la demande et de fourniture des services :

Le récipiendaire principal Pact a recours à plusieurs sous-réceptaires pour susciter une demande de services de prévention du VIH. Cependant, ces sous-réceptaires ne fournissent pas la plupart des services de prévention – comme les services de dépistage, de circoncision masculine médicale volontaire, et de traitement préexposition (PrEP). Il conviendrait que la création de la demande et la fourniture des services interviennent de façon très rapprochée l'une de l'autre (dans un délai de 1 à 3 jours). Ainsi, l'efficacité des activités de création de la demande dépend de la capacité des sous-réceptaires à se coordonner et à planifier avec d'autres prestataires de services, et à mettre en contact les patients avec les services fournis au niveau des établissements de santé ou par les sous-réceptaires du ministère des Finances. Actuellement, aucune structure ou aucun processus n'est en place pour faciliter cette coordination. Les réceptaires principaux et les sous-réceptaires ne se réunissent pas régulièrement pour discuter de plans d'action de proximité ou de prestation de services. Ainsi, les activités de sensibilisation ne sont pas coordonnées aux activités des services de prévention, ce qui limite leur efficacité. Un sous-réceptaire a par exemple mené des activités de sensibilisation à la circoncision masculine médicale volontaire dans un lieu spécifique en janvier 2019, mais le sous-réceptaire chargé de l'exécution de ce service n'allait dans ce lieu qu'en mars 2019. Il a de ce fait dû mener à nouveau des activités de sensibilisation et de mobilisation auprès de la même population cible avant de pouvoir dispenser le service.

Il n'existe en outre aucun processus de soutien pour assurer le lien entre activités de création de la demande et services. Il n'y a par exemple pas de protocole d'accord entre les sous-réceptaires de Pact et du ministère des Finances pour coordonner et permettre l'accès aux données, pour s'assurer que les patients qui étaient admissibles aux services et aiguillés vers ceux-ci en bénéficiaient effectivement. S'agissant de la confidentialité des données des patients, les personnes chargées d'administrer les traitements et les intervenants pivots chargés d'accompagner les clients consentants vers les services désignés n'ont pas non plus l'habitude d'assurer un suivi pour savoir si le service a ou non été fourni. Les activités de création de la demande cessent donc dès que le patient est aiguillé vers le service, et les objectifs des sous-réceptaires qui s'occupent de créer de la demande sont mesurés sur la base du nombre de personnes atteintes, et non sur le nombre de personnes recevant le service. L'approche actuelle des programmes de prévention du VIH ne permet pas d'évaluer l'efficacité des activités de création de la demande, et engendre des pertes entre les patients aiguillés et les patients bénéficiant du service, comme illustré ci-dessous :



**Balbutiements de la mise en œuvre de la PrEP :** Le Lesotho a bien fait d'actualiser ses directives nationales recommandant la PrEP comme moyen de prévention du VIH parmi les groupes de population à risque élevé, notamment les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogues injectables, les couples sérodiscordants ainsi que les adolescentes et les jeunes femmes. Des progrès limités ont toutefois été enregistrés au niveau du déploiement à grande échelle de la mise en œuvre de la PrEP en tant que mesure préventive contre le VIH. Les objectifs nationaux de mise sous PrEP des populations clés n'ont pas encore été définis. La répartition des rôles et responsabilités entre les établissements de santé et les organisations communautaires/de la société civile n'a pas été clarifiée pour l'instant concernant la mise en œuvre de la PrEP. Bien que les kits de prévention incluent la PrEP, les groupes de travail technique sur la prévention ne la privilégient pas. Ainsi, les maîtres d'œuvre disposent d'informations limitées pour prodiguer une éducation et promouvoir la PrEP parmi les populations clés. Cette situation s'est traduite par une faible adoption de la PrEP – 286 patients seulement recevant ce service dans l'ensemble des 16 établissements de santé visités. Le recours à la PrEP parmi les professionnelles du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les adolescents s'est réduit entre 2018 et 2019 de 23 %, 48 % et 100 %, respectivement<sup>28</sup>. En outre, le taux de rétention des patients sous PrEP est faible, de seulement 34 % dans les établissements de santé visités. Le BIG observe qu'à la suite de l'audit, le récipiendaire principal a, en coordination avec le ministère de la Santé, engagé un processus pour définir des objectifs nationaux pour la PrEP.

<sup>28</sup> Données de Pact Lesotho relatives à l'utilisation de la PrEP (octobre 2017 à septembre 2019).

---

## **Action convenue de la Direction 2**

Le Secrétariat travaillera avec les bénéficiaires principaux pour évaluer les mécanismes actuels de mise en œuvre des sous-bénéficiaires et les lacunes programmatiques relatives aux activités de prévention du VIH, en tenant compte des duplications, des lacunes affectant la mise en œuvre des programmes et des liens entre création de la demande et fourniture des services.

À la suite de l'évaluation, un plan coordonné de mise en œuvre sera élaboré, qui tiendra compte des activités de prévention et de fourniture de service, et des rôles et responsabilités relatifs à la coordination entre les bénéficiaires principaux et sous-bénéficiaires exécutant les différentes activités.

Date cible : 30 juin 2021

Titulaire : Responsable de la Division de la gestion des subventions

### 4.3 La continuité des services et la pérennité des programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose du Lesotho souffrent d'une gouvernance et d'une appropriation nationale inadéquates.

Le gouvernement du Lesotho est l'un des principaux bailleurs de fonds et maîtres d'œuvre des programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose du pays. Les subventions du Fonds mondial sont conçues pour compléter les investissements publics. Le gouvernement achète 70 % des médicaments antirétroviraux contre le VIH et l'ensemble des médicaments antituberculeux de première intention. Le pourcentage des dépenses publiques consacrées à la santé a été maintenu proche des 15 % fixés par la déclaration d'Abuja au cours des cinq dernières années. Cependant, l'inexécution des engagements publics est, parallèlement à des problèmes de leadership et de gouvernance au ministère de la Santé, susceptible d'affecter la pérennité de la riposte nationale au VIH et à la tuberculose. Par l'intermédiaire du ministère de la Santé, le gouvernement s'est engagé à exécuter différentes activités, notamment l'achat de médicaments et le recrutement de ressources humaines pour soutenir la mise en œuvre des programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose. Ces engagements ne sont pas pleinement honorés et constituent une composante majeure pour permettre la réalisation/l'absorption des investissements du Fonds mondial et d'autres donateurs, déployer à grande échelle des interventions programmatiques essentielles, surmonter des obstacles majeurs aux programmes et garantir la pérennité des programmes.

**Achat de médicaments contre le VIH et la tuberculose :** Au cours des trois dernières années, le gouvernement n'a pas tenu 26 %, 25 % et 10 % de ses engagements d'achat de médicaments antirétroviraux, de médicaments antituberculeux et de médicaments contre les infections opportunistes, respectivement. En 2018, le gouvernement était seulement chargé d'acheter des médicaments antituberculeux, notamment de l'isoniazide 300mg, mais n'a pas tenu 84 % de cet engagement – ce qui a entraîné des ruptures de stock d'isoniazide et entravé une mise en œuvre efficace du traitement préventif des patients séropositifs au VIH (81 % des patients séropositifs au VIH admissibles n'ont pas été mis sous traitement préventif contre la tuberculose). En outre, entre janvier et juin 2019, le gouvernement (qui était chargé de l'achat de 70 % des médicaments antirétroviraux) n'a pas tenu 38 % de son engagement. Le pays restant confronté à des problèmes budgétaires et des incertitudes planant toujours concernant les engagements d'approvisionnement public, l'Instance de coordination nationale a présenté une demande de financement hiérarchisée au-delà de la somme allouée au Fonds mondial pour obtenir des fonds supplémentaires afin de couvrir l'insuffisance immédiate de financement d'antirétroviraux en vue d'éviter des interruptions de traitement chez les personnes vivant avec le VIH. Les fonds liés à cette demande de financement hiérarchisée au-delà de la somme allouée permettront de couvrir les besoins jusqu'à juin 2020, à la suite de quoi le gouvernement devrait à nouveau honorer ses engagements.

**Ressources humaines pour la santé :** Des postes clés restent vacants au niveau national. Parmi les postes nécessaires au Programme national de lutte contre la tuberculose et au Programme de lutte contre le VIH/les IST, 77 % (10/13) et 64 % (18/28) des postes demeurent vacants, respectivement. En outre, trois postes clés de direction<sup>29</sup> dans le département en charge de la chaîne d'approvisionnement sont également vacants, en plus de la vacance de postes d'agents opérationnels représentant 94 % du département. Le gouvernement est massivement tributaire des donateurs pour le financement des postes vacants : le Fonds mondial et la Banque mondiale financent temporairement 50 % (5/10) des postes du Programme national de lutte contre la tuberculose, le Fonds mondial et le PEPFAR financent temporairement 33 % (6/18) des postes du Programme de lutte contre le VIH/les IST, et 68 % des postes du personnel des établissements de santé sont financés par des donateurs. Bien que les dispositions des subventions du Fonds mondial imposent au gouvernement de s'engager à se substituer au soutien des donateurs et à transmettre un budget actualisé au Fonds mondial reflétant un accroissement de l'investissement dans les ressources humaines au 1<sup>er</sup> janvier 2020, le gouvernement ne dispose pas, actuellement, de plan de gestion des ressources humaines pour régir la réalisation de cet engagement ou pour reprendre à son compte le

<sup>29</sup> Il s'agit d'un responsable des opérations de la chaîne d'approvisionnement, d'un responsable du suivi/de l'évaluation et de l'assurance qualité, et d'un responsable de la quantification des besoins.

financement de ces postes essentiels. Il est probable que le programme sera affecté de façon préjudiciable si le Fonds mondial poursuit son plan qui prévoit de réduire son soutien aux ressources humaines durant le cycle actuel de subvention (NFM 2), comme stipulé dans l'accord de subvention et le tableau suivant.

Postes	Soutien des ressources humaines du Fonds mondial			
	Juillet 2018 – Juin 2020	Juillet 2020 – Juin 2021	Juillet 2021 – Juin 2025	Après juin 2025
Opérateurs de saisie de données	83	53	À finaliser	
Techniciens de laboratoire	5	3		
Conseillers principaux	5	5		
Opérateurs de détection de la tuberculose	71	71		
Responsables de la logistique au niveau du district	5	5		
Microscopistes	42	42		
Opérateurs de saisie de données NTRL	1	1		

**Rôles et responsabilités :** La clarté limitée des rôles et responsabilités des principaux acteurs de la riposte au VIH et à la tuberculose a un impact préjudiciable sur la mise en œuvre des programmes de lutte contre ces deux maladies, y compris les interventions financées par le Fonds mondial. Le ministère de la Santé et la Commission nationale de lutte contre le sida disposent, par exemple, de groupes de travail technique similaires pour le traitement et la prévention, ce qui conduit à des doublons dans leurs activités. D'un autre côté, les principales interventions, comme la prophylaxie préexposition (PrEP) et la circoncision masculine médicale volontaire, ne sont couvertes par aucun de ces groupes de travail technique. Ainsi, les résultats des activités des groupes de travail technique et les principales informations des programmes ne sont pas pleinement diffusés par le ministère de la Santé depuis le niveau central jusqu'à l'échelon des districts et des établissements de santé. On observe, par exemple, que les orientations et les plans d'action destinés à s'attaquer aux principaux problèmes de mise en œuvre de la récente stratégie de dépistage du VIH, y compris des approches pour le dépistage des partenaires indicateurs et la PrEP, ne sont pas appliqués de façon régulière et cohérente ou pas appliqués du tout au niveau des établissements de santé et communautaire.

L'absence de clarté des rôles et responsabilité est en partie à l'origine de retards importants dans l'élaboration de stratégies et de politiques essentielles, notamment le plan stratégique national de lutte contre le VIH et la tuberculose – et son plan opérationnel de district (plus de 18 mois de retard), et la politique nationale de lutte contre le VIH (qui n'a toujours pas été actualisée depuis 2006). La Commission nationale de lutte contre le sida a réalisé une étude sur le dépistage des partenaires indicateurs pour éclairer les modes de transmission du VIH, cependant les résultats n'ont pas encore été adoptés par le ministère de la Santé – ce qui a un impact sur l'efficacité du dépistage des partenaires indicateurs réalisé à l'échelon des établissements. Seuls 64 % des partenaires indicateurs ont été identifiés dans les établissements de santé visités, et parmi ceux-ci, seulement 21 % des indicateurs identifiés ont fait l'objet d'un dépistage du VIH.

En outre, la Direction de la chaîne d'approvisionnement n'a pas de mission légale approuvée pour ratifier les rôles, responsabilités et décisions au sein du ministère de la Santé. Cette situation a contribué au fait que des sous-groupes de travail technique essentiels, comme ceux chargés de la quantification et de la prévision à la Direction de la chaîne d'approvisionnement, ne soient pas opérationnels. Par conséquent, il n'existe actuellement pas de mécanismes de gouvernance et de supervision fonctionnel pour l'approvisionnement en produits. Cette situation est en partie responsable des ruptures de stock de produits essentiels précédemment mentionnées.

Ces problèmes sont aggravés par l'absence de stabilité au niveau du leadership et de l'appropriation de la riposte au VIH et à la tuberculose dans le pays. Les changements de personnel ont été fréquents au ministère de la Santé, notamment concernant le Secrétaire principal à la santé qui a changé à neuf

reprises depuis le début des subventions du Fonds mondial au titre du NFM 1. Ainsi, il n'existe pas de leadership cohérent et régulier pour régir l'élaboration des politiques et garantir la mise en œuvre depuis le niveau central jusqu'à l'échelon des établissements de santé. Cette situation est aussi à l'origine des problèmes actuels que connaît l'Instance de coordination nationale pour fonctionner efficacement, avec de nombreuses difficultés relatives au respect des exigences d'admissibilité du Fonds mondial et du statut de l'Instance de coordination nationale du Lesotho. Il y a eu sept présidents à la tête de cette Instance au cours des trois dernières années. En outre, on observe qu'aucun représentant du leadership gouvernemental n'est régulièrement présent lors des réunions de l'Instance de coordination nationale. Cette dernière est de ce fait incapable d'assurer une supervision adéquate de la mise en œuvre des subventions. S'agissant des principaux problèmes identifiés lors des opérations de supervision réalisées en 2019, aucune mesure d'atténuation n'a été approuvée avec les bénéficiaires principaux. Il n'y a pas non plus de suivi actif de la résolution des problèmes identifiés lors des opérations de surveillance, ni de rapports réguliers sur les résultats des bénéficiaires principaux présentés à l'Instance de coordination nationale.

---

### **Action convenue de la Direction 3**

Le Secrétariat travaillera avec le gouvernement du Lesotho et les partenaires pour réaliser une évaluation :

- des engagements budgétisés pour le financement des produits et des ressources humaines pour la santé et les systèmes de santé,
- des structures, rôles et responsabilités actuels des programmes de lutte contre les maladies, y compris leurs structures de gouvernance, de gestion et de flux de financement.

L'évaluation permettra d'éclairer des mesures d'atténuation des problèmes pour le court, le moyen et le long terme afin de surmonter les obstacles actuels qui affectent les programmes et contribuera à la conception des prochains investissements/prochaines subventions du Fonds mondial.

Date cible : 30 juin 2021

Titulaire : Responsable de la Division de la gestion des subventions

## 5. Récapitulatif des actions convenues de la Direction

Action convenue de la Direction	Date cible	Titulaire
<p>a : Le Secrétariat travaillera avec le ministère de la Santé pour finaliser un plan destiné à améliorer la détection des cas de tuberculose et de tuberculose multirésistante au moyen d'examen des données disponibles et des résultats des évaluations.</p> <p>b : Le Secrétariat travaillera avec le récipiendaire principal pour élaborer un plan de supervision des sous-récepteurs axé sur le risque et coordonné, incluant des délais et des responsabilités ainsi que des mécanismes de remontée d'information et de suivi.</p>	31 décembre 2020	Responsable de la Division de la gestion des subventions
<p>Le Secrétariat travaillera avec les récepteurs principaux pour évaluer les mécanismes actuels de mise en œuvre des sous-récepteurs et les lacunes programmatiques relatives aux activités de prévention du VIH, en tenant compte des duplications, des lacunes affectant la mise en œuvre des programmes et des liens entre création de la demande et fourniture des services.</p> <p>À la suite de l'évaluation, un plan coordonné de mise en œuvre sera élaboré, qui tiendra compte des activités de prévention et de fourniture de service, et des rôles et responsabilités relatifs à la coordination entre les récepteurs principaux et sous-récepteurs exécutant les différentes activités.</p>	30 juin 2021	Responsable de la Division de la gestion des subventions
<p>Le Secrétariat travaillera avec le gouvernement du Lesotho et les partenaires pour réaliser une évaluation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• des engagements budgétisés pour le financement des produits et des ressources humaines pour la santé et les systèmes de santé,</li> <li>• des structures, rôles et responsabilités actuels des programmes de lutte contre les maladies, y compris leurs structures de gouvernance, de gestion et de flux de financement.</li> </ul> <p>L'évaluation permettra d'éclairer des mesures d'atténuation des problèmes pour le court, le moyen et le long terme afin de surmonter les obstacles actuels qui affectent les programmes et contribuera à la conception des prochains investissements/prochaines subventions du Fonds mondial.</p>	30 juin 2021	Responsable de la Division de la gestion des subventions



## Annexe A : Classification générale des notations d'audit

<b>Efficace</b>	<b>Absence de problème ou problèmes mineurs constatés.</b> Les processus de contrôle interne, de gouvernance et de gestion du risque sont conçus de façon adéquate, régulièrement mis en œuvre de façon appropriée et efficaces pour fournir l'assurance raisonnable que les objectifs seront atteints.
<b>Partiellement efficace</b>	<b>Problèmes d'importance modérée constatés.</b> Les processus de contrôle interne, de gouvernance et de gestion du risque sont conçus de façon adéquate et généralement mis en œuvre de façon appropriée, mais un ou un petit nombre de problèmes ont été identifiés qui sont susceptibles de présenter un risque modéré pour la réalisation des objectifs.
<b>Nécessite une nette amélioration</b>	<b>Un problème ou un petit nombre de problèmes significatifs constatés.</b> Les processus de contrôle interne, de gouvernance et de gestion du risque présentent quelques problèmes au niveau de leur conception ou de leur efficacité opérationnelle. Ces problèmes sont tels que l'on ne peut pas encore avoir l'assurance raisonnable que les objectifs seront probablement atteints tant qu'ils ne seront pas résolus.
<b>Inefficace</b>	<b>Un (des) problème(s) significatif(s) et/ou substantiel(s) multiple(s) constaté(s).</b> Les processus de contrôle interne, de gouvernance et de gestion du risque ne sont pas conçus de façon adéquate et/ou ne sont généralement pas efficaces. Ces problèmes sont de telle nature que la réalisation des objectifs est gravement compromise.

## Annexe B : Méthodologie

Le Bureau de l'Inspecteur général (BIG) 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 (les « Normes ») et au code d'éthique. Ces normes permettent de garantir la qualité et le professionnalisme des travaux du BIG.

Les principes et les détails de la méthode d'audit du BIG 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 peuvent aussi évaluer la façon dont les subventions/portefeuilles du Fonds mondial se comportent par rapport aux objectifs d'indicateurs clés définis par le Secrétariat. Des indicateurs spécifiques sont choisis pour être intégrés en fonction de leur pertinence par rapport à la thématique de l'audit.

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 notations des risques : contenu, méthodologie et implications

Le cadre d'appétence au risque a été élaboré au niveau de l'organisation au moyen de données d'une cohorte de 25 pays<sup>30</sup> représentatifs de l'essentiel de la charge mondiale pour les trois maladies : 85 % pour le VIH/sida, 80 % pour la tuberculose et 76 % pour le paludisme. Opérationnalisé en 2018, ce cadre d'appétence au risque du Fonds mondial établit des niveaux recommandés d'appétence au risque pour huit principaux risques affectant les subventions du Fonds mondial.

Dans la mesure où il est essentiel de disposer de notations des risques et de leurs dynamiques pour gérer efficacement les risques et l'opérationnalisation du cadre d'appétence au risque, une méthodologie rigoureuse a été élaborée qui établit des définitions claires, des risques granulaires, des causes fondamentales ainsi qu'un processus exhaustif d'examen, comme indiqué ci-dessous.

Les huit risques institutionnels auxquels les subventions sont confrontées et pour lesquels une appétence au risque a été définie sont globalement représentatifs de 20 risques opérationnels, tels que décrits dans le tableau présenté à la page suivante. Chacun de ces 20 risques est noté pour chaque subvention dans un pays au moyen d'un ensemble normalisé de causes fondamentales. Il est aussi analysé sur la base d'une combinaison de scores de probabilité et de gravité afin de le qualifier sur une échelle allant de 'très élevé', à 'élevé', 'modéré' ou 'faible'. Les équipes de pays déterminent chaque risque au niveau de la subvention au moyen du 'module de gestion intégrée des risques'. Les notations sont examinées par des agents exerçant des fonctions de deuxième niveau et des hauts responsables de la Division de la gestion des subventions.

Les notations attribuées aux 20 risques opérationnels sont additionnées pour calculer les huit risques institutionnels sur la base de moyennes simples – ce qui signifie que chacune des composantes est supposée avoir la même importance. Par exemple, une moyenne est calculée pour les notations des risques *Inadéquation de la conception des programmes (1.1)* et *Inadéquation de la qualité et de l'efficacité des programmes (1.3)* afin d'établir la notation du risque Qualité des programmes d'une subvention. Les pays bénéficiant de plusieurs subventions, lesquelles sont notées de façon indépendante, les notations individuelles des risques d'une subvention sont pondérées en fonction des montants signés pour la subvention afin d'établir le 'niveau global de risque actuel' du portefeuille d'un pays. Dans la mesure où il y a des variations importantes au niveau des notations entre les subventions et pour s'assurer que les subventions à risque élevé n'aient pas une incidence démesurée sur la notation globale, une limitation leur est appliquée (on ne retient que 50 % des subventions les plus risquées) pour établir la notation du risque d'un pays. Les niveaux globaux de risque, le plan d'atténuation des risques et l'évolution prévue des niveaux de risque sont ensuite approuvés par le Comité des résultats du portefeuille<sup>31</sup> pendant l'examen du portefeuille de pays.

### **Exploitation de l'appétence au risque dans les travaux du BIG**

Le cadre d'appétence au risque ayant été mis en œuvre et gagnant en maturité, le BIG intègre de plus en plus dans son modèle d'assurance des considérations relatives à l'appétence au risque. Voici des aspects importants à cet égard :

- Les principaux objectifs d'audit couverts par les audits du BIG sont généralement calibrés au niveau global des subventions ou programmes (par exemple, l'efficacité des processus de la chaîne d'approvisionnement, l'adéquation de la gestion financière des subventions, la qualité des services, la fiabilité des données, la gouvernance d'ensemble des programmes des subventions, etc.) plutôt qu'à des niveaux plus étroits de risques individuels. Il n'y a de ce fait pas de correspondance exacte entre la notation globale d'audit de ces grands objectifs et la notation individuelle des risques individuels plus étroits. Cependant, en l'absence de correspondance exacte, la notation du BIG d'un objectif global d'audit prend en compte

<sup>30</sup> Bangladesh, Burkina Faso, Cameroun, Congo (RDC), Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Inde, Indonésie, Kenya, Malawi, Mali, Mozambique, Myanmar, Nigéria, Pakistan, Rwanda, Afrique du Sud, Soudan, Tanzanie, Ouganda, Ukraine, Viet Nam, Zambie, Zimbabwe.

<sup>31</sup> Le Comité des résultats du portefeuille a pour mission d'effectuer des examens des portefeuilles de pays.

l'ampleur de l'évaluation et de l'atténuation effectives des différents risques individuels relatifs à cet objectif. Le BIG met l'accent sur les processus globaux d'évaluation et de gestion des risques du Secrétariat, et donne son opinion sur leur conception et leur efficacité.

- La comparaison des risques résiduels évalués par le BIG avec les niveaux de risque évalués par le Secrétariat s'effectue à un niveau global pour les risques pertinents auxquels les subventions sont confrontées (sur les huit risques définis) qui étaient couverts par l'audit. Cette comparaison n'est pas réalisée au niveau plus granulaire des 20 sous-risques même si un commentaire explicatif est fourni chaque fois que les notations du BIG et du Secrétariat diffèrent concernant l'un de ces sous-risques. Cette approche globale est conçue pour focaliser l'attention du Conseil et du Comité de l'audit et des finances sur les domaines critiques où des niveaux de risque réels peuvent différer des niveaux perçus ou évalués, et méritent de ce fait qu'on en discute ou qu'on les atténue davantage.

## Tableau des risques

<b>Risques institutionnels (8)</b>	<b>Risques opérationnels (20)</b>
<b>Qualité des programmes</b>	1.1 Inadéquation de la conception et de la pertinence des programmes
	1.3 Inadéquation de la qualité et de l'efficacité des programmes
<b>Suivi et évaluation</b>	1.2 Inadéquation de la conception et de la gouvernance des systèmes de suivi et d'évaluation
	1.4 Disponibilité limitée des données et inadéquation de la qualité des données
	1.5 Utilisation limitée des données
<b>Achats</b>	3.3 Inefficacité des processus et des résultats des achats
<b>Chaîne d'approvisionnement dans le pays</b>	3.2 Absence de fiabilité des prévisions, des quantifications et de la planification des approvisionnements
	3.4 Inadéquation des systèmes de stockage et de distribution
	3.6 Inadéquation des systèmes de gestion des informations (LMIS)
<b>Fraudes liées aux subventions et questions fiduciaires</b>	2.1 Inadéquation des mécanismes relatifs aux flux des fonds
	2.2 Inadéquation des contrôles internes
	2.3 Fraude, corruption et vol
	2.5 Rapport coût/efficacité limité
<b>Comptabilité et information financière des pays</b>	2.4 Inadéquation de la comptabilité et de l'information financière
	2.6 Inadéquation des mécanismes de vérification
<b>Gouvernance des programmes au niveau national et supervision des subventions</b>	4.1 Inadéquation de la gouvernance des programmes au niveau national
	4.2 Inadéquation de la gestion des programmes
	4.3 Inadéquation de la coordination des programmes et de la supervision des sous-récepteurs
<b>Qualité des produits de santé</b>	3.1 Sélection inappropriée des produits et équipements de santé
	3.5 Suivi limité de la qualité et inadéquation de l'utilisation des produits