



Rapport d'audit

Subventions du Fonds mondial à la République d'Afrique du Sud

GF-OIG-17-014
19 juillet 2017
Genève, Suisse

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

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

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

Nous contacter

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

Formulaire en ligne >

Disponible en anglais, espagnol, français et russe.

Courrier postal :

Bureau de l'Inspecteur général
Le Fonds mondial
Chemin de Blandonnet 8, CH-1214
Genève, Suisse

Courriel

ispeakoutnow@theglobalfund.org

Ligne téléphonique gratuite :

+1 704 541 6918

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

Messagerie téléphonique 24 h/24 :

+41 22 341 5258

Télécopie – Ligne de télécopie dédiée :

+41 22 341 5257

Pour tout supplément d'information :
www.theglobalfund.org/oig

Rapport d'audit

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

Rapport consultatif

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

Rapport d'enquête

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

Table des matières

1.	Résumé.....	4
1.1.	Opinion.....	4
1.2.	Réalisations clés et bonnes pratiques	5
1.3.	Principales difficultés et risques y afférents.....	5
1.4.	Notation.....	7
1.5.	Résumé des actions convenues de la Direction.....	8
2.	Historique et contexte.....	9
2.1.	Contexte général.....	9
2.2.	Catégorie de différenciation des audits de pays	9
2.3.	Subventions du Fonds mondial en Afrique du Sud	10
2.4.	VIH et tuberculose en Afrique du Sud	11
3.	Aperçu de l'audit	12
3.1.	Objectifs.....	12
3.2.	Portée	12
3.3.	Correction des faiblesses identifiées précédemment	13
4.	Constatations détaillées	13
4.1.	Disponibilité et qualité des services liés aux formes simple et multirésistante de la tuberculose affectées par une mise en œuvre sous-optimale des activités	13
4.2.	Les faiblesses de mise en œuvre des activités pourraient nuire à la fourniture de services de qualité aux bénéficiaires.....	17
4.3.	L'insuffisance d'établissement de priorités pour les activités stratégiques du programme nuit aux résultats.....	20
4.4.	Disponibilité limitée des données de qualité utilisées à des fins décisionnelles en raison de lacunes des cadres de suivi et d'évaluation	23
4.5.	Faiblesses des mécanismes de suivi stratégique et d'assurance, affectant l'identification et l'atténuation des risques programmatiques clés.....	26
5.	Tableau des actions convenues	29
	Annexe A : Classification générale des notations de l'audit	31
	Annexe B : Méthodologie.....	32
	Annexe C :	33
1.0	Interventions financées en Afrique du Sud.....	33
2.0	Structures de coordination visant à garantir une mise en œuvre efficace des subventions.....	35
3.0	Risques inhérents aux systèmes d'enregistrement des données	35
	Annexe D : Message de la Directrice exécutive par intérim	37

1. Résumé

1.1. Opinion

L'Afrique du Sud concentre la plus forte population au monde de personnes vivant avec le VIH, et gère le programme de prise en charge du VIH le plus important à l'échelle internationale¹. En 2016, le pays se classait au sixième rang des pays les plus touchés par la tuberculose, la maladie étant la première cause de mortalité². Il fait partie des pays du Fonds mondial à fort impact (voir la section 2.2). Pour la période 2016/2019, des subventions d'un total de 312 millions de dollars US ont été signées avec le pays.

De nouvelles activités programmatiques, notamment celles ciblant les adolescentes et les jeunes femmes, et des démarches novatrices telles que l'obligation à effet social, un programme visant à lever des fonds supplémentaires, ont vu le jour dans le cadre des subventions actuelles. Si leurs résultats sont probants, ces initiatives offriront au pays de nouveaux moyens de lutter contre les épidémies de VIH et de tuberculose, et serviront de modèle aux autres pays. L'audit a été réalisé neuf mois après le début du nouveau cycle de mise en œuvre des subventions. Ainsi, les données servant à évaluer l'efficacité du programme restent limitées. Cependant, au vu de l'importance des démarches novatrices du pays, l'audit a été conduit plus tôt dans le cycle de la subvention, afin d'identifier les principales difficultés de mise en œuvre, d'en tirer les premiers enseignements et, le cas échéant, d'envisager des modifications programmatiques en temps opportun. Certains aspects de la mise en œuvre accusent un retard important, en partie attribuable à des difficultés rencontrées au tout début. Cependant, l'audit a également relevé d'autres facteurs de risques inhérents à la conception des activités, qui nuisent aux résultats. Ces domaines doivent être améliorés pour que les objectifs du programme puissent être atteints, à savoir lever les obstacles liés au VIH et à la tuberculose affectant les adolescentes, les jeunes femmes et les autres populations vulnérables ; les détenus et les communautés vivant à proximité de mines ; les programmes de prise en charge et d'aide à l'observance des traitements ; et les programmes ciblant les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes transgenre. Ils représentent 32 %, 18 %, 16 % et 5 % de la subvention signée respectivement.

Selon le principal enseignement du présent rapport, les programmes sont dûment alignés sur les besoins du pays, conformément aux plans stratégiques nationaux, et les stratégies du Fonds mondial ciblent les domaines appropriés. Cependant, les faiblesses conceptuelles doivent être comblées afin que les objectifs établis puissent être atteints. La conception des systèmes, des procédures et des contrôles visant les interventions financées, les cadres de suivi et d'évaluation, ainsi que les modalités actuelles de mise en œuvre servant l'atteinte des objectifs établis **nécessitent une nette amélioration**. Il est encore trop tôt pour se prononcer sur l'efficacité du programme actuel, de sorte que la présente notation vise uniquement la conception des activités programmatiques et les modalités de mise en œuvre. Ainsi, quelques difficultés majeures ont été relevées, empêchant le BIG d'assurer raisonnablement que les objectifs du programme seront atteints tant qu'elles ne sont pas résolues. Une fois ces faiblesses comblées et les améliorations requises apportées, le programme devrait pouvoir atteindre ses objectifs dans les temps impartis.

Selon les vérificateurs, l'environnement de contrôle interne visant à garantir l'utilisation des crédits des subventions dans un souci d'économie, d'efficacité et d'efficacités est **partiellement efficace**. Les principaux risques nuisant à l'atteinte des objectifs sont présentés dans la section ci-après relative aux difficultés et risques clés y afférents.

¹ Conformément aux directives 2015 de l'OMS, les interventions de dépistage et de traitement s'articulent autour de deux composantes principales : conseil et dépistage du VIH généralisés, afin d'identifier les personnes déjà infectées ou diagnostiquées, mais pas encore placées sous traitement, et mise sous traitement antirétroviral à vie dès que possible après le diagnostic, quelle que soit la numération des CD4. Ces directives ont été adoptées en septembre 2016.

² La tuberculose est la première cause de décès en Afrique du Sud. La maladie est responsable de 8,1 % des décès chez les 15-24 ans et de 7,2 % du taux de mortalité national.

1.2. Réalisations clés et bonnes pratiques

Les programmes du Fonds mondial ont identifié et ciblent des interventions stratégiques, bien que la contribution financière de l'institution reste limitée au vu du budget national de la santé. Les autorités sud-africaines financent environ 80 % des activités de lutte contre le VIH ; le Fonds mondial subvenant à 5 % des activités liées au VIH et à la tuberculose. Les programmes soutenus par le Fonds mondial ciblent les populations-clés telles que les professionnels du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les adolescentes et les jeunes femmes, respectivement touchés à 59 %, 34 % et 18 % par la maladie. Pour le Fonds mondial, ces interventions ciblées présentent une opportunité d'obtenir un impact et de contribuer sensiblement à la réduction des infections et des taux de mortalité.

Les interventions du Fonds mondial sont dûment alignées sur les plans stratégiques nationaux 2012/2016 et 2017/2022 du pays, ainsi que sur le dossier d'investissement national lié au VIH et à la tuberculose³. L'instance de coordination nationale de l'Afrique du Sud est rattachée à la structure du Conseil national sud-africain de lutte contre le sida (SANAC)⁴, chargé de coordonner la riposte multisectorielle au VIH. En conséquence, les interventions subventionnées sont dûment alignées sur les interventions des autorités publiques, des partenaires de développement et des programmes régionaux du Fonds mondial, aux fins d'en garantir la complémentarité.

Les interventions sélectionnées s'appuient sur des éléments probants. Sur le plan conceptuel, la plupart des interventions sont exhaustives, techniquement solides, stratégiquement centrées sur les populations-clés pertinentes, et s'appuient sur les données épidémiologiques et programmatiques disponibles. Les interventions comprennent également des démarches novatrices telles que le programme d'obligation à effet social. Ces démarches innovantes et les interventions fondées sur des données probantes concourent à faire des programmes du Fonds mondial des éléments transformateurs. Si leurs résultats sont bons, ces interventions pourraient aider le pays à tirer parti des ressources et à en mobiliser de nouvelles, et contribuer à identifier de nouveaux moyens de lutter contre les ravages des épidémies de VIH et de tuberculose en Afrique du Sud.

Les programmes sont gérés par des maîtres d'œuvre publics et par des entités issues de la société civile. La dernière sélection d'un récipiendaire principal se conformait globalement aux critères établis. Les subventions sont mises en œuvre par huit entités publiques et privées. Les acteurs publics s'emploient à définir des politiques encourageant l'appropriation nationale et le renforcement des capacités des partenaires nationaux à long terme. La société civile sud-africaine veille activement à ce que les dirigeants politiques honorent leurs responsabilités. Par exemple, un porte-voix déterminé de la société civile a fortement contribué à faire adopter et déployer un programme de traitement antirétroviral, qui n'avait au départ aucun soutien des autorités publiques. La société civile a également efficacement plaidé en faveur d'une hausse du financement public alloué à la riposte nationale au VIH et à la tuberculose.

1.3. Principales difficultés et risques y afférents

Les activités ne sont pas mises en œuvre conformément aux plans, ce qui compromet la qualité des services, en particulier dans le cadre du programme lié à la tuberculose. En dépit de la solidité de la note conceptuelle, les principales difficultés liées au programme sud-africain tiennent à la mise en œuvre des interventions ciblant les populations-clés et les nouveaux éléments du programme. Les maîtres d'œuvre ont établi des plans de rattrapage, mais l'instance de coordination nationale ne les avait pas encore approuvés au moment de l'audit. Celui-ci vérifiait les résultats communiqués au 31 décembre 2016, les derniers alors disponibles. Des difficultés ont été relevées dans les domaines ci-après :

³ Le dossier d'investissement est la documentation fournie par le pays aux donateurs investis dans les programmes liés au VIH et à la tuberculose.

⁴ Le SANAC est une entité multisectorielle composée à 38 % d'acteurs publics et à 72 % d'organisations non gouvernementales, chargée d'établir des stratégies de mise en œuvre, de coordonner et superviser la riposte nationale multisectorielle au VIH.

Établissement des priorités des programmes liés à la tuberculose. Bien que 18 % des investissements du Fonds mondial pour le cycle actuel soient alloués à la prévention, à la prise en charge et à l'atténuation de l'impact des cas simples et multirésistants de la tuberculose dans le pays, les résultats programmatiques observés jusqu'ici sont faibles. Alors que la mise en œuvre des activités liées à la tuberculose dans le cadre de la subvention actuelle a commencé en juillet 2016 et que des coûts ont été facturés dès avril de la même année, certains indicateurs de subvention affichent un taux de réalisation de 0 % au 31 décembre 2016. Cette situation est essentiellement due à des lacunes en matière de gestion du programme, les autorités publiques et le maître d'œuvre peinant à planifier et déployer les activités clés. Telles qu'elles sont actuellement mises en œuvre, les interventions ciblant les adolescents et les jeunes scolarisés et déscolarisés ne sont pas suffisamment centrées sur la tuberculose, bien que ces groupes démographiques représentent entre 15 % et 20 % des cas de tuberculose signalés dans le pays selon les estimations.

Transposition de la couverture, la portée et la teneur des activités de la note conceptuelle à la mise en œuvre. Les interventions nouvellement conçues peuvent nécessiter des ajustements à mesure que des enseignements sont tirés et que des difficultés de mise en œuvre imprévues surviennent. Cependant, l'audit a relevé plusieurs cas de modifications de la couverture, de la portée et de la teneur des interventions, qui n'avaient été examinées ni par l'instance de coordination nationale, ni par le Secrétariat aux fins d'en évaluer les implications sur les cibles, le rapport coût-efficacité et les objectifs du programme. Les modifications visaient les éléments ci-après :

- réduction de la couverture géographique des interventions relatives à l'observance des traitements, de 31 à 21 districts ; et des interventions relatives aux discriminations liées au VIH et à la tuberculose de 18 à 6 districts ;
- suppression des kits de soutien nutritionnel du programme lié à la tuberculose, qui améliorent pourtant la rétention et l'observance des traitements ;
- non transfert des membres de clubs d'observance aux communautés, comme prévu, aux fins de désengorger les centres et de réduire la charge de travail des agents de santé ;
- activités de renforcement des systèmes communautaires non centrées sur la formation des organismes soutenant les activités fondamentales ; et
- réduction du nombre de modules et d'heures par module des services de prévention à l'intention des adolescents et des jeunes.

Bien que les ajustements continus et les changements de cap soient intrinsèquement liés à la nature des interventions novatrices et essentiels à leur réussite, ils doivent suivre des procédures efficaces de gestion des modifications, de sorte que l'impact de modifications majeures sur les programmes soit évalué en amont et que les objectifs puissent toujours être atteints.

Définition des normes de qualité programmatique. Aucune norme de qualité n'ayant été définie pour les programmes ciblant les adolescents/jeunes et les populations-clés⁵, les maîtres d'œuvre utilisent des moyens disparates pour déployer les modules. Bien que des normes aient été établies pour les services de dépistage du VIH, peu de prestataires de services tiers se sont soumis au test d'aptitude requis, laissant planer le doute sur la qualité des services de dépistage du VIH fournis.

Difficultés à mesurer les résultats des subventions du fait d'outils de suivi inadaptés. Des données de bonne qualité sont essentielles à un suivi efficace des activités programmatiques et à l'obligation redditionnelle y afférente. Cela est d'autant plus important pour les nouvelles interventions, comme c'est le cas du portefeuille sud-africain. *Au niveau national*, qui échappe au contrôle du programme soutenu par le Fonds mondial, le plan stratégique national 2012/2016 ne comprend aucun plan de suivi et d'évaluation visant à fournir des recommandations sur la mesure des résultats. Le plan de suivi et d'évaluation prévu dans le nouveau plan 2017/2022 n'est toujours

⁵ Aucune norme n'a été définie pour les populations-clés, notamment les professionnels du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les consommateurs de drogues injectables.

pas finalisé. *Au niveau du programme*, les définitions des indicateurs relatives aux activités clés du programme n'ont pas été clarifiées dans le cadre de résultats actuel. Les partenaires techniques internationaux n'ont pas défini d'ensembles de services et n'ont pas établi d'orientations relatives aux outils de mesures liés aux adolescents et aux jeunes. En conséquence, des normes doivent être définies afin de garantir que les résultats d'une activité sont mesurés selon les mêmes critères. De plus, les maîtres d'œuvre utilisent de multiples outils et systèmes de données non coordonnés. Eu égard aux autres interventions, le BIG a relevé des pratiques incohérentes de suivi et de supervision, et une validation limitée des erreurs au niveau des données communiquées.

De nombreux bénéficiaires de subventions limitent l'efficacité de mise en œuvre et de coordination des programmes et rendent le suivi difficile. Bien que la procédure de sélection du bénéficiaire principal obéisse à des critères définis, les difficultés liées aux modalités de mise en œuvre du programme actuel découlent en partie d'un manque de clarté des critères. Par exemple, le nombre approprié de bénéficiaires principaux nécessaires à la mise en œuvre des programmes n'était pas défini. En conséquence, huit bénéficiaires ont été nommés aux fins de mettre en œuvre les différentes composantes du programme, sans qu'un mécanisme ne garantisse la cohérence et la qualité d'activités similaires. Cela est particulièrement problématique pour les activités ciblant les adolescents et les jeunes, mises en œuvre par six maîtres d'œuvre, chacun utilisant des normes et niveaux de qualité différents. Les activités ont été allouées aux bénéficiaires sans qu'il soit suffisamment tenu compte de leurs compétences techniques et de leur présence géographique selon les domaines d'intervention. De ce fait, de nombreux maîtres d'œuvre ont consacré l'essentiel de la première année à préparer les opérations, à s'informer sur les nouvelles interventions et à tenter d'obtenir des différentes provinces les approbations requises avant de commencer les activités.

Les bénéficiaires principaux chargés de mettre en œuvre des activités similaires ou apparentées doivent impérativement coordonner leurs interventions entre eux, ainsi qu'avec les autres acteurs clés du programme tels que les autorités publiques (aux niveaux national, provincial et des districts) et les partenaires de développement. Les outils de coordination en sont encore au premier stade, ce qui complique la résolution des doubles emplois et des lacunes. Des synergies doivent être identifiées entre les programmes pertinents, par exemple entre les programmes de dépistage et les programmes de traitement et de soins, si le test est positif.

Le suivi stratégique et l'assurance ne sont pas alignés sur les risques les plus élevés. En 2016, le Secrétariat, avec le concours des parties prenantes dans le pays, a établi une matrice des risques clés soulignant les risques susceptibles de nuire aux résultats programmatiques s'ils ne sont pas atténués. La matrice des risques en Afrique du Sud n'inclut pas les risques clés liés aux normes de qualité, au bien-fondé des indicateurs et à l'adéquation des budgets des sous-bénéficiaires au regard des activités prévues. Les modalités d'assurance au niveau national fournissent un niveau de garantie suffisant en matière de risques financiers. Cependant, le suivi stratégique et l'assurance relatifs aux risques programmatiques doivent être renforcés.

Mesures correctives en cours : L'instance de coordination nationale a pris acte des risques identifiés dans le rapport. Elle s'est engagée, au travers d'un plan détaillé, à combler les faiblesses liées à la gouvernance, au suivi stratégique et à la gestion ; les retards et les difficultés de mise en œuvre (notamment la qualité des programmes) ; et le suivi et l'évaluation. Les actions convenues de la Direction proposées par le Secrétariat s'appuient sur ces engagements. Elles visent à traiter les causes profondes des difficultés et à garantir l'atteinte des objectifs établis dans le respect du calendrier.

1.4. Notation

Objectif n° 1. Les systèmes, procédures et contrôles relatifs aux interventions sont conçus aux fins de fournir des services de qualité aux bénéficiaires ciblés.

	Nécessite une nette amélioration. Les programmes n'ont pas été mis en œuvre conformément à la note conceptuelle, ce qui peut nuire à la qualité des services fournis aux bénéficiaires, en particulier dans le cadre du programme lié à la tuberculose. Par ailleurs, la disponibilité et la qualité des services liés aux formes simple et pharmacorésistante de la tuberculose ont également souffert des lacunes de mise en œuvre des activités. Enfin, le manque d'établissement de priorités et de normes de qualité a nui à la mise en œuvre des programmes.
	Objectif n° 2. Les cadres de suivi et d'évaluation établis sont aptes à mesurer les résultats des subventions.
	Nécessite une nette amélioration. Les gestionnaires de programme ne disposent pas de données exactes et récentes sur lesquelles s'appuyer à des fins décisionnelles. Ces lacunes sont dues à des défaillances des indicateurs utilisés dans les cadres de résultats pour mesurer les résultats des subventions. Des insuffisances affectent également les systèmes servant à la collecte, à la communication et à l'assurance qualité des données, ouvrant la voie à un double comptage des bénéficiaires des services. Un échantillonnage limité de données dans le cadre de l'audit a révélé des erreurs importantes au niveau de l'information transmise au Fonds mondial.
	Objectif n° 3. Les modalités de mise en œuvre actuelles favorisent l'atteinte des objectifs établis.
	Nécessite une nette amélioration. La coordination et le suivi stratégique des interventions financées sont insuffisants, en particulier dans le cadre de la tuberculose et de la tuberculose pharmacorésistante, des initiatives auprès des adolescentes et des jeunes femmes, et de la nouvelle initiative d'obligation à effet social. En conséquence, les risques clés affectant l'atteinte des objectifs n'ont pas été identifiés et atténués en temps opportun. La mise en œuvre des programmes en a été retardée, nuisant à la disponibilité des services aux bénéficiaires ciblés.
	Objectif n° 4. L'environnement de contrôle interne garantit que les crédits des subventions sont utilisés dans un souci d'économie, d'efficacité et d'efficacité.
	Partiellement efficace. La conception de l'environnement de contrôle interne des crédits des subventions fournit une assurance appropriée des risques financiers. Cependant, des retards de mise en œuvre des activités, une planification et une budgétisation inadéquates de certaines interventions ont entraîné une utilisation inefficace et inefficace des crédits la première année.

1.5. Résumé des actions convenues de la Direction

Le Secrétariat du Fonds mondial entend combler les faiblesses ci-avant, notamment au moyen des mesures suivantes : ajuster les budgets et les modalités de mise en œuvre pour la période restante des subventions, aux fins d'améliorer la disponibilité et la qualité des services liés à la tuberculose et à la tuberculose pharmacorésistante ; aider les bénéficiaires principaux à établir des normes de qualité relatives aux adolescentes et aux jeunes femmes, et à modifier les plans de travail ; renforcer le suivi stratégique de l'instance de coordination nationale, déployer un cadre de résultats unifié et amendé, relatif aux interventions auprès des adolescents et des jeunes scolarisés et déscolarisés.

2. Historique et contexte

2.1. Contexte général

L'Afrique du Sud est un pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, d'une population de 55 millions d'habitants⁶. Politiquement, le pays compte trois niveaux de gouvernance : national, provincial et municipal. Le gouvernement national établit les politiques, tandis que les gouvernements provinciaux sont chargés de les appliquer. Les gouvernements provinciaux sont relativement indépendants des programmes nationaux. En conséquence, les autorités nationales ont une influence toute limitée sur les activités des gouvernements provinciaux.

L'Afrique du Sud est la troisième économie du continent africain⁷. En 2016, son produit intérieur brut par habitant était estimé à 13 200 \$. Cependant, sa croissance économique a ralenti ces cinq dernières années⁸. Au moment de l'audit, la solvabilité du pays avait chuté, ce qui pourrait affecter sa capacité à emprunter⁹. Par ailleurs, malgré sa classification dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, l'Afrique du Sud affiche un taux élevé de pauvreté et des inégalités marquées¹⁰ :

- Le chômage représente un défi majeur. En décembre 2016, il touchait 26,5 % de la population. Les 20-24 ans et les femmes sont plus fortement touchés, à 47 % et 50 % respectivement¹¹.
- Près de 40 % de la population vit sous le seuil de pauvreté, établi à 30 \$¹². L'Afrique du Sud affiche un des plus forts taux d'inégalités au monde, des disparités importantes étant relevées entre les groupes de populations et entre les communautés rurale et urbaine. Par exemple, près de 50 % de la communauté noire vit en dessous du seuil national de pauvreté, contre 2 % pour la population blanche¹³. Les autorités s'engagent à réduire cet écart de revenus au moyen d'un ensemble de politiques complètes telles que l'autonomisation économique des noirs et le renforcement de leurs compétences.
- La densité sud-africaine des agents de santé professionnels, estimée à 58,8 pour 10 000 habitants¹⁴ en 2015, masque une pénurie de professionnels dans le secteur public. Les ressources de santé disponibles ne sont pas distribuées équitablement, 30 % seulement travaillant dans le secteur public, qui dessert pourtant 84 % de la population¹⁵.
- L'Afrique du Sud se place au 61^e rang sur 168 selon l'indice de perception de la corruption établi par Transparency International¹⁶.

2.2. Catégorie de différenciation des audits de pays

Le Fonds mondial a classé les pays dont il soutient des programmes en trois catégories de portefeuille : ciblé, de base et à fort impact. Ces catégories sont essentiellement définies par la hauteur de la somme allouée, la charge de morbidité et l'impact sur la mission du Fonds mondial visant à éliminer les trois épidémies. Les pays peuvent également être classés dans deux catégories transversales : les contextes d'intervention difficiles et les pays visés par la politique de sauvegarde supplémentaire. Les contextes d'intervention difficiles sont des pays ou régions caractérisés par une faible gouvernance, un faible accès aux services de santé et des crises d'origine humaine ou naturelle. La politique de sauvegarde supplémentaire comprend un ensemble de mesures établies par le Fonds

⁶ Données de la Banque mondiale <http://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?locations=ZA>

⁷ The World Factbook <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/sf.html>

⁸ Examen du budget (2017) du Trésor public

⁹ Standard and Poor's a relégué la dette extérieure de l'Afrique du Sud au rang des investissements spéculatifs.

¹⁰ Statistics South Africa, Rapport 2016 de l'enquête sur les communautés

¹¹ Statistics South Africa, Enquête sur la main d'œuvre, 4^e trimestre 2016

¹² La Banque mondiale <http://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.GINI>. Le seuil de pauvreté est établi à 416 ZAR (1 USD = 13 ZAR).

¹³ Selon le rapport des statistiques sud-africaines sur l'évolution de la pauvreté dans le pays (2014), le coefficient Gini est de 0,66. Ce coefficient mesure les inégalités de revenus, variant entre 0 et 1. La valeur 0 représente une société parfaitement équitable, une valeur égale à 1 indiquant une société totalement inégalitaire.

¹⁴ Vingt-trois agents de santé (médecins, infirmières, sages-femmes) pour 10 000 habitants. Le minimum requis selon les normes de l'OMS http://www.who.int/hrh/resources/strengthening_hw/fr/

¹⁵ Health Systems Trust (2015) Examen du secteur de la santé sud-africain

¹⁶ Indice de perception de la corruption Transparency International (plus la valeur est élevée, plus le niveau de corruption perçue est élevé).

mondial aux fins de renforcer les contrôles financiers et le suivi stratégique dans les environnements présentant des risques particulièrement élevés.

L'Afrique du Sud concentre 18,9 % et 6,9 % des charges de morbidité mondiales liées au VIH et à la tuberculose respectivement.

Le Fonds mondial a classé l'Afrique du Sud dans les pays à **fort impact**. Pour ce faire, il se fonde sur l'allocation 2014/2016, dont 312 millions de dollars ont été attribués à des subventions liées au VIH et à la tuberculose.

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

2.3. Subventions du Fonds mondial en Afrique du Sud

Le gouvernement sud-africain est le premier investisseur dans la riposte nationale au VIH, dont il finance 78 % des activités. Il est suivi en cela du gouvernement des États-Unis (17 %) et du Fonds mondial (5 %)¹⁷, qui cible les domaines programmatiques stratégiques (l'annexe C fournit des informations supplémentaires sur les types d'interventions soutenues par le Fonds mondial). Les autorités publiques couvrent 91 % des activités liées à la tuberculose, le reste des dépenses étant financées par d'autres donateurs, dont le Fonds mondial. Sur l'exercice 2017/18, les autorités ont alloué 1,336 milliard de dollars US au financement de subventions conditionnelles liées au VIH et à la tuberculose ; cette somme devant passer à 1,516 milliard et 1,676 milliard de dollars US en 2018/19 et 2019/20 respectivement¹⁸.

L'adoption par le pays des objectifs de prise en charge 90-90-90 établis par l'ONUSIDA¹⁹ devrait avoir un impact maximal sur les infections à VIH et à la tuberculose et les années de vie sauvées. Cette initiative nécessite néanmoins une hausse continue des investissements dans les programmes liés au VIH et à la tuberculose, à commencer dès 2016/17. Le pays a également renforcé son financement des campagnes de dépistage, aux fins de garantir la détection et la prise en charge précoces de la tuberculose. Cependant, au vu de la faible marge de manœuvre budgétaire du pays, les futures hausses des coûts de prise en charge du VIH et de la tuberculose risquent d'utiliser une part croissante du budget de la santé.

Investissements du Fonds mondial en Afrique du Sud entre 2004 et 2019 :

Depuis 2004, le Fonds mondial a signé des subventions d'un montant cumulé de 950 millions de dollars US, dont 706 millions avaient été décaissés au moment de l'audit (31 décembre 2016). Sur le cycle d'allocation actuel, allant d'avril 2016 à mars 2019, les subventions ci-après ont été signées :

Réциpiendaire principal	Numéro de la subvention	Montant signé (USD)	Montant décaissé (USD)
Département national de la Santé (NDOH)	ZAF-C-NDOH	129 283 633	30 348 068
Networking HIV and AIDS Community of Southern Africa (NACOSA)	ZAF-C-NACOSA	43 478 862	9 305 475
Right to Care (RTC)	ZAF-C-RTC	36 605 560	5 004 587
KwaZulu-Natal Treasury (KZN)	ZAF-C-KZN	31 676 308	1 345 559
Khet'Impilo (KI)	ZAF-C-KHETH	20 246 415	1 474 709

¹⁷ Plan opérationnel national du PEPFAR 2016.

¹⁸ Loi sur la division des recettes publiée au Journal officiel n° 40610 du 10 février 2017

¹⁹ 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique ; 90 % des personnes diagnostiquées séropositives reçoivent un traitement antirétroviral ; et 90 % des personnes sous traitement parviennent à un état de suppression virale à l'horizon 2020.

Réципиendaire principal	Numéro de la subvention	Montant signé (USD)	Montant décaissé (USD)
Département de la Santé du Cap Occidental (WCDOH)	ZAF-C-WCDOH	17 383 597	1 769 078
The Soul City Institute for Health and Development Communication (SCI)	ZAF-C-SCI	16 886 614	3 935 010
AIDs Foundation of South Africa (AFSA)	ZAF-C-AFSA	16 383 562	2 893 120
Total		311 944 551	56 075 606

2.4. VIH et tuberculose en Afrique du Sud



VIH/sida : L'Afrique du Sud est touchée par une hyperendémie généralisée de VIH et abrite la population de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) la plus importante au monde. La prévalence du VIH varie sensiblement selon les provinces, de 5 % dans le Cap-Occidental à 16,9 % dans le KwaZulu-Natal. En 2015, un décès sur vingt dans le pays était dû au sida²⁰.

Les adolescentes (15-19) courent huit fois plus de risques de vivre avec le VIH que les garçons du même groupe d'âge ; les jeunes femmes (20-24) trois fois plus. Les jeunes filles âgées de 15 à 24 ans représentent 25 % des nouvelles infections. Les populations-clés, notamment les professionnelles du sexe, les consommateurs de drogues injectables et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) sont également touchés de manière disproportionnée, les taux de prévalence variant entre 14 et 71,8 % au sein de ces groupes.

L'Afrique du Sud accueille le programme de prise en charge du VIH le plus important au monde. Il est mis en œuvre conformément aux dernières directives de l'Organisation mondiale de la Santé relatives au traitement du VIH²¹. Le VIH a été intégré dans les interventions liées à la tuberculose, et la tuberculose dans les initiatives de traitement, de soin et de soutien liées au VIH.

Nombre de PVVIH :
7 000 000²²

3,9 millions de personnes sous antirétroviraux²³

Prévalence du VIH

Population générale :
19,2 %

Professionnelles du sexe : De 39,7 % à 71,8 %²⁴

Consommateurs de drogues injectables :
14 %²⁵

HSH : de 22,3 % à 48,2 %²⁶



Tuberculose :²⁷ En 2016, l'Afrique du Sud était le sixième pays le plus fortement touché par la tuberculose dans le monde. En 2013, il arrivait en troisième position. La tuberculose est la première cause de décès dans le pays. Le taux de mortalité lié à la maladie est de 7,2 % dans la population générale, et de 8,1 % chez les 15-24 ans.

En 2015, le taux de notification des cas de tuberculose était de 454/100 000 habitants. Selon une analyse préliminaire des données électroniques 2016 du registre sur la tuberculose, ce taux a sensiblement augmenté et atteint 529/100 000 habitants. Au moment de l'audit, le pays s'apprêtait à mener une étude nationale de la prévalence de la tuberculose, qui fournira des estimations plus précises sur l'incidence de la maladie dans le pays. Les quatre provinces du Gauteng, du Cap-Oriental, du Cap-

Cas de tuberculose signalés : 294 603

Incidence de la tuberculose : 454 pour 100 000 habitants

Taux de réussite des traitements de la tuberculose pharmacosensible :
78 %

Taux de réussite des traitements de la

²⁰ STATSA (2017) Mortalité et causes des décès en Afrique du Sud, 2015 : Conclusions des notifications de décès

²¹ Directives 2015 de l'OMS – Dépister et traiter toutes les personnes déjà infectées à VIH ou diagnostiquées, quelle que soit la numération des CD4.

²² Estimation de l'ONUSIDA (2015) <http://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/southafrica/>

²³ Vérifié par l'agent local du Fonds au 30 août 2016

²⁴ Enquête de suivi sanitaire en Afrique du Sud (2013-14) des professionnelles du sexe dans les zones métropolitaines de Johannesburg, du Cap et de Durban.

²⁵ Scheibe et al (2016) Prévalence du VIH et risque chez les consommateurs de drogues injectables dans cinq villes sud-africaines. Int J Drug Policy. 2016 Apr;30:107-15. doi: 10.1016/j.drugpo.2016.01.004

²⁶ HSRC (2014). The South African Marang Men's Project. Étude bio-comportementale liée au VIH auprès des HSH au Cap, à Durban et Johannesburg. Page 32

²⁷ Rapport 2016 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde à l'exception des notifications de cas de tuberculose 2016. Données 2014 sur le taux de réussite des traitements, tirées des rapports annuels de la Division nationale de la Santé sur la tuberculose.

Occidental et du KwaZulu-Natal concentrent 72 % des cas de tuberculose signalés au niveau national.

**tuberculose
pharmacorésistante :
48 %**

Selon les estimations, l'Afrique du Sud comptait 10 000 cas de tuberculose multirésistante en 2015, ce qui en fait le dixième pays le plus touché à l'échelle internationale. Cependant, la rapidité d'accès à des traitements appropriés et l'obtention de résultats probants restent problématiques, puisque 38 % et 36 % des cas de tuberculose multirésistante diagnostiqués n'ont pas été placés sous traitement en 2014 et 2015 respectivement. Une épidémie généralisée de tuberculose ultrarésistante sévit dans le pays. Le nombre de cas a décuplé depuis 2002, majoritairement dus à la transmission plutôt qu'au traitement de la forme multirésistante de la maladie selon les estimations²⁸. Le taux de réussite du traitement de la forme ultrarésistante est de 24 %, contre 28 % au niveau mondial.

**Contribution de la
tuberculose au taux
de mortalité
national : 7,2 %**

Le taux de réussite des traitements de la tuberculose pharmacosensible était de 78 % fin 2014. Cependant, le résultat sous-optimal de cet indicateur est principalement dû à neuf districts ayant signalé des taux de patients perdus de vue de 9,2 % à 15,7 %²⁹.

3. Aperçu de l'audit

3.1. Objectifs

Le présent audit vise à fournir une assurance raisonnable sur l'adéquation et l'efficacité des subventions du Fonds mondial à la République d'Afrique du Sud en matière d'atteinte de l'impact dans le pays. L'audit vise spécifiquement à déterminer si :

- i. les systèmes, procédures et contrôles relatifs aux interventions sont conçus aux fins de fournir des services de qualité aux bénéficiaires ciblés ;
- ii. les cadres de suivi et d'évaluation établis sont aptes à mesurer les résultats des subventions ;
- iii. les modalités de mise en œuvre actuelles favorisent l'atteinte des objectifs établis ; et
- iv. l'environnement de contrôle interne garantit que les crédits sont utilisés dans un souci d'économie, d'efficacité et d'efficacité.

3.2. Portée

L'audit vise les huit récipiendaires principaux (voir la section 2.3 ci-avant) et un échantillon de sous-réceptaires et de sous-sous-réceptaires. Il vise également les outils de gouvernance, de suivi stratégique et d'assurance du portefeuille de subventions en Afrique du Sud.

L'audit couvre la période allant de janvier 2015 à décembre 2016 et cible principalement les subventions en cours de mise en œuvre. Officiellement, ces subventions commençaient en avril 2016, bien que la plupart des récipiendaires principaux aient lancé la mise en œuvre avec des retards de trois à six mois. La démarche du pays étant fortement novatrice, l'audit a été mené relativement tôt dans le cycle de vie des subventions, aux fins d'identifier les principales difficultés de mise en œuvre, d'en tirer les premiers enseignements et le cas échéant, d'envisager des mesures correctrices en temps opportun.

²⁸ Shah et al (2017) Transmission de la tuberculose ultrarésistante en Afrique du Sud. NEJM 376:243-253

²⁹ Rapport annuel de la NDOH sur la lutte contre la tuberculose 2015 - Buffalo City, Sarah Bartmaan (EC); Namakwa et ZF Mgcawa (NC); Cape Town, Cape Winelands, Eden, Central Karoo et West Coast.

3.3. Correction des faiblesses identifiées précédemment

Le dernier examen du portefeuille sud-africain date de 2011. Le BIG avait alors réalisé un diagnostic de quatre récipiendaires principaux. L'audit réalisé cette année note des améliorations au niveau de la gestion financière du portefeuille et de la structure et l'engagement des membres de l'instance de coordination nationale.

Cependant, les difficultés ci-après, déjà relevées dans l'examen précédent, restent d'actualité :

- *transposition de la portée et de la teneur des activités, de la note conceptuelle à la mise en œuvre* afin de garantir le déploiement des activités comme initialement prévu ;
- *gestion des sous-réceptaires*, en particulier au sein des maîtres d'œuvre publics, spécifiquement aux fins de garantir la transparence des procédures de sélection, appuyée par un suivi et une supervision appropriés ;
- *gouvernance* au niveau de l'instance de coordination nationale, des faiblesses étant non résolues en matière, d'une part de conflits d'intérêt au sein de la structure de gouvernance et d'autre part, de clarté des rôles incombant au SANAC, à l'instance de coordination nationale et à leurs secrétariats ; et
- *qualité des données et modalités d'assurance de la qualité des données*, les programmes restant affectés par l'absence de plan national de suivi et d'évaluation aidant à la mesure des avancées vers les objectifs du plan stratégique national.

**Précédent audit du
BIG pertinent**

**GF-OIG-11-013,
Diagnostic des
subventions du Fonds
mondial à l'Afrique du
Sud**

4. Constatations détaillées

4.1. Disponibilité et qualité des services liés aux formes simple et multirésistante de la tuberculose, affectées par une mise en œuvre sous-optimale des activités

Dans le cadre du programme actuel, le Fonds mondial inclut les détenus, les communautés vivant à proximité des mines et les campements précaires dans les populations-clés devant être touchées pour que les subventions aient un impact maximal. La subvention finance également environ 50 % de la première enquête sur la prévalence, qui permettra de déterminer la charge de morbidité liée à la tuberculose. Cependant, la mise en œuvre des composantes du programme liées à la prévention, au diagnostic et à la prise en charge de la tuberculose et de la tuberculose multirésistante a peu progressé. Si elles ne sont pas résolues, les faiblesses ci-après liées à la mise en œuvre des activités programmatiques pourraient affecter l'atteinte des objectifs.

i) Retards de mise en œuvre des activités programmatiques, affectant la disponibilité des services aux bénéficiaires ciblés

- Bien que les activités visant à fournir un ensemble complet de services aux détenus aient commencé, 4 638 personnes sur les 36 528 prévues en avaient bénéficié en décembre 2016³⁰.
- La sélection des prestataires de services liés à la mobilisation communautaire a été retardée, du fait des modifications apportées au modèle de mise en œuvre, selon le récipiendaire principal. Or, la mobilisation communautaire est un prérequis essentiel aux activités programmatiques dans les communautés ciblées, ce qui a entravé l'atteinte des objectifs. En conséquence, en décembre 2016, aucun des bénéficiaires ciblés dans les communautés vivant

³⁰ Suite à l'audit, le maître d'œuvre a indiqué qu'en l'espace de trois mois (janvier à mars 2017), l'objectif annuel de 36 528 personnes avait été dépassé (70 130 personnes touchées selon le rapport). Ces résultats n'ont été vérifiés ni par les auditeurs, ni par l'agent local du Fonds.

à proximité de mines ou dans des camps précaires n'avait reçu de services complets de prévention de la tuberculose/du VIH et des infections sexuellement transmissibles, empêchant l'identification et la prise en charge des cas de tuberculose.

- La formation de 3 500 conseillers communautaires chargés d'encourager l'observance des traitements auprès des patients dans des clubs d'observance n'avait pas commencé fin décembre 2016³¹. L'établissement des clubs et leur déploiement dans les communautés en ont été retardés. En conséquence, les 245 000 personnes vivant avec le VIH ciblées n'avaient pas reçu ce service la première année.

ii) Réaffectation des crédits alloués aux suppléments alimentaires à l'intention des patients démunis recevant un traitement de la tuberculose ou la tuberculose multirésistante, aux frais de déplacements et aux coûts y afférents

Au moment de l'audit, le récipiendaire principal avait réaffecté 2,7 millions de dollars US initialement alloués aux suppléments alimentaires, aux frais de déplacement et aux coûts y afférents, sans remplacer le service initial par une solution alternative. Il n'a pas non plus obtenu l'approbation de l'instance de coordination nationale³² ou du Secrétariat. En conséquence, 18 000 patients atteints de tuberculose ou de tuberculose multirésistante n'ont pas reçu ce soutien, bien que la malnutrition soit reconnue comme un obstacle majeur à l'observance et à la rétention des traitements chez les patients démunis atteints de ces maladies dans le pays.

iii) Enquête nationale sur la prévalence de la tuberculose retardée, affectant l'identification des foyers d'épidémie et leur classement par ordre de priorité aux fins des activités de lutte contre les formes simple et multirésistante de la maladie

Contrairement à ce qui avait été prévu dans la note conceptuelle, les données de l'enquête ne devraient pas être disponibles avant la fin de la subvention aux fins de mieux cibler les foyers d'épidémie visés par les interventions³³. Le récipiendaire principal attribue ce contretemps au retard lié à la sélection des partenaires chargés de l'enquête et à la mobilisation des fonds requis à ces fins. Faute de cette information, les interventions liées à la tuberculose et à la tuberculose multirésistante visant les communautés ne sont pas ciblées, entraînant un taux de réalisation de 0,5 % (nombre de personnes diagnostiquées atteintes de la tuberculose). Ce faible taux remet en question le bien-fondé des zones géographiques sélectionnées afin d'optimiser l'identification des cas de tuberculose simple et multirésistante, ou à tout le moins l'adéquation des démarches programmatiques dans les zones sélectionnées, qui seraient à l'origine des faiblesses en matière de détection des cas.

iv) Insuffisance de l'accès aux services de qualité et de leur fourniture, dans le cadre de l'activité de traitement de la tuberculose multirésistante par des infirmières

La formation des infirmières dans les centres de santé primaire à la prise en charge de la tuberculose multirésistante dans le cadre de la subvention actuelle n'avait pas encore commencé au 31 décembre 2016³⁴. Bien que les objectifs de formation de la subvention précédente aient été atteints, une récente évaluation de la formation par le Département national de la santé³⁵ indique que 15 % seulement des cas de tuberculose multirésistante diagnostiqués sur cette période avaient commencé un traitement. Le rapport impute cette lacune aux éléments ci-après :

³¹ Suite à l'audit en avril 2017, le récipiendaire principal a indiqué que tous les supports avaient été imprimés et que la formation avait débuté.

³² Suite à l'audit, le récipiendaire principal a revu les budgets des sous-sous-récepteurs et 2,2 millions de dollars US ont été réaffectés aux suppléments alimentaires. L'instance de coordination a examiné ces modifications.

³³ La note conceptuelle indique que l'enquête est un élément essentiel à l'établissement des priorités en matière de lutte contre la tuberculose : page 17, paragraphe 3 de la section relative au contexte du renforcement des systèmes de santé.

³⁴ Sur la période de janvier à mars 2017, 88 infirmières ont été formées selon les indications. Ce chiffre n'a pas été vérifié par le BIG ou l'agent local du Fonds.

³⁵ Examen du NDOH (mai 2016) du rapport de formation sur la prise en charge de la tuberculose multirésistante.

- dix-sept pour cent (59/301)³⁶ seulement des infirmières formées ont placé des patients atteints de tuberculose multirésistante sous traitement du fait de retards de préparation des centres sélectionnés à la prise en charge de la maladie ; et
- vingt-trois pour cent (71/309)³⁷ des infirmières formées n'étaient pas jugées aptes à placer des patients sous traitement, et moins de 12 % d'entre elles étaient supervisées.

L'évaluation devrait permettre de tirer des enseignements aux fins d'améliorer cette activité à l'avenir. Les infirmières recevront ainsi une formation efficace avant d'être affectées dans les établissements de santé, et seront supervisées de manière à renforcer le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose multirésistante³⁸.

v) **Données exactes utilisées à des fins décisionnelles**

La note conceptuelle prévoyait le déploiement de procédures opératoires normalisées, aux fins de résoudre les faiblesses connues liées à la qualité des données telles que les variations de complétude et de qualité des données relatives à la tuberculose et à la tuberculose multirésistante ; l'accumulation de retards de saisie des données ; et le manque de compréhension des indicateurs liés à la tuberculose et à la tuberculose multirésistante au sein du personnel chargé d'enregistrer et de communiquer les données sur la maladie³⁹. La mise en œuvre de cette activité n'avait pas commencé au 31 décembre 2016⁴⁰. Une vérification partielle des données communiquées a relevé des divergences entre les cas de tuberculose et de tuberculose multirésistante diagnostiqués dans les centres de santé visés par l'audit et les cas enregistrés dans les bases de données utilisées par le récipiendaire principal pour ses rapports au Fonds mondial. Cette vérification a relevé des écarts pouvant aller jusqu'à 64 % sur les mois visés par l'audit. De fait, tous les patients co-infectés par la tuberculose et le VIH dans les centres visés par l'audit ont été signalés, et non pas uniquement les patients co-infectés placés sous antirétroviraux, comme l'exigent les indicateurs programmatiques. Rien n'indique qu'une supervision ou un audit de la qualité des données ont été entrepris.

Les retards de mise en œuvre indiqués ci-avant sont en partie attribués à un retard de trois mois de la signature de l'accord-cadre et du décaissement des fonds y afférents. Ils sont également dus à des défaillances de gestion des activités programmatiques. Le programme national de lutte contre la tuberculose n'a pas les capacités suffisantes pour superviser et soutenir efficacement la mise en œuvre des activités. Les structures actuelles (unités de gestion programmatique) du récipiendaire principal et des sous-réceptaires peinent à gérer et coordonner les activités du programme. Des exemples d'insuffisances en matière de gestion et de supervision sont présentés ci-après :

i) Sélection de modalités de mise en œuvre appropriées :

- les nombreux niveaux de maîtres d'œuvre, certaines subventions étant gérées par des sous-sous-sous-réceptaires, entravent fortement la capacité du récipiendaire principal à assurer un suivi efficace de la mise en œuvre ;
- selon l'audit, deux des cinq maîtres d'œuvre n'ont pas les capacités suffisantes pour mettre en œuvre efficacement les activités qui leur incombent. Les maîtres d'œuvre n'ont pas été sélectionnés au terme d'une procédure de mise en concurrence et aucune évaluation de leurs capacités n'a été réalisée avant leur nomination⁴¹ ;

³⁶ NDOH (mai 2016) Examen du rapport sur la formation relative à la tuberculose multirésistante, tableau 2, page 9

³⁷ NDOH (mai 2016) Examen du rapport sur la formation relative à la tuberculose multirésistante, tableau 1, page 8

³⁸ Entre janvier et mars 2017, 24 infirmières auraient suivi une formation spécialisée et exerceraient encore sous la supervision d'un tuteur. Ce chiffre n'a pas été vérifié par le BIG ou l'agent local du Fonds.

³⁹ Podewils et al (2015) Complétude et fiabilité du système national de surveillance de la tuberculose en République d'Afrique du Sud. BMC Public Health. 2015; 15: 765 ; OMS (2014) Examen conjoint des programmes liés au VIH, à la tuberculose et à la PTME en Afrique du Sud.

⁴⁰ Podewils et al (2015) Complétude et fiabilité du système national de surveillance de la tuberculose en République d'Afrique du Sud. BMC Public Health. 2015; 15: 765 ; OMS (2014) Examen conjoint des programmes liés au VIH, à la tuberculose et à la PTME en Afrique du Sud.

⁴¹ Pendant le travail de terrain, le programme lié à la tuberculose a lancé l'évaluation des capacités des maîtres d'œuvre, aux fins de faciliter la résolution des faiblesses de mise en œuvre identifiées.

- des modifications des modalités de mise en œuvre des activités de détection des cas de tuberculose dans les communautés vivant à proximité de mines ont nui au lancement et à la portée du programme. La mobilisation de la communauté dans le cadre de la subvention actuelle était séparée de la détection des cas, ces deux activités étant gérées par deux maîtres d'œuvre distincts⁴². La mobilisation de la communauté n'avait pas commencé au moment de l'audit, limitant la détection des cas de tuberculose. L'équipe du maître d'œuvre chargée de l'activité était prête, mais n'a pas pu lancer les opérations tant que la mobilisation communautaire n'avait pas permis de créer une demande pour les services de dépistage. Suite à ce manque de coordination et de succession des activités, les salaires des agents de santé (1,3 million de dollars US) ont été facturés au programme, en dépit du peu d'activités réalisées.

ii) Planification des travaux et établissement du budget y afférent :

- Les budgets initialement préparés par le bénéficiaire principal n'étaient pas complets. Par exemple, ils n'étaient pas alignés sur les modèles et les plans opérationnels des sous-bénéficiaires et ne permettaient pas d'obtenir les résultats attendus. Par ailleurs, les maîtres d'œuvre devaient examiner ces budgets sous trois mois après le début de la mise en œuvre, en vue de combler les faiblesses identifiées. Cependant, le sous-bénéficiaire du bureau de gestion des projets liés à la tuberculose⁴³ n'avait examiné ou approuvé aucune des modifications budgétaires proposées par les sous-sous-bénéficiaires au moment de l'audit (soit neuf mois après leur soumission). Les activités ont été ralenties en attendant l'approbation du budget. Pendant ce temps, les frais liés aux ressources humaines ont cumulé 2,1 millions de dollars US.
- Des plans de rattrapage, préparés par les sous-sous-bénéficiaires à la demande de l'instance de coordination nationale afin d'accélérer la mise en œuvre du programme, ont expiré avant leur examen et leur approbation par le bénéficiaire principal.

Action convenue de la Direction n° 1

Avec le concours de l'instance de coordination nationale et des partenaires, le Secrétariat examine l'avancement de la mise en œuvre des activités liées à la tuberculose avec le soutien du Département national de la santé, et aide le bénéficiaire principal à établir un plan de suivi de la mise en œuvre et de la subvention (notamment des budgets modifiés et des modalités de mise en œuvre) jusqu'à la fin de la subvention. Le Secrétariat s'appuie sur cet examen pour garantir l'avancement du programme dans le respect des objectifs établis.

Titulaire : Directeur de la gestion des subventions

Date cible : 31 décembre 2017

⁴²Auparavant, un seul maître d'œuvre était chargé de la mobilisation communautaire et du dépistage de la tuberculose. La subvention précédente a atteint plus de 100 % des objectifs établis.

⁴³ Un nouveau gestionnaire de programme lié à la tuberculose a été nommé pour les subventions du Fonds mondial ; il veillera à rattraper le retard de mise en œuvre.

4.2. Les faiblesses de mise en œuvre des activités pourraient nuire à la fourniture de services de qualité aux bénéficiaires

La note conceptuelle approuvée indique les domaines clés devant bénéficier d'un financement prioritaire du Fonds mondial au vu de l'impact attendu. Cependant, des modifications de la couverture, de la portée et de la teneur des interventions, sans examen de l'instance de coordination nationale ou du Secrétariat du Fonds mondial, pourraient nuire à l'atteinte des objectifs du programme.

i) Réduction de la couverture géographique des interventions relatives à l'observance et à la stigmatisation, telle qu'elle était présentée et approuvée dans la note conceptuelle :

- Observance des traitements : La couverture des activités de soutien à l'observance des traitements est passée de 31 à 21 districts⁴⁴. En conséquence, 220 000 personnes sous antirétroviraux résidant dans les dix districts exclus (classés parmi les plus défavorisés socialement et économiquement selon l'étude StatsSA la plus récente)⁴⁵ ne recevront pas le soutien prévu, ce qui pourrait nuire à la rétention des traitements. Au moment de l'audit, aucun plan ne garantissait la prise en charge des districts exclus et l'instance de coordination nationale n'avait pas approuvé cette réduction⁴⁶. Bien que la réduction du nombre de districts ne remette pas en question l'objectif visant à atteindre 1 088 044 personnes pendant la période de mise en œuvre, le programme n'a pas évalué si ces objectifs pouvaient être atteints avec la couverture et les budgets actuels.
- Stigmatisations liées au VIH et à la tuberculose : Les activités de réduction de la stigmatisation et des discriminations liées au VIH et à la tuberculose ont été réduites à six districts sur les 18 prévus initialement dans la note conceptuelle, en raison d'un chiffrage et d'un budget inadéquats lors de l'établissement de la subvention. Or, la stigmatisation est un obstacle important à l'accès aux services et à leur utilisation par les personnes touchées par le VIH et la tuberculose dans les districts ciblés^{47, 48}.

ii) Interventions non mises en œuvre selon les modalités approuvées :

- Clubs d'observance non transférés des centres de santé aux communautés : Les directives relatives à l'observance des traitements contre le VIH et la tuberculose envisagent plusieurs stratégies visant à alléger la charge de travail des centres de santé et à minimiser les risques d'interruption des traitements, en réduisant les temps d'attente et les coûts de transport des patients stables sous antirétroviraux. Une de ces stratégies prévoit un soutien à l'observance, visant à adopter une démarche progressive et à délester les centres de santé. Les patients stables pourraient ainsi retirer leurs médicaments directement dans des points relais au sein de leur propre communauté, au lieu de se rendre dans un centre de santé. Un des deux maîtres d'œuvre établit des clubs dans les centres de santé, si bien que deux pour cent seulement des 5 309 clubs d'observance ont été délégués aux communautés. Au moment de l'audit du BIG, aucun plan ne prévoyait de transférer ces clubs dans les communautés à l'issue des douze mois, comme prévu initialement. De fait, le Département national de la Santé n'avait pas finalisé sa stratégie de désengorgement et les directives y afférentes.
- Manque d'alignement des activités de renforcement des systèmes communautaires sur les interventions financées : Telles qu'elles sont actuellement conçues et mises en œuvre, les activités de renforcement des capacités institutionnelles prévues dans le cadre du renforcement des systèmes communautaires ne ciblent pas les contraintes de capacités les plus

⁴⁴ Districts sélectionnés, dans l'idée que les autres partenaires fourniraient un soutien à l'observance dans les districts restants.

⁴⁵ Statistics South Africa, Rapport 2016 sur l'enquête communautaire

⁴⁶ Suite à l'audit, la politique du Département national de la Santé relative au soutien à l'observance s'assurera que les patients sous antirétroviraux sont couverts par les départements de la Santé provinciaux.

⁴⁷ Rapport national sur l'indice de stigmatisation (2014)

⁴⁸ Bogart et al (2013) Obstacles aux soins aux PVVIH en Afrique du Sud, *AIDS Care*. 2013 Jul; 25(7): 843–853.; Gilbert (2016) <http://dx.doi.org/10.1080/17290376.2015.1130644>.

problématiques. Par exemple, un nombre insuffisant d'entités est en mesure de mettre en œuvre les programmes de réduction des stigmatisations, de soutien à l'observance ou ciblant les professionnels du sexe. Au lieu de cela, de nombreuses activités de renforcement des systèmes communautaires visent actuellement des instances qui ne soutiennent pas d'interventions financées ou qui n'interviennent pas dans les zones géographiques de mise en œuvre. En conséquence, la conception du programme de renforcement des systèmes communautaires ne cible pas suffisamment les obstacles actuels à la mise en œuvre.

iii) Différences entre la note conceptuelle et les programmes mis en œuvre :

- Intégration limitée de la tuberculose dans les interventions de prévention du VIH auprès des adolescentes et des jeunes femmes : À l'exception des écoles de formation technique et professionnelle, le programme, les supports et les outils actuels de formation fournis aux adolescentes et aux jeunes femmes (clubs Rise et Soul Buddyz) ciblent peu la tuberculose⁴⁹. Actuellement, le programme Keeping Girls in School visant à maintenir les filles dans le système scolaire n'accorde aucune part à la tuberculose⁵⁰. Le programme ciblant annuellement quelque 280 000 adolescentes et jeunes filles âgées de 10 à 24 ans, ce serait pourtant l'opportunité d'accroître la prévention et la détection de la tuberculose au sein d'une population-clé⁵¹. De fait, cette cohorte représente entre 12 % et 18 % des cas de tuberculose signalés dans le pays⁵².
- Réduction du contenu de la formation aux adolescentes et aux jeunes filles scolarisées et déscolarisées : Le nombre de modules stipulés et le nombre d'heures par module ont été réduits pour tous les programmes ciblant les adolescentes et les jeunes filles. Par exemple, dans les écoles de formation technique et professionnelle, un seul module est enseigné sur les quatre initialement proposés et approuvés. De plus, un module supplémentaire d'autonomisation proposé dans la note conceptuelle n'a pas été enseigné⁵³. Dans le cadre des programmes Soul Buddyz, Rise Club et Keeping Girls in School, les maîtres d'œuvre proposent deux ou trois des modules et séances⁵⁴ prévus initialement. Pourtant, ils comptabilisent les bénéficiaires comme s'ils avaient reçu l'intervention proposée dans la note conceptuelle. Les modules ne sont ni identiques, ni fournis dans le même ordre ou selon la même méthodologie selon les maîtres d'œuvre chargés de l'intervention. Les modifications majeures apportées au programme initial (efficace selon les évaluations demandées par le récipiendaire principal l'ayant proposé) et aux interventions approuvées dans la note conceptuelle ne sont pas clairement planifiées et leur impact n'a pas été déterminé. Au lieu de cela, plusieurs maîtres d'œuvre ont modifié ponctuellement le programme de formation aux fins d'atteindre les objectifs de leurs indicateurs annuels, sans tenir compte de la qualité des activités. Ainsi, bien que le nombre d'adolescentes et de jeunes filles « touchées » puisse être atteint, la qualité des interventions risque fortement de ne pas apporter le changement de comportement attendu.

iv) Incapacité du programme à toucher le nombre d'adolescentes et de jeunes filles dans les écoles de formation technique et professionnelle prévu dans la note conceptuelle :

Plusieurs obstacles entravent la mise en œuvre des activités de prévention et de dépistage du VIH et de la tuberculose dans les écoles de formation technique et professionnelle, telles qu'elles étaient prévues initialement :

- L'intervention n'est pas en mesure de toucher les 530 000 jeunes sur trois ans comme prévu, le nombre d'étudiants inscrits dans ces écoles étant inférieur à ce chiffre. Selon les données sur

⁴⁹ Le magazine Rise comprend un court paragraphe sur l'étude des cas à la page 13, tandis qu'aucune des cinq séances dans les manuels et les guides des formateurs Keeping Girls in School ne fait mention de la tuberculose. De même, les modules et les séances d'éducation parentale pratique ne couvrent pas la tuberculose.

⁵⁰ Aucun des cinq modules du programme visant à maintenir les jeunes filles dans le système scolaire ne fait mention de la tuberculose.

⁵¹ Actuellement, aucun des récipiendaires principaux ne communique d'information sur le dépistage de la tuberculose. Suite au présent audit, les récipiendaires en rendront compte à partir de la prochaine période de communication de l'information.

⁵² Rapport préliminaire annuel 2016 du NDOH sur la tuberculose

⁵³ Selon le manuel « First things first » établi par HEAIDS et actuellement mis en œuvre dans les universités d'Afrique du Sud.

⁵⁴ Les programmes comprennent 4, 14 et 5 sessions dans le cadre de Soul Buddyz, des clubs Rise et du programme Keeping Girls in School visant à maintenir les jeunes filles dans le système scolaire, respectivement.

les inscriptions dans les provinces visées par les activités, 113 013 étudiants seulement de la tranche d'âge ciblée sont inscrits. Cela risque de compliquer l'atteinte de l'objectif global du programme, cette intervention représentant 63 % et 20 % respectivement des adolescentes et des jeunes filles âgées de 10 à 24 ans visées par les services de prévention, et 20 % des personnes devant recevoir des services de conseil et de dépistage du VIH/tuberculose.

- De plus, l'inaptitude des maîtres d'œuvre à fournir un programme de qualité peut être liée à l'incapacité des écoles de formation technique à enseigner les 20 heures complètes comme initialement prévu, c'est-à-dire la formation complète, plus l'élément d'autonomisation, essentiel aux changements social et comportemental. Cette activité était initialement déployée dans les universités sur une durée de 12 à 36 mois. Au lieu de cela, l'enseignement dans les écoles techniques est dispensé sur une période nettement plus courte, de six à neuf mois seulement. Les étudiants étant inscrits sur des périodes plus courtes et n'étant pas résidents, les écoles techniques allouent une demi-heure seulement à cette formation, alors que 20 heures étaient prévues selon la conception initiale.
- Contrairement aux universités, les écoles techniques ne possèdent pas de centres de santé capables de fournir des services de dépistage du VIH. En conséquence, les bénéficiaires principaux doivent faire appel à des prestataires de services externes qui ne sont pas toujours en mesure de fournir ces services pour des raisons de disponibilité.

Les faiblesses ci-avant sont dues aux facteurs suivants :

- i) Interprétation des mesures incitatives des financements en fonction des résultats : Alors que le financement en fonction des résultats encourage l'adoption d'objectifs favorisant l'impact, le cadre de résultats actuel ne vérifie pas la qualité des programmes. Le principal centrage des indicateurs actuels, et les mécanismes d'assurance et de suivi stratégique y afférents visent l'atteinte des objectifs quantitatifs tels que le nombre de personnes « touchées », plutôt que la nature qualitative des programmes.
- ii) Planification et établissement des budgets pendant l'élaboration de la note conceptuelle et de la subvention : Les modifications de la couverture, la portée et la teneur des activités ont été attribuées aux difficultés liées à la planification, au chiffrage et à l'établissement des budgets des nouvelles activités. Par exemple, le déploiement de l'activité auprès des écoles techniques selon les modalités prévues nécessiterait au minimum 442 500 jours de communications annuelles sur les changements sociaux et comportementaux. Or, le budget actuel ne prévoit que 4 425 jours, soit 1 % du total requis.

Action convenue de la Direction n° 2

Avec le concours de l'instance de coordination nationale et des partenaires, le Secrétariat :

- aide les bénéficiaires principaux investis auprès des adolescentes et des jeunes filles à établir des normes de qualité pour les activités soutenues par le Fonds mondial ; et
- examine les interventions liées à l'observance, à la stigmatisation et au renforcement des systèmes communautaires, aux fins de s'assurer que leur couverture et leur portée restent conformes aux plans de mise en œuvre et budgets approuvés.

Titulaire : Directeur de la gestion des subventions

Date cible : 31 mars 2018

4.3. L'insuffisance d'établissement de priorités pour les activités stratégiques du programme nuit aux résultats.

i) Retards de cartographies et de réalisation des enquêtes affectant l'identification des populations vulnérables

Les crédits des subventions doivent faciliter l'identification des zones d'épidémie à des fins d'établissement des priorités lors de la mise en œuvre dans deux provinces. Néanmoins, le BIG observe les faits ci-après :

- Les interventions ciblant les populations vulnérables dans les provinces du Cap-Occidental et du KwaZulu-Natal ont été retardées d'au moins six mois. Bien que le profilage de la cartographie géospatiale visant à identifier les zones d'épidémie⁵⁵ ait été tout juste terminé au moment de l'audit, le profilage communautaire n'avait pas encore commencé. Cet exercice est pourtant essentiel à l'identification des populations vulnérables au sein de la communauté, à l'établissement de services de prévention appropriés et à la sélection de prestataires aptes à fournir les services. En conséquence, les 2,1 millions de personnes vulnérables⁵⁶ initialement ciblées risquent de ne pas recevoir les services complets de prévention du VIH/tuberculose à la fin de la deuxième année.
- Les interventions ciblant les populations-clés dans le cadre des programmes liés au VIH et à la tuberculose n'ont pas été mises à jour. Les enquêtes continues devraient fournir des informations plus récentes. Cependant, dans le cadre des interventions actuelles, la proportion de personnes ayant reçu des conseils et un dépistage du VIH et un dépistage de la tuberculose est inférieure aux attentes. Par exemple, les taux de positivité réels au regard des estimations sont les suivants :
 - hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : 1,5 % sur une prévalence relevée de 10,4 % à 34,5 % au sein de ce groupe ;
 - consommateurs de drogues injectables : 1,22 % sur une prévalence estimée de 19,4 % ; et
 - personnes vivant à proximité de mines ayant reçu un test de dépistage de la tuberculose : 0,88 % sur une prévalence estimée de 1,2 %.

ii) Manque de données essentielles au déploiement des activités auprès des adolescentes et des jeunes filles

- Les récipiendaires principaux et leurs maîtres d'œuvre peinent à obtenir les protocoles d'accord de diverses entités publiques⁵⁷ les autorisant à déployer les activités programmatiques dans des zones/régions spécifiques. Cela a nui aux activités de prévention auprès des adolescentes et des jeunes filles dans les écoles primaires et secondaires, aux services de dépistage du VIH, et à l'établissement et au déploiement d'activités liées à l'observance. Les objectifs n'ont pas pu être atteints car les interventions dans les provinces et districts prioritaires n'avaient toujours pas pu être mises en œuvre en décembre 2016. Cependant, au moment de l'audit, des coûts administratifs d'environ 480 000 dollars US inhérents au personnel affecté à la mise en œuvre des activités avaient été engagés, malgré ces empêchements. Cette situation reflète la nécessité de mieux planifier et doit éclairer les programmations futures.
- Les dossiers de mise en route⁵⁸ et les mesures incitatives⁵⁹ n'avaient toujours pas été achetés et distribués à tous les maîtres d'œuvre un an après le début de la période de mise en œuvre :

⁵⁵ Une zone d'épidémie est une zone géographique affichant une forte prévalence de VIH, d'IST, de tuberculose ou de comportements exposant les personnes au risque d'infection.

⁵⁶ Objectifs indiqués dans le cadre de résultats approuvé

⁵⁷ Selon la portée de l'intervention au niveau national, provincial ou des districts, et avec le concours des départements pertinents (Santé, Éducation et Développement social en fonction des activités).

⁵⁸ Les dossiers de mise en route se composent de manuels, de documents-types de communication de l'information, de lettres d'information et de guides à l'intention des formateurs, essentiels à la mise en route des interventions auprès des clubs.

⁵⁹ Les mesures incitatives sont des produits donnés aux adolescentes et aux jeunes filles afin de les encourager, les motiver et les maintenir dans les clubs.

ils sont pourtant essentiels au démarrage et au fonctionnement des programmes Soul Buddyz ciblant les adolescentes âgées de 10 à 14 ans et les clubs Rise ciblant les jeunes filles de 15 à 24 ans scolarisées et déscolarisées. Cette situation est due à des retards de commande et une sélection des prestataires non concurrentielle.

- La formation des formateurs relative à certains modèles d'interventions auprès des adolescentes et des jeunes filles n'a pas encore été fournie : Si certains formateurs avaient été formés à quelques interventions au 31 décembre 2016, ce n'est pas le cas des bénéficiaires principaux/prestataires de services chargés de mettre en œuvre les modules d'éducation parentale pratique et auprès des adolescents. Les plans de travail approuvés prévoyaient pourtant la formation des cinq bénéficiaires principaux et des sous-bénéficiaires pertinents dès le début du programme.

iii) Les normes visant à garantir la qualité des interventions ne sont pas définies ou pas respectées. Faute de normes de qualité établies, les bénéficiaires déploient parfois une même activité selon des modalités différentes, avec des normes de qualité divergentes, toutes comptabilisées dans le même objectif. La plupart des prestataires externes fournissant des services de dépistage du VIH ne se sont pas encore soumis à un test de compétences et ne se conforment donc pas aux directives nationales en matière d'assurance qualité.

iv) Retards de mise en place de l'obligation à effet social, censée lever des fonds afin de toucher 24 400 professionnels du sexe : Trois millions de dollars US ont été alloués à l'établissement d'une obligation à effet social. Cependant, la mise en œuvre de cette intervention a été largement reportée suite à un retard d'établissement du dossier avant son approbation par le département ministériel pertinent. En conséquence, l'activité ne pourra probablement pas être déployée selon le calendrier prévu.

Les faiblesses ci-avant sont dues aux facteurs suivants :

i) Appropriation des interventions non cliniques au niveau national. Ces interventions offrant des services complets de prévention aux populations clés et vulnérables accaparent 32 % des crédits des subventions. Cependant, les dirigeants au niveau national doivent s'assurer de la présence de structures appropriées de suivi et de gestion des interventions. Par ailleurs, les autorités publiques et les partenaires de développement doivent établir des plans nationaux intégrés afin d'orienter la conception et l'établissement de priorités géographiques des activités.

ii) Les mécanismes de suivi n'identifient pas et ne combinent pas les faiblesses de mise en œuvre en temps opportun. Bien que le comité de suivi stratégique de l'instance de coordination nationale compte des membres compétents et se réunisse trimestriellement, son efficacité est entravée par les facteurs ci-après :

- assiduité/participation limitée des membres du comité de suivi stratégique ;
- les réunions de suivi stratégique se concentrent principalement sur l'examen des résultats de subventions individuelles, sans réellement s'intéresser aux résultats globaux du portefeuille, c'est-à-dire identifier les faiblesses et prendre des mesures correctives ;
- deux postes clés au sein de l'instance de coordination nationale sont toujours vacants, ce qui a affecté la disponibilité des données servant de fondement au suivi stratégique ;
- les plans de rattrapage demandés par le comité de suivi stratégique de l'instance de coordination nationale en vue d'accélérer la mise en œuvre n'avaient pas été examinés ou mis en œuvre au moment de l'audit ; et
- les mécanismes de coordination à différents niveaux en sont à leurs débuts, ce qui affecte les synergies et leur capacité à minimiser les lacunes/doubles emplois entre les programmes dans les domaines ci-après : (des informations supplémentaires sont présentées à l'annexe 2.0) ;

- entre les niveaux national et provincial, la collaboration sur les programmes gérés centralement étant limitée, par exemple entre le Fonds mondial et les provinces autonomes chargées de la mise en œuvre ;
- entre les départements nationaux et provinciaux pertinents, la mise en œuvre étant retardée en raison d'un manque de coordination entre les départements ministériels jouant un rôle central dans les activités (Santé, Développement social, Éducation, etc.) ;
- entre les maîtres d'œuvre des programmes financés et entre les organisations gouvernementales et non gouvernementales chargées de mettre en œuvre les activités dans les provinces et les districts ;
- au niveau des donateurs, lorsque ceux-ci mettent en œuvre les mêmes activités dans les mêmes zones géographiques ; et
- entre des interventions apparentées, reliant par exemple les patients positifs diagnostiqués dans le cadre de la prévention du VIH/tuberculose avec des activités de traitement et de soins.

Action convenue de la Direction n° 3

Avec le concours de l'instance de coordination nationale et des partenaires, le Secrétariat examine les politiques et les plans de gouvernance et de suivi stratégique de l'instance de coordination nationale (notamment les interventions non cliniques).

Titulaire : Directeur de la gestion des subventions

Date cible : 31 mars 2018

Action convenue de la Direction n° 4

Le Secrétariat :

- soutient la mise à jour du plan d'activités relatif à l'obligation à effet social, aux fins de combler les faiblesses et les risques identifiés par le Département de la Science et de la technologie ; et
- aide le Département de la Science et de la technologie à prendre une décision sur l'obligation à effet social et suit son application.

Titulaire : Directeur de la gestion des subventions

Date cible : 31 mars 2018

4.4. Disponibilité limitée des données de qualité utilisées à des fins décisionnelles en raison de lacunes des cadres de suivi et d'évaluation

La qualité des données communiquées souffre du manque de définition claire des *éléments devant être pris en compte* et de l'établissement de systèmes de collecte des données requises. Tous les maîtres d'œuvre ont établi des outils et des systèmes de communication de l'information. Le récipiendaire principal possède également un plan de suivi et d'évaluation fournissant des recommandations supplémentaires en matière de communication de l'information. Cependant, les principales faiblesses identifiées pendant l'audit sont liées aux facteurs ci-après :

i) Limitations des indicateurs définis dans le cadre de résultats à des fins de mesure des résultats des subventions :

- Certains indicateurs ne reflètent pas les programmes mis en œuvre : Les bénéficiaires principaux se sont parfois vu attribuer des indicateurs sur lesquels ils n'ont aucun contrôle et aucune influence. Ainsi, un bénéficiaire est chargé d'un indicateur lié aux services de dépistage du VIH⁶⁰, alors qu'il n'a pas d'accès direct aux informations y afférentes ou au financement alloué à cette activité. De même, dans le cadre de l'intervention liée à l'observance, le rapport du bénéficiaire principal sur la suppression de la charge virale visait toutes les personnes sous antirétroviraux dans les établissements dont il a la charge, pas uniquement les clubs d'observance soutenus par la subvention.
- Le cadre de résultats ne comporte pas d'indicateurs de résultats liés aux populations clés et vulnérables telles que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnels du sexe et les consommateurs de drogues injectables. Ceci en dépit du fait que les interventions y afférentes sont fondamentales pour l'impact du programme et que 22 % des crédits de la subvention leur ont été alloués. Des investissements ont été alloués à la réalisation d'enquêtes pouvant fournir des données sur les résultats des activités auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, mais rien n'a été prévu pour les professionnels du sexe, les consommateurs de drogues et les personnes transgenre.
- Mesures de suivi du plan de travail dans les cadres de résultats visant à vérifier la cadence et la qualité de mise en œuvre, et à suivre les moteurs/échéances programmatiques clés des nouvelles interventions. Cela faciliterait l'identification et la gestion précoces des risques pouvant nuire à leur mise en œuvre. Par exemple, le fait que la vérification de la signature du protocole d'accord n'ait pas été obligatoire avant le début des activités auprès des jeunes a contribué au faible taux de réalisation de l'indicateur « *Nombre de jeunes âgés de 10 à 24 ans ayant reçu une formation sur le VIH fondée sur un savoir-faire pratique en milieu scolaire ou non scolaire* ». En décembre 2016, moins de 10 % de l'objectif avait été atteint.

ii) Information utilisée aux fins des objectifs établis – L'établissement des objectifs comportait des erreurs, par exemple : i) les programmes visant les clubs Rise et Keeping Girls in School s'adressent uniquement aux jeunes filles de 15 à 18 ans. Or, trois bénéficiaires principaux ont également utilisé des données relatives aux jeunes garçons ; et ii) des données relatives aux districts ont été utilisées comme dénominateur, alors que les interventions couvraient uniquement certaines parties de ces districts. De fait, seules les informations relatives aux districts étaient disponibles au moment de la signature des subventions.

iii) Absence de normes garantissant la cohérence d'interprétation des indicateurs : La plupart des indicateurs sont centrés sur des variables simples pouvant être aisément collectées à des fins de communication de l'information, et non pas sur la qualité des interventions. Par exemple :

- Concernant les indicateurs liés aux services de dépistage du VIH, le cadre de résultats mesure le nombre de tests réalisés (services) et non pas le nombre de personnes dépistées ayant reçu

leurs résultats. Or, si l'objectif porte sur le nombre de personnes connaissant leur statut sérologique, cette interprétation en donne une idée inexacte.

- L'interprétation de l'indicateur « Pourcentage de jeunes âgés de 10 à 24 ans ayant reçu une formation sur le VIH fondée sur un savoir-faire pratique en milieu scolaire ou non scolaire » varie selon les interventions. Les programmes auprès de Soul Buddyz et des clubs Rise comptent les nombres de séances suivies par personne, par exemple entre deux et trois séances, tandis que l'intervention Keeping Girls in School comptabilise le contenu, c'est-à-dire le nombre de thèmes couverts. La qualité des données communiquées dans le cadre de cet indicateur est donc compromise, car les résultats cumulés regroupent un mélange de nombre de séances (réunions) et de thèmes couverts (contenu).
- La définition des « services de prévention du VIH » n'est pas indiquée dans le cadre de résultats ou dans les protocoles du récipiendaire principal relatif aux indicateurs⁶¹ liés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, aux personnes transgenre et aux consommateurs de drogues injectables. La définition des indicateurs varie selon les interventions de prévention mises en œuvre.

iv) *Lacunes des systèmes de collecte, de communication et d'assurance qualité des données :*

- Multiplicité des systèmes de communication de l'information, générant des bases de données distinctes, tant au niveau des récipiendaires principaux que des sous-réceptaires. Les données sont stockées sur divers sites, sans base de données nationale commune pour les analyser et les nettoyer (et supprimer les doubles comptages).
- Plusieurs maîtres d'œuvre sont investis dans la mise en œuvre des interventions, entraînant un risque de double comptabilisation des bénéficiaires. Les mécanismes établis par les différents récipiendaires principaux aux fins d'atténuer les risques de double comptabilisation restent limités, notamment au niveau des applications utilisées, des codes d'identification uniques, des systèmes biométriques et électroniques (des informations supplémentaires sont présentées à l'annexe 3.0).
- Défaillances des mécanismes d'assurance qualité des données au niveau du récipiendaire principal. Un examen des modalités de supervision indique que ces mécanismes visent essentiellement les résultats programmatiques plutôt que la qualité des interventions. Une vérification partielle des données communiquées par les sous-réceptaires au regard des documentations principales révèle des divergences :
 - Concernant le dépistage du VIH, les documents-types sont incomplets et n'indiquent pas si les patients ont reçu leurs résultats. L'audit note également des divergences entre les nombres de patients et les quantités d'antirétroviraux distribués (50 % dans un centre inspecté).
 - Le nombre de patients recevant un soutien à l'observance est 60 % supérieur au nombre réel. Cette divergence est due à un double comptage. De fait, les chiffres communiqués sont cumulatifs, entraînant des écarts entre les documents source et les chiffres communiqués au Fonds mondial.

v) *Retard de disponibilité des données cliniques :* Les indicateurs cliniques liées à la tuberculose et au VIH souffrent également de retards de communication de l'information, survenant au stade de la prestation de services, les données étant enregistrées tardivement dans les systèmes électroniques de communication de l'information sanitaire. Ce problème courant est commun à tous les systèmes, dont Tier.net, le registre électronique sur la tuberculose et le registre sur la multirésistance. Cette faiblesse affecte l'exactitude et la ponctualité des données relatives à treize

⁶¹ Les protocoles liés aux indicateurs fournissent des informations telles que des définitions et des recommandations en matière de compilation, aux fins d'aider les rédacteurs et les utilisateurs de rapport à interpréter les indicateurs de résultats de manière cohérente.

indicateurs de couverture communiquées par trois récipiendaires principaux dans le cadre de résultats.

Les faiblesses ci-avant sont dues aux facteurs suivants :

i) Les recommandations gouvernementales sont inadéquates du fait de l'absence de plan national de suivi et d'évaluation aux fins du plan stratégique national (2012/2016). De plus, le pays n'a pas établi de mécanisme institutionnel visant à diriger la coordination de ces nouvelles interventions, notamment la collecte et l'analyse des données émergentes relatives aux interventions. Il s'agit d'une faiblesse déjà connue des autorités publiques, échappant au contrôle du Fonds mondial et pris en compte dans le nouveau plan stratégique national (2017-2022)⁶².

ii) Le cadre de résultats des subventions regroupe les données de haut niveau des huit récipiendaires principaux. Les indicateurs ne sont pas personnalisés aux fins de refléter les activités confiées à chaque récipiendaire. Par exemple, la portée des activités auprès des adolescents et des jeunes du présent portefeuille offre une opportunité d'améliorer les indicateurs actuels aux fins d'en tirer des données adéquates pouvant servir à mesurer les résultats.

Action convenue de la Direction n° 5

Le Secrétariat :

- revoit le cadre de résultats unifié relatif aux interventions auprès des adolescentes et des jeunes filles ; et
- revoit les outils biométriques et les codes d'identification uniques des systèmes de communication de l'information utilisés par les récipiendaires principaux investis auprès des adolescentes et des jeunes filles, notamment leur capacité à identifier correctement les participants et les interventions déployées dans les différentes zones, et à fournir un plan d'action visant à améliorer la démarche actuelle.

Titulaire : Directeur de la gestion des subventions

Date cible : 31 mars 2018

⁶² Au moment de l'audit, un cadre de suivi et d'évaluation devait être intégré dans le nouveau plan stratégique national (2017-2022) mais n'avait pas été finalisé à la publication du présent rapport.

4.5. Faiblesses des mécanismes de suivi stratégique et d'assurance, affectant l'identification et l'atténuation des risques programmatiques clés

Des mécanismes efficaces de suivi stratégique et d'assurance doivent être établis aux fins de garantir l'identification des difficultés de mise en œuvre en temps opportun et d'ajuster les programmes au regard des enseignements tirés tout au long de la période de mise en œuvre.

L'instance de coordination nationale du programme est active et soutenue par un comité de suivi stratégique qui se réunit trimestriellement. Ces deux instances comprennent parmi leurs membres des partenaires de développement, des conseils provinciaux sur le VIH et des agences techniques chargées d'appuyer la mise en œuvre des programmes. Toutefois, les vérificateurs ont relevé les faiblesses ci-après dans les mécanismes de suivi stratégique et d'assurance.

i) *Lacunes en matière d'identification, d'évaluation et d'atténuation des risques :*

En octobre 2016, le Secrétariat a organisé un atelier dans le pays avec les bénéficiaires principaux et les autres partenaires, aux fins de finaliser l'établissement d'une matrice des risques clés. Cet atelier visait à identifier les risques, les classer par ordre de priorité et les gérer, au niveau du portefeuille et de chaque subvention. Au moment de l'audit, l'examen de la matrice a révélé les faiblesses ci-après :

- Certains risques clés n'étaient pas identifiés : Les risques identifiés n'étaient pas suffisamment adaptés au contexte unique des subventions en Afrique du Sud. Par exemple, les risques liés à la mise en œuvre des nouvelles interventions dans le pays n'étaient pas détaillés, notamment les normes de mesure de la qualité des programmes, l'adéquation des indicateurs de mesure des résultats programmatiques, les modalités de mise en œuvre, les difficultés liées à l'établissement des budgets et au chiffrage, et le besoin de plans programmatiques et de plans de mise en œuvre détaillés.
- Limitations des mesures d'atténuation des risques : Les mesures proposées ne s'attaquent pas aux causes profondes des risques clés identifiés et ne les atténuent donc peut-être pas. Par exemple, les bénéficiaires principaux devaient préparer des plans de rattrapage aux fins de remédier aux faibles résultats la première année. Or, ces plans ne tiennent pas compte des causes profondes des faibles résultats telles que l'établissement d'objectifs, le chiffrage des programmes et l'établissement des budgets y afférents.

ii) *Mécanismes d'assurance non alignés sur les domaines des risques clés :* Selon un examen des activités de garantie⁶³ au regard de la matrice des risques clés et des conclusions de l'audit, les activités de garanties doivent s'aligner davantage sur les risques clés :

- Garantie de l'agent local du Fonds : Bien que les risques liés aux programmes et aux résultats soient élevés, les garanties y afférentes restent limitées. En particulier, le spécialiste de l'équipe de pays chargé du suivi et de l'évaluation et de la santé publique gère déjà deux portefeuilles importants et ne peut consacrer le temps nécessaire à cette activité. Un des spécialistes de la santé publique de l'agent local du Fonds travaille à temps partiel, tandis que l'autre exerce à distance. En conséquence, une grande partie des travaux est assumée par le personnel financier, ce qui affecte la qualité des analyses relatives aux programmes et aux résultats. De plus, la note conceptuelle prévenait du risque lié aux capacités insuffisantes de l'agent local du Fonds à fournir une garantie programmatique appropriée. Or, rien n'avait été mis en place aux fins d'atténuer ce risque au moment de l'examen du BIG⁶⁴.
- Garantie des maîtres d'œuvre : Les risques financiers et fiduciaires ont été dûment pris en compte dans les activités internes, externes et des agents locaux du Fonds (52 % de leur temps), ce qui a permis de les atténuer sensiblement dans la matrice des risques. De même, les maîtres

⁶³ Activités de garantie réalisées au cours des deux dernières années (2015-2017) et proposées pour 2017

⁶⁴ Suite au présent audit, l'équipe de pays a aligné le plan de travail 2017 de l'agent local du Fonds sur les risques clés du portefeuille.

d'œuvre dans le pays ont renforcé les équipes chargées des finances et de la conformité aux fins de maintenir les niveaux de garantie financière. Cependant, les résultats programmatiques et la qualité des données n'ont pas été suffisamment pris en compte dans la gestion des risques, donnant lieu à un modèle de garantie mal équilibré.

iii) Modalités de gouvernance affectant la capacité de l'instance de coordination nationale à remplir son mandat : L'audit a identifié les faiblesses ci-après, qui affectent la capacité de l'instance de coordination nationale à diriger efficacement les programmes soutenus par le Fonds mondial :

- Ambiguïté des rôles, responsabilités, pouvoirs et obligations de l'instance de coordination nationale et du SANAC qui accueille l'instance, leurs secrétariats et leur personnel. Selon cette structure, le directeur général du SANAC est automatiquement président de l'instance, les membres du personnel assumant diverses fonctions au sein des secrétariats du SANAC et de l'instance. Aucun protocole n'indique comment les recommandations et les décisions de l'instance sont émises et communiquées aux maîtres d'œuvre. En conséquence, un certain nombre de décisions prises par le SANAC et son secrétariat et/ou le secrétariat de l'instance ont été présentées comme des décisions de l'instance. Les maîtres d'œuvre ne savent alors pas qui a pris la décision, en quelle qualité, et si cette entité y était autorisée.
- Faible participation aux réunions des membres de l'instance de coordination nationale issus de la société civile et des départements ministériels essentiels à l'atteinte des objectifs du Fonds mondial (Éducation, Développement social et Santé). Les taux de présence de la société civile et des départements ministériels aux neuf réunions tenues entre 2015 et 2016 sont de 47 % et 56 % respectivement. De fait, la participation des membres de l'instance de coordination nationale n'est pas obligatoire et les membres issus de la société civile n'ont généralement pas de suppléants garantissant une participation adéquate. Lorsque des suppléants sont disponibles dans d'autres secteurs, aucune coordination ne garantit que les questions sectorielles soient évoquées et traitées avec une présence et un suivi cohérents.
- Nomination de sous-réceptaires sans implication des réceptaires principaux pertinents : Comme indiqué dans le rapport d'audit du BIG de 2011 (voir la section 3.3), l'instance de coordination nationale a nommé des sous-réceptaires directement dans le cadre des subventions actuelles. Or, les directives du Fonds mondial relatives aux maîtres d'œuvre de ses subventions recommandent fortement de confier ce rôle au réceptaire principal, en concertation avec l'instance de coordination nationale. Elles encouragent également l'adoption de procédures de mise en concurrence. L'audit relève que la plupart des entités nommées directement avaient des liens avec des membres de l'instance. Cela a compliqué les relations entre le réceptaire principal et les sous-réceptaires, en particulier lorsque ceux-ci affichaient des résultats insuffisants (ce qui est le cas de la plupart des sous-réceptaires nommés directement).
- Information utilisée à des fins décisionnelles : L'un des rôles clés du Secrétariat de l'instance de coordination nationale consiste à collecter et rassembler des données et à analyser les résultats des maîtres d'œuvre, aux fins de faciliter les procédures décisionnelles du comité de suivi stratégique et de l'instance. Bien que les résultats de chaque réceptaire principal soient présentés aux réunions du comité du suivi stratégique, ces informations ne sont pas unifiées afin d'évaluer les résultats globaux des subventions. Par exemple, la cartographie des interventions au regard des mises en œuvre approuvées, ou la collecte de données sur chaque intervention pour l'ensemble des sources de financement, n'ont pas encore été réalisées à des fins d'examen de la saturation des districts au vu des besoins de couverture.

Les faiblesses ci-avant sont dues aux facteurs suivants :

- i) Faiblesses de gouvernance non résolues dans la structure de l'instance de coordination nationale, notamment des cas de gestion des conflits d'intérêt non résolus depuis l'examen du BIG de 2011.

ii) Des postes stratégiques au sein du Secrétariat de l'instance de coordination nationale ne sont pas pourvus, notamment le gestionnaire de portefeuille du Fonds et le responsable du suivi et de l'évaluation⁶⁵, deux postes chargés de fournir un soutien et des analyses des résultats programmatiques en temps opportun, dont les données aident l'instance à prendre des décisions.

iii) Format et teneur des réunions du comité du suivi stratégique de l'instance de coordination nationale (traité à la constatation n° 3).

iv) Eu égard à l'identification et l'atténuation des risques :

- L'outil d'évaluation des risques et de planification des mesures du Fonds mondial (appelé outil QUART) n'a pas été utilisé pour les subventions actuelles à l'Afrique du Sud, aux fins d'aider l'équipe de pays à évaluer les risques, les capacités ayant été évaluées en lieu et place. Des outils succincts d'évaluation des capacités ont été utilisés, en dépit des modifications apportées aux modalités de mise en œuvre et aux programmes dans le cadre des subventions actuelles. Or, cette démarche ne permet pas d'identifier les risques.
- La matrice des risques clés reprend le profil de quatre types de risques adopté par le Fonds mondial, sans avoir été adaptée aux risques spécifiques au portefeuille sud-africain.
- Des évaluations internes complètes sont réalisées en soutien au modèle de garantie financière. Cependant, les évaluations programmatiques et l'examen du suivi et de l'évaluation n'ont pas évolué au même rythme, entraînant des faiblesses en matière de gestion des risques dans ces domaines.

Voir l'action convenue de la Direction n° 3

⁶⁵ Le budget de l'instance de coordination nationale prévoit un appui technique, fourni par le responsable du suivi et de l'évaluation.

5. Tableau des actions convenues

Action convenue de la Direction	Date cible	Titulaire
<p>1. Avec le concours de l'instance de coordination nationale et des partenaires, le Secrétariat examine l'avancement de la mise en œuvre des activités liées à la tuberculose avec le soutien du Département national de la Santé, et aide le récipiendaire principal à établir un plan de suivi de la mise en œuvre et de la subvention (notamment des budgets modifiés et des modalités de mise en œuvre) jusqu'à la fin de la subvention.</p>	31 décembre 2017	Directeur de la gestion des subventions
<p>2. Avec le concours de l'instance de coordination nationale et des partenaires, le Secrétariat :</p> <ul style="list-style-type: none"> • aide les récipiendaires principaux investis auprès des adolescentes et des jeunes filles à établir des normes de qualité pour les activités soutenues par le Fonds mondial ; et • examine les interventions liées à l'observance, à la stigmatisation et au renforcement des systèmes communautaires, aux fins de s'assurer que leur couverture et leur portée restent conformes aux plans de mise en œuvre et budgets approuvés. 	31 mars 2018	Directeur de la gestion des subventions
<p>3. Avec le concours de l'instance de coordination nationale et des partenaires, le Secrétariat examine les politiques et les plans de gouvernance et de suivi stratégique de l'instance de coordination nationale (notamment les interventions non cliniques).</p>	31 mars 2018	Directeur de la gestion des subventions
<p>4. Le Secrétariat :</p> <ul style="list-style-type: none"> • soutient la mise à jour du plan d'activités relatif à l'obligation à effet social, aux fins de combler les faiblesses et les risques identifiés par le Département de la Science et de la technologie ; et • aide le Département de la Science et de la technologie à prendre une décision sur l'obligation à effet social et suit son application. 	31 mars 2018	Directeur de la gestion des subventions

<p>5. Le Secrétariat :</p> <ul style="list-style-type: none"> • revoit le cadre de résultats unifié relatif aux interventions auprès des adolescentes et des jeunes filles ; et • revoit les outils biométriques et les codes d'identification uniques des systèmes de communication de l'information utilisés par les bénéficiaires principaux investis auprès des adolescentes et des jeunes filles, notamment leur capacité à identifier correctement les participants et les interventions déployées dans les différentes zones, et à fournir un plan d'action visant à améliorer la démarche actuelle. 	<p>31 mars 2018</p>	<p>Directeur de la gestion des subventions</p>
---	---------------------	--

Annexe A : Classification générale des notations de l'audit

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

Annexe B : Méthodologie

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

Les principes et les détails de la méthode d'audit du Bureau de l'Inspecteur général sont décrits dans sa Charte, son Manuel d'audit, son Code de conduite et le mandat spécifique de chaque mission. 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 crédits du Fonds mondial afin d'évaluer s'ils utilisent ces ressources de façon efficiente, efficace et économiquement rentable. Ils peuvent inclure un examen des intrants (moyens financiers, humains, matériels, organisationnels ou réglementaires nécessaires à la mise en œuvre du programme), des produits (produits fournis par le programme), des résultats (effets immédiats du programme sur les bénéficiaires) et des impacts (modifications à long terme dans la société que l'on peut attribuer au soutien du Fonds mondial).

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

Annexe C :

1.0 Interventions financées en Afrique du Sud

Programmes de prévention auprès de la population générale – Les interventions couvrent notamment la communication pour les changements sociaux et comportementaux, la promotion et la distribution de préservatifs masculins et féminins à des fins de prévention du VIH, les services de dépistage du VIH, le diagnostic et la prise en charge des IST dans le cadre des programmes auprès de la population générale, le cycle continu des soins de santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile et les violences à caractère sexiste.

Programmes de prévention auprès des adolescents et des jeunes scolarisés et déscolarisés – Les interventions couvrent notamment la communication pour les changements sociaux et comportementaux, la promotion et la distribution de préservatifs aux jeunes sexuellement actifs, les services de dépistage du VIH dans le cadre des programmes auprès des adolescents et des jeunes, des services de santé maternelle, néonatale et infantile et des violences à caractère sexiste, les interventions visant les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et la réduction des méfaits à l'encontre des jeunes consommateurs de drogues injectables.

Les interventions sont déployées au moyen des modules ci-après :

- clubs Soul Buddyz ciblant les garçons et les filles de 10 à 14 ans en école primaire ;
- clubs Rise ciblant les adolescents et les jeunes femmes déscolarisées âgées de 15 à 24 ans ;
- Keeping Girls in School (KGS) ciblant les adolescentes scolarisées dans le secondaire ;
- cours pratiques d'éducation parentale enseignant des compétences aux parents de membres des clubs Soul Buddyz et Rise ;
- cours d'éducation parentale en milieu scolaire et hors milieu scolaire, couvrant 50 groupes de 20 personnes scolarisées et 25 groupes hors milieu scolaire ;
- protection de l'enfance, ciblant les adolescents et adolescentes âgés de 10 à 17 ans ;
- interventions de prévention à fort impact dans les établissements d'enseignement technique et professionnel, ciblant les jeunes âgés de 15 à 24 ans ; et
- Cash plus care, ciblant les jeunes femmes âgées de 19 à 24 ans.

Programmes de prévention auprès des populations-clés – Les interventions visent les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenre, les consommateurs de drogues injectables, les détenus et les professionnels du sexe. Elles couvrent la communication pour les changements sociaux et comportementaux, la promotion et la distribution de préservatifs masculins et féminins et de lubrifiants compatibles avec les préservatifs à des fins de prévention du VIH, les services de dépistage du VIH, le diagnostic et la prise en charge des IST, le diagnostic et la prise en charge de l'hépatite virale pour les HSH, les personnes transgenre et les consommateurs de drogues injectables, la réduction des méfaits dans le cadre des programmes auprès des professionnels du sexe et de leurs clients, des programmes de distribution d'aiguilles et de seringues aux consommateurs de drogues injectables et à leurs partenaires, des traitements de substitution aux opiacés et autres traitements de la dépendance pour les consommateurs de drogues injectables et leurs partenaires.

Programmes de prévention auprès des autres groupes vulnérables – Les interventions couvrent la communication pour les changements sociaux et comportementaux, la promotion et la distribution de préservatifs masculins et féminins et de lubrifiants compatibles avec les préservatifs à des fins de prévention du VIH, les services de dépistage du VIH, le diagnostic et la prise en charge des IST.

Traitement, soins et soutien – Les interventions couvrent les traitements antirétroviraux, le suivi des traitements, l'observance des traitements, la prévention, le diagnostic et la prise en charge des infections opportunistes, le conseil et le soutien psychosocial, et les soins aux patients hospitalisés et externes.

Renforcement des systèmes de santé – systèmes d’information, gestion de la chaîne d’approvisionnement et prestation de services – les interventions comprennent la mise en route du système de gestion de la chaîne d’approvisionnement par l’entremise de Chronic Care Medicine Distribution and Delivery (CCMDD), la communication régulière de l’information par l’entremise du réseau Visibility & Analytics Network (VAN) et Electronic Health Patient System (eHPRS), une enquête sur la prévalence de la tuberculose, les sources de données administratives et financières.

Tuberculose et tuberculose multirésistante – Les interventions comprennent la détection et le diagnostic des cas, le traitement, la prévention, l’engagement de tous les prestataires de soins, les interventions de prise en charge communautaire de la tuberculose et des coinfections VIH/tuberculose et les interventions collaboratives.

Renforcement des systèmes communautaires – Les interventions comprennent le renforcement des capacités institutionnelles, des capacités de planification et de direction.

Les domaines clés des programmes soutenus par le Fonds mondial sont mis en œuvre par huit récipiendaires principaux, comme suit :

	NDOH	AFSA	KZN	NACOSA	KI	RTC	SCI	WCDOH
Programmes de prévention auprès de la population générale								
Programmes de prévention auprès des adolescents et des jeunes scolarisés et déscolarisés								
Programmes de prévention auprès des populations-clés ⁶⁶								
Programmes de prévention auprès des autres groupes vulnérables								
Traitement, soins et soutien								
RSS – systèmes d’information, gestion de la chaîne d’approvisionnement et prestation de services								
Tuberculose et tuberculose multirésistante								
Renforcement des systèmes communautaires								

⁶⁶ Professionnels du sexe et leurs partenaires, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, personnes transgenre, consommateurs de drogues injectables et leurs partenaires

2.0 Structures de coordination visant à garantir une mise en œuvre efficace des subventions

Les mécanismes de coordination établis aux différents niveaux en sont à leur premier stade de développement, ce qui affecte les synergies et l'atténuation des faiblesses/doubles emplois au sein des programmes financés, dans les domaines ci-après :

- *Entre les niveaux national et provincial* : Une des principales faiblesses relevées concerne la collaboration des programmes gérés centralement, tels que ceux du Fonds mondial, avec les provinces autonomes chargées de la mise en œuvre. Ainsi, le déploiement des programmes de prise en charge de la tuberculose multirésistante par des infirmières a souffert du manque de volonté des provinces à donner la priorité aux interventions dans les centres de santé.
- *Entre les départements ministériels* : La mise en œuvre des programmes a été retardée suite à la nécessité de coordonner les domaines transversaux entre les départements investis dans le déploiement des activités. Par exemple, l'obligation à effet social requiert l'investissement du Département de la science et de la technologie, dont la participation n'était pas encore autorisée au moment de l'audit. La distribution de suppléments alimentaires dans le cadre du programme lié à la tuberculose est gérée par le Département de la Santé. Or, ces activités sont généralement gérées par le Département du Développement social.
- *Entre les autorités publiques et les organisations et non gouvernementales* : Coordination à des fins de partage des données liées aux subventions avec les structures nationales pertinentes, telles que les conseils provinciaux de lutte contre le sida, lacunes en matière de modalités de supervision des subventions au niveau national et surtout, incapacité à établir des relations aptes à améliorer la pérennité des programmes à l'issue des subventions du Fonds mondial, notamment les interventions liées aux violences à caractère sexiste qui ne seront plus financées à l'avenir.
- *Entre les maîtres d'œuvre des programmes financés* : Aussi louable que soit la décision des bénéficiaires principaux de conduire les premières réunions de coordination au moment de l'audit, leur format et leur teneur doivent être modifiés aux fins de gagner en efficacité.
- *Au niveau des donateurs* : Bien que les donateurs aient été affectés à des districts spécifiques pour chaque intervention, les interventions au niveau des sous-districts et des maîtres d'œuvre n'avaient pas été cartographiées. Lorsque plusieurs donateurs interviennent dans un même sous-district, les activités n'ont pas été définies aux fins de garantir une couverture nationale adéquate et la saturation, et d'atténuer les risques de doubles emplois.
- *Entre les interventions apparentées* : la coordination visant à garantir l'établissement de liens entre les programmes apparentés est insuffisante. Par exemple i) les personnes touchées par les activités de prévention du VIH/tuberculose dont le test est positif, avec les interventions de traitement et de soins ; ii) le traitement par des infirmières de la tuberculose multirésistante avec le plan de décentralisation des activités de lutte contre la tuberculose ; iii) les activités de réduction de la stigmatisation avec les clubs d'observance, afin de lutter contre la stigmatisation intériorisée au sein des membres des clubs vivant avec le VIH ; iv) au sein du programme de distribution et de dispense centrales de médicaments chroniques, il serait possible de relier les clubs d'observance avec les communautés, afin que les patients puissent retirer leurs médicaments dans le cadre d'une démarche progressive.

3.0 Risques inhérents aux systèmes d'enregistrement des données

De multiples maîtres d'œuvre sont investis dans le déploiement des activités, ce qui pose le risque d'une double comptabilisation des bénéficiaires. Les mécanismes mis en place par les bénéficiaires principaux aux fins d'atténuer les risques de double comptage sont imparfaits, comme indiqué ci-après :

- *Utilisation d'une application* afin de générer des codes d'identification uniques pour les clubs Soul Buddyz et Rise. Cependant, 200 (50 %) seulement des clubs Soul Buddyz et Rise se sont inscrits pour utiliser l'application, et sur ce nombre, cinq clubs (3 %) seulement ont communiqué *toutes* leurs données à l'aide de l'application (et 24 clubs l'ont fait en partie).
- *Utilisation de codes d'identification uniques* : Les récipiendaires principaux et les sous-récipiendaires utilisent au moins sept codes distincts, ce qui complique considérablement l'unification des données. Certaines méthodes utilisées sont inadaptées, par exemple l'utilisation de numéros de téléphone portable pour identifier des individus susceptibles de changer de numéro fréquemment.
- *Utilisation de données biométriques* : Un examen partiel des deux systèmes biométriques utilisés révèle quelques risques, à savoir i) des coûts connexes élevés. Ainsi, le système Broccoli coûte 326 000 dollars US par an à un maître d'œuvre, alors qu'un autre paie 36 900 dollars US pour enregistrer des données similaires dans un autre système ; ii) la capacité du système à incorporer les différentes interventions mises en œuvre par un même récipiendaire principal ; et iii) si les données du système biométrique peuvent être mises en corrélation avec d'autres sources de données afin de vérifier les doubles comptages.
- *Système d'enregistrement électronique des patients* : Ce système utilise à la fois les données d'identification nationale et les données biométriques afin d'identifier les patients ayant recours à des services cliniques. Il permet de mettre en corrélation les interventions communautaires et les centres de santé, à des fins de continuité des soins. Cependant, le système reste imparfait, puisqu'il n'inclut pas les données relatives à certaines populations criminalisées telles que les professionnels du sexe et les consommateurs de drogues injectables, ce qui limite la centralisation des données. De plus, le système cible uniquement les interventions cliniques et ne tient pas compte des activités non cliniques, notamment auprès des adolescents et des jeunes.

Annexe D : Message de la Directrice exécutive par intérim

L'Afrique du Sud est un des chefs de file de la lutte contre le VIH et la tuberculose, et de l'établissement de systèmes résistants et pérennes pour la santé. Le pays concentre la plus forte population de personnes vivant avec le VIH et accueille le programme de lutte contre la maladie le plus important au monde. Les autorités sud-africaines soutiennent activement la riposte à l'épidémie de VIH et sont de loin le premier investisseur dans les programmes nationaux de lutte contre la maladie, finançant environ 80 % des activités. L'Afrique du Sud a réalisé d'importantes avancées face au VIH et a sensiblement amélioré l'espérance de vie de sa population ces dernières années. Le pays adopte par ailleurs des démarches novatrices visant à prévenir les infections, reconnaissant l'importance absolue de se concentrer sur les adolescentes et les jeunes femmes, touchées par le VIH de manière disproportionnée.

L'Afrique du Sud est par ailleurs le sixième pays le plus touché par la tuberculose. Les autorités publiques financent plus de 90 pour cent des programmes de lutte contre cette maladie.

Bien qu'il soit considérable, le soutien du Fonds mondial à la riposte au VIH et à la tuberculose ne représente qu'une fraction des investissements du gouvernement sud-africain. C'est pourquoi l'appui du Fonds en Afrique du Sud vise essentiellement la prévention. Nos investissements à effet catalyseur ciblent les domaines stratégiques et nous soutenons l'innovation en vue d'accroître l'impact des interventions. De nombreux programmes soutenus par le Fonds en Afrique du Sud sont nouveaux et requièrent une direction solide et une coordination efficace. Comme c'est toujours le cas avec les nouvelles interventions, les premiers enseignements induisent des modifications.

Il est essentiel de soutenir des programmes innovants visant à protéger les populations-clés et vulnérables, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes. Nous apprenons et nous adaptons en permanence. Nous continuerons de soutenir des programmes novateurs, tout en prenant des risques calculés.

Le Bureau de l'Inspecteur général (BIG) joue un rôle prépondérant dans la gestion des risques et les contrôles y afférents. Il mène des audits et des enquêtes indépendants, en complément de la gestion active des risques et des contrôles établis par le Secrétariat, sous la supervision du Conseil d'administration du Fonds mondial.

J'aimerais remercier le Bureau de l'Inspecteur général pour cet audit des subventions du Fonds mondial en Afrique du Sud, qui identifie les domaines d'amélioration possible. Le présent audit n'a pas relevé d'utilisation abusive des crédits ou de fraude. Entrepris neuf mois après le début de la mise en œuvre du cycle actuel des subventions, l'audit a identifié des faiblesses de mise en œuvre et en a tiré les premiers enseignements, soulignant les modalités de contrôle interne susceptibles de fournir des garanties relatives aux risques financiers. Le Fonds mondial collabore déjà avec ses partenaires aux fins d'améliorer la coordination et la gouvernance, et de combler les faiblesses en matière d'assurance programmatique identifiées par les vérificateurs.

Le Fonds mondial s'engage à renforcer en permanence les mesures visant à renforcer le rapport coût-efficacité et à améliorer l'efficacité des investissements dans la santé, aux fins de toucher les personnes qui en ont le plus besoin dans les pays et les communautés du monde entier.