

Rapport d'audit thématique



Subventions du Fonds mondial au

Viet Nam, à la Thaïlande et à la République démocratique populaire lao pour lutter contre le VIH et la tuberculose

GF-OIG-24-009
Le 28 mai 2024
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 pérennité du Fonds mondial en veillant à ce qu'il prenne les bonnes mesures pour accélérer la fin des épidémies de sida, de tuberculose et de paludisme. Grâce à des audits, des enquêtes et des travaux consultatifs, le BIG promeut les bonnes pratiques, améliore la gestion des risques et rend compte des abus en toute exhaustivité et transparence.

Le BIG est une unité indépendante du Fonds mondial, 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.

Courriel :
hotline@theglobalfund.org

Service téléphonique gratuit de signalement :
+1 704 541 6918
Service disponible en anglais, français, espagnol, russe, chinois et arabe

Messagerie téléphonique sécurisée 24 h / 24 :
+41 22 341 52 58



Table des matières

1. Synthèse	4
2. Environnement et contexte	8
3. Aperçu du risque et de la performance du portefeuille	12
4. Constats d'audit	14
4.1 La prévention du VIH parmi les populations clés et l'orientation vers le traitement antirétroviral doivent être améliorées pour mettre fin à l'épidémie d'ici à 2030	14
4.2 Le faible taux de recherche des cas de tuberculose empêche les pays d'atteindre les cibles nationales et des subventions	17
4.3 L'intensification de la collaboration entre les programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose et du traitement préventif de la tuberculose sont nécessaires pour réduire la charge de ces deux maladies parmi les personnes exposées au risque d'infection ou affectées par celles-ci	20
4.4 Amélioration nécessaire de la pérennité programmatique et financière des programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose dans les trois pays	22
4.5 Nécessité d'améliorer la mise en œuvre du projet HANSA en République démocratique populaire lao	25

Annex A. Classification des notations d'audit et méthodologie
27

Annex B. Appétence au risque et notations des risques **29**

1. Synthèse

1.1 Opinion

La République démocratique populaire lao, la Thaïlande et le Viet Nam ont réalisé des progrès significatifs dans la réduction de l'incidence du VIH et de la tuberculose, ainsi que des décès liés au sida au cours de la dernière décennie. La Thaïlande et le Viet Nam jouent un rôle essentiel dans la lutte contre la tuberculose et le VIH, et figurent parmi les 30 pays les plus touchés au monde. Ces trois pays mettent en œuvre des programmes de couverture sanitaire universelle et des services communautaires de prévention du VIH. Toutefois, des difficultés, notamment l'augmentation de la prévalence du VIH parmi les populations clés, pourraient menacer les progrès réalisés dans ces pays. Les facteurs qui y contribuent sont par exemple une couverture géographique limitée des programmes de prévention, une absence d'interventions ciblant les membres les plus jeunes des populations clés et une faible utilisation des préservatifs parmi l'ensemble des populations clés.

L'orientation sous-optimale vers le traitement antirétroviral est l'un des principaux problèmes dans la lutte contre le VIH/sida – du fait d'un nombre limité de sites de traitement antirétroviral, de difficultés à retenir les patients sous traitement et de problèmes dans la mise en œuvre de la politique « dépister et traiter ». Cette situation est exacerbée par le caractère limité des mécanismes de collaboration entre la prise en charge de la tuberculose et celle du VIH, avec des facteurs d'inefficacité et des défaillances dans la coordination. Une meilleure collaboration est nécessaire en ce qui concerne les systèmes de collecte et de communication de l'information concernant les données relatives à la tuberculose et au VIH. Par ailleurs, des améliorations sont aussi nécessaires dans le suivi des données sur la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH.

Malgré la baisse considérable des taux de tuberculose au cours de la dernière décennie, les trois pays restent confrontés à des difficultés pour identifier les cas manquants de tuberculose et de tuberculose multirésistante, et pour intensifier le traitement préventif de la tuberculose. S'agissant de cette maladie, la sous-utilisation des organisations communautaires dans la recherche des contacts, les difficultés à tirer parti de la démarche mixte public-privé¹, la distribution tardive des machines GeneXpert et l'absence d'enquêtes de prévalence récentes pour orienter les stratégies sont autant de facteurs qui ont contribué à l'incapacité des pays à identifier les cas manquants et à améliorer la couverture du traitement préventif. Les modalités de mise en œuvre des subventions VIH et tuberculose pour garantir la réalisation de leurs objectifs sont **partiellement efficaces**.

Les gouvernements des trois pays financent en grande partie le traitement contre le VIH et la tuberculose, et ont augmenté leurs dépenses de cofinancement. Toutefois, des problèmes subsistent dans la mise en œuvre de systèmes de santé équitables et centrés sur la personne, et qui répondent aussi aux exigences de cofinancement de l'organisation afin de débloquer l'intégralité des sommes allouées par le Fonds mondial. La complexité des procédures d'inscription à l'assurance-maladie sociale et les exigences en matière d'identité nationale créent des obstacles à l'accès des populations clés et des migrants sans papiers aux soins de santé. L'absence de plans de pérennisation et de transition, ainsi que les lacunes en matière de suivi, de communication de l'information et de gestion des engagements de cofinancement, ont également un impact sur les efforts visant à améliorer la pérennité programmatique et financière.

¹ La démarche mixte public-privé de lutte contre la tuberculose impose de collaborer avec tous les dispensateurs de soins de santé publics et privés pertinents pour veiller à ce qu'une prise en charge de qualité élevée de la tuberculose soit proposée à tous ceux qui en ont besoin (National Institutes for Health <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/> – consulté le 12 décembre 2023).

Le projet HANSA (accès aux services de santé et de nutrition)² a renforcé l'appropriation infranationale des programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH, en visant à intégrer des programmes spécifiques aux maladies et en se concentrant sur l'amélioration des services de santé en République démocratique populaire lao. Des difficultés, notamment l'insuffisance du financement national de la santé, et des problèmes de coordination ont entravé la réalisation des objectifs du projet. Les interventions et les approches des subventions pour mettre en œuvre des systèmes de santé durables et centrés sur la personne afin de générer un impact sont **partiellement efficaces**.

1.2 Principales réalisations et bonnes pratiques

Progrès notables accomplis dans la réduction de l'incidence du VIH et des décès liés dans les trois pays

Entre 2012 et 2022, la Thaïlande et le Viet Nam sont parvenus à diminuer l'incidence du VIH de près de moitié, et la République démocratique populaire lao de près de 10 %. La couverture des traitements antirétroviraux pour les personnes vivant avec le VIH a augmenté de 40 %, 38 % et 29 % en Thaïlande, au Viet Nam et en République démocratique populaire lao, respectivement. Les décès parmi les personnes vivant avec le VIH en Thaïlande et au Viet Nam ont diminué de 65 % et de 29 %, respectivement, ce qui suggère une amélioration des efforts de traitement. La République démocratique populaire lao, la Thaïlande et le Viet Nam offrent à leurs citoyens une couverture sanitaire universelle, y compris pour les traitements médicaux et les soins d'urgence. Les organisations à assise communautaire fournissent d'importants services de prévention du VIH aux populations vulnérables de ces pays.

Baisse constante de l'incidence de la tuberculose et du nombre de décès jusqu'en 2021

L'incidence de la tuberculose dans les trois pays a régulièrement diminué au cours de la dernière décennie. Entre 2010 et 2021, la Thaïlande, le Viet Nam et la République démocratique populaire lao ont réduit l'incidence de la tuberculose de 21 %, 25 % et 35 %, respectivement, tandis que les décès ont diminué de 31 %, 36 % et 49 %. Les principaux moteurs de cette évolution ont été de solides politiques de lutte contre la tuberculose qui ont permis de coordonner les interventions en matière de prévention, de diagnostic et de traitement. Des schémas thérapeutiques plus courts ont aussi permis d'améliorer les taux de succès thérapeutique contre la tuberculose pharmacosensible et la tuberculose pharmacorésistante³. Dans les trois pays, les taux de succès thérapeutique contre la tuberculose pharmacosensible se situent entre 85 % pour la Thaïlande et 90 % pour le Viet Nam⁴.

Augmentation des engagements de cofinancement des gouvernements dans les trois pays

Les dépenses de cofinancement des gouvernements ont augmenté dans les pays. Les dépenses de cofinancement au Viet Nam ont augmenté de 41 %, passant de 80 millions de dollars US pour la période 2015-2017 à 113 millions de dollars US pour la période 2018-2020. La République démocratique populaire lao a augmenté son cofinancement de 0,3 million de dollars US en 2021 à 2 millions de dollars US en 2023.

² Le projet HANSA est une forme de mécanisme de financement mixte visant à catalyser des financements supplémentaires et/ou à influencer les financements existants des partenaires pour soutenir les objectifs liés au VIH, à la tuberculose, au paludisme, et aux systèmes résistants et pérennes pour la santé (SRPS).

³ Un schéma thérapeutique plus court peut augmenter considérablement les taux de guérison grâce à sa grande efficacité, permettre un accès plus large grâce à son coût plus faible et améliorer la qualité de vie des patients puisque ce schéma est entièrement oral et nettement plus court que les schémas thérapeutiques conventionnels.

www.who.int – consulté le 12 décembre 2023.

⁴ <https://dashboards.stoptb.org/country-profile.html> – consulté le 12 décembre 2023.

1.3 Principaux problèmes et risques

La prévention du VIH parmi les populations clés et l'orientation vers le traitement antirétroviral doivent être améliorées pour mettre fin à l'épidémie d'ici à 2030

Des problèmes persistants – concernant notamment la prévention et le dépistage au sein des populations clés et vulnérables, et l'insuffisance de l'orientation vers le traitement antirétroviral et de la collaboration au niveau de la prise en charge de la tuberculose et du VIH – pourraient nuire à la réalisation des objectifs des pays. La couverture géographique limitée de la prévention, l'absence d'interventions ciblant les membres les plus jeunes des populations clés et la faible utilisation du préservatif parmi les populations clés constituent, entre autres facteurs, les causes principales de la faiblesse de la prévention et du dépistage parmi les populations clés et vulnérables. Le non-respect – dans les trois pays – de la politique de dépistage et de mise sous traitement le même jour a un impact sur la réalisation de l'objectif de l'ONUSIDA pour 2025 – qui consiste à mettre 95 % des personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral.

La recherche limitée des cas de tuberculose empêche les pays d'atteindre les cibles nationales et des subventions

En 2022 et par rapport à l'objectif de 90 % de taux de détection des cas pour toutes les formes de tuberculose en Thaïlande, au Viet Nam et en République démocratique populaire lao, les chiffres étaient de 65 %, 59 % et 82 %, respectivement. S'agissant de la tuberculose, les facteurs contributifs sont notamment la sous-utilisation des organisations communautaires dans la recherche des contacts, les difficultés à tirer parti de la démarche mixte public-privé, l'absence d'enquêtes de prévalence récentes pour orienter les stratégies et la sous-utilisation des machines GeneXpert. En Thaïlande, l'enquête de prévalence a été reportée en raison de la pandémie de COVID-19. Au Viet Nam, l'un des principaux facteurs ayant affecté la mise en œuvre de la lutte contre la tuberculose a été la priorité accordée à la riposte au COVID-19 par le programme national de lutte contre la tuberculose. En République démocratique populaire lao, entre autres problèmes, les faibles capacités et compétences au niveau des soins de santé primaires ont contribué à retarder les diagnostics. Par exemple, le nombre de décès dans le mois suivant la mise sous traitement contre la tuberculose demeure obstinément élevé (68 % en 2021 et 73 % en 2022)⁵.

La collaboration entre les activités de lutte contre le VIH et la tuberculose et l'intensification du traitement préventif de la tuberculose sont nécessaires pour réduire la charge de morbidité liée à la tuberculose et au VIH

L'OMS a établi une politique d'orientation concernant les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH afin d'aider les pays à alléger la charge qui pèse sur les populations exposées au risque de contracter ces deux maladies ou affectées par celles-ci. L'audit a mis en évidence la nécessité de mieux suivre ces orientations. Elles concernent, par exemple, les systèmes de collecte de données et de communication de l'information relative à celles-ci, et l'amélioration du suivi des données en cascade sur le dépistage, le diagnostic et le traitement de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH. En Thaïlande, l'intensification du traitement préventif de la tuberculose est limitée. Les prestataires de soins font preuve de précaution avant d'administrer un traitement préventif, de peur de créer une résistance chez les patients, ce qui nuit à la capacité du pays à réduire la morbidité, la mortalité et l'incidence de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH.

⁵ Estimation de la qualité des données dans le DHIS2 (2019-2022).

Les programmes soutenus par le Fonds mondial dans les trois pays nécessitent une amélioration de la pérennité programmatique et financière

Des difficultés subsistent au stade de la mise en œuvre de systèmes de santé équitables et centrés sur la personne, et au niveau du respect des engagements de cofinancement. La complexité des procédures d'inscription à l'assurance-maladie sociale et les exigences en matière d'identité nationale créent des obstacles à l'accès aux soins de santé au Viet Nam et en Thaïlande. L'enquête Stigma Index de 2020 au Viet Nam a révélé des lacunes critiques dans la mise en œuvre des mesures de lutte contre la stigmatisation et la discrimination.

Le mécanisme de financement mixte a connu des progrès en République démocratique populaire lao, mais des améliorations sont nécessaires pour mettre en œuvre le projet HANSA

Le projet HANSA (accès aux services de santé et de nutrition)⁶ a pour objectif de renforcer les systèmes nationaux, notamment la gestion de finances publiques, les systèmes de gestion de l'information sanitaire (SGIS) et des systèmes résistants et pérennes pour la santé (SRPS) avec le soutien de partenaires. Le taux d'absorption des subventions du Fonds mondial était de 58 % en décembre 2022. Outre les retards de mise en œuvre du projet imputables à la pandémie de COVID-19, la coordination s'est avérée inadéquate et la vérification des données s'est faite tardivement.

1.4 Objectifs, notations et champ

Objectifs	Notations	Champ
Les modalités de mise en œuvre des subventions VIH et tuberculose pour garantir la réalisation de leurs objectifs.	Partiellement efficace	Période d'audit Janvier 2021 à décembre 2022
L'efficacité des interventions et de l'approche des subventions pour une mise en œuvre de systèmes de santé pérennes et centrés sur la personne afin de générer un impact.	Partiellement efficace	Subventions et entités de mise en œuvre L'audit a porté sur les bénéficiaires principaux des programmes soutenus par le Fonds mondial dans les trois pays.

⁶ Le programme Accès aux services de santé et de nutrition (HANSA) est un projet de la République démocratique populaire lao cofinancé par un prêt de l'AID de la Banque mondiale et des subventions du Fonds mondial et du ministère australien des Affaires étrangères et du Commerce.

2. Environnement et contexte

2.1 Contexte des pays

Sur les trois pays sélectionnés pour l'audit, deux (la République démocratique populaire lao et le Viet Nam) sont des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, tandis que la Thaïlande est un pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure.⁵ Les gouvernements de la Thaïlande et du Viet Nam sont les principaux investisseurs dans la lutte nationale contre la tuberculose puisqu'ils fournissent 63 % et 86 % des financements, devant le Fonds mondial qui apporte 14 % et 37 % des fonds, respectivement⁷. La subvention de la République démocratique populaire lao repose sur une modalité de financement en fonction des résultats et met en œuvre le projet HANSA. Ce projet, financé conjointement par la Banque mondiale et le ministère australien des Affaires étrangères et du Commerce vise à améliorer l'accès aux services de santé et de nutrition

La Thaïlande et le Viet Nam figurent parmi les pays où les taux de tuberculose sont les plus élevés au monde. La Thaïlande fait partie des 30 pays où les charges de morbidité de la tuberculose et de la co-infection tuberculose-VIH sont les plus élevées, tandis que le Viet Nam fait partie des 30 pays où les charges de morbidité de la tuberculose et de la tuberculose multirésistante/résistante à la rifampicine sont les plus élevées au niveau mondial⁸.

Les trois pays ont atteint et dépassé le troisième 95 %⁹ des cibles de l'ONUSIDA. Toutefois, des écarts notables ont été constatés avec les deux premiers 95 %, en particulier en République démocratique populaire lao qui présente une cascade de 76-77-99¹⁰. Bien que ce pays ait enregistré le nombre le plus faible de nouvelles infections à VIH, ce chiffre a stagné au cours des trois dernières années (2020-2022). Alors que la Thaïlande a déclaré le plus grand nombre de nouvelles infections parmi les trois pays, avec 9 200 en 2022 (incidence de 0,27 pour 1 000 habitants), ce chiffre a connu une baisse progressive similaire à celle enregistrée au Viet Nam¹¹.

Données sur les pays ¹²	Viet Nam	Thaïlande	République démocratique populaire lao
Population	104,8 millions (2023)	69,8 millions (2023)	7,9 millions (2023)
PIB	1 000 milliards \$US (2021)	1 200 milliards \$US (2021)	58,3 milliards \$US (2021)
Indice de perception de la corruption	77 ^e sur 180 (2022)	101 ^e sur 180 (2022)	126 ^e sur 180 (2022)
Indice PNUD de développement humain	115 ^e sur 191 (2021)	66 ^e sur 191 (2021)	140 ^e sur 191 (2021)

⁷ Tableaux du paysage du financement – Demande de financement au titre du NFM 3.

⁸ [Listes mondiales de l'OMS des pays à forte charge de tuberculose, de co-infection tuberculose-VIH et de tuberculose multirésistante/résistante à la rifampicine, 2021-2025](#). Consulté en octobre 2022.

⁹ Le premier 95 % désigne les personnes vivant avec le VIH et qui connaissent leur statut sérologique, le deuxième 95 % désigne les personnes qui savent qu'elles vivent avec le VIH et suivent un traitement antirétroviral qui leur sauve la vie, et le troisième 95 % désigne les personnes sous traitement dont la charge virale est indétectable.

¹⁰ <https://aidsinfo.unaids.org/> Consulté en février 2024.

¹¹ Voir la note de bas de page 3.

¹² [CIA FactBook, Indice de développement humain du PNUD, Indice Transparency de perception de la corruption, Indice d'inégalité de genre](#), <https://data.worldbank.org/country/viet-nam>, <https://data.worldbank.org/country/Thailand>.¹² Consulté en octobre 2023.

Dépenses publiques de santé (% du PIB en 2019) 4,7 % (2020)

4,4 % (2020)

2,7 % (2020)

2.2 Situation du COVID-19

Ayant enregistré 11,6 millions de cas d'infection et 43 000 décès, le Viet Nam est classé 13^e sur 231 pays et territoires, tout en ayant un taux d'infections de 117 000 cas pour un million d'habitants. Quatre vagues épidémiques se sont succédé et le pic a été atteint entre 2021 et 2022.

La Thaïlande a été le premier pays à déclarer un cas en dehors de la Chine, le 13 janvier 2020. Au 2 avril 2022, le pays avait déclaré un total de 3,6 millions de cas confirmés et 25 000 décès dus à la maladie. La Thaïlande est actuellement classée quatrième pour le nombre de cas en Asie du Sud-Est, derrière le Viet Nam, l'Indonésie et la Malaisie.

Statistiques du COVID-19	Viet Nam	Thaïlande	République démocratique populaire lao
Cas confirmés	11 624 000	4 758 125	218 891
Décès	43 206	34 487	671

2.3 Subventions du Fonds Mondial au Viet Nam, à la Thaïlande et à la République démocratique populaire lao

Depuis 2002, le Fonds mondial a signé des subventions d'un montant de plus de 1,43 milliard de dollars US et décaissé plus de 1,40 milliard de dollars US au profit du Viet Nam, de la Thaïlande et de la République démocratique populaire lao¹³. Les subventions actives pour les trois pays totalisent 261 millions de dollars US pour la période d'allocation de janvier 2021 à décembre 2023 – dont 89 % (233 millions de dollars US) ont été décaissés¹⁴.

Au Viet Nam, l'Autorité vietnamienne de lutte contre le VIH/sida (VAAC) et l'Union vietnamienne des associations scientifiques et technologiques (VUSTA) sont les bénéficiaires principaux des subventions VIH, tandis que l'Hôpital national du poumon du Viet Nam est le bénéficiaire principal des subventions tuberculose du Fonds mondial. En Thaïlande, le département du contrôle des maladies (DDC) – pour le compte du ministère de la Santé – et la Raks Thai Foundation (RTF) sont les bénéficiaires principaux chargés de la mise en œuvre des subventions combinées tuberculose/VIH du Fonds mondial. En République démocratique populaire lao, le ministère de la Santé est le bénéficiaire principal chargé de la mise en œuvre d'une subvention combinée tuberculose/VIH du Fonds mondial.

¹³ Explorateur de données du Fonds mondial – consulté le 9 novembre 2023.

¹⁴ Données du Système de gestion des subventions (GOS) – consulté le 9 novembre 2023.

2.4 Les deux maladies



Viet Nam ¹⁵	Thaïlande	République démocratique populaire lao
<p>250 000 personnes vivaient avec le VIH en 2022 – dont 89 % connaissaient leur statut sérologique et étaient sous traitement¹⁶.</p> <p>Le nombre annuel de cas a chuté de 13 000 en 2012 à 6 200 en 2022. Les décès dus au sida ont diminué de 5 800 en 2012 à 4 100 en 2022.</p> <p>Le nombre de personnes sous traitement antirétroviral a augmenté de 35 % en 2010 à 81 % en 2022.</p> <p>L'épidémie reste concentrée parmi trois groupes de populations clés : prévalence de 13 % chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en 2020, prévalence de 13 % chez les consommateurs de drogues injectables en 2019, et prévalence de 3 % chez les travailleuses du sexe en 2020, selon le dernier cycle de surveillance sentinelle du VIH.⁹</p> <p>Diminution régulière de l'incidence de la tuberculose au cours des 10 dernières années, de 231/100 000 en 2010 à 173/100 000 en 2021. Toutefois, ce chiffre a recommencé à augmenter, de 171/100 000 en 2020 à 173/100 000 en 2021.¹⁷</p> <p>Entre 2019 et 2020, le taux de notification des cas s'est établi à 60 % en moyenne. Les cas notifiés ont diminué en 2021 pour revenir à 47 % en raison de la pandémie de COVID-19, mais ont de nouveau augmenté en 2022</p>	<p>560 000 personnes vivaient avec le VIH en 2022 – dont 90 % connaissaient leur statut sérologique et étaient sous traitement¹⁸.</p> <p>Le nombre annuel de cas a chuté de 17 000 en 2012 à 9 200 en 2022. Les décès dus au sida ont diminué de 31 000 en 2010 à 11 000 en 2022.</p> <p>Le nombre de personnes sous traitement antirétroviral a augmenté de 41 % en 2012 à 90 % en 2022.</p> <p>Les nouvelles infections sont fortement concentrées parmi les membres les plus jeunes des populations clés, avec une majorité significative parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui représentent plus de 61 % de l'ensemble des infections à l'échelle nationale en 2021.</p> <p>Diminution régulière de l'incidence de la tuberculose au cours des 10 dernières années, de 181/100 000 en 2010 à 143/100 000 en 2021. Le dernier plan stratégique national a pour objectif de réduire l'incidence de la tuberculose à 130/100 000 habitants en 2025 et l'objectif du Fonds mondial est d'éradiquer la tuberculose en tant qu'épidémie d'ici à 2030.</p> <p>La Thaïlande affichait un total de 71 488/103 000 nouveaux patients tuberculeux/rechutes de tuberculose chez les patients</p>	<p>17 000 personnes vivaient avec le VIH en 2022 – dont 76 % connaissaient leur statut sérologique et étaient sous traitement.</p> <p>Diminution de 10 % des nouvelles infections annuelles de 1 100 en 2012 à 1 000 en 2018, puis stagnation à 1 000 nouvelles infections depuis 2022.</p> <p>Les décès liés au sida sont restés stables au cours de la dernière décennie, avec 500 décès par an entre 2012 et 2022.</p> <p>Le nombre de personnes sous traitement antirétroviral a augmenté de 35 % en 2010 à 77 % en 2022.</p> <p>En 2022, sur le nombre estimé de 838 nouvelles infections à VIH, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en représentent la majorité (33 %), alors que les travailleuses du sexe, les personnes transgenres et les consommateurs de drogues injectables représentent ensemble 8 % de tous les nouveaux cas.</p> <p>Le taux estimé d'incidence de la tuberculose en République démocratique populaire lao a régulièrement diminué entre 2000 et 2021,</p>

¹⁵ Sources des données pour le Viet Nam, la Thaïlande et la République démocratique populaire lao (sauf indication contraire) : Programme mondial de lutte contre la tuberculose, OMS. <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme-Oct-2023>, Données mondiales sur l'épidémiologie du VIH et la riposte ONUSIDA <https://aidsinfo.unaids.org/> – consultées en février 2024.

¹⁶ <https://aidsinfo.unaids.org/> Consulté en février 2024.

¹⁷ Rapport sur la tuberculose dans le monde, 2022, <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2022/tb-disease-burden/2-2-tb-mortality> – consulté en octobre 2023.

¹⁸ Voir la note de bas de page 9.

<p>pour atteindre 60 % (103/173 pour 100 000 cas).</p> <p>Le taux de mortalité s'est réduit depuis 2010, reculant de 20 000 pour 100 000 habitants à 11 880 en 2021.</p>	<p>inscrits à un traitement en 2021, ce qui représente un taux de couverture de 70 %¹⁹.</p> <p>Le taux de mortalité a diminué lentement, demeurant relativement stable autour de 14 pour 100 000 habitants entre 2007 et 2021²⁰.</p>	<p>revenant de 330 à 143 cas pour 100 000 habitants²¹.</p> <p>Le nombre de cas de tuberculose notifiés au niveau national en République démocratique populaire lao était de 83 pour 100 000 en 2021, meilleur que pour les deux autres pays.</p> <p>Le taux de couverture du traitement préventif de la tuberculose s'est détérioré, revenant de 75 % en 2017 à 19,6 % en 2021.</p>
---	---	---

¹⁹ Voir la note de bas de page 10.









²⁰ Voir la note de bas de page 9.

²¹ Voir la note de bas de page 10.

3. Aperçu du risque et de la performance du portefeuille

3.1 Performance du portefeuille

Allocation NFM 3 (2020-2022)

<u>Compo sante</u>	<u>Subvention</u>	<u>Réциpiendaire principal</u>	<u>Total signé (millions \$US)</u>	<u>Décaissements²² (millions \$US)</u>	<u>(%)</u>	<u>Déc. 2021</u>	<u>Juin²³ 2022</u>	<u>Déc. 2022</u>
	VNM-H-VAAC (Viet Nam)	Ministère de la Santé	61	54	90 %	A1	A4	A3
	VNM-H-VUSTA (Viet Nam)	Union vietnamienne des associations scientifiques et technologiques (VUSTA)	7	7	100 %	A3	A2	A1
	VNM-T-NTP (Viet Nam)	Ministère de la Santé	94	84	89 %	C5	C5	C5
 	LAO-C-MOH (République démocratique populaire lao)	Ministère de la Santé	22	12,3	56 %	A5		A5
					<u>(%)</u>	<u>Sept. 2021</u>	<u>Mars 2022</u>	<u>Sept. 2022</u>
	THA-C-DDC (Thaïlande)	Département du contrôle des maladies (DDC)	39	34	87 %	B1	C5	C5
 	THA-C-RTF (Thaïlande)	Raks Thai Foundation (RTF)	39	34	89 %	B2	C3	C3
TOTAL			261	233	89 %			

Le Fonds mondial a mis à jour la méthodologie²⁴ de notation des performances des rapports RA/DD, les performances programmatiques étant évaluées par des notations alphabétiques tandis que les performances financières sont évaluées par des notations numériques.

²² Les montants signés/décaissés pour le portefeuille ci-dessous/supra sont basés sur le total des fonds traités pour la période de mise en œuvre 2020-2022 au 15 décembre 2022, par rapport aux montants totaux signés.

²³ Le cycle de communication de l'information pour la Thaïlande et le Viet Nam est semestriel, tandis qu'il est annuel pour la République démocratique populaire lao dans la mesure où il s'agit d'un pays ciblé.

²⁴ [Rapports RA/DD et notations de performance révisés](#) (2022) (consulté le 9 novembre 2023).

3.2 Appétence au risque

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 les portefeuilles du Viet Nam et de la Thaïlande avec le risque résiduel qui existe selon l'évaluation du BIG, qui définit les risques en fonction des constatations spécifiques de l'audit. En tant que pays ciblé, la République démocratique populaire lao ne fait pas l'objet d'une évaluation des risques par le Secrétariat.

Pays	Domaine d'audit	Catégorie de risque	Niveau global de risque évalué par le Secrétariat	Niveau résiduel évalué sur la base des résultats de l'audit	Constats concernés de l'audit
Viet Nam	Qualité des programmes	Qualité du programme de lutte contre le VIH	Modéré	Modéré	4.1, 4.3
		Qualité du programme de lutte contre la tuberculose	Faible	Modéré	4.2, 4.3
Thaïlande	Qualité des programmes	Qualité du programme de lutte contre le VIH	Faible	Modéré	4.1, 4.3
		Qualité du programme de lutte contre la tuberculose	Faible	Modéré	4.2, 4.3
Viet Nam	Financement de la santé	Cofinancement et pérennité	Non évalué ²⁵	Modéré	4.4
Thaïlande	Financement de la santé	Cofinancement et pérennité	Non évalué	Modéré	4.4

²⁵ Le facteur de financement de la santé a été ajouté à la liste des risques en 2021, après une évaluation initiale des risques en 2020.

4. Constats d'audit

4.1 La prévention du VIH parmi les populations clés et l'orientation vers le traitement antirétroviral doivent être améliorées pour mettre fin à l'épidémie d'ici à 2030

Des progrès considérables ont été accomplis au niveau de la réduction de l'incidence et de la prévalence du VIH parmi la population générale. Toutefois, la prévalence élevée et croissante parmi des groupes spécifiques de populations clés et des insuffisances notables dans l'accès au traitement peuvent avoir un impact sur les acquis.

La Thaïlande, le Viet Nam et la République démocratique populaire lao offrent à leurs citoyens des programmes de couverture sanitaire universelle, y compris pour les soins et les traitements médicaux ainsi que les soins d'urgence. Les organisations à assise communautaire sont également impliquées dans la fourniture d'ensembles essentiels de services de prévention du VIH destinés aux populations clés. En Thaïlande, certaines de ces organisations communautaires proposent des dépistages et des traitements à l'échelon local pour l'hépatite virale, l'infection tuberculeuse latente, les infections sexuellement transmissibles et le dépistage du VIH à l'aide de tests salivaires qui aident grandement les programmes nationaux dans la détection et le traitement des patients atteints de tuberculose et de VIH.

Entre 2012 et 2022, la Thaïlande, le Viet Nam et la République démocratique populaire lao ont réduit l'incidence du VIH de 46 %, 52 % et 9 % respectivement, et augmenté le nombre de personnes vivant avec le VIH mises sous traitement antirétroviral²⁶. Les décès de personnes vivant avec le VIH ont diminué de 65 % et 29 % en Thaïlande et au Viet Nam, ce qui illustre les efforts accrus engagés pour fournir un traitement essentiel à ceux qui en ont besoin²⁷. Malgré les progrès accomplis, les difficultés rencontrées en matière de prévention et de dépistage du VIH parmi les populations clés et vulnérables, ainsi que le caractère sous-optimal de l'orientation vers le traitement antirétroviral, entravent les efforts qui visent à mettre fin aux épidémies de VIH et de tuberculose d'ici à 2030.

Problèmes liés aux programmes de prévention et de dépistage du VIH parmi les populations clés et vulnérables

L'augmentation de la prévalence au sein de groupes spécifiques de populations clés pourrait menacer les progrès accomplis dans la réduction de la prévalence du VIH parmi la population générale. Le spectre du modèle AEM (AIDS Epidemic Model) 2022 de la Thaïlande²⁸ a révisé l'estimation des nouvelles infections au sein des populations clés, qui est passée de 6 056 à 9 271. Au Viet Nam, la prévalence chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes a progressé de 2 % en 2012 à 12 % en 2022. En République démocratique populaire lao, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes représentent 33 % des 1 000 nouveaux cas de VIH estimés. L'augmentation de l'incidence parmi les populations clés entrave les progrès vers le contrôle de l'épidémie de VIH. Les objectifs clés du cycle de subvention 5 (CS5) n'ont pas été atteints et les pays ne sont pas en bonne voie pour atteindre les objectifs des subventions du CS6. Les facteurs suivants ont contribué aux difficultés rencontrées en matière de prévention et de dépistage du VIH :

²⁶ Augmentation de 41 % à 90 %, 35 % à 81 %, 29 % à 58 % en Thaïlande, au Viet Nam et en République démocratique populaire lao, respectivement.

²⁷ <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries>.

²⁸ Le modèle AEM a été élaboré pour les épidémies concentrées d'Asie. Il s'agit d'un modèle structuré de gestion du risque bâti autour des populations clés.

- *Couverture limitée des programmes de prévention pour certaines populations clés* : En Thaïlande, les travailleuses du sexe²⁹ bénéficient à travers le pays de la couverture sanitaire universelle de l'Office national de sécurité sanitaire – ce qui offre une couverture de prévention de 82 % en 2022, contre 90 % au Viet Nam et 37 % en République démocratique populaire lao. La couverture de la prévention destinée aux populations clés à plus forte prévalence, comme les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, est faible dans les trois pays, allant de 30 % au Viet Nam à 49 % en Thaïlande. Au Viet Nam, les activités de prévention ciblant les populations clés n'ont eu lieu que dans 15 des 33 provinces durant le CS6 et dans 17 des 33 provinces durant le CS7, en raison de ressources limitées.
- *Des interventions ciblées inadéquates pour les membres les plus jeunes des populations clés et une faible utilisation du préservatif* : On observe une concentration élevée de nouvelles infections parmi les membres les plus jeunes des populations clés, ce qui indique la nécessité d'accroître le ciblage différencié de la prévention. Au Viet Nam, un quart des femmes transgenres ont eu des rapports sexuels monnayés avec des hommes au cours des 30 derniers jours, et environ 40 % d'entre elles ont déclaré avoir consommé des stimulants de type amphétamine, ce qui peut conduire à des comportements moins sûrs qui augmentent le risque de transmission du VIH. La disponibilité et l'accessibilité de préservatifs et de lubrifiants gratuits sont limitées, et leurs coûts sont en grande partie à la charge des intéressés. L'utilisation de préservatifs parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes varie de 78 % en Thaïlande à 35 % en République démocratique populaire lao, tandis que l'utilisation de préservatifs par les consommateurs de drogues injectables est de 40 % en Thaïlande et de 52 % au Viet Nam.
- *L'insuffisance des estimations de taille des populations clés et le manque de fiabilité des données affectent la définition des cibles à atteindre pour ces populations* : dans les trois pays, la cartographie locale et les estimations de taille font défaut dans la plupart des lieux, ce qui empêche une définition précise des cibles. En outre, les divergences de données entre les différents documents des plans stratégiques et opérationnels (notamment la taille de la population, la couverture de la prévention, l'incidence, etc.) limitent la capacité à élaborer une stratégie fiable³⁰.
- *Contraintes financières* : Alors que les ressources allouées aux programmes de prévention représentent 14 % du budget total consacré à la lutte contre le VIH en Thaïlande, seuls 4 % ont été attribués aux interventions de prévention auprès des populations clés qui représentent pourtant plus de 60 % des nouveaux cas. Au Viet Nam, les ressources allouées à la prévention du VIH parmi les populations clés sont insuffisantes en raison à la fois de ressources limitées et de priorités concurrentes.

Orientation sous-optimale vers le traitement antirétroviral

Le pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui recevaient un traitement antirétroviral en 2022 a atteint 90 % en Thaïlande, 81 % au Viet Nam et 77 % en République démocratique populaire lao, par rapport à l'objectif de 95 % fixé par l'ONUSIDA pour 2025. L'insuffisance de ces taux de traitement est surtout imputable à des retards dans l'application de la politique de mise sous

²⁹ Les estimations de la taille de la population dans le plan stratégique 2017-30 font état de 132 000 travailleuses du sexe alors que le spectre du modèle AEM de 2023 n'en estime que 67 005. Après le COVID-19, le commerce du sexe en dehors des lieux de rencontre aurait augmenté (selon des organisations de la société civile basées sur le terrain).

³⁰ Selon l'examen du programme national thaïlandais de lutte contre le sida 2022, la couverture globale de la prévention du VIH parmi les populations clés variait entre 82 % pour les travailleuses du sexe, 50 % pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et 32 % pour les consommateurs de drogues injectables. Parallèlement, le plan opérationnel pour mettre fin au sida en Thaïlande 2023-2026 fait état de données différentes pour les travailleuses du sexe (23 %), les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (64,8 %) et les consommateurs de drogues injectables (23,5 %), ce qui révèle d'énormes divergences dans les données au niveau national.

traitement antirétroviral le jour même du dépistage³¹. En Thaïlande, en 2022, près de 39 % des personnes vivant avec le VIH avaient commencé un traitement antirétroviral plus de 28 jours après leur dépistage³² et le taux de mise sous traitement le jour même du dépistage s'établissait à 28 %. La même année, en République démocratique populaire lao, le taux de mise sous traitement le jour même du dépistage était de 22 %.

En Thaïlande, la stigmatisation, la peur des effets secondaires et les préoccupations liées à l'assurance-maladie sont citées comme certaines causes de ces retards. Les structures de santé ne prennent pas l'initiative de programmer la mise sous traitement antirétroviral le jour même du dépistage, car les cliniciens expriment des inquiétudes concernant les traitements antirétroviraux pour les personnes dont le taux de CD4 est faible. En République démocratique populaire lao, des difficultés d'accès persistent, les sites de traitement antirétroviral étant limités en nombre et principalement concentrés dans les hôpitaux centraux et provinciaux. Dans ce pays, il n'y a pratiquement aucun lien entre les organisations communautaires et les indicateurs de traitement, ce qui rend difficile l'évaluation de leur contribution. Le projet HANSA 2 du CS7 inclut la distribution de médicaments sur plusieurs mois pour les personnes sous traitement antirétroviral dans les dispensaires communautaires, ainsi que des visites à domicile et un soutien psychosocial pour les familles des personnes vivant avec le VIH.

Au Viet Nam, le taux d'adoption du traitement antirétroviral chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes est passé de 21 % en 2020 à 32 % en 2022, mais reste loin de la cible de 90 %. Auparavant, le traitement antirétroviral n'était disponible que de façon centralisée au niveau national et à l'échelon des provinces, ce qui rendait l'accès au traitement difficile pour certaines personnes.

Conséquence du manque de structures de proximité, en 2022, les décès d'adultes et d'enfants imputables au VIH en Thaïlande, au Viet Nam et en République démocratique populaire lao se sont respectivement établis à 11 000, 4 100 et 500. En Thaïlande, 32 % des personnes vivant avec le VIH et décédées du sida en 2021 n'avaient jamais bénéficié d'un traitement antirétroviral.

Pour la Thaïlande et le Viet Nam, le Secrétariat du Fonds mondial s'attaque aux risques soulevés dans le cadre des subventions du CS7. Le Secrétariat accorde la priorité à l'utilisation la plus efficace possible des fonds disponibles et a donc accepté le risque de ne pas investir de fonds de subvention dans les enquêtes biocomportementales intégrées (IBBS) pour la République démocratique populaire lao dans le cadre du CS7.

³¹ L'OMS recommande de mettre les personnes sous traitement antirétroviral le jour même où elles sont diagnostiquées séropositives et prêtes à commencer le traitement.

³² Dépistage du VIH – Examen du programme national thaïlandais de lutte contre le sida, page 29.

4.2 Le faible taux de recherche des cas de tuberculose empêche les pays d'atteindre les cibles nationales et des subventions

Malgré la baisse constante de l'incidence de la tuberculose et de la mortalité due à cette maladie au cours de la dernière décennie, le Viet Nam et la Thaïlande continuent de figurer parmi les 30 pays où la charge de la tuberculose est la plus élevée au monde. Le dépistage communautaire limité de la tuberculose et la sous-utilisation des plateformes GeneXpert affectent la capacité de ces pays à contrôler l'épidémie de tuberculose.

L'incidence de la tuberculose a régulièrement diminué dans les trois pays au cours de la dernière décennie. Entre 2010 et 2021, la Thaïlande, le Viet Nam et la République démocratique populaire lao ont réduit l'incidence de la tuberculose de 21 %, 25 % et 35 % respectivement, tandis que les décès ont diminué de 31 %, 36 % et 49 %³³.

Les trois pays ont mis en place des politiques nationales de lutte contre la tuberculose afin de coordonner la prévention, le diagnostic et le traitement de la maladie. Ils disposent d'analyses détaillées de la lutte contre la tuberculose à mi-parcours et d'une initiative de démarche mixte public-privé³⁴ efficace. Celle-ci garantit que les patients chez qui la tuberculose a été diagnostiquée dans des cliniques privées ou dans des contextes non tuberculeux sont notifiés au système national pour recevoir les soins appropriés. Au Viet Nam, les taux de succès thérapeutique contre la tuberculose pharmacosensible et la tuberculose pharmacorésistante se sont améliorés grâce à l'utilisation de schémas thérapeutiques plus courts. Pour renforcer la détection de la tuberculose après la pandémie de COVID-19, un outil de dépistage de la tuberculose utilisant des codes QR a été mis au point. Dans le cadre de ce dispositif, les personnes peuvent scanner un code QR pour effectuer un autodépistage des risques de tuberculose et sont encouragées à se rendre dans l'établissement médical le plus proche pour un examen et une détection précoces de cette maladie.

Malgré les progrès accomplis, la Thaïlande et le Viet Nam restent parmi les 30 pays où la charge de la tuberculose est élevée avec une baisse des notifications des cas de tuberculose imputable à des difficultés à localiser les cas de tuberculose et de tuberculose multirésistante manquants. En 2022 et par rapport à l'objectif de 90 % de taux de détection des cas³⁵ pour toutes les formes de tuberculose en Thaïlande et au Viet Nam, les chiffres étaient de 65 % et 59 %, respectivement. Cela signifie que moins de cas sont notifiés et moins de personnes mises sous traitement. Par conséquent, l'objectif de réduire l'incidence de la tuberculose de 171 cas pour 100 000 habitants en 2014 à 88 en 2021 en Thaïlande n'a pas été atteint. L'incidence s'établit désormais à 143 et l'indicateur de notification des cas de tuberculose multirésistante / résistante à la rifampicine se situe à 46 %. L'objectif du Viet Nam était de réduire l'incidence de la tuberculose de 182 cas pour 100 000 habitants en 2018 à 131 en 2020. Cependant, l'incidence en 2022 était de 173 cas. Du fait de retards dans la mise sous traitement des cas de tuberculose, le nombre de décès dans le mois suivant la mise sous traitement contre cette maladie demeure obstinément élevé en République démocratique populaire lao (68 % en 2021 et 73 % en 2022)³⁶.

En plus des difficultés occasionnées par la pandémie de COVID-19 – qui ont entravé les efforts de notification des cas, les facteurs ayant contribué aux problèmes de détection des cas de tuberculose sont notamment la sous-utilisation des organisations communautaires dans la recherche des

³³ www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme – consulté le 15 novembre 2023.

³⁴ Voir la note de bas de page 1.

³⁵ La détection des cas signifie que la tuberculose est diagnostiquée chez un patient, fait l'objet d'un rapport dans le cadre du système de surveillance national et donne ensuite lieu à un traitement.

³⁶ Estimation de la qualité des données dans le DHIS2 (2019-2022).

contacts, la sous-utilisation des machines GeneXpert, les difficultés à tirer parti de la démarche mixte public-privé, l'absence d'enquêtes de prévalence récentes pour orienter les stratégies.

- Sous-utilisation des organisations communautaires dans la recherche des contacts : Au Viet Nam, les pratiques varient considérablement d'un établissement à l'autre. Si certains, comme l'hôpital du district de Thoi Lai, ont mis en place des politiques et des formations pour la recherche des contacts, d'autres, comme l'hôpital général de Can Tho, ne pratiquent pas la recherche des contacts de manière systématique. Le canal d'échange d'informations entre les responsables des politiques au niveau national et les agents de santé communautaires est inadéquat. Il est de ce fait difficile de s'attaquer rapidement aux problèmes qui se posent à l'échelon périphérique. Les mécanismes de contrôle et d'assurance qualité du dépistage sont faibles ou inexistants dans certaines zones, ce qui fait que les résultats (cruciaux pour une prévention efficace de la tuberculose) ne sont pas fiables.

En Thaïlande, la recherche des contacts est effectuée par des agents de santé communautaires, des travailleurs sociaux et des bénévoles de la santé villageois dans certaines provinces. Cependant, le million de bénévoles de la santé villageois qui peuvent jouer un rôle potentiel dans la lutte contre la tuberculose – notamment en soutenant une création de la demande de dépistage de la tuberculose parmi les zones suburbaines et les bidonvilles, les populations isolées, les zones d'accueil des migrants et d'autres groupes à risque – n'est pas mis à contribution. La recherche des contacts parmi les migrants sans papiers est entièrement financée par le Fonds mondial et la contribution à la notification des cas de tuberculose a été de 59 %³⁷ chez les migrants.

En République démocratique populaire lao, le personnel des structures de santé ne dispose pas des capacités nécessaires³⁸ pour effectuer un dépistage systématique de la tuberculose parmi les contacts familiaux. Cela a contribué aux cas manquants et à un retard de diagnostic, ce qui fait que les patients sont mis sous traitement à un stade avancé de la maladie. Ces difficultés sont imputables à la surcharge de travail du personnel de santé, à l'absence d'outils normalisés ou de directives sur la recherche des contacts, à une formation et une supervision inadéquates, ainsi qu'à des ressources limitées allouées à la recherche des contacts.

- Difficultés à tirer parti de la démarche mixte public-privé³⁹ : L'occasion manquée de tirer parti de la démarche mixte public-privé pour la collaboration au Viet Nam se traduit par des soins fragmentés. La plupart des structures privées impliquées à l'échelon périphérique proposent des tests de dépistage symptomatique de la tuberculose, mais pas de tests de diagnostic de la maladie tels que la radiographie et l'examen GeneXpert, ce qui limite une approche plus globale et intégrée de la lutte contre la tuberculose. Cette situation tient principalement à l'absence de directives ou de stratégies claires sur la manière d'intégrer efficacement la démarche mixte public-privé dans les efforts de lutte contre la tuberculose. En Thaïlande, la collaboration avec le secteur privé en matière de notification des cas de tuberculose est régie par la loi. Celle-ci impose aux prestataires de services privés de notifier les cas de tuberculose au ministère de la Santé. Il n'existe toutefois aucun mécanisme pour suivre le respect de cette obligation, ce qui explique le faible taux de notification des cas par les prestataires du secteur privé.
- Utilisation limitée des machines GeneXpert du fait de retards dans leur déploiement : Au Viet Nam, le programme de lutte contre la tuberculose utilise l'approche dite « Stratégie 2X » dans le

³⁷ Dernier chiffre déclaré en mars 2023.

³⁸ Évaluation des investissements du Fonds mondial dans le cadre du projet d'accès aux services de santé et de nutrition, décembre 2022.

³⁹ Voir la note de bas de page 1.

cadre de laquelle la radiographie pulmonaire constitue la première indication de la tuberculose, suivie du dépistage GeneXpert. Cette stratégie est très efficace pour détecter la tuberculose active et latente dans les communautés et les structures de santé. Les machines GeneXpert sont sous-utilisées dans les centres de diagnostic aux points de service. Alors qu'un total de 180 modules ont été remplacés au cours des dix premiers mois de l'année 2022, des problèmes de distribution se sont posés par la suite. On a, par exemple, observé un retard pour huit des 38 machines Truenat⁴⁰. Par ailleurs, 30 des 98 machines GeneXpert étaient toujours dans les entrepôts du programme national de lutte contre la tuberculose et n'avaient pas encore été distribuées aux unités.

En Thaïlande, le déploiement tardif et hypothétique des machines GeneXpert a entraîné une utilisation sous-optimale, 54 machines prévues pour 2023 n'ayant pas encore été installées. Le remboursement par l'Office national de sécurité sanitaire des dépistages GeneXpert dans les structures de santé est inférieur au coût du dépistage, ce qui a un effet dissuasif pour l'intensification des dépistages GeneXpert auprès d'un plus grand nombre de cas présumés de tuberculose et l'augmentation des notifications de tuberculose.

Le Secrétariat du Fonds mondial n'a pas souhaité prendre de mesure de gestion convenue pour ce constat d'audit. En préparation des candidatures pour le CS7, des examens conjoints des programmes de lutte contre la tuberculose ont été menés dans les trois pays et les interventions visant à améliorer la recherche des cas de tuberculose ont été classées comme prioritaires dans le cadre du CS7. L'utilisation de la radiographie thoracique⁴¹ pour le dépistage de la tuberculose, le test de dépistage rapide recommandé par l'OMS pour le diagnostic initial, la démarche mixte public-privé et les programmes communautaires ont été priorisés en fonction du contexte du pays. Le Comité technique d'examen des propositions et le Comité d'approbation des subventions du Fonds mondial ont accepté les interventions prioritaires et approuvé les trois demandes de financement en 2023.

⁴⁰ Truenat® MTB-RIF Dx. Test PCR en temps réel basé sur des puces électroniques pour la tuberculose due à une souche *Mycobacterium tuberculosis* résistante à la rifampicine.

⁴¹ La radiographie thoracique est un outil sensible permettant le dépistage de la tuberculose active.

4.3 L'intensification de la collaboration entre les programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose et du traitement préventif de la tuberculose sont nécessaires pour réduire la charge de ces deux maladies parmi les personnes exposées au risque d'infection ou affectées par celles-ci

La Thaïlande reste l'un des 30 pays où la co-infection tuberculose/VIH est la plus élevée au monde. Le caractère limité de la collaboration entre les programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH et de l'intensification du traitement préventif de la tuberculose affecte la capacité des pays à contrôler la pandémie de tuberculose.

La réduction de la morbidité et de la mortalité dues à la co-infection tuberculose/VIH nécessite une collaboration étroite entre les services de prise en charge de la tuberculose et du VIH à tous les niveaux, avec des modèles de soins intégrés centrés sur la personne⁴². L'incapacité à mettre en œuvre les mécanismes de prestation de services intégrés de prise en charge de la tuberculose et du VIH, et les difficultés rencontrées dans l'intensification du traitement préventif de la tuberculose entravent l'amélioration de la collaboration entre les programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH.

Nécessité d'une meilleure collaboration entre les activités de lutte contre la tuberculose et le VIH pour atteindre l'impact escompté

La Thaïlande continue de figurer sur la liste mondiale des 30 pays où la charge des co-infections tuberculose/VIH est élevée⁴³. L'OMS a établi une politique d'orientation concernant les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH afin d'aider les pays à alléger la double charge qui pèse sur les populations exposées au risque d'infection ou affectées par ces deux maladies. Ces activités conjointes incluent :

- une mise en place et un renforcement des mécanismes de prestation de services intégrés de lutte contre la tuberculose et le VIH,
- une réduction de la charge de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH en commençant une mise sous traitement antirétroviral précoce, et
- une réduction de la charge du VIH chez les patients atteints de tuberculose (présumée ou diagnostiquée).

Des insuffisances dans ces trois domaines ont été constatées dans les trois pays, comme indiqué ci-dessous :

- *Nécessité de renforcer les mécanismes de prestation de services intégrés de prise en charge de la tuberculose et du VIH* : En Thaïlande, un comité national d'intégration de la lutte contre la tuberculose/le VIH a été créé en 2016. Cependant, aucune preuve disponible n'atteste de la tenue de ces réunions de coordination. Au Viet Nam, la coordination entre les programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose n'est pas adéquate, ce qui se traduit par une sous-utilisation des budgets consacrés aux activités conjointes contre ces deux maladies. Certains postes budgétaires alloués à la riposte contre la tuberculose et le VIH n'ont pas été utilisés. Les services de prise en charge de la tuberculose et du VIH sont proposés dans des établissements distincts, ce qui entraîne un manque d'efficacité et des lacunes en matière de coordination.
- *Problèmes liés à la réduction de la charge de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH par une mise sous traitement antirétroviral précoce* : En Thaïlande, le dépistage du VIH chez

⁴² Article sur les activités conjointes de lutte contre la tuberculose/le VIH, European Respiratory Society, octobre 2020. <https://openres.ersjournals.com/content/erjor/7/1/00721-2020.full.pdf> – consulté le 2 décembre 2023.

⁴³ Rapport sur la tuberculose dans le monde de 2022, p. 41.

les patients atteints de tuberculose (présumée ou diagnostiquée) était de 88 % en 2021, tandis que le dépistage de la tuberculose latente chez les personnes vivant avec le VIH était de 14 % la même année. Aucune directive n'était disponible au Viet Nam pour l'intensification de la recherche des cas de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH, ce qui a entraîné un dépistage non systématique au sein de cette population. Au Viet Nam, l'adoption d'un traitement antirétroviral chez les personnes co-infectées par la tuberculose et le VIH était de 65 % en 2022, niveau inférieur à la cible optimale de 95 %.

- *Problèmes liés à la réduction de la charge du VIH chez les patients atteints de tuberculose présumée ou diagnostiquée* : Les méthodes existantes de suivi des données en cascade sur le dépistage, le diagnostic et le traitement de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH, sur le dépistage du VIH chez les patients tuberculeux, sur l'orientation des patients co-infectés par la tuberculose/le VIH et sur le traitement antirétroviral chez ces derniers sont inadéquates et ne sont pas normalisées en raison de ressources limitées. Dans certaines régions, les structures de santé ne sont pas pleinement informées ou formées aux nouveaux protocoles de traitement, ce qui entraîne un non-respect de ceux-ci.

Par conséquent, les indicateurs de performance relatifs au VIH et à la tuberculose ont affiché de faibles résultats en Thaïlande et au Viet Nam. En Thaïlande, le taux de mortalité des personnes séropositives au VIH et diagnostiquées tuberculeuses est d'environ 17 %⁴⁴. Au Viet Nam, le nombre estimé de personnes ayant développé une tuberculose et étant co-infectées par le VIH s'élevait à 5 600 en 2020, niveau inchangé depuis 2016.

Intensification limitée du traitement préventif de la tuberculose imputable à une promotion insuffisante de celui-ci et à des ressources limitées – ce qui affecte la lutte contre la tuberculose

Le traitement préventif de la tuberculose administré aux personnes présentant le risque le plus élevé de passer de l'infection tuberculeuse à la maladie reste essentiel pour atteindre les cibles mondiales de la stratégie de l'OMS de mettre fin à la tuberculose. Le Viet Nam a déclaré que près de 49 % des nouveaux patients atteints du VIH en 2020 ont reçu un traitement préventif de la tuberculose, tandis qu'en Thaïlande, l'adoption de ce traitement était de 4 % parmi les personnes vivant avec le VIH par rapport à l'objectif de 90 %.

En conséquence, l'objectif de réduire l'incidence de la tuberculose de 171 cas pour 100 000 habitants en 2014 à 88 en 2021 n'a pas été atteint. L'objectif du Viet Nam était de réduire l'incidence de la tuberculose de 182 cas pour 100 000 habitants en 2018 à 164 en 2021. Cependant, l'incidence en 2022 était de 173 cas. En République démocratique populaire lao, le nombre de décès dans le mois suivant la mise sous traitement contre la tuberculose est resté obstinément élevé (68 % en 2021 et 73 % en 2022)⁴⁵.

Les principaux obstacles au Viet Nam sont notamment la couverture sous-optimale du traitement préventif de la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH, ce qui est imputable à l'hésitation du personnel médical à fournir ce traitement en raison d'une promotion et d'une formation insuffisantes le concernant. Le plan stratégique national de lutte contre la tuberculose recommande l'enregistrement / la notification de toutes les personnes vivant avec le VIH soumises à un dépistage de la tuberculose lors de chaque visite et de veiller à ce que toutes les personnes éligibles reçoivent le traitement préventif de la tuberculose. Cependant, il n'existe pas de directives sur la tuberculose concernant le traitement préventif de cette maladie dans les établissements où le BIG s'est rendu.

⁴⁴ Rapport de la 6^e Mission conjointe internationale de suivi de la tuberculose, Thaïlande, 2022.

⁴⁵ Estimation de la qualité des données dans le DHIS2 (2019-2022).

La pandémie de COVID-19 a également eu un impact sur les efforts de mise en œuvre, ce qui a affecté l'intensification du traitement préventif de la tuberculose.

En Thaïlande, à octobre 2023, aucune formation sur le traitement préventif de la tuberculose chez les PVVIH n'avait été dispensée aux médecins qui fournissent/prescrivent le dépistage et le traitement préventif de la tuberculose. Le manque de confiance des prestataires de soins en ce qui concerne l'efficacité et l'innocuité du traitement préventif de la tuberculose et le risque de résistance à l'isoniazide entrave la prescription et l'adoption du traitement préventif de la tuberculose. La résistance des médecins à l'utilisation du traitement préventif de la tuberculose affecte également l'intensification de ce traitement dans le pays⁴⁶. Le ministère de la Santé publique a élaboré une nouvelle directive sur le traitement préventif de la tuberculose en 2023, mais celle-ci n'a pas encore été imprimée et diffusée auprès des praticiens.

Le Secrétariat du Fonds mondial n'a pas souhaité prendre de mesure de gestion convenue pour ce constat d'audit. Il reconnaît les performances insuffisantes en matière de gestion de la co-infection tuberculose/VIH, notamment en ce qui concerne l'intensification du traitement préventif de la tuberculose, identifiées dans le rapport d'audit. Compte tenu de la charge de la co-infection tuberculose/VIH dans ces trois pays et de la capacité limitée d'influer sur des mesures visant à renforcer la gestion conjointe de la co-infection tuberculose/VIH, le Secrétariat accepte le risque résiduel. Il accorde la priorité aux efforts de mise en œuvre des investissements approuvés au titre des subventions du CS7 pour rechercher les cas de tuberculose manquants et intensifier les programmes ciblés de prévention du VIH.

4.4 Amélioration nécessaire de la pérennité programmatique et financière des programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose dans les trois pays

Bien que la République démocratique populaire lao, la Thaïlande et le Viet Nam aient augmenté leurs dépenses publiques annuelles de cofinancement, au moment de l'audit, aucun des trois pays n'avait démontré qu'ils honoraient leurs obligations de cofinancement pour le CS6⁴⁷. Les trois pays demeurent confrontés à des difficultés dans la mise en œuvre de systèmes de santé équitables et centrés sur la personne, ce qui crée des obstacles à l'accès aux soins de santé.

Le Fonds mondial a établi des directives pour le cofinancement qui prévoient, pour les pays, des conditions fixées en fonction de leurs capacités économiques. Les gouvernements des trois pays financent en grande partie le traitement contre le VIH et la tuberculose avec le soutien du Fonds mondial. Les gouvernements de la Thaïlande et du Viet Nam sont les principaux investisseurs dans la lutte nationale contre la tuberculose puisqu'ils fournissent 63 % et 86 % des financements, devant le Fonds mondial qui apporte 14 % et 37 % des fonds, respectivement⁴⁸. Malgré les progrès accomplis, les difficultés liées à la mise en œuvre de systèmes de santé équitables et centrés sur la personne et l'incapacité à respecter les engagements de cofinancement font planer des risques pour la pérennité des programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH dans les trois pays.

⁴⁶ Examen du programme national de lutte contre le sida de la Thaïlande, 2022.

⁴⁷ Pour la Thaïlande, la date d'échéance pour que le gouvernement communique la performance du CS6 par rapport aux engagements est fixée au 31 mars 2024 (conformément à l'exigence liée à la subvention signée en décembre 2023).

⁴⁸ Tableaux du paysage du financement – Demande de financement au titre du NFM 3.

Les problèmes associés à une mise en œuvre de systèmes de santé centrés sur la personne affectent les perspectives de pérennité des programmes et la capacité à maximiser un accès équitable.

La Thaïlande réduit la stigmatisation et la discrimination parmi le personnel des structures de santé par le biais de diverses initiatives, y compris la mise en place d'un système de réponse aux crises pour traiter les réclamations en cas de stigmatisation et de discrimination. Pour renforcer la pérennité, le Viet Nam s'efforce d'inclure les services de prise en charge du VIH dans son assurance-maladie nationale, dans l'espoir de réduire la stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH. Le pays a étendu la couverture de l'assurance-maladie sociale aux services de prise en charge de la tuberculose.

Les ressources nationales des trois pays soutiennent les services cliniques, mais les services communautaires dépendent largement de financements extérieurs. Certaines interventions cruciales (p. ex, le diagnostic et le traitement de la co-infection tuberculose/VIH) ou certains groupes cibles (p. ex, les sans papiers, les apatrides et les réfugiés) dépendent en grande partie de financements externes ou de donateurs. L'assurance nationale thaïlandaise s'est engagée à financer des activités de prévention, mais peu d'organisations de la société civile sont en mesure d'accéder à ces fonds en raison des exigences administratives strictes du gouvernement⁴⁹.

La complexité des procédures d'inscription à l'assurance-maladie sociale et les exigences en matière d'identité nationale créent des obstacles à l'accès aux soins de santé au Viet Nam et en Thaïlande. La gratuité du diagnostic et du traitement de la tuberculose a été interrompue pour les personnes non assurées (15 % des personnes touchées) et les assurés doivent satisfaire à des exigences de copaiement pour accéder à des soins complets contre la tuberculose au Viet Nam. En République démocratique populaire lao, les paiements directs à la charge des patients pour obtenir des soins contre le VIH et la tuberculose s'élevaient à 29 % en 2021⁵⁰.

Ces obstacles structurels continuent d'entraver l'accès des groupes de populations clés aux services de santé. Par exemple, l'accès aux prestations de l'assurance-maladie sociale – comme les traitements antirétroviraux et les produits de prévention – nécessite souvent la présentation d'une carte d'identité, ce qui entrave l'accès des groupes de populations clés et des migrants sans papiers. En République démocratique populaire lao, l'absence de couverture du dépistage et du traitement de la tuberculose et du VIH par le Bureau national d'assurance-maladie, associée aux frais à la charge des patients et à une insuffisance de financement, entrave la pérennité des services de santé.

L'audit a également noté que la stigmatisation et la discrimination continuent de poser problème. Au Viet Nam, l'enquête Stigma Index⁵¹ de 2021 a révélé des lacunes critiques dans la mise en œuvre de mesures pour combattre la stigmatisation et la discrimination. Ces constatations n'ont toutefois pas été largement diffusées parmi les entités de mise en œuvre, y compris les prestataires de services et les structures de soins de santé visités lors de l'audit. Les programmes ne disposent pas des informations nécessaires pour élaborer et mettre en œuvre des stratégies inclusives qui répondent aux besoins évolutifs des groupes de populations clés en raison de l'obsolescence de l'enquête de surveillance biocomportementale. La criminalisation du commerce du sexe constitue aussi un obstacle à un accès facile aux programmes de prévention et de traitement du VIH dans les trois pays.

⁴⁹Au moins 70 % des travailleuses et travailleurs de proximité/agentes et agents de santé communautaires de la stratégie RRTTPR (atteindre, rencontrer, dépister, soigner, prévenir, fidéliser) dans chaque site ou organisation de mise en œuvre doivent être certifiés par le DAS, avec 50 heures de formation et une note de 80 %, avec revalidation tous les deux ans.

⁵⁰ Rapport sur le compte national de la santé – 2020/2021.

⁵¹ L'indice de stigmatisation devrait analyser la stigmatisation et la discrimination auxquelles sont actuellement confrontées les personnes vivant avec le VIH et déterminer les changements positifs et/ou négatifs – s'il y en a eu – intervenus ces dernières années.

L'incapacité à respecter les engagements de cofinancement a une incidence sur l'efficacité de la mise en œuvre des subventions

Les trois pays pourraient ne pas être en mesure d'accéder à la totalité de l'allocation du Fonds mondial s'ils ne démontrent pas qu'ils ont respecté l'augmentation requise du cofinancement prévue durant le CS5. Le non-respect des engagements de cofinancement accroît le déficit de financement et a un impact sur une mise en œuvre efficace des subventions et sur la capacité des pays à mettre en place une riposte prioritaire contre le VIH et la tuberculose.

L'absence de suivi formel et régulier des dépenses de cofinancement convenues avec les pays et le manque de communication de l'information les concernant a une incidence préjudiciable sur la réalisation des obligations de cofinancement. En Thaïlande, les dépenses consacrées au VIH sont tirées de l'évaluation des dépenses nationales relatives au sida qui n'est réalisée que tous les deux ans. Au Viet Nam et en République démocratique populaire lao, aucun plan défini n'a été élaboré concernant le décaissement de fonds de cofinancement en respect de l'engagement pris. Bien que les engagements de cofinancement soient exprimés en termes monétaires, il n'existe pas de lien clair entre les engagements financiers et les priorités programmatiques au Viet Nam, en raison de l'absence de chiffrage des engagements programmatiques.

Conformément aux directives relatives aux risques liés au cofinancement du Fonds mondial, il conviendrait que les pays identifient et traitent de manière proactive tous les risques liés aux engagements, et s'efforcent de les atténuer. Toutefois, il n'existe pas d'identification et de gestion formelles des risques liés aux engagements de cofinancement dans les trois pays examinés.

Pour les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et/ou les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure ayant une faible charge de morbidité, le Fonds mondial encourage un processus national de planification de la transition et de la pérennisation qui – dans l'idéal – serait étayé par une évaluation du degré de préparation à la transition ou par une analyse équivalente⁵². Les plans de pérennisation et de transition n'étaient toutefois pas disponibles pour le Viet Nam, bien que le Fonds mondial ait réduit ses investissements dans ces pays.

Le Secrétariat du Fonds mondial reconnaît les risques susmentionnés liés à la pérennité des programmes en Asie du Sud-Est et a déclaré qu'il s'engageait à aborder ce sujet complexe de manière volontariste et réfléchi, en étroite collaboration avec ses comités et le Conseil d'administration. Compte tenu des discussions en cours sur la pérennité à l'échelle de l'organisation, le Secrétariat n'a toutefois pas proposé de mesure de gestion convenue sur la pérennité propre aux trois pays.

⁵² Note d'orientation du Fonds mondial sur la pérennité, la transition et le cofinancement, décembre 2022.

4.5 Nécessité d'améliorer la mise en œuvre du projet HANSA en République démocratique populaire lao

L'un des objectifs du projet HANSA⁵³ est de réduire le nombre de cas de tuberculose et de VIH en soutenant des systèmes résistants et pérennes pour la santé (SRPS) en collaboration avec les partenaires. Cependant, des problèmes demeurent d'actualité concernant une intégration et une coordination efficaces des services, ainsi qu'une vérification des données en temps voulu.

Le gouvernement de la République démocratique populaire lao a reçu un prêt de 22 millions de dollars US de l'Association internationale de développement de la Banque mondiale, et des subventions de 10 millions de dollars US et de 3 millions de dollars US du Fonds mondial et du ministère australien des Affaires étrangères et du Commerce, respectivement, pour financer le projet HANSA pendant cinq ans. Le Fonds mondial utilise l'approche du paiement en fonction des résultats⁵⁴ pour le projet HANSA qui a commencé en juillet 2020 et devrait se terminer en juin 2024. Le programme HANSA du Laos est un type spécifique de transaction de financement mixte, appelé « cofinancement parallèle » et approuvé en vertu de l'accord-cadre entre la Banque mondiale et le Fonds mondial⁵⁵.

L'investissement du Fonds mondial dans le cadre du projet HANSA 1 vise à intégrer le système de soins de santé primaires au niveau des centres de santé, à accroître la notification de la tuberculose et la couverture du traitement contre cette maladie, et à augmenter la couverture du dépistage et du traitement du VIH parmi les populations clés. Mis en œuvre durant le CS6, le projet HANSA 1 a favorisé l'appropriation au niveau infranational plus efficacement que les initiatives précédentes, en particulier pour la riposte contre la tuberculose. Une évaluation du projet HANSA 1 a été réalisée et les enseignements tirés ont été utilisés pour éclairer la conception du programme HANSA 2 qui sera mis en œuvre durant le CS7. Une assistance technique sera fournie par l'OMS, la CHAI et l'ONUSIDA pour soutenir les programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH. Par exemple, l'assistance technique fournie par les partenaires vise à aligner les cycles d'achats sur les calendriers de financement nationaux, minimisant ainsi le risque de ruptures de stock et garantissant une disponibilité régulière des médicaments essentiels.

Malgré les progrès accomplis grâce au projet HANSA 1, le taux d'absorption des subventions du Fonds mondial était de 58 % en décembre 2022. L'une des principales causes a été la pandémie de COVID-19 qui a perturbé les activités du projet telles que la supervision et les activités de suivi. Cela a entraîné des retards importants dans l'avancement du projet HANSA 1, notamment en ce qui concerne l'intégration des services de prise en charge de la tuberculose et du VIH. Outre la pandémie de COVID-19, certaines des causes principales des retards dans la mise en œuvre des activités du projet comprennent l'inadéquation de la coordination et de la supervision, ainsi que des problèmes de données, comme indiqué ci-dessous :

- Les enseignements tirés du projet HANSA 1 soulignent l'importance d'une approche holistique, de la mobilisation de ressources au-delà des secteurs de la santé et de la promotion de partenariats inclusifs. Le financement en fonction des résultats du projet HANSA a offert de la flexibilité, mais a soulevé des préoccupations concernant les capacités et la responsabilité, nécessitant une évaluation minutieuse des capacités locales pour une mise en œuvre efficiente

⁵³ Le programme Accès aux services de santé et de nutrition (HANSA) est cofinancé par un prêt de l'AID de la Banque mondiale et des subventions du Fonds mondial et du ministère australien des Affaires étrangères et du Commerce.

⁵⁴ Forme de financement selon laquelle les paiements sont subordonnés à la vérification de résultats prédéterminés.

⁵⁵ On parle de cofinancement parallèle lorsque le Fonds mondial et des organisations partenaires financent des composantes différentes / complémentaires. Le Fonds mondial signe son propre accord de subvention et verse les fonds directement à un bénéficiaire principal, conformément au cadre de résultats des partenaires et au cadre de performance du Fonds mondial convenu avec l'organisation partenaire et le bénéficiaire principal.

et une communication de l'information transparente. Il est essentiel de remédier à ces problèmes pour assurer l'intégration efficace et la pérennité des programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose en République démocratique populaire lao.

Le projet HANSA 1 visait à améliorer l'intégration des programmes spécifiques aux maladies dans le paysage national des soins de santé. Parmi les principaux obstacles rencontrés, citons l'insuffisance du financement et l'inadéquation de l'allocation des ressources au niveau des soins de santé primaires. La longueur des procédures administratives de traitement des décaissements par le ministère de la Santé a retardé le déblocage des fonds. Cela a partiellement affecté la disponibilité des diagnostics essentiels et de personnels formés nécessaires à un diagnostic et à une gestion efficaces des cas de tuberculose et de VIH.

- *Problèmes de coordination et de supervision entre les différents programmes de soins de santé et entre les partenaires* : La collaboration entre les départements techniques et les centres qui mettent en œuvre le projet HANSA (y compris les centres de prise en charge de la tuberculose et du VIH) est entravée par un manque de communication et de partage d'informations efficaces. Cette absence de synergie empêche une intégration harmonieuse des services, ce qui entraîne une fragmentation des soins aux patients et une réduction de l'impact global.

Le rôle de l'instance de coordination nationale (ICN) dans le projet HANSA consiste principalement à s'engager dans des missions d'appui à la mise en œuvre pour le partage d'informations et la recherche de retours d'information sur le projet, ainsi que pour la soumission de la demande de financement. Cependant, le rôle de l'ICN au sein du Comité d'orientation du projet HANSA n'a pas été explicité. Cela a eu un impact sur l'efficacité du rôle de supervision de l'ICN sur le projet dans son ensemble et offre la possibilité de renforcer l'engagement de l'ICN vis-à-vis du projet HANSA au-delà du VIH, de la tuberculose et du paludisme.

- *L'absence de données de référence et d'assurance qualité des données constitue un problème majeur pour le projet HANSA*. L'absence de données de base pour de nombreux indicateurs des objectifs de développement du projet au cours de la phase de lancement de celui-ci a posé des problèmes d'évaluation comparative. Les problèmes avec l'institut universitaire indépendant, la compréhension des tâches de vérification, les incohérences dans les rapports de vérification et la faiblesse de l'assurance qualité ont eu un impact sur la validation et l'utilisation en temps voulu des données du projet. Ce manque de données validées en temps utile n'affecte pas seulement les processus de prise de décision, mais compromet aussi la capacité d'identifier et de s'attaquer rapidement aux problèmes spécifiques afin de rectifier le tir en temps utile.

Le Secrétariat du Fonds mondial n'a pas proposé de mesure de gestion convenue pour ce constat d'audit, car cela ferait double emploi avec les efforts en cours. Il accorde la priorité aux efforts actuels de mise en œuvre des recommandations de la récente évaluation approfondie du cadre de performance intégré dans le but d'améliorer la fonction de supervision et de positionnement de l'ICN de la République démocratique populaire lao. Le Secrétariat a discuté des constats du présent audit avec les partenaires concernés et continuera à travailler avec le gouvernement, les partenaires du projet HANSA et les parties prenantes concernées en République démocratique populaire lao afin de renforcer davantage le rôle de gouvernance et de supervision de l'ICN vis-à-vis du projet HANSA.

Annex A. Classification des notations d'audit et méthodologie

Efficace	Absence de problème ou problèmes mineurs constatés. Les processus de contrôle interne, de gouvernance et de gestion des risques sont conçus de façon adéquate, régulièrement mis en œuvre de façon appropriée et efficace pour fournir l'assurance raisonnable que les objectifs seront atteints.
Partiellement efficace	Problèmes d'importance modérée constatés. Les processus de contrôle interne, de gouvernance et de gestion des risques 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.
Nécessite une nette amélioration	Un problème ou un petit nombre de problèmes significatifs constatés. Les processus de contrôle interne, de gouvernance et de gestion des risques 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.
Inefficace	Plusieurs problèmes significatifs et/ou un (des) problème(s) grave(s) constaté(s). Les processus de contrôle interne, de gouvernance et de gestion des risques 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.

Le BIG réalise ses audits conformément à la définition de l'audit interne du Global Institute of Internal Auditors, 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 BIG. Les principes et les modalités de l'approche d'audit du BIG sont décrits dans sa charte, son manuel d'audit, son code de conduite et dans les mandats spécifiques à chaque engagement. Ces documents garantissent également l'indépendance des auditeurs du BIG ainsi que l'intégrité de leurs travaux.

La portée des audits du BIG peut-être spécifique ou étendue, en fonction du contexte, et couvre la gestion des risques, 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 servent à établir des évaluations spécifiques de ces différents domaines. D'autres sources de preuves, telles que les travaux d'autres auditeurs/fournisseurs de contrôles externes, servent également à étayer les conclusions.

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

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

Annex B. Appétence au risque et notations des risques

En 2018, le Fonds mondial a opérationnalisé un cadre d'appétence au risque, fixant des niveaux d'appétence au risque recommandés pour huit principaux risques institutionnels affectant les subventions du Fonds mondial – risques eux-mêmes constitués par l'agrégation de 20 risques opérationnels. Chacun de ces risques opérationnels 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 notations de risque des subventions individuelles sont pondérées par les montants signés des subventions afin d'obtenir un niveau de risque actuel global pour un portefeuille de pays. Une méthodologie définissant des seuils de risques élevés est appliquée (les 50 % de subventions les plus risquées sont sélectionnées) pour obtenir une note de risque pays.

Le BIG intègre des considérations relatives à l'appétence au risque dans son modèle de garantie. Les principaux objectifs d'audit sont généralement calibrés au niveau des subventions ou des programmes, mais les évaluations du BIG prennent également en compte la mesure dans laquelle les risques individuels sont évalués et atténués de manière efficace.

Les risques résiduels évalués par le BIG sont comparés aux niveaux de risque évalués par le Secrétariat à un niveau global pour ceux des huit risques institutionnels qui entrent dans le champ de l'audit. En outre, une explication descriptive est fournie chaque fois que les évaluations des risques opérationnels du BIG et du Secrétariat diffèrent. Pour les catégories de risques pour lesquelles l'organisation n'a pas fixé d'appétence au risque ou de niveaux de risque formels, le BIG émet un avis sur la conception et l'efficacité des processus globaux du Secrétariat pour évaluer et gérer ces risques.

Subventions du Fonds mondial à la Thaïlande et au Viet Nam : Comparaison des niveaux de risque du BIG et du Secrétariat

En raison de la nature du présent audit thématique, le BIG s'est concentré sur les aspects programmatiques des subventions VIH et tuberculose⁵⁶. Bien que les niveaux de risque du BIG et du Secrétariat soient alignés en ce qui concerne la qualité du programme de lutte contre le VIH au Viet Nam, ils diffèrent pour ce qui est de la qualité du programme de lutte contre la tuberculose au Viet Nam et en Thaïlande ainsi que concernant la qualité du programme de lutte contre le VIH en Thaïlande. Un résumé des éléments pris en considération pour la notation des risques résiduels évalués par le BIG est présenté ci-après.

En ce qui concerne la riposte au VIH, les deux pays ont réalisé des progrès significatifs pour atteindre l'objectif de l'ONUSIDA en matière de dépistage du VIH à l'horizon 2022. Bien qu'ils ne soient que légèrement inférieurs à l'objectif de 95 %, ces résultats risquent cependant d'être perdus car l'incidence parmi les populations clés augmente en raison des difficultés rencontrées par les programmes de prévention et de dépistage du VIH au sein de ces populations clés et vulnérables.

Le pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui reçoivent un traitement antirétroviral avait atteint 90 % en Thaïlande et 81 % au Viet Nam en 2022, par rapport à l'objectif de 95 % fixé par l'ONUSIDA pour 2025. Cette situation est principalement imputable à une orientation sous-optimale

⁵⁶ La République démocratique populaire lao étant un pays ciblé, une évaluation des risques n'est pas nécessaire.

vers le traitement et à la nécessité d'améliorer la collaboration entre la prise en charge du VIH et celle de la tuberculose.

La Thaïlande et le Viet Nam sont parvenus à une diminution régulière de l'incidence de la tuberculose et de la mortalité au cours de la dernière décennie, mais ces progrès ont été entravés au cours des récentes années par des lacunes dans la recherche des cas et une intensification limitée du traitement préventif de la tuberculose. En Thaïlande, l'objectif de réduire l'incidence de la tuberculose de 171 cas pour 100 000 habitants en 2014 à 88 en 2021 n'a pas été atteint, tandis que la performance de l'indicateur de notification des cas de tuberculose multirésistante / résistante à la rifampicine s'établit à 46 %. L'objectif du Viet Nam était de réduire l'incidence de la tuberculose de 182 cas pour 100 000 habitants en 2018 à 164 en 2021. Cependant, l'incidence en 2022 était de 173 cas.

Risques liés au financement de la santé – Les trois pays ont augmenté leurs dépenses publiques annuelles de cofinancement. Toutefois, il se peut que les pays ne remplissent pas les conditions de cofinancement requises pour que l'intégralité des fonds alloués par le Fonds mondial soit débloquée pendant le CS6.