

Rapport d'audit

# Subventions du Fonds mondial à la République démocratique du Congo

GF-OIG-16-022  
21 septembre 2016  
Genève, Suisse

# Table des matières

Table des matières .....	2
I. Contexte.....	3
II. Portée et notation.....	6
III. Synthèse .....	7
IV. Constatations et actions convenues de la Direction .....	10
1. Efficacité des programmes pour garantir la qualité des services et l'accès aux soins .....	10
1.1. Qualité des services de santé.....	10
1.2. Rapport coût-efficacité du portefeuille de la RDC .....	13
2. Contrôle de la chaîne des achats et des stocks.....	15
2.1. Contrôles des stocks à l'échelon des établissements de santé .....	15
2.2. Contrôles de la gestion des stocks à l'échelon des établissements de santé .....	17
2.3. Mécanismes d'assurance de la qualité des produits de santé .....	20
3. Contrôle des données programmatiques et des résultats des subventions .....	21
4. Contrôle de la gestion financière et fiduciaire .....	24
V. Récapitulatif des actions convenues de la Direction .....	27
Annexe A : Classification générale des notations d'audit .....	29
Annexe B : Méthodologie.....	30
Annexe C : Message du Directeur exécutif .....	31

# I. Contexte

Avec une superficie de 2,3 millions de kilomètres carrés, la République démocratique du Congo (RDC) est le plus grand pays d'Afrique subsaharienne. La population estimée à 75 millions d'habitants<sup>1</sup> vit à hauteur de 40% environ dans des zones urbaines. Disposant de 80 millions d'hectares de terres arables et de nombreux minerais et métaux précieux, la RDC continue d'enregistrer une croissance rapide (8% en moyenne au cours des trois dernières années)<sup>2</sup>. Pourtant, près des deux tiers de la population vivaient dans la pauvreté en 2012<sup>3</sup>.

Le pays est souvent considéré comme l'un des pays où il est le plus difficile de dispenser des services de santé. Le système de santé est structuré en 516 zones de santé. La décentralisation est en cours avec une réorganisation des 11 provinces en 26 nouvelles provinces et la mise en place de Divisions provinciales de santé et d'une Inspection sanitaire dans chaque nouvelle province.

Les trois maladies sont présentes en RDC, d'où un portefeuille à charge élevée dont le succès est essentiel pour le Fonds mondial

## *Paludisme*

Avec une charge de paludisme représentant 7,1% de la charge mondiale, la RDC se place en deuxième position au niveau planétaire. Le paludisme est endémique et jusqu'à 97% de la population vivent dans des zones où la transmission est stable (variantes équatoriale et tropicale). Avec l'adoption d'un nouveau modèle de financement en 2014, le Fonds mondial multiplie ses activités en RDC et a étendu leur couverture de 219 à 313 des 516 zones de santé<sup>4</sup>.

Au cours des dernières années, le programme national de lutte contre le paludisme a également élargi sa couverture. Le pourcentage de ménages disposant d'au moins une moustiquaire a par exemple augmenté de 9% en 2007 à 70% en 2014. Ceci indique que grâce au soutien du Fonds mondial à hauteur de 80% des campagnes de distribution de masse, le pays se rapproche d'une couverture universelle en moustiquaires. L'utilisation de moustiquaires a également augmenté entre 2010 et 2014, 60% des femmes enceintes et 56% des enfants de moins de cinq ans ayant dormi sous une moustiquaire en 2013-2014, contre 43% et 38% (respectivement) en 2010. Le taux de mortalité dû au paludisme a diminué de 72% et l'incidence de 55% entre 2000 et 2014, ce que l'on peut sans doute attribuer à ces interventions<sup>5</sup>.

## *VIH*

Avec une charge de VIH représentant 1,5% de la charge mondiale, la RDC se place en seizième position au niveau planétaire. Le pays connaît une épidémie de VIH généralisée, avec des poches d'épidémies concentrées touchant des populations clés, notamment les professionnel(le)s du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les consommateurs de drogues injectables. Depuis juin 2015, le Fonds mondial a étendu la couverture de ses activités et son plan à long terme prévoit de passer d'une couverture de 239 à 354 des 516 zones de santé d'ici à 2017<sup>6</sup>.

De 2000 à 2014, le taux de mortalité dû au VIH a diminué de moitié et l'incidence de 55%. Au cours des cinq dernières années, le nombre de personnes sous traitement antirétroviral est passé de 41 000 à 121 762 en 2015. Dans un contexte marqué par l'insuffisance des financements, ces progrès réguliers ne permettent toujours pas de couvrir la majeure partie des populations touchées. Selon les

---

<sup>1</sup> Projection basée sur le dernier recensement de 1981, notes conceptuelles de la RDC, Fonds mondial.

<sup>2</sup> Profil de pays de la Banque mondiale, RDC : <http://www.worldbank.org/en/country/drc/overview>

<sup>3</sup> En 2012, 63,6 % de la population vivait sous le seuil de pauvreté national selon le Groupe de travail sur la pauvreté dans le monde de la Banque mondiale : <http://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.NAHC/countries/CD?display=default>

<sup>4</sup> Chiffres de la morbidité basés sur ceux utilisés par la méthodologie d'allocation des fonds du Fonds mondial, autres points de données tirés de la note conceptuelle transmise au Fonds mondial et des bases de données de l'OMS accessibles au public.

<sup>5</sup> Ibid.

<sup>6</sup> Ibid.

dernières estimations de l'ONUSIDA, 370 000 personnes vivaient avec le VIH en 2014 et 30 000 décès étaient imputables au sida (contre 38 000 en 2008)<sup>7</sup>.

### *Tuberculose*

Avec une charge de tuberculose représentant 2,2% de la charge mondiale, la RDC se place en onzième position au niveau planétaire. La charge de morbidité de l'infection tuberculeuse et de la coinfection VIH/tuberculose est répartie de façon inégale dans le pays. Le Fonds mondial apporte son soutien au programme national de lutte contre la tuberculose qui couvre l'ensemble des zones de santé du pays et a pour ambition de réduire la tendance des coinfections<sup>8</sup>.

De 2000 à 2014, le taux de mortalité dû à la tuberculose a été réduit de 14% et les coinfections VIH/tuberculose ont régulièrement diminué de 60 à 45 cas pour 100 000 habitants. On estime cependant à 16% le taux de prévalence du VIH chez les patients tuberculeux, avec une incidence de 25 pour 100 000 habitants, ce qui place la RDC parmi les pays ayant les taux de coinfection les plus élevés du monde. Plus globalement, la prévalence de la tuberculose est restée élevée depuis 1990, fluctuant entre 500 et 600 cas pour 100 000 habitants. De même, l'incidence est restée stable sur la même période, avec environ 325 cas pour 100 000 habitants. On estime à environ 2 800 le nombre de cas de tuberculose multirésistante aux médicaments<sup>9</sup>.

## Le Fonds mondial en RDC : un portefeuille important dans l'un des contextes les plus difficile du monde

La RDC représente l'un des contextes les plus difficiles pour la mise en œuvre des subventions du Fonds mondial. Ce dernier considère le pays comme un « contexte d'intervention difficile » où la situation politique continue de créer des obstacles à l'accès aux soins et au développement de programmes de santé intégrés. Après avoir traversé de longs conflits, la RDC connaît une relative stabilité politique depuis quelques années, mais la situation demeure volatile dans les provinces orientales où la population est extrêmement vulnérable aux violences et aux déplacements. Les indicateurs de santé de la RDC figurent parmi les plus mauvais du monde et reflètent les difficultés résultant de conflits prolongés et de la détérioration correspondante des services de santé dans l'ensemble du pays. Par conséquent, la capacité du secteur de la santé à répondre aux besoins des citoyens de RDC a fortement diminué au cours des dernières décennies<sup>10</sup>.

Depuis août 2011, le portefeuille du Fonds mondial en RDC est assujéti à la « politique de sauvegarde supplémentaire »<sup>11</sup>. L'invocation de mesures de sauvegarde supplémentaires est notamment justifiée par la déficience de la gestion et le manque de capacités de contrôle interne des bénéficiaires principaux et des sous-bénéficiaires, l'insuffisance des capacités et de la supervision de l'Instance de coordination nationale (ICN), et l'instabilité politique. À ce jour, les mesures de sauvegarde supplémentaires suivantes demeurent en vigueur en raison de fragilités structurelles persistantes : sélection des bénéficiaires principaux par le Fonds mondial, supervision spécifique de la sélection et de la gestion des sous-bénéficiaires par les bénéficiaires principaux, mécanismes d'atténuation des risques et d'achat adaptés.

Depuis 2003, le Fonds mondial a signé 22 subventions au total, pour un montant de 1,5 milliard USD dont 1 milliard USD avait été décaissé au moment de l'audit. Trois subventions actives finançaient alors les trois programmes nationaux, dans le cadre d'un portefeuille de 76,61 millions USD principalement destiné à soutenir les activités de supervision couvrant les trois maladies. Le Fonds mondial soutient également quatre bénéficiaires principaux de la société civile – deux organisations non gouvernementales (ONG) locales et deux ONG internationales. Ensemble, ces

<sup>7</sup> Estimations de l'ONUSIDA, datées de 2016, tirées d'EPP/Spectrum, outil d'analyse du Futures Institute élaboré pour éclairer les décisions de politique de santé publique. Spectrum inclut des modules d'estimation et de projection pour le VIH. Plus d'informations à : <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/spectrum>

<sup>8</sup> Chiffres de la morbidité basés sur ceux utilisés par la méthodologie d'allocation des fonds du Fonds mondial, autres points de données tirés de la note conceptuelle transmise au Fonds mondial et des bases de données de l'OMS accessibles au public.

<sup>9</sup> OMS, estimation 1990-2014, <http://www.who.int/tb/country/data/download/en/>.

<sup>10</sup> Contexte actuel du pays tel que décrit dans le mémo du Fonds mondial invoquant la politique de sauvegarde supplémentaire. Août 2011.

<sup>11</sup> La politique de sauvegarde supplémentaire est invoquée comme mesure d'atténuation des risques pour permettre au Fonds mondial d'instaurer des mesures appropriées dans des situations où ses fonds pourraient être en danger.

organisations de la société civile mettent en œuvre un portefeuille de subventions de 791,49 millions USD de financements approuvés :

- L'Église du Christ au Congo / Santé Rurale (Sanru), ONG locale créée à Kinshasa en 1981, couvre des activités de lutte contre le paludisme et le VIH, notamment l'achat de médicaments antipaludiques (achat local par l'intermédiaire de fournisseurs internationaux) et antirétroviraux (via le mécanisme d'achat groupé du Fonds mondial). SANRU gère un portefeuille de deux subventions (et leur prolongation) d'un montant total de 473,28 millions USD.
- Population Services International (PSI), ONG internationale basée à Washington DC et présente en RDC depuis 1987, couvre des activités comme l'achat et la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide afin de protéger les populations contre le paludisme. PSI gère une subvention d'un montant de 134,22 millions USD.
- La Catholic Organization for Relief and Development Aid, Congo (Cordaid), ONG internationale basée à La Haye et présente en RDC depuis les années 1970, couvre des activités comme l'achat (via le mécanisme d'achat groupé du Fonds mondial) et la distribution de médicaments antirétroviraux. Cordaid gère une subvention d'un montant de 145,03 millions USD.
- Caritas Congo, ONG locale établie à Kinshasa depuis 1960, couvre des activités engagées au niveau communautaire pour soutenir le programme national de lutte contre la tuberculose et l'achat de médicaments via le mécanisme du Service pharmaceutique mondial. Caritas Congo gère une subvention d'un montant de 38,96 millions USD.

En ce qui concerne les activités budgétisées, la majeure partie (53%) des financements est utilisée pour acheter des produits de santé. Au niveau central, le Fonds mondial s'appuie sur ses quatre partenaires non-gouvernementaux pour l'achat, le stockage et le transport des médicaments au niveau régional. De ce niveau à celui des zones de santé, ces maîtres d'œuvre ont recours à un ensemble de 19 ONG locales structurées en une fédération d'entrepôts régionaux (FEDECAME). Certains de ces entrepôts régionaux, y compris les plus importants de Kinshasa et Goma, ont des accords contractuels avec les bénéficiaires principaux du Fonds mondial. Le personnel médical des établissements de santé collecte aussi des médicaments auprès des bureaux des zones de santé.

Les derniers examens du BIG de ce portefeuille se composent d'un audit complet de 2009 publié en mars 2013 et d'un rapport de conseil publié en 2013<sup>12</sup>. L'audit de 2009 a eu lieu alors que le PNUD était bénéficiaire principal et a donc été principalement axé sur la qualité et l'efficacité de la gestion des subventions par le PNUD. Toutefois, l'audit s'est aussi brièvement intéressé aux capacités de SANRU, alors sous-bénéficiaire du PNUD. Depuis lors, d'autres bénéficiaires principaux de la société civile ont été sélectionnés et des améliorations constatées tant concernant les activités programmatiques que les contrôles de la chaîne d'approvisionnement au niveau central et régional. Toutefois, les contrôles à l'échelon des établissements de santé demeurent inefficaces

Le rapport de conseil de portée limitée publié en 2013 s'intéressait aux principaux contrôles financiers et des achats existants. Les auditeurs ont examiné quatre organisations qui étaient toujours bénéficiaires principaux au moment de la rédaction du présent document et conclu que les capacités de gestion financière du ministère de la Santé publique étaient sous-optimales et que ses capacités en matière d'achats n'étaient pas non plus satisfaisantes. En outre, les activités de l'agent financier ont été considérées comme insatisfaisantes. Selon le rapport, Cordaid, Sanru et Caritas devaient améliorer leur gestion financière. En outre, des améliorations plus importantes étaient nécessaires au niveau des achats, le BIG ayant découvert des cas d'achats non-concurrentiels, de paiements avant livraison et de lacunes dans les appels d'offres. De ce fait, le Secrétariat a pris les mesures nécessaires et des améliorations au niveau des contrôles financiers et des achats ont été mises en œuvre chez les maîtres d'œuvre de la société civile. Malgré la récente nomination d'un nouvel agent financier au ministère de la Santé publique, l'unité de gestion des programmes de ce dernier est restée inefficace.

---

<sup>12</sup> Le rapport d'audit est disponible sur le site Internet du Fonds mondial (en version [française](#) et [anglaise](#)), mais conformément à la politique relative à la communication des rapports d'audit interne du BIG en vigueur à ce moment-là, le rapport de conseil n'est pas publié sur ce site Internet.

## II. Portée et notation

### Portée

L'audit a pour objectif de fournir au Conseil du Fonds mondial une assurance raisonnable de l'adéquation, l'efficacité et l'efficacités des accords de mise en œuvre des subventions à la République démocratique du Congo pour atteindre les objectifs des subventions dans le pays. L'audit s'est particulièrement intéressé à :

- (i) l'efficacité des programmes soutenus par le Fonds mondial pour garantir un accès adéquat aux soins et la qualité des services de santé,
- (ii) la conception et l'efficacité de l'environnement de contrôle interne pour protéger les ressources du Fonds mondial, y compris :
  - a. Gestion de la chaîne des achats et des stocks dans le pays,
  - b. Données programmatiques et résultats des subventions, y compris qualité des données, formation et supervision, et
  - c. Gestion financière et fiduciaire.

L'audit a porté sur les subventions actives mises en œuvre par les bénéficiaires principaux (Ministère de la Santé publique de la République démocratique du Congo, Sanru, PSI, Cordaid et Caritas Congo) et leurs sous-bénéficiaires durant la période comprise entre janvier 2014 et avril 2016. Il n'a en revanche pas porté sur les activités d'achat du siège de PSI liées à la RDC, lesquelles représentent 11% environ du budget total du portefeuille de la période 2015-2017. Ces activités sont examinées dans le cadre de l'audit externe de PSI, en vertu de procédures convenues avec le Fonds mondial.

Le BIG s'est rendu sur 49 sites pour étayer, sur la base d'échantillons, les constatations de son audit relatives à l'accès aux soins, à la qualité des services de santé, aux achats dans le pays, à la gestion de la chaîne d'approvisionnement, à la qualité des données programmatiques, à la formation et à la supervision. Ces sites incluaient notamment quatre entrepôts centraux à Kinshasa, six entrepôts régionaux, 14 bureaux de zones de santé, 10 hôpitaux de référence et 15 centres de santé. Le BIG s'est rendu dans six des 26 provinces de RDC.

### Notations<sup>13</sup>

<b>Risque opérationnel</b>	<b>Notation</b>	<b>Référence aux constatations</b>
Efficacité des programmes soutenus par le Fonds mondial pour garantir un accès adéquat aux soins et la qualité des services de santé	Nécessite une nette amélioration	1.1, 1.2.
Conception et efficacité des contrôles internes de la gestion de la chaîne des achats et des stocks dans le pays	Inefficace	2.1, 2.2 et 2.3
Conception et efficacité des contrôles internes des données programmatiques et résultats des subventions	Nécessite une nette amélioration	3
Conception et efficacité des contrôles internes de la gestion financière et fiduciaire	Nécessite une nette amélioration	4

<sup>13</sup> Voir l'Annexe A qui présente une définition des notations.

### III. Synthèse

La RDC tient une place essentielle dans la mission du Fonds mondial qui est d'accélérer les progrès contre le VIH, la tuberculose et le paludisme pour améliorer la santé mondiale. Le pays représente la troisième plus importante allocation du portefeuille du Fonds mondial et bénéficie actuellement de plus d'un milliard de dollars de financements approuvés. Les récents rapports de résultat sont encourageants grâce à une amélioration tendancielle des résultats contre les trois maladies.

Le présent audit est le premier audit du BIG du portefeuille depuis le passage du pays au nouveau modèle de financement. Depuis le dernier examen du BIG de 2013, le portefeuille s'est stabilisé. Sa structure a été rationalisée et les bénéficiaires principaux de la société civile axent leurs actions sur la chaîne d'approvisionnement et mettent en œuvre de 91% du montant des subventions (791,49 millions USD). Parallèlement, les bénéficiaires principaux du secteur public sont chargés de la supervision de la qualité des activités de services. La coopération avec les donateurs a aussi profité d'une amélioration structurelle grâce à un fractionnement géographique clarifié et une harmonisation des compléments de salaire entre le Fonds mondial et ses principaux partenaires.

La mise en œuvre de services de santé est un défi majeur en RDC. Le pays sort de deux décennies de guerre civile et de conflits intermittents qui ont gravement détérioré les infrastructures et entraîné une instabilité politique significative. Les institutions du pays sont relativement fragiles et le niveau de corruption est considéré comme généralement élevé. Malgré ces obstacles, le Fonds mondial et ses partenaires ont enregistré des progrès au cours des trois dernières années au niveau du déploiement à grande échelle des interventions, de la refonte des systèmes de la chaîne d'approvisionnement, de l'amélioration des comptes rendus sur les programmes et de la qualité des données ainsi que de l'atténuation des risques financiers du portefeuille. Cependant, ces initiatives stratégiques n'ont pas toujours apporté la preuve de leur efficacité opérationnelle et le BIG a identifié une marge d'amélioration dans ces domaines.

L'inadéquation de la supervision programmatique et les lacunes au niveau des mécanismes destinés à garantir la qualité des services limitent l'impact des programmes. Dans un grand pays où les infrastructures sont mauvaises et les capacités limitées, une supervision efficace des programmes est essentielle pour garantir le succès de la mission du Fonds mondial.

Le **programme de lutte contre le paludisme** a accompli d'importants progrès dans la lutte antivectorielle grâce à une distribution efficace de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée. Grâce au soutien du Fonds mondial à hauteur de 80% des campagnes de distribution de masse, le pays se rapproche d'une couverture universelle en moustiquaires. Cependant, des améliorations restent nécessaires au niveau de la gestion des cas, tant en termes de diagnostic que de traitement. Le BIG a découvert que 30% des établissements de santé n'utilisent pas les tests de diagnostic du paludisme de façon efficace en doublant chaque test de diagnostic rapide par un frottis sanguin (goutte épaisse). Bien que les directives autorisent une duplication des tests dans les hôpitaux de référence, on observe également celle-ci dans les centres de santé. Cela est peut-être partiellement imputable au fait que le frottis sanguin est un service payant et donc une source de revenus pour les établissements de santé. À l'inverse, les auditeurs ont découvert que 12% des établissements visités n'effectuent aucun test avant de mettre les patients sous traitement contre le paludisme simple, s'appuyant uniquement sur des signes cliniques.

Bien que le **programme de lutte contre le VIH** ait fortement augmenté le nombre de personnes mises sous traitement antirétroviral, le taux actuel de couverture de 24% demeure faible par rapport à celui d'autres pays de la région. En outre, des problèmes affectant le maintien des patients dans le système de soins et le succès du traitement entravent la réalisation des objectifs du programme. L'efficacité des mécanismes destinés à retrouver les patients perdus de vue est limitée. Le nombre de patients déclarés comme perdus de vue au bout de six mois à l'ONUSIDA a tout dernièrement été

estimé autour de 14%<sup>14</sup>, même si le BIG a examiné des dossiers individuels de patients, et observé que 17% de la population considérée comme actuellement sous traitement antirétroviral sur site n'avaient pas reçu de traitement pendant plus de six mois et devaient donc être considérés comme perdus de vue. L'audit a également constaté l'insuffisance des capacités pour suivre régulièrement les personnes sous traitement, le suivi de la charge virale n'ayant été mis en œuvre que tout récemment (juillet 2015). Au moment de l'audit, 25% des établissements visités procédaient à un suivi de la charge virale pour détecter des échecs thérapeutiques et ajuster les protocoles de traitement.

**La collaboration dans la lutte contre la coïnfection VIH/tuberculose** est une composante importante des programmes du Fonds mondial, c'est pourquoi une note conceptuelle conjointe Tuberculose/VIH a été rédigée pour solliciter des subventions au titre du nouveau modèle de financement à partir de juillet 2015. Malgré les efforts récemment engagés pour renforcer cette collaboration, le BIG a identifié de nombreuses lacunes au niveau de la qualité des programmes. Bien que le traitement à l'isoniazide pour prévenir la tuberculose chez les personnes sous traitement antirétroviral a été lancé mi 2015 avec les subventions du nouveau modèle de financement, 65% des établissements ne fournissaient pas ce traitement au moment de l'audit.

Dans le cadre de ses efforts pour obtenir un impact dans un pays aussi complexe, le Secrétariat du Fonds mondial finance plus de 700 postes de personnel dans l'ensemble pays, pour un coût d'environ 64 millions USD ou 12% des budgets de subvention 2015-2017 examinés. Le Secrétariat du Fonds mondial n'a effectué aucune analyse détaillée de la répartition du personnel entre les maîtres d'œuvre pour garantir une utilisation efficace de ces ressources. En l'absence de mécanisme destiné à évaluer le caractère raisonnable des différentes catégories de coûts, le BIG a également découvert des différences significatives entre les différents maîtres d'œuvre concernant le prix unitaire des moustiquaires, les coûts de transport et de stockage des médicaments et les indemnités dans le pays. Dans un contexte marqué par des ressources limitées, une telle analyse est essentielle pour s'assurer que le Fonds mondial investit de façon aussi efficiente que possible pour obtenir un bon rapport coût-efficacité.

Le présent audit s'est également intéressé aux **mécanismes de la chaîne d'approvisionnement** et aux contrôles internes liés. Dans un portefeuille dont le principal objectif est de délivrer des médicaments aux patients, les contrôles de la chaîne d'approvisionnement sont apparus inefficaces. Le BIG est en mesure de fournir l'assurance raisonnable que les médicaments sont dûment tracés jusqu'au niveau des zones de santé, dès lors que 96.7% de l'échantillon de médicaments examiné par le BIG, tracé des entrepôts régionaux jusqu'aux bureaux de zone. Cependant, 31.1% des médicaments échantillonnés n'ont pu être tracés des bureaux de zones aux centres de santé. Ceci met en exergue que les mécanismes de suivi des médicaments au niveau des établissements de santé sont inadéquats, car le transport jusqu'aux centres de soin demeure un défi.

En outre, en l'absence de supervision efficace, de surveillance adéquate de la consommation de médicaments et de la livraison jusqu'aux centres de soin, les ruptures de stock étaient généralisées tout le long de la chaîne d'approvisionnement. Il n'existait aucun mécanisme pour atténuer ou contrôler les péremptions de médicaments. Le BIG a aussi découvert des problèmes au niveau du contrôle de la qualité des médicaments achetés par Sanru par l'intermédiaire de fournisseurs internationaux, ce qui a entraîné la distribution de médicaments, achetés grâce à un financement du Fonds mondial pour lutter contre les infections opportunistes, de qualité insuffisante. Le présent audit conclut donc que les contrôles de la chaîne des achats et des stocks sont inefficaces. Par conséquent, la réalisation des objectifs de la subvention en termes de distribution de produits de santé et de médicaments aux personnes touchées par les maladies est sérieusement compromise.

Bien que le Fonds mondial investisse des fonds et engage des efforts pour améliorer les contrôles des **données programmatiques**, il existe de nombreux problèmes importants au niveau des contrôles de la collecte et de la transmission des données stratégiques. De ce fait, le Fonds mondial déclare des

---

<sup>14</sup> Le pourcentage de patients perdus de vue déclaré dans le cadre des rapports d'activité sur la riposte au sida de l'ONUSIDA était de 14 %, 22 % et 20 % en 2015, 2014 et 2013, respectivement.

données imprécises sur les résultats d'un portefeuille de mission essentiel, ce qui affecte le processus décisionnel. Ainsi, tant que les problèmes de contrôle de la collecte et de la transmission de données ne seront pas résolus, on ne pourra toujours pas avoir d'assurance raisonnable quant aux données programmatiques déclarées venant de RDC.

Enfin, le BIG constate que certains changements récemment apportés pour améliorer la **gestion financière** n'ont pas encore produit les résultats escomptés par le Fonds mondial. Bien que les contrôles financiers internes aient été considérés comme bien conçus pour les maîtres d'œuvre de la société civile, ils sont inefficaces pour les bénéficiaires principaux du secteur public qui supervisent la mise en œuvre de 9% du montant des subventions (76,61 millions USD).

Bien que recruté pour aider à renforcer les compétences et les ressources de l'unité de gestion des programmes du ministère de la Santé, l'agent fiduciaire continue toutefois d'exercer principalement un rôle de contrôle. Cela est imputable à l'absence de composantes essentielles d'un environnement de contrôle dans l'unité de gestion des programmes.

## IV. Constatations et actions convenues de la Direction

### 1. Efficacité des programmes pour garantir la qualité des services et l'accès aux soins

#### 1.1. Qualité des services de santé

**L'inadéquation de la supervision des programmes à tous les niveaux et les capacités limitées des mécanismes de priorisation des activités qui améliorent la qualité des services de santé sont susceptibles de réduire l'impact du programme.**

Dans un pays où la mise en œuvre de programmes de santé est difficile du fait de sa taille, de la fragilité de ses infrastructures et des difficultés pour attirer et fidéliser un personnel qualifié, l'approche stratégique du Fonds mondial ne s'est pas toujours révélée efficace au niveau opérationnel. En outre, le pays souffre d'une importante insuffisance de financement. Dans ses notes conceptuelles, le pays a estimé que les fonds nécessaires pour atteindre ses objectifs stratégiques contre le VIH, la tuberculose et le paludisme n'étaient disponibles qu'à hauteur de 16%, de 44% et de 57%, respectivement. Le Fonds mondial et ses partenaires continuent de déployer à grande échelle des interventions contre les trois maladies malgré l'insuffisance des financements. Ces efforts ne se traduisent cependant pas par des améliorations proportionnelles de la qualité des services pour les personnes affectées par ces trois maladies.

**Le programme de lutte contre le paludisme** enregistre d'importants progrès dans la lutte antivectorielle grâce à une distribution accrue de moustiquaires. En 2015, 25,8 million de moustiquaires ont été distribuées, contre moins d'un million en 2011. Toutefois, des améliorations demeurent nécessaires au niveau de la gestion des cas de paludisme.

Conformément aux directives de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les directives nationales de la RDC prévoient deux combinaisons médicamenteuses alternatives pour traiter le paludisme simple. Les médicaments de première intention contre le paludisme sont l'Artésunate Amodiaquine (ASAQ) et l'Artéméther Luméfantrine (ALU). Dans 20% des établissements visités, le BIG a observé des cas de paludisme simple traités par des médicaments antipaludiques non-recommandés (ex : utilisation de cachets de quinine, soit un traitement de deuxième intention pour les cas de paludisme grave). Cette situation peut être imputable à des ruptures de stock d'ASAQ ou au refus des patients d'utiliser cette combinaison thérapeutique au motif d'effets secondaires indésirables. Le recours aux médicaments de deuxième intention pour le traitement du paludisme simple fait planer le risque de développement d'une résistance aux médicaments et peut constituer une utilisation inefficace des médicaments et des outils de diagnostic disponibles.

Le BIG a aussi découvert des problèmes concernant les confirmations parasitologiques. Sur les 12 établissements visités par le BIG, 12% n'effectuent aucun test avant de mettre les patients sous traitement contre un paludisme simple, en se fondant uniquement sur des signes cliniques. À l'inverse, 30% des établissements utilisent de façon inefficace les tests de diagnostic du paludisme en doublant les tests de diagnostic rapide par un frottis sanguin (goutte épaisse).

**Concernant le programme de lutte contre le VIH**, 32% du nombre estimé de personnes vivant avec le VIH sont sous traitement antirétroviral. Bien que ce chiffre soit faible comparé à celui d'autres pays de la région, il est en forte augmentation par rapport celui de 2011 – où 5% seulement des personnes vivant avec le VIH bénéficiaient d'un tel traitement. Malgré ces réalisations, le BIG a identifié des problèmes concernant les services de dépistage et de conseil, le maintien des patients dans le système de soins et le succès du traitement.

Contrairement aux directives nationales et de l'OMS, les services de dépistage et de conseil à l'initiative du prestataire de soins ne sont pas régulièrement proposés à tous les patients. Par exemple, 4% seulement des patients (115 sur 2 876) ont bénéficié d'un dépistage et de conseils dans les deux hôpitaux visités par le BIG à Kinshasa. Cette situation induit un risque de sous-détection des cas asymptomatiques parmi la population générale. Ce problème est également confirmé par le

risque de ne pas atteindre l'objectif à long terme d'atteindre 8 millions de personnes d'ici à la fin 2017. Le programme a atteint 0,8 million de personnes à la fin 2015, sur un objectif d'atteindre un million de personnes.

Les établissements de santé ont mis en place des mécanismes destinés à retrouver les patients perdus de vue, mais leur efficacité apparaît limitée. Alors que le pourcentage de patients déclarés perdus de vue au bout de six mois est estimé à environ 14%<sup>15</sup>, le BIG a identifié 17% de perdus de vue au bout de six mois supplémentaires non suspectés lors de l'examen des chiffres déclarés pour documenter le nombre de personnes sous traitement antirétroviral sur site. Cette situation est le plus souvent imputable à une méconnaissance de la définition de la population sous traitement antirétroviral. Certains patients sont par exemple considérés actifs jusqu'à trois ans après leur dernière visite dans un établissement. Comparativement, les directives définissent un patient comme perdu de vue si un semestre seulement s'est écoulé depuis sa dernière consultation. Les mécanismes de maintien des patients dans le système de santé sont essentiels pour la RDC dans la mesure où le nombre de personnes sous traitement demeure faible.

L'audit a aussi permis de détecter des capacités insuffisantes de suivi de routine des personnes sous traitement, conformément aux directives. Par exemple, 25% seulement des établissements visités réalisaient une surveillance de la charge virale pour détecter un échec thérapeutique et ajuster les protocoles de traitement. Cette situation est principalement imputable à l'insuffisance des capacités en ressources humaines et à l'absence ou à l'inutilisation d'équipements dans les établissements. Un hôpital de référence disposait par exemple d'un appareil de surveillance de la charge virale qui reste inutilisé depuis 2005 en raison, selon l'établissement, de l'absence de personnel formé.

**La collaboration dans la lutte contre la coinfection VIH/tuberculose** est une composante importante des programmes du Fonds mondial. Une note conceptuelle conjointe tuberculose/VIH a été rédigée pour obtenir des subventions au titre du nouveau modèle de financement approuvé en juillet 2015. Malgré les efforts récemment engagés pour renforcer cette collaboration, 65% des établissements ne fournissaient pas de traitement à l'isoniazide pour protéger les personnes sous traitement antirétroviral de la tuberculose, ce qui peut minimiser l'impact de la subvention sur la réduction de la mortalité due à la coinfection VIH/tuberculose.

En outre, la politique du pays – qui vise à limiter le dépistage du VIH chez les patients tuberculeux aux établissements de santé proposant un traitement contre les deux maladies – fait que 44% des centres de diagnostic de la tuberculose (719 sur 1 655) ne disposent pas de kits de dépistage du VIH.

**Capacités toujours limitées de supervision des programmes du ministère de la Santé publique à tous les niveaux.** En qualité de récipiendaire principal, le ministère est chargé de veiller à la qualité des services de santé pour toutes les activités relatives à la formation et à la supervision. Cela représente 24% du budget global des subventions actives qui lui sont attribuées. Le BIG a découvert que les activités de formation et de supervision des programmes nationaux étaient insuffisantes, en particulier pour superviser la qualité des services :

- Un examen des rapports de supervision a révélé l'absence de mécanismes de suivi pour veiller à la résolution des problèmes identifiés.
- Le calendrier des activités de supervision n'est pas respecté. En 2015, par exemple, les programmes nationaux n'ont pas procédé à des visites de supervision régulières (pour le VIH, 23 sur les 292 visites de supervision prévues, et pour la tuberculose, 57 de 230 visites de supervision prévues) du fait, en partie, de retards dans la réception des fonds au niveau des maîtres d'œuvre, affectant ainsi le décaissement de fonds.
- La CAG (« Cellule d'Appui et de Gestion » ou unité de gestion des projets du ministère) n'a pas de ressources suffisantes pour suivre la mise en œuvre des programmes à l'échelon des provinces. Aucun rapport régulier n'est par exemple reçu portant sur les activités des provinces en matière de supervision ou de formation.
- Les tâches ne font pas l'objet d'une distinction claire pour éviter un chevauchement des activités de supervision entre les programmes nationaux et les maîtres d'œuvre de la société

---

<sup>15</sup>Le pourcentage de patients perdus de vue déclaré dans le cadre des rapports d'activité sur la riposte au sida de l'ONUSIDA était de 14 %, 22 % et 20 % en 2015, 2014 et 2013, respectivement.

civile, les deux couvrant les mêmes activités programmatiques lors de leurs visites de supervision.

- Les activités de formation n'ont pas été planifiées de façon adéquate pour en garantir l'efficacité. La formation aux nouvelles directives de traitement de la tuberculose et à la collecte de données (PATI V) a par exemple été dispensée six mois avant que l'outil ne soit mis à la disposition des établissements de santé. Cette situation signifie que ces sessions de formation devront être renouvelées une fois les outils mis à disposition, ce qui correspond à une utilisation inefficace des fonds de subvention.

**Reprogrammation des activités** – Le mécanisme de réaffectation du budget non dépensé à d'autres activités de subvention commence à être mise en œuvre dans le portefeuille de la RDC. Dans un contexte marqué par des ressources limitées, la reprogrammation peut contribuer à concentrer des financements supplémentaires pour améliorer la qualité des services. Un examen des récentes opérations de reprogrammation indique que celles-ci ont fait l'objet d'un processus d'approbation approprié. Toutefois, des efforts restent néanmoins nécessaires pour s'assurer que les activités contribuent à une amélioration de la qualité des services. Le processus de reprogrammation ne révèle pas la manière dont les différents compromis sont étudiés ni le bien-fondé de la priorité accordée au financement de certaines activités par rapport à d'autres, compte tenu des priorités stratégiques des subventions.

**Initiatives en cours au niveau communautaire.** Au moment de l'audit, le Secrétariat du Fonds mondial engageait déjà des initiatives pour améliorer l'accès aux soins et la qualité des services. Celles-ci incluent :

- Soutenir le déploiement à grande échelle du PODI (Poste de distribution communautaire d'antirétroviraux) afin d'améliorer le maintien sous traitement et le suivi des patients sous traitement antirétroviral.
- Soutenir l'observatoire de l'accès aux services de prise en charge du VIH et de leur qualité dans les provinces de Nord-Kivu et Kinshasa, afin d'améliorer le suivi par la société civile des services de prise en charge du VIH.
- Déployer, avec l'UNICEF, un système de gestion intégrée de cas communautaire qui prévoit des formations pour les travailleurs de santé communautaires afin de prévenir, traiter et fournir des services d'aiguillage pour les maladies infantiles courantes, y compris le paludisme.

Ces initiatives peuvent contribuer à atténuer partiellement les problèmes soulignés plus haut.

### **Mesure de gestion convenue 1**

Le Secrétariat du Fonds mondial travaillera avec les récipiendaires principaux (ministère de la Santé SANRU, Cordaid et Caritas) pour élaborer un plan intégré de supervision des services de prise en charge du VIH, de la tuberculose et du paludisme soutenus par le Fonds mondial. Ce plan inclura :

- des mandats pour la supervision au niveau national, intermédiaire et périphérique conjointement exercée par le ministère et les récipiendaires principaux de la société civile, y compris la supervision de la coinfection VIH/tuberculose,
- des guides de supervision et des outils de compte rendu, et
- des mécanismes de suivi des recommandations issues des constatations de la supervision.

**Titulaire :** Mark Edington, Responsable de la division de la gestion des subventions

**Date de mise en œuvre :** 31 mars 2017

## 1.2. Rapport coût-efficacité du portefeuille de la RDC

**En l'absence d'analyse transversale des dépenses engagées par les bénéficiaires principaux pour comparer l'efficacité des activités, le Fonds mondial risque de ne pas utiliser ses maigres ressources de façon optimale.**

La mise en œuvre de programmes de santé en RDC peut s'avérer coûteuse en raison de la taille du pays et des difficultés pour attirer et fidéliser un personnel qualifié. Pour réaliser cette mission, le Fonds mondial s'appuie sur ses maîtres d'œuvre dans le pays et finance leurs activités. L'analyse du Secrétariat du Fonds mondial n'est pas suffisante pour garantir l'optimisation de certaines catégories de coûts unitaires au sein du portefeuille afin d'obtenir un bon rapport coût-efficacité. Ainsi, le Fonds mondial court le risque de ne pas maximiser l'impact dans un contexte marqué par une insuffisance significative de financements.

En l'absence d'une telle analyse, le BIG a identifié des différences au niveau de l'efficacité comparée d'un éventail de catégories de coûts :

### **a) Ressources humaines**

Les ressources humaines représentent 63,9 millions USD, ou 12% des budgets de subvention 2015-2017 examinés. Au total, le Fonds mondial finance 731 postes de personnel pour l'ensemble du portefeuille. Le Secrétariat du Fonds mondial n'a réalisé aucune analyse détaillée de la répartition des effectifs entre les maîtres d'œuvre pour garantir une utilisation efficace de ces ressources. De ce fait, il est difficile de justifier si le niveau de dotation en personnel est aligné sur les besoins des programmes. Une comparaison des résultats déclarés et des effectifs disponibles révèle qu'un bénéficiaire principal peut traiter 504 patients par employé, tandis qu'un autre n'en traite que 131. Les deux bénéficiaires principaux mettent en œuvre le même programme de lutte contre le VIH, mais dans des régions différentes du pays.

Le BIG a aussi constaté d'importantes différences au niveau des barèmes de salaire (de jusqu'à 40% en moyenne) appliqués pour les postes financés par le Fonds mondial par les cinq bénéficiaires principaux ainsi qu'au niveau des effectifs affectés à chacun des programmes soutenus par le Fonds mondial. Une comparaison des deux bénéficiaires principaux de la subvention VIH révèle que les charges de personnel et les frais généraux par patient traité s'élèvent à 36,79 USD chez le premier et à 47,40 USD chez le second.

Bien que la période (deuxième semestre 2015), l'ensemble d'interventions et la combinaison d'activités soient comparables, le BIG reconnaît que cette analyse n'a pas pris en compte un possible différentiel de coût des activités entre les régions couvertes par les deux maîtres d'œuvre et un potentiel limité de partage des coûts entre les différentes maladies. Par conséquent, la comparaison ci-dessus ne constitue pas, en soi, une preuve des inefficiences car les différentiels de coût pourraient aussi être expliqués par des facteurs comme les paramètres géographiques, les caractéristiques démographiques des patients et d'autres variables. Cependant, en l'absence d'analyse approfondie tenant compte de l'ensemble des facteurs pertinents, le Secrétariat n'est pas en mesure de déterminer si les différences de coût observées sont ou non justifiables et, par conséquent, si le Fonds mondial obtient un bon rapport coût-efficacité.

### **b) Prix unitaire des moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée**

Un examen du prix unitaire des moustiquaires achetées par deux des maîtres d'œuvre – présentant les mêmes spécifications et assujetties aux mêmes termes commerciaux internationaux « Franco à bord »<sup>16</sup>, mais acquies auprès de fournisseurs différents – révèle une différence de prix unitaire d'environ 12%. Pour l'un des maîtres d'œuvre, cette différence représente un manque à gagner

<sup>16</sup> En vertu de ces termes commerciaux internationaux, le vendeur livre les biens au port de départ, dédouanés à l'exportation et prêts à l'embarquement. Le vendeur supporte tous les coûts et responsabilités ultérieurement. « Franco à bord », ou FOB, est l'un des onze termes commerciaux internationaux, également appelés Incoterms 2010, ensemble de conditions générales commerciales standard.

d'environ 2,5 millions USD. Si la comparaison était basée sur des termes commerciaux internationaux « Coût, assurance et fret »<sup>17</sup>, cette différence se réduirait à 5% environ. Cela représenterait cependant toujours un manque à gagner estimé à 1 million USD.

De plus, un manque à gagner pénalise des achats en plus gros volume de moustiquaires pour les campagnes de masse. Bien qu'un différentiel de prix unitaire puisse être en partie expliqué par des décalages de calendrier des deux appels d'offres comparés, cela met en évidence l'opportunité manquée d'exploiter des achats en volume pour obtenir des prix plus bas. Cependant, bien que le BIG ait identifié des économies potentielles, il a également constaté que les deux bénéficiaires principaux obtenaient des prix conformes aux prix négociés dans d'autres pays pour des produits ayant des spécifications similaires par l'intermédiaire du mécanisme d'achat groupé du Fonds mondial.

### **c) Indemnités de déplacement dans le pays**

Les frais de déplacement représentent 83,6 millions USD, ou 15% des budgets de subvention 2015-2017 examinés. En l'absence de mécanisme permettant d'évaluer le caractère raisonnable des indemnités journalières facturées pour l'activité de supervision, le BIG a découvert des différences significatives de 50% à 100% pour les quatre maîtres d'œuvre de la société civile. Par exemple, pour des régions comme Gbadolite, l'indemnité journalière pour les visites de supervision d'un maître d'œuvre est de 95 USD alors qu'un autre applique une indemnité de 187 USD pour la même région.

### **d) Coût de transport et de stockage des médicaments**

Les coûts de transport et de stockage représentent 61,6 millions USD, ou 11% des budgets de subvention 2015-2017 examinés. En l'absence de mesures visant à améliorer l'efficacité, le BIG a découvert des écarts de jusqu'à trois fois (1,12 USD contre 5 USD) des coûts unitaires de transport des médicaments payés par les bénéficiaires principaux aux entreprises de transport. Cette comparaison tient compte des coûts facturés par différents maîtres d'œuvre pour livrer les médicaments sur les mêmes parcours. L'audit a également identifié des exemples dans lesquels les prix du même maître d'œuvre varient de jusqu'à 40% (2,5 USD contre 3,5 USD) pour le même itinéraire en fonction de l'entreprise de transport.

En ce qui concerne le stockage des médicaments, en l'absence de mécanisme permettant de générer des économies d'échelle lorsque l'on négocie avec le même fournisseur, le BIG a découvert des incohérences au niveau des coûts unitaires facturés par le même entrepôt pour différents maîtres d'œuvre. Certains maîtres d'œuvre ont été facturés sur la base du volume (par mètre cube par mois) alors que d'autres se sont basés sur le poids des biens stockés (par kilogramme par mois ou en pourcentage des coûts des médicaments, coûts de distribution inclus).

### **Mesure de gestion convenue 2**

Le Secrétariat du Fonds mondial réalisera une analyse du caractère raisonnable des coûts des dépenses des bénéficiaires principaux. Cette analyse portera sur SANRU, Caritas, Cordaid et PSI, et inclura une comparaison transversale des catégories de coûts unitaires entre les bénéficiaires principaux pour : le coût des ressources humaines et le nombre d'employés, les prix, le stockage et la distribution de MILD, et les indemnités journalières de subsistance.

**Titulaire :** Mark Edington, Responsable de la division de la gestion des subventions

**Date de mise en œuvre :** 30 juin 2017

<sup>17</sup> En vertu de ces termes, le vendeur organise et paie le transport et l'assurance au port de destination désigné, mais le transfert des risques à l'acheteur intervient dès que le produit est chargé à bord au port de départ. « Coût, assurance, fret », ou CIF, est l'un des onze termes commerciaux internationaux, également appelés Incoterms 2010, ensemble de conditions générales commerciales standard.

## 2. Contrôle de la chaîne des achats et des stocks

### 2.1. Contrôles des stocks à l'échelon des établissements de santé

**Bien que le BIG puisse fournir une assurance raisonnable quant à la traçabilité des médicaments jusqu'au niveau des zones de santé, les mécanismes de suivi des médicaments sont inadéquats à l'échelon des établissements de santé. Globalement, 34,4% des médicaments distribués par les entrepôts régionaux contrôlés n'ont pas pu être tracés dans les établissements de santé.**

La difficulté à tracer les médicaments jusqu'aux établissements de santé peut entraîner des pertes de fonds programmatiques, les « fuites » passant inaperçues. Cette situation peut aussi conduire à des interruptions de traitement, les principaux médicaments devenant indisponibles.

#### a) Difficulté de tracer les médicaments jusqu'aux établissements de santé.

Dans le cadre de son contrôle des médicaments distribués à l'échelon des établissements de santé, le BIG peut fournir l'assurance raisonnable que les médicaments quittant les entrepôts régionaux arrivent aux zones de santé. Bien que le pays soit classé comme un contexte d'intervention difficile, le BIG a fait un rapprochement pour 96,7% des livraisons de produits des régions aux zones de santé. Ceci met en exergue une bonne performance dans l'acheminement des médicaments jusqu'aux zones de santé de la part des récipiendaires principaux et des entrepôts régionaux. La perte de documentation pour 3,3% des produits de santé de l'échantillon n'est pas significative et le BIG peut donc fournir une assurance raisonnable quant à la traçabilité des médicaments entre les régions et les zones de santé.

Cependant, le BIG ne peut pas fournir d'assurance raisonnable quant à la traçabilité des médicaments entre les zones de santé et les établissements de santé. Bien que l'échantillon choisi ait couvert des bureaux de zones de santé et des établissements de santé proches en milieu urbain, où les obstacles logistiques devraient être réduits, le BIG n'a pas pu documenter toutes les réceptions de produits de santé. Les auditeurs n'ont pas pu tracer 31,1% des livraisons de produits initialement envoyées par les entrepôts régionaux, depuis leur expédition des zones de santé jusqu'à leur réception escomptée dans les établissements de santé. Cette absence de preuve documentaire pour attester que les médicaments parviennent jusqu'aux établissements de santé concerne plus certains médicaments que d'autres. Par exemple, 47% des formulations de combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine pour adultes et 40% des tests de dépistage du VIH (Determine) n'ont pu être tracés. À l'inverse, les auditeurs ont pu suivre les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine pour nourrissons jusqu'au niveau des établissements de santé.

Fig. 1. Traçabilité des médicaments du Fonds mondial le long de la chaîne d'approvisionnement.

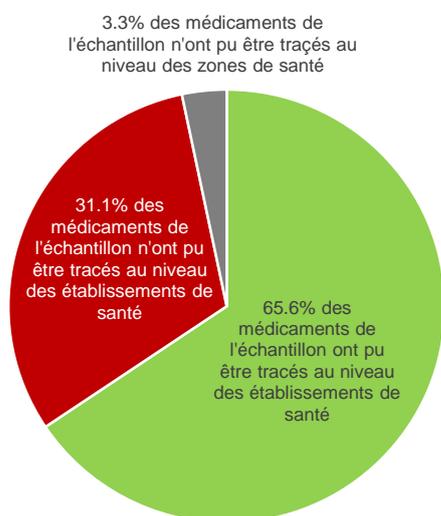
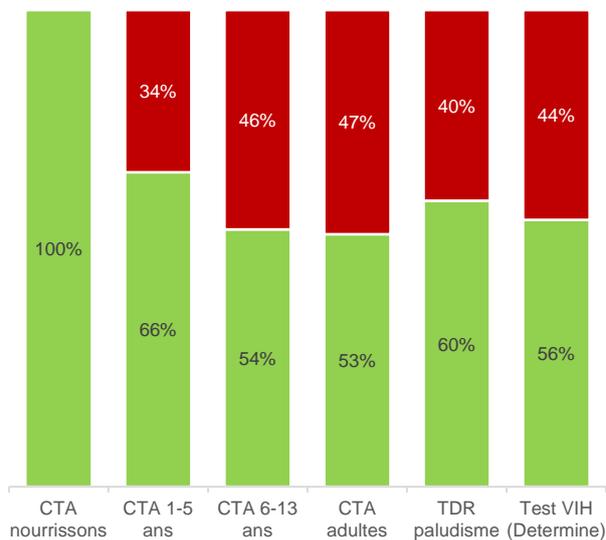


Fig. 2. Traçabilité des médicaments distribués à partir des zones de santé.



## **b) Mécanismes sous-optimaux de contrôle des stocks au niveau central**

Le BIG a évalué les mécanismes de contrôle des stocks utilisés par Sanru et Cordaid pour gérer les médicaments achetés par le Fonds mondial, avec l'opérateur d'un entrepôt central auquel ont recours tous les récipiendaires principaux à Kinshasa. Il a également évalué les mécanismes de contrôle des stocks appliqués par Sanru sur son propre site de stockage central.

Dans les deux lieux, le BIG a découvert des contrôles sous-optimaux ou absents de la gestion des stocks, par exemple :

- Incapacité de publier un rapport sur les stocks pour une période définie. Cette situation limite la capacité de procéder à un rapprochement rétrospectif des variations de stock ou d'expliquer des différences potentielles identifiées dans l'inventaire.
- Incapacité de détecter des saisies dupliquées. Ce problème s'est traduit par sept cas de saisies enregistrées dans les journaux des stocks pour les mêmes réceptions ou livraisons, entraînant une évaluation inexacte des stocks.
- Inefficacité du suivi des dates de péremption et de la gestion des stocks sur la base du premier périmé-premier sorti. Cette situation a entraîné la présence de médicaments périmés ou sur le point d'être périmés dans les stocks, affectant 18 lots différents de produits.

En réponse à ces constatations, un opérateur d'entrepôt sous contrat avec les quatre récipiendaires principaux non-gouvernementaux de RDC a établi avec Cordaid un plan assorti d'un calendrier pour instaurer ou renforcer des contrôles de gestion des stocks. Ce plan devrait profiter à tous les maîtres d'œuvre travaillant avec cet opérateur. Le BIG n'a cependant pas suivi la mise en œuvre de ce plan.

### **Mesure de gestion convenue 3**

Le Secrétariat du Fonds mondial présentera au Groupe de travail sur la gestion de la chaîne d'approvisionnement du Fonds mondial une analyse des actions en cours et prévues ainsi que des initiatives pilotes destinées à renforcer les mécanismes de la chaîne d'approvisionnement de la RDC concernant les produits de santé liés au VIH et au paludisme financés par le Fonds mondial.

L'analyse décrira les résultats escomptés, les calendriers et le ciblage géographique des actions. Elle couvrira le stockage, la distribution et les mécanismes de livraison en fin de chaîne de distribution gérés par SANRU et Cordaid. Les travaux incluront une évaluation des risques et des solutions pour atténuer les problèmes des mécanismes actuels de livraison de CTA et de produits de traitement antirétroviral en fin de chaîne de distribution. L'analyse présentera également des solutions pour que le Fonds mondial puisse, en collaboration avec d'autres partenaires, soutenir des projets visant à transformer en profondeur la chaîne d'approvisionnement de médicaments essentiels, sous l'égide du gouvernement de la RDC et conformément à la nouvelle stratégie nationale de gestion de la chaîne d'approvisionnement.

**Titulaire :** Mark Edington, Responsable de la division de la gestion des subventions

**Date de mise en œuvre :** 28 février 2017

## 2.2. Contrôles de la gestion des stocks à l'échelon des établissements de santé

**En l'absence de supervision efficace sur les programmes, de responsabilité définie de suivi de la consommation de médicaments et de dispositions formelles de transport du niveau central aux établissements de santé, les ruptures de stock sont généralisées tout le long de la chaîne d'approvisionnement et il n'y a aucun contrôle de la péremption de médicaments.**

Le portefeuille de la RDC finance d'importants montants d'achats de médicaments qui sont acheminés par le biais des mécanismes locaux de la chaîne d'approvisionnement gérés par les maîtres d'œuvre de la société civile. Le BIG a constaté des ruptures de stock et des péremptions des médicaments à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement. Au niveau central, le BIG a examiné les inventaires les plus récents et découvert que les stocks étaient bas (d'un niveau inférieur au niveau du stock de sécurité pour certains médicaments). Au plan régional, le BIG a constaté le jour de sa visite que l'un des plus importants entrepôts régionaux du pays basé à Kinshasa était en rupture de stock pour toutes les formulations de combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine.

Compte tenu de cela, le BIG a évalué si d'autres entrepôts régionaux avaient été touchés et découvert des preuves documentaires chez le récipiendaire principal (Sanru) indiquant que trois des 19 entrepôts régionaux étaient en rupture de stock pour tous les traitements de combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine au moment de l'audit. Le BIG a confirmé des ruptures de stock en visitant l'un de trois entrepôts régionaux et a aussi constaté des ruptures de stock le jour de sa visite dans un bureau de zone de santé et quatre établissements de santé.

Le BIG a procédé à un examen documentaire pour évaluer s'il y avait eu des ruptures de stock à l'échelon des établissements de santé durant la période de 15 mois précédant l'audit (janvier 2015 à mars 2016). Il a découvert que certains types de médicaments étaient fréquemment indisponibles. Les différents traitements de combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine faisaient l'objet de ruptures de stock durant des périodes allant d'un à quatre mois en moyenne. Les tests de dépistage du VIH et certains types de médicaments antirétroviraux étaient indisponibles pendant des périodes pouvant aller jusqu'à deux mois en moyenne. Les médicaments antituberculeux étaient également concernés, avec des ruptures de stock allant jusqu'à un mois dans un hôpital. Ces ruptures de stocks étaient généralisées et touchaient aussi bien les hôpitaux de référence que les centres de santé.

Tableau 1. Nombre moyen de jours de rupture de stock durant une période de 15 mois de janvier 2015 à mars 2016

Produit	Hôpitaux généraux de référence	Centres de santé
CTA nourrissons	49 jours	143 jours
CTA 1-5 ans	89 jours	138 jours
CTA 6-13 ans	30 jours	68 jours
CTA adultes	42 jours	36 jours
Test de diagnostic rapide (paludisme)	53 jours	48 jours
Unigold (Test du VIH)	59 jours	44 jours
Determine (Test du VIH)	7 jours	24 jours

En outre, le BIG a constaté l'inefficacité des mécanismes permettant de tenir compte, de contrôler et de suivre les dates de péremption. Sur l'ensemble des établissements visités par le BIG, un seulement avait mis en place une procédure pour gérer les médicaments périmés. En l'absence de telles procédures, 60% des établissements ne tenaient pas de registre des médicaments périmés. Lorsqu'un tel registre était disponible, le BIG a été en mesure d'identifier des péremptions dans toutes les lignes de produits contrôlées, sauf concernant les médicaments antituberculeux. Au niveau des zones de santé, le BIG a aussi constaté l'absence de procédures pour gérer les médicaments périmés, ceux-ci étant stockés dans des environnements de mauvaise qualité où le contrôle de l'accès et de

l'environnemental est insuffisant. Dans un bureau de zone de santé, le BIG a découvert des médicaments périmés depuis trois ans toujours en attente de destruction.

La conception des mécanismes actuels de la chaîne d'approvisionnement, l'absence de traçabilité des médicaments jusqu'aux patients, l'inefficacité des systèmes de suivi de la consommation de médicaments et les erreurs dans la quantification des besoins de médicaments sont autant de facteurs qui contribuent aux ruptures de stock généralisées observées par le BIG.

### **Mécanismes de la chaîne d'approvisionnement non conçus pour atténuer le risque de perte de biens.**

Il existe des mécanismes formels de distribution entre les niveaux central, régional et des zones de santé. Comme indiqué plus haut, cela permet une traçabilité fiable des médicaments des régions aux zones de santé. Cependant, il n'existe pas de mécanisme de transport jusqu'en fin de chaîne de distribution. Les praticiens de santé doivent trouver des solutions pour faire venir les médicaments des zones de santé aux établissements de santé. Dans ce contexte, le transfert de possession des médicaments à un transporteur tiers n'est pas toujours formalisé à ce niveau le plus bas de la chaîne d'approvisionnement.

Le transport de médicaments repose parfois sur des solutions informelles qui ont tendance à contourner les contrôles établis. En outre, le risque de perte, de dégradation, de destruction, de détournement ou de vol de la marchandise tout le long de la chaîne d'approvisionnement est élevé. Ce risque est proportionnel aux distances parcourues et à la valeur perçue des biens transportés. Les mécanismes actuels de gestion de la chaîne d'approvisionnement ne prévoient pas de mesures pour atténuer ce risque. Des risques absolus subsistent au niveau de l'identification de la responsabilité de la gestion des médicaments tout le long de la chaîne d'approvisionnement. Bien qu'un mécanisme existe pour enregistrer les biens distribués au niveau des zones de santé et la réception des biens à l'échelon des établissements de santé, personne n'enregistre le transfert de possession au transporteur.

En avril 2016, le BIG a observé une livraison d'urgence de combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine qui a contourné les contrôles établis, ce qui illustre la mauvaise gestion des stocks. La pratique habituelle consiste à confier le stockage et la distribution des médicaments aux entrepôts régionaux et ensuite aux zones de santé. En avril 2016, l'entrepôt de Kinshasa était en rupture de stock. Sanru a livré des traitements d'un montant de 1,6 million USD dans des entrepôts régionaux à travers le pays. Le jour suivant, les sous-réceptaires de Sanru ont collecté l'ensemble de ces traitements auprès de l'entrepôt de Kinshasa, ce qui représentait six mois de stock pour redistribution. On ne sait pas vraiment si les sous-réceptaires avaient des capacités de stockage suffisantes pour stocker de façon sûre les médicaments attendant d'être distribués aux bureaux des zones de santé ou si les bureaux des zones de santé avaient des surfaces de stockage suffisantes pour accueillir six mois de stocks. Lorsque le BIG a signalé que cette pratique n'était pas conforme aux pratiques habituelles de distribution et de stockage, les médicaments ont en partie été restitués à l'entrepôt dans l'attente de leur distribution aux bureaux des zones de santé en fonction de la consommation mensuelle moyenne.

### **Absence de responsabilité claire pour tracer les médicaments jusqu'aux patients**

Le cadre de résultats, depuis le niveau central jusqu'à l'échelon des établissements de santé, ne promeut pas une traçabilité précise des médicaments jusqu'aux patients :

- Au niveau de l'établissement de santé, le pharmacien ne tient pas l'infirmier pour responsable en cas d'absence de tenue du registre de consommation des médicaments, et l'infirmier en chef ne tient pas le pharmacien pour responsable s'il/elle est incapable de tracer les médicaments distribués aux services.
- Le caractère raisonnable de la consommation de médicaments ne fait pas l'objet d'un suivi durant les visites de supervision réalisées par les zones de santé.

- Au niveau le plus élevé, Sanru et Cordaid sont responsables, en vertu des accords de subvention, de l'achat, du transport et de la livraison des médicaments dans le pays. Cependant, l'équipe de pays ne tient pas ces récipiendaires principaux pour responsables du suivi des médicaments jusqu'en fin de chaîne de distribution.

### **Inadéquation du système de suivi de la consommation de médicaments**

Le mécanisme destiné à garantir un rapprochement régulier des livraisons et des réceptions de médicaments par les récipiendaires principaux est inadéquat. Par exemple, une feuille du formulaire du système d'information sur la gestion de la santé enregistre la consommation réelle de médicaments. Cependant, celle-ci ne fait pas l'objet d'un suivi actif des zones de santé afin d'évaluer la consommation de médicaments par rapport aux livraisons.

### **Erreurs dans la quantification des besoins de médicaments**

S'agissant du VIH, Cordaid utilise des données existantes incomplètes relatives aux stocks et un ensemble excessivement complexe d'outils pour quantifier les besoins de médicaments pour 2015-2017. Il existe jusqu'à neuf registres différents qui mentionnent des quantités enregistrées différemment servant à quantifier les besoins. De ce fait, les commandes de médicaments ont été inadéquates et certaines commandes portaient sur des quantités inférieures de 40% aux besoins de certains produits pour les traitements antirétroviraux, et sur des quantités supérieures de 20% aux besoins de médicaments courants et de 2 000% aux besoins de médicaments d'utilisation rare.

Caritas n'a pas réussi à évaluer de façon appropriée les délais de passage de ses commandes. Par exemple, une commande d'antituberculeux a été passée 12 mois complets après la finalisation de l'opération de quantification. Lorsque la commande a été passée, elle ne couvrait que la moitié des besoins quantifiés, ce qui a entraîné des ruptures de stock.

Le Secrétariat du Fonds mondial étudie différentes solutions pour améliorer les résultats des récipiendaires principaux en termes de gestion et de quantification des stocks. Les récipiendaires principaux ont commencé à prendre des mesures pour remédier aux lacunes en constituant des comités chargés de la quantification au niveau national et des provinces. Cependant, à la date de rédaction du présent rapport, ces comités n'avaient toujours pas été éprouvés.

Les constatations de cette section seront traitées par le Secrétariat dans le cadre de l'**Mesure de gestion convenue 3**.

### 2.3. Mécanismes d'assurance de la qualité des produits de santé

**La conception des processus de contrôle de la qualité des achats gérés localement souffre de lacunes. Cette situation fait planer le risque que les maîtres d'œuvre du Fonds mondial introduisent des produits de qualité inférieure dans le système de santé.**

Les subventions du Fonds mondial sont utilisées pour acheter des médicaments de lutte contre le VIH et la tuberculose par l'intermédiaire de son mécanisme d'achat groupé. Cependant, Sanru gère les achats de produits de lutte contre le paludisme financés par ses subventions dans le cadre d'achats groupés. Ces produits sont achetés par l'intermédiaire de fournisseurs internationaux. Par nature, ces achats gérés localement ne bénéficient pas des contrôles mis en place en amont par le Fonds mondial dans le cadre de son mécanisme d'achat groupé. Par conséquent, pour éviter la diffusion de produits de santé de qualité inférieure, le Fonds mondial compte sur les contrôles de la qualité existants chez Sanru pour s'assurer que les médicaments achetés par cette organisation sont conformes à sa politique d'assurance de la qualité.

**a) Absence de rappel par Sanru de trois lots de médicaments pour lutter contre les infections opportunistes, testés non-conformes par un laboratoire préqualifié par l'OMS, entraînant la distribution de médicaments non-conformes pendant une période allant jusqu'à un an.**

Sanru a distribué un lot de 4,5 millions de cachets de paracétamol, un lot de métronidazole et un lot de glucose injectable non-conformes. Ces médicaments achetés grâce à un financement du Fonds mondial pour lutter contre les infections opportunistes ont été distribués à des entrepôts régionaux entre avril et septembre 2015. Durant l'audit, le BIG a constaté que ces lots avaient été testés et considérés comme non-conformes par un laboratoire préqualifié par l'OMS.

Cependant, le récipiendaire principal a demandé un deuxième test à une agence locale de certification (Office Congolais de Contrôle). Lorsque les résultats de ce deuxième test ont révélé que les médicaments étaient aptes à la consommation, le récipiendaire principal a décidé que cela suffisait pour passer outre le test initial et a introduit les lots dans le système de santé. Du fait de cette constatation du BIG, le récipiendaire principal a lancé un rappel de ces lots au niveau national le 7 mai 2016. Le risque existe que les médicaments rappelés aient déjà été distribués et consommés. Le BIG n'a pas vérifié si tous les lots rappelés avaient été reçus.

**b) Sanru n'a pas procédé au contrôle de la qualité des médicaments entrants durant une période de six mois**

En vertu de la politique d'assurance de la qualité du Fonds mondial, Sanru doit contrôler la qualité des médicaments arrivant à l'entrepôt central qu'il loue à Kinshasa. Cependant, durant l'audit, le personnel du BIG a assisté au déchargement d'une cargaison de médicaments financés par le Fonds mondial dans l'entrepôt central, sans la présence du pharmacien de Sanru. Après un examen plus poussé, le BIG a établi que Sanru n'avait pas effectué d'examens de contrôle de la qualité des médicaments entrants entre novembre 2015 et avril 2016, date de son audit. L'opérateur de l'entrepôt central a conservé ces médicaments dans une salle de stockage de produits entrants séparée des autres. Ce stock incluait 3,9 millions d'unités de tests de diagnostic rapide du paludisme et plus de 450 000 doses d'artésunate injectable pour le traitement du paludisme grave.

#### **Mesure de gestion convenue 4**

Le Secrétariat demandera à SANRU et à Cordaid de lui transmettre un plan d'assurance de la qualité, en vue de son approbation par l'équipe de pays. Ce plan s'appuiera sur une approche fondée sur les risques et conforme aux directives de l'OMS de réception, d'inspection, de contrôle par sondage et de test en laboratoire des produits de santé achetés au titre des subventions Paludisme et VIH du Fonds mondial.

**Titulaire :** Mark Edington, Responsable de la division de la gestion des subventions

**Date de mise en œuvre :** 31 décembre 2016

### 3. Contrôle des données programmatiques et des résultats des subventions

**En dépit des récents progrès du Fonds mondial dans le soutien des systèmes de gestion de la qualité des données, la fiabilité des données reste limitée. Des données inexacts continuent d'être communiquées, ce qui conduit à des prises de décision fondées sur des informations qui ne sont pas optimales.**

Avec le quatrième plus important portefeuille de subventions actives, une charge élevée pour les trois maladies et la troisième plus importante allocation de la période actuelle, le RDC revêt une importance stratégique pour la réalisation de la stratégie et des objectifs du Fonds mondial. Compte tenu du caractère essentiel de la mission de ce portefeuille, la qualité des données est déterminante pour la capacité du Fonds mondial à évaluer et à communiquer les progrès d'ensemble en direction de ses objectifs contre les trois maladies.

Les visites sur le terrain du BIG ont confirmé le manque de fiabilité des données communiquées en RDC. Les visites organisées dans 21 établissements de santé et l'examen des données de deux indicateurs clés de résultat (nombre de personnes sous antirétroviraux et moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée distribuées) ont révélé des lacunes graves concernant à la fois la qualité des données par rapport aux documents sources et les contrôles internes de la transmission des données d'un niveau à un autre<sup>18</sup>.

#### a) Mauvaise qualité des données par rapport aux documents sources

Le BIG a contrôlé 6 813 dossiers de patients séropositifs au VIH dans neuf établissements de santé et découvert que le nombre de personnes sous antirétroviraux déclaré ne correspondait pas au nombre de dossiers de patients actifs. Deux établissements de santé surévaluaient le nombre de personnes sous antirétroviraux de 29% et de 19% respectivement, et deux établissements le sous-évaluaient de 22% et de 10% respectivement. Les cinq autres établissements de santé évaluaient le nombre de personnes sous antirétroviraux avec une marge d'erreur de 5% par rapport au nombre contrôlé par le BIG.

Tableau 2. Fiabilité du nombre de personnes sous antirétroviraux déclaré par rapport à la source. Contrôle du BIG de 6 813 dossiers médicaux dans neuf établissements.

Établissement de santé	N° 1	N° 2	N° 3	N° 4	N° 5	N° 6	N° 7	N° 8	N° 9
Déclaration des établissements de santé	233	151	587	108	356	1 106	671	811	2 137
Dossiers médicaux	180	127	561	106	352	1 152	702	897	2 736
Écart	+29,4%	+18,9%	+4,6%	+1,9%	+1,1%	-4,0%	-4,4%	-9,6%	-21,9%

Les mécanismes permettant de veiller à la qualité des données sont limités, y compris en l'absence de directives des maîtres d'œuvre dans ce domaine. Le processus de validation de la qualité des données est massivement tributaire de la participation des sous-réceptaires aux réunions mensuelles ou trimestrielles de validation des données au niveau des zones de santé et des provinces, et des rapports des sous-réceptaires à l'intention des réceptaires principaux.

L'agent local du Fonds effectue des audits de la qualité des données par le biais de contrôles ponctuels ou d'une validation des données sur site, mais ceux-ci ne sont pas réalisés de façon régulière. Par exemple, aucun audit indépendant de la qualité des données n'a eu lieu depuis 2012 et aucune validation régulière des données sur site n'a été réalisée en 2015 pour les maladies.

Le BIG a découvert que les capacités étaient limitées au niveau de la collecte des données du fait de l'absence d'agent spécifiquement chargé des données à l'échelon des établissements et responsable

<sup>18</sup> Le BIG a choisi deux indicateurs de résultat pour l'audit : (1) MILD régulièrement distribuées aux populations clés, et (2) nombre de personnes sous antirétroviraux.

de leur collecte et de leur communication. Le plus souvent, la collecte de données est effectuée par le personnel clinique qui est déjà surchargé par son travail médical régulier.

### **b) Contrôles internes sous-optimaux de la communication des données**

Le caractère limité des contrôles de la transmission des données a été mis en évidence par les écarts observés au niveau du nombre de moustiquaires distribuées aux populations clés par 12 établissements de santé et du nombre de personnes sous antirétroviraux déclaré par 19 établissements de santé. Ces écarts ont été révélés par une comparaison des données disponibles dans les établissements et des registres disponibles à des niveaux supérieurs.

Sur la même période, 12 établissements ont comptabilisé la distribution de 3 300 moustiquaires dans les registres du service, les mêmes établissements ont déclaré aux zones de santé la distribution de 3 343 moustiquaires et les zones de santé ont déclaré au niveau des provinces un chiffre supérieur (3 433). Sur la même période, le récipiendaire principal a déclaré au Fonds mondial la distribution de 3 592 moustiquaires. Au total, cet ajustement à la hausse de 9% des données communiquées au Fonds mondial par rapport aux registres sources n'était étayé par aucun justificatif.

Le nombre total de personnes sous antirétroviraux déclaré au Fonds mondial était supérieur de 4% au nombre déclaré par les établissements de santé. Dans ce cas, 19 établissements de santé ont déclaré au total 12 217 personnes sous antirétroviraux, les zones de santé 12 430 personnes et les récipiendaires principaux 12 663 personnes.

Le processus de validation existant ne permet pas de garantir le caractère raisonnable des données déclarées. Les réunions de validation des données se tiennent mensuellement au niveau des zones de santé et trimestriellement au niveau des provinces. Cependant, ce processus vise principalement à s'assurer que les objectifs soient atteints plutôt qu'à vérifier la qualité des données communiquées. Le processus de validation n'est pas axé sur une vérification des documents sources primaires. Le BIG a découvert quelques cas dans lesquels bien que les établissements de santé n'aient publié aucun rapport, les zones de santé déclaraient quand même des chiffres à des niveaux supérieurs. Lorsque cela se produit, les rapports sur les données sont ajustés durant les réunions de validation. Les justificatifs de ces ajustements ne sont toutefois pas documentés dans les dossiers. Les données communiquées au Fonds mondial ne sont toujours pas fondées sur l'outil DHIS2 du fait d'une couverture limitée. Actuellement, le récipiendaire principal communique au Fonds mondial des données basées sur les rapports des sous-réceptaires.

L'absence de mécanisme efficace pour garantir la collecte de données de qualité et l'inadéquation des contrôles font que les données ne sont pas fiables. Le BIG ne peut donc fournir d'assurance raisonnable quant à la qualité des données stratégiques, lesquelles sont essentielles pour un financement fondé sur les résultats, principe clé du modèle du Fonds mondial.

Le BIG salue les actions en cours du Secrétariat du Fonds mondial pour améliorer la gestion des données, mais dont l'efficacité reste à prouver :

- Soutien du déploiement à grande échelle des outils électroniques de collecte de données (DHIS2) pour améliorer la disponibilité des données et faciliter leur communication et analyse.
- Soutien du déploiement à grande échelle du système de collecte de données sur le VIH (TierNet).
- Recrutement en cours d'un assistant technique à long terme spécialiste du suivi et de l'évaluation, par l'intermédiaire de l'OMS, pour permettre au programme de lutte contre le VIH de remédier aux problèmes de qualité et de communication des données.
- Soutien de la normalisation des outils de communication des données des indicateurs sanitaires nationaux (HMIS), y compris ceux des trois programmes financés par le Fonds mondial.

**Mesure de gestion convenue 5**

Le Secrétariat du Fonds mondial travaillera avec les bénéficiaires principaux pour élaborer un plan de renforcement des capacités de suivi et d'évaluation pour les trois maladies, en privilégiant la collecte, la qualité et l'analyse des données. Ce plan inclura des mesures de renforcement appropriées afin d'améliorer la qualité des données, comme un déploiement des systèmes DHIS2 et Tiernet.

**Titulaire :** Mark Edington, Responsable de la division de la gestion des subventions

**Date de mise en œuvre :** 28 février 2017

#### 4. Contrôle de la gestion financière et fiduciaire

**La conception des contrôles financiers des maîtres d'œuvre de la société civile a été améliorée depuis le dernier examen du BIG de 2013. Elle est considérée appropriée malgré l'observation d'infractions marginales aux règles. À l'inverse, des problèmes significatifs ont été observés au niveau des capacités de gestion et de contrôle interne de l'unité de gestion des programmes qui administre un portefeuille de 76.61 millions USD pour le compte du ministère de la Santé.**

Lors de son évaluation du cadre de contrôle interne des quatre bénéficiaires principaux de la société civile, le BIG a découvert que les contrôles internes des processus d'enregistrement, de vérification et de communication étaient conçus de façon appropriée. Des problèmes ont toutefois été identifiés au niveau de leur efficacité, certains cas de non-respect des règles ayant été observés.

Les procédures d'achat ne sont pas systématiquement respectées lorsqu'il s'agit de justifier d'achats directs ou de l'élimination de certains fournisseurs. Le BIG a également identifié le non-respect des procédures relatives aux avances sur salaire et de politiques du Fonds mondial relatives aux coûts d'appui. La supervision limitée des dépenses des sous-bénéficiaires et les justifications insuffisantes des choix de formation sont d'autres domaines où des améliorations sont possibles.

Cependant, chez les autres bénéficiaires principaux intervenant sous l'égide du ministère de la Santé, les problèmes identifiés étaient de nature bien plus grave. Le portefeuille est assujéti à la politique de sauvegarde supplémentaire afin de compenser l'insuffisance des capacités de gestion et de contrôle interne. Ces insuffisances sont plus prononcées au niveau de l'unité de gestion des programmes dite « Cellule d'Appui et de Gestion » (CAG) mise en place au ministère de la Santé publique pour compenser l'insuffisance des capacités de gestion et de contrôle interne des programmes nationaux. Cependant, des examens successifs ont révélé qu'elle n'exerçait pas son rôle de façon efficace :

- En 2013, un précédent examen du BIG a conclu que les capacités de la CAG étaient insuffisantes pour accomplir sa mission d'unité de gestion des programmes. De plus, les recommandations du BIG restent pour l'essentiel inappliquées.
- Plus récemment, l'auditeur externe n'a pas pu émettre d'opinion sur ses états financiers 2014, évoquant des lacunes significatives de contrôle interne et des justificatifs inappropriés des dépenses<sup>19</sup>.

##### **a) Absence de composantes essentielles d'un environnement de contrôle**

La CAG assume la fonction d'unité de gestion des programmes du ministère de la Santé publique. Elle gère un portefeuille de trois subventions d'un montant total de 76,61 millions USD de financements approuvés. Toutefois, son environnement de contrôle est inefficace dans de nombreux domaines, par exemple :

- La CAG n'est pas structurée pour assumer sa fonction d'unité de gestion des projets pour le bénéficiaire principal. Elle n'est pas dotée d'unités d'achat, d'audit interne ou de comptabilité, elle ne dispose pas d'outils de comptabilisation ou de budgétisation et l'ensemble de la gestion financière est assurée par l'agent financier.
- La CAG ne dispose pas des capacités nécessaires pour administrer la gestion financière des sous-bénéficiaires, comme en atteste l'expiration de leurs contrats, l'obsolescence de leurs manuels, l'inadéquation des contrôles de leurs dépenses et l'absence de mécanisme de contrôle de leurs soldes de trésorerie. Le BIG a par exemple constaté un encours injustifié d'avances de 317 000 USD au profit du programme de lutte contre le paludisme<sup>20</sup>.

<sup>19</sup> Rapport d'audit externe 2014 daté du 11 mai 2016.

<sup>20</sup> L'agent financier a indiqué que l'essentiel de ce montant avait été justifié en 2016. Cependant, au moment de la rédaction de ce rapport, les documents de justifications n'avaient pas été reçus par le BIG.

- La CAG ne dispose pas de mécanisme de contrôle fiable de la gestion de son inventaire, n'a pas de manuel de gestion des stocks, ne procède pas à des vérifications physiques régulières et n'actualise pas son inventaire.
- Un rapport d'audit de la CAG de 2014 aurait dû être achevé le 30 juin 2015, conformément à l'accord de subvention. Cependant, il ne l'a été que le 11 mai 2016 en raison de l'incapacité de la CAG à produire ses états financiers.

### **b) Fragilité du processus d'achat en l'absence d'agent d'achat**

Dans son rapport de conseil de 2013, le BIG a recommandé le recours à un agent d'achat pour aider la CAG dans ce domaine<sup>21</sup>. Cette recommandation n'a pas été appliquée par le Fonds mondial. Durant le récent audit, la CAG n'a pas été en mesure de fournir de liste complète des achats finalisés.

En outre, un examen du BIG des achats de la CAG (sur la base d'un échantillon d'achats de 12 millions USD) a permis de découvrir que 21% d'entre eux n'étaient pas conformes aux propres procédures de la CAG. La non-conformité de ces achats tenait à des lacunes dans le processus de sélection. Ces achats non-conformes concernaient par exemple :

- Achat de 18 véhicules pour 713 868 USD : l'appel d'offres a été publié localement alors que le manuel d'achat prévoit un appel d'offres international. Le soumissionnaire retenu a reçu une avance de 15% (107 080 USD) en dépit du fait qu'il n'a pas fourni de garantie bancaire valable, la précédente ayant expiré.
- Achat de réactifs pour 1 139 285 USD : au moment de l'audit, 50% seulement des produits avaient été livrés, cependant, malgré l'absence de garantie bancaire valable, la précédente ayant expiré, 80% des paiements avaient été effectués par le biais d'avances de 512 678 USD (ce qui représente une avance de 45% et non de 10% comme stipulé dans les documents de l'appel d'offres) et d'un dépôt de 398 750 USD.

### **c) Rôle de l'agent financier**

Pour atténuer les risques financiers et fiduciaires, le Fonds mondial a recruté un agent financier en 2012 dont la mission était de renforcer ses capacités de gestion financière. Le premier agent financier a été remplacé en 2014 en raison de ses mauvais résultats et le nouvel agent financier est en poste depuis mars 2015.

Le BIG a découvert que l'agent fiduciaire actuel exerçait son rôle de contrôle mais n'était pas encore en mesure de renforcer les capacités de la CAG, un plan de renforcement des capacités n'ayant été mis en place que récemment. En outre, le plan d'action de l'agent financier n'a pas été appliqué et cet agent a assumé le rôle d'une unité comptable pour la CAG.

### **Mesure de gestion convenue 6**

Le Secrétariat du Fonds mondial transmettra à la Cellule d'Appui et de Gestion (CAG) du ministère de la Santé, un ensemble de critères minimaux de résultat (au niveau financier et des achats) qui devront être satisfaits pour que la CAG du ministère de la Santé conserve le statut de récipiendaire principal.

**Titulaire :** Mark Edington, Responsable de la division de la gestion des subventions

**Date de mise en œuvre :** 31 décembre 2016

<sup>21</sup> Le rapport de conseil sur les principaux contrôles financiers et des achats existants des subventions à la République démocratique du Congo a été établi à la demande du Secrétariat du Fonds mondial. Il visait à fournir une assurance quant à la conception et à l'adéquation des principaux contrôles existants au moment des problèmes financiers et relatifs aux achats. Il a identifié des lacunes à ces deux niveaux liées à l'insuffisance des capacités de l'unité de gestion des projets. Conformément à la politique relative à la communication des rapports du BIG en vigueur à ce moment-là, le rapport n'a pas été publié sur le site Internet du Fonds mondial.

**Mesure de gestion convenue 7**

Le Secrétariat du Fonds mondial finalisera une évaluation de la Cellule d'Appui et de Gestion (CAG) du ministère de la Santé pour évaluer le progrès par rapport aux critères minimaux de résultat communiqués à la CAG. Les constats et recommandations de cette évaluation serviront de base pour un plan d'action.

**Titulaire :** Mark Edington, Responsable de la division de la gestion des subventions

**Date de mise en œuvre :** 31 décembre 2017

## V. Récapitulatif des actions convenues de la Direction

Mesure de gestion convenue	Mise en œuvre	Titulaire
<p>Mesure de gestion convenue 1</p> <p>Le Secrétariat du Fonds mondial travaillera avec les récipiendaires principaux (ministère de la Santé SANRU, Cordaid et Caritas) pour élaborer un plan intégré de supervision des services de prise en charge du VIH, de la tuberculose et du paludisme soutenus par le Fonds mondial. Ce plan inclura :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ des mandats pour la supervision au niveau national, intermédiaire et périphérique conjointement exercée par le ministère et les récipiendaires principaux de la société civile, y compris la supervision de la coinfection VIH/tuberculose,</li> <li>▪ des guides de supervision et des outils de compte rendu, et</li> <li>▪ des mécanismes de suivi des recommandations issues des constatations de la supervision.</li> </ul>	31 mars 2017	Mark Edington, Responsable de la division de la gestion des subventions
<p>Mesure de gestion convenue 2</p> <p>Le Secrétariat du Fonds mondial réalisera une analyse du caractère raisonnable des coûts des dépenses des récipiendaires principaux. Cette analyse portera sur SANRU, Caritas, Cordaid et PSI, et inclura une comparaison transversale des catégories de coûts unitaires entre les récipiendaires principaux pour : le coût des ressources humaines et le nombre d'employés, les prix, le stockage et la distribution de MILD, et les indemnités journalières de subsistance.</p>	30 juin 2017	Mark Edington, Responsable de la division de la gestion des subventions
<p>Mesure de gestion convenue 3</p> <p>Le Secrétariat du Fonds mondial présentera au Groupe de travail sur la gestion de la chaîne d'approvisionnement du Fonds mondial une analyse des actions en cours et prévues ainsi que des initiatives pilotes destinées à renforcer les mécanismes de la chaîne d'approvisionnement de la RDC concernant les produits de santé liés au VIH et au paludisme financés par le Fonds mondial.</p> <p>L'analyse décrira les résultats escomptés, les calendriers et le ciblage géographique des actions. Elle couvrira le stockage, la distribution et les mécanismes de livraison en fin de chaîne de distribution gérés par SANRU et Cordaid. Les travaux incluront une évaluation des risques et des solutions pour atténuer les problèmes des mécanismes actuels de livraison de CTA et de produits de traitement antirétroviral en fin de chaîne de distribution. L'analyse présentera également des solutions pour que le Fonds mondial puisse, en collaboration avec d'autres partenaires, soutenir des projets visant à transformer en profondeur la chaîne d'approvisionnement de médicaments essentiels, sous l'égide du gouvernement de la RDC et conformément à la nouvelle stratégie nationale de gestion de la chaîne d'approvisionnement.</p>	28 février 2017	Mark Edington, Responsable de la division de la gestion des subventions

<b>Mesure de gestion convenue</b>	<b>Mise en œuvre</b>	<b>Titulaire</b>
<p>Mesure de gestion convenue 4</p> <p>Le Secrétariat demandera à SANRU et à Cordaid de lui transmettre un plan d'assurance de la qualité, en vue de son approbation par l'équipe de pays. Ce plan s'appuiera sur une approche fondée sur les risques et conforme aux directives de l'OMS de réception, d'inspection, de contrôle par sondage et de test en laboratoire des produits de santé achetés au titre des subventions Paludisme et VIH du Fonds mondial.</p>	31 décembre 2016	Mark Edington, Responsable de la division de la gestion des subventions
<p>Mesure de gestion convenue 5</p> <p>Le Secrétariat du Fonds mondial travaillera avec les bénéficiaires principaux pour élaborer un plan de renforcement des capacités de suivi et d'évaluation pour les trois maladies, en privilégiant la collecte, la qualité et l'analyse des données. Ce plan inclura des mesures de renforcement appropriées afin d'améliorer la qualité des données, comme un déploiement des systèmes DHIS2 et Tiernet.</p>	Mark Edington, Responsable de la division de la gestion des subventions	28 février 2017
<p>Mesure de gestion convenue 6</p> <p>Le Secrétariat du Fonds mondial transmettra à la Cellule d'Appui et de Gestion (CAG) du ministère de la Santé, un ensemble de critères minimaux de résultat (au niveau financier et des achats) qui devront être satisfaits pour que la CAG du ministère de la Santé conserve le statut de bénéficiaire principal.</p>	Mark Edington, Responsable de la division de la gestion des subventions	31 décembre 2016
<p>Mesure de gestion convenue 7</p> <p>Le Secrétariat du Fonds mondial finalisera une évaluation de la Cellule d'Appui et de Gestion (CAG) du ministère de la Santé pour évaluer le progrès par rapport aux critères minimaux de résultat communiqués à la CAG. Les constats et recommandations de cette évaluation serviront de base pour un plan d'action.</p>	Mark Edington, Responsable de la division de la gestion des subventions	31 décembre 2017

## 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, régulièrement 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 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 : Message du Directeur exécutif

Le Fonds mondial accorde une attention toute particulière à la protection des investissements, l'objectif étant que toutes les ressources comptent. Il n'admet aucune tolérance à l'égard de la corruption ou de la fraude. Dès lors que des dépenses irrégulières sont identifiées, le Fonds mondial en exige le remboursement, de sorte à prémunir l'argent des donateurs de la fraude ou des dépenses inadmissibles.

Le Bureau de l'Inspecteur général fait partie intégrante de la gestion des risques et des contrôles, dont il est une composante essentielle ; il mène des enquêtes et des audits indépendants en complément de la gestion des risques et des contrôles actifs mis en place par le Secrétariat, sous la supervision du Conseil d'administration du Fonds mondial.

Je voudrais remercier le Bureau de l'Inspecteur général pour la clairvoyance de ce rapport d'audit portant sur les subventions du Fonds mondial en République démocratique du Congo (RDC), qui soulève des inquiétudes pour lesquelles nous avons déjà pris des mesures. Ce rapport fait également état de progrès solides réalisés dans plusieurs domaines depuis le précédent audit du Bureau, en 2013.

Ainsi, en ce qui concerne le VIH, la RDC a nettement augmenté le nombre de personnes sous antirétroviraux et de nouvelles statistiques font apparaître que le nombre de décès dus au virus a baissé de 59 pour cent, l'incidence du VIH chutant pour sa part de 84 pour cent depuis 2000.

Il ressort également de nouvelles informations que la mortalité liée au paludisme est en recul de 75 pour cent en RDC depuis 2000, ce qui s'explique en partie par les campagnes de distribution à grande échelle de moustiquaires qui se sont succédé. Le pays est désormais en bonne voie pour parvenir à la couverture universelle en moustiquaires en 2017, sachant que cette couverture n'était que de 9 pour cent en 2007. S'agissant de la tuberculose, le taux de succès thérapeutique a atteint 89 pour cent en 2015. Globalement, la mortalité des enfants de moins de cinq ans est passée de 158 pour mille en 2010 à 104 pour mille en 2013, l'année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles.

Pour obtenir des avancées majeures en matière de mise en œuvre, le Fonds mondial s'attèle à mettre en place plusieurs partenariats novateurs en RDC avec des spécialistes locaux, les gouvernements des États-Unis et du Royaume-Uni, l'UNICEF, Gavi, la Banque mondiale et d'autres encore. Il s'agit, entre autres, de rationaliser la couverture géographique des programmes, de garantir un financement en fonction des résultats, de réformer le Ministère de la Santé, d'optimiser la chaîne d'approvisionnement, etc.

Le Fonds mondial suit des normes strictes et a pris des mesures correctives pour atténuer les risques de perte de marchandises. Il est essentiel de procéder régulièrement à des audits afin de garantir la poursuite des améliorations apportées aux systèmes et la qualité des services fournis au travers des programmes soutenus par le Fonds mondial.

### **Conclusions**

Il est ressorti d'un audit ordinaire des subventions du Fonds mondial en RDC mené par le Bureau de l'Inspecteur général qu'en dépit d'un contexte d'intervention difficile, de nets progrès avaient été réalisés en matière d'efficacité des dispositions de mise en œuvre des subventions. L'audit a recensé des points à améliorer et a mis en évidence les difficultés que tous les partenaires de développement – et non pas uniquement le Fonds mondial – rencontrent en RDC.

Le rapport d'audit n'a identifié aucune somme à récupérer en raison de transactions qui seraient inadmissibles ou exemptes de pièces justificatives, et il intervient à un moment où les contrôles financiers sur les subventions en RDC s'avèrent solides et efficaces.

L'audit reconnaît que des progrès importants ont été réalisés en matière de renforcement de la chaîne d'approvisionnement, des systèmes de gestion de communication de l'information et d'atténuation des risques financiers. Le Bureau de l'Inspecteur général a, par exemple, relevé que 96,7 pour cent des produits sont correctement entreposés et transportés depuis le port jusqu'à la zone sanitaire. Ainsi, la traçabilité n'était défectueuse que pour 3,3 pour cent des produits, ce qui constitue un résultat impressionnant dans un contexte d'intervention difficile.

L'audit a aussi recensé des lacunes dans la conception des procédures de contrôle de qualité pour les achats gérés localement, ce qui conduit à un approvisionnement irrégulier des établissements de santé et au dépassement de la date d'expiration pour les médicaments. Le rapport d'audit du Bureau de l'Inspecteur général relatif à la RDC indique que 12 pour cent des établissements visités n'effectuaient aucun test avant de placer les patients sous traitement, ce qui laisse entendre que 88 pour cent des établissements le font, soit davantage que les 80 pour cent de la cible nationale.

L'audit prend acte des mesures de renforcement prises par le Fonds mondial pour mettre en place des mécanismes efficaces de collecte des données, mais les incohérences en matière de communication de l'information continuent de poser problème. Toutefois, l'audit n'a relevé aucun domaine dans lequel les données auraient été falsifiées.

L'audit a également constaté des difficultés persistantes dans le « dernier kilomètre » de la livraison, un enjeu majeur qui concerne tous les partenaires de la santé et pas uniquement le Fonds mondial. Ainsi, l'audit qualifie les dispositions relatives à la chaîne d'approvisionnement d'« inefficaces » parce que la traçabilité de 31 pour cent des produits était insuffisante dans la dernière étape de la livraison, à savoir le plus souvent au niveau d'un établissement de santé villageois. « Traçabilité insuffisante » ne signifie pas qu'il y ait des pertes, mais que les documents justificatifs sont insuffisants.

## **Mesures prises**

Ces deux dernières années, le Fonds mondial a consolidé son action de gestion des subventions en RDC en améliorant la qualité globale du suivi stratégique et en augmentant le nombre de personnes affectées au suivi des subventions. Il a établi une stratégie de suivi fondée sur le risque pour l'intégralité des achats locaux qui utilisent de l'argent provenant de ses subventions, de manière à mettre en place une démarche cohésive et efficace.

Il a nommé un agent financier, avec une équipe de 45 personnes en RDC, afin de contrôler et de suivre les dépenses en temps réel. Au siège du Fonds mondial, la taille de l'équipe de pays s'occupant des subventions de la RDC a plus que doublé, passant de 6 à 13 personnes.

Le Fonds mondial travaille avec les récipiendaires principaux – Ministère de la Santé, SANRU, CORDAID et Caritas – à l'élaboration d'un plan intégré de suivi stratégique des services de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme qu'il soutient. Dans le cas des produits de santé achetés avec l'argent des subventions du Fonds mondial destinée à lutter contre le paludisme et le VIH, SANRU et Cordaid soumettront un plan d'assurance-qualité assorti d'une approche de réception, d'inspection, d'échantillonnage et de test en laboratoire conforme aux orientations de l'OMS.

Le Fonds mondial présentera une analyse à son Groupe de travail sur la chaîne d'approvisionnement à propos des mesures en cours et prévues, ainsi que des initiatives pilotes menées pour renforcer la chaîne d'approvisionnement en RDC pour les produits anti-VIH et antipaludiques qu'il finance.

Le Secrétariat du Fonds mondial collaborera également avec les récipiendaires principaux à l'élaboration d'un plan de renforcement des capacités en matière de suivi et d'évaluation pour les trois maladies, en mettant l'accent sur la collecte, la qualité et l'analyse des données.

Le Secrétariat du Fonds mondial communiquera à la Cellule d'appui et de gestion (CAG) du Ministère de la Santé un ensemble de critères minimums de résultats (finances et achats) qu'elle devra respecter pour le 30 juin 2017 afin de pouvoir rester récipiendaire principal. Le Secrétariat suivra les progrès réalisés au regard de ces critères et prendra ses décisions en conséquence.

Les mesures prises ne se limitent pas à la RDC. Le Fonds mondial a ainsi engagé une série de réformes parmi lesquelles la mise en place d'un cadre exhaustif de risque, un nouveau modèle d'allocation des ressources, une gestion des risques plus volontariste, des contrôles renforcés et des mesures de gestion coordonnées visant à obtenir l'impact voulu.

Le risque fiduciaire n'est pas le seul auquel sont confrontés des pays comme la RDC. Dans le cadre de la démarche volontariste de gestion des risques du Fonds mondial, nous avons identifié et lancé plusieurs projets prioritaires pour l'organisation – Accélération de la gestion intégrée (AIM), Différentiation pour l'impact (D4I) et Mise en œuvre par le partenariat (ITP). Ces projets font évoluer l'établissement des subventions et l'efficacité de nos programmes. Une nouvelle équipe de gestion de projets a été mise sur pied et est chargée de suivre les progrès dans ce domaine et d'assurer la coordination.

En juillet 2016, le Fonds mondial a soumis au Conseil d'administration un plan d'action hiérarchisé qui esquissait les mesures coordonnées à prendre pour une gestion efficace des risques. Pour intégrer cette gestion des risques à la culture du partenariat du Fonds mondial, il faut entre autres établir les systèmes et les contrôles qui permettront d'identifier, d'atténuer et d'évaluer les risques, de répondre en temps réel aux changements inévitables et de communiquer régulièrement des informations sur les risques et les contrôles à tous les niveaux. Ce plan d'action hiérarchisé a servi de plateforme pour rassembler en un tout cohérent tous les efforts déployés et a offert un cadre de responsabilité à l'appui du suivi stratégique par la direction et le Conseil d'administration, afin de contribuer à la réussite et à l'assurer.

La publication de cet audit et d'autres rapports du Bureau de l'Inspecteur général témoigne de notre ferme engagement en faveur de la transparence et de l'obligation de rendre des comptes, un élément essentiel pour entraîner un changement dans les pays vers une meilleure responsabilité financière et de meilleurs résultats sanitaires. Le Fonds mondial fait figure de chef de file en matière de transparence – l'Aid Transparency Index l'ayant classé en 2016 à ce sujet parmi les cinq premières organisations actives dans le domaine de l'aide internationale.

Gérer les risques, identifier les problèmes et les corriger de façon énergique sont autant d'éléments au cœur de l'action du Fonds mondial et le travail volontariste mené en RDC n'en est qu'un exemple. L'objectif global est de régler les problèmes systémiques pour réduire encore les risques dans les années à venir.

Cordialement,

Mark Dybul

Directeur exécutif