



Rapport d'audit

# Audit des subventions du Fonds mondial à la République de Zambie

GF-OIG-17-028  
22 décembre 2017  
Genève, Suisse

La version en langue française de ce rapport est une traduction de courtoisie, la version en langue anglaise faisant foi.

# 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 d'éthique, 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](mailto: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

### Pour tout supplément d'information :

[www.theglobalfund.org/oig](http://www.theglobalfund.org/oig)

### Rapport d'audit

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

### Rapport consultatif

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

### Rapport d'enquête

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

# Table des matières

1.	Résumé.....	4
1.1.	Opinion .....	4
1.2.	Réalisations clés et bonnes pratiques .....	4
1.3.	Principales difficultés et risques y afférents .....	5
1.4.	Résumé des actions convenues de la Direction .....	7
2.	Historique et contexte.....	8
2.1.	Contexte général .....	8
2.2.	Catégorie de différenciation des audits de pays .....	9
2.3.	Subventions du Fonds mondial en Zambie .....	10
2.4.	VIH, tuberculose et paludisme en Zambie .....	10
3.	Aperçu de l'audit .....	13
3.1.	Objectifs .....	13
3.2.	Portée.....	13
3.3.	Correction des faiblesses identifiées précédemment .....	13
4.	Constatations .....	14
4.1.	Qualité des services souffrant des lacunes en matière de prévention, de dépistage et de suivi des patients .....	14
4.2.	Retards de mise en œuvre des interventions nuisant à l'efficacité des programmes.....	17
4.3.	Lacunes des mesures établies en réponse à la faible qualité des données .....	20
4.4.	Les faiblesses du système de gestion de la chaîne d'approvisionnement du pays affectent l'efficacité de la distribution et de la comptabilisation des médicaments et produits de santé 22	
4.5.	Lacunes en matière de gouvernance, de direction et de suivi stratégique nuisant à l'efficacité des programmes .....	25
	Annexe A : Classification générale des notations de l'audit .....	29
	Annexe B : Méthodologie.....	30

# 1. Résumé

## 1.1. Opinion

Malgré des difficultés économiques considérables, la Zambie a su intensifier les interventions liées aux trois maladies. Les avancées importantes du pays face aux trois épidémies se traduisent notamment par une hausse du nombre de personnes vivant avec le VIH placées sous antirétroviraux ; une baisse des décès liés au paludisme ; et une hausse du taux de réussite des traitements contre la tuberculose, passé de 79 % en 2014 à 85 % en 2016. De plus, le pays s'approche un peu plus des objectifs clés des indicateurs liés aux trois maladies. Cependant, la baisse des financements publics a entraîné une forte dépendance envers les donateurs pour la mise en œuvre des programmes. Les autorités publiques peinent toujours à coordonner les activités des bailleurs de fonds, au risque d'entraîner des lacunes et des doubles emplois des activités.

Bien que des progrès importants aient été obtenus ces dix dernières années face aux épidémies de VIH, de tuberculose et de paludisme, la pénurie de professionnels de santé et le manque de capacités de diagnostic nuisent à l'efficacité de la prestation de services. La sortie du Programme national de lutte contre la tuberculose et la lèpre du Ministère de la Santé et son retour deux ans plus tard ont également affecté la mise en œuvre des interventions financées. Les retards de mise en œuvre des activités programmatiques, notamment la prise en charge de la tuberculose multirésistante, la distribution de moustiquaires et les pulvérisations intradomiciliaires à effet rémanent ont nui à la prestation des services aux bénéficiaires ciblés.

Les systèmes du pays n'ont pas évolué au rythme de l'intensification des programmes. C'est particulièrement vrai pour la qualité des services de diagnostic, les systèmes de gestion de la chaîne d'approvisionnement, et le suivi et l'évaluation. Le Bureau de l'Inspecteur général relève des difficultés du système de santé à absorber la hausse rapide des volumes liée à l'intensification des activités, le système étant ralenti par une infrastructure obsolète. Des pénuries et des expirations de produits sont observées à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement et la comptabilisation des stocks présente des faiblesses. Le Bureau de l'Inspecteur général enquête sur les causes de ces ruptures de stocks dans le cadre d'une mission distincte. Bien que la disponibilité des données courantes et des données d'enquêtes utilisées à des fins décisionnelles se soit améliorée, les inexactitudes liées à leur enregistrement et leur diffusion en compromettent la fiabilité. En conséquence, le Bureau de l'Inspecteur estime que la qualité des services aux patients et la qualité des données sont **partiellement efficaces**. La chaîne d'approvisionnement quant à elle **nécessite une nette amélioration**.

## 1.2. Réalisations clés et bonnes pratiques

**Avancées au regard des objectifs :** Le nombre de nouvelles infections à VIH a chuté de 29,4 %, passant de 85 000 en 2004 à 60 000 en 2015, puis à 46 000 en 2016 chez les adultes de 15 à 19 ans. Le programme lié au VIH a obtenu de bons résultats auprès des patients. Selon une récente enquête auprès de la population, 89 % des personnes vivant avec le VIH (âgées de 15 à 59 ans) ont supprimé leur charge virale<sup>1</sup>. La tuberculose recule elle aussi, le taux d'incidence ayant chuté de 40 % (passant de 650/100 000 habitants en 2003 à 391/100 000 habitants en 2015). Enfin, les décès liés au paludisme ont chuté de 70 %, 15,5 décès pour 100 000 habitants ayant été enregistrés en 2015, contre 51,2 pour 100 000 habitants en 2010.

**Politiques nationales alignées sur les directives les plus récentes :** Les stratégies nationales de la Zambie relatives à la santé et à chaque maladie sont alignées sur les objectifs de la riposte accélérée du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), la stratégie de la lutte antituberculeuse de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), et les objectifs

---

<sup>1</sup> ZAMPHIA est une enquête nationale auprès des ménages menée entre mars et août 2016 afin d'évaluer l'état de la riposte nationale au VIH en Zambie.

de développement durable. Les politiques du pays se conforment aux directives les plus récentes de l’OMS et l’ONUSIDA en matière de diagnostic et de traitement. Les évolutions suivantes ont ainsi été entreprises : i) modification des critères ouvrant l’accès aux traitements, le nombre de CD4 passant de 350 à 500, puis adoption de la démarche « diagnostic et traitement » ; ii) traitement universel à vie pour les femmes enceintes vivant avec le VIH, quelle que soit la numération des CD4 (appelée option B+) ; et iii) diagnostic de 90 % des personnes vivant avec le VIH, prise en charge de 90 % des personnes séropositives et obtention d’une charge virale indétectable chez 90 % des patients sous traitement (objectif 90-90-90 à l’horizon 2020). Cette démarche a accru le nombre de personnes pouvant recevoir un traitement contre le VIH. Le pays a par ailleurs actualisé ses directives nationales au regard de l’évolution des diagnostics (mise en service de machines GeneXpert), des protocoles de traitement, et du suivi des patients sous traitement (mise en place des tests de mesure de la charge virale).

**Modification de la structure de gestion des subventions :** Selon le nouveau modèle de financement, la gestion des subventions publiques est assurée par le Ministère de la Santé et non plus par le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD). Suite à un audit du Bureau de l’Inspecteur général de 2009 (voir section 3.3), le Fonds mondial et l’instance de coordination nationale avaient chargé le PNUD de gérer les subventions à la Zambie par souci d’atténuation des risques. Le contrat avec la CHAZ (Churches Health Association of Zambia) a été renouvelé, laquelle a repris les rênes d’une subvention précédemment gérée par Zambia National Aids Network (ZNAN) et une partie des tâches liées aux subventions incombant auparavant au Ministère des Finances. Rien n’indique que la transition de quatre à trois récipiendaires principaux ait nui à la prestation des services liés aux trois maladies.

### 1.3. Principales difficultés et risques y afférents

**Obtention d’un impact entravé par la qualité insuffisante des services et les retards de mise en œuvre des interventions clés :** Les investissements du Fonds mondial en Zambie ont contribué à intensifier les interventions clés des programmes liés aux trois maladies. Par exemple, la couverture de personnes vivant avec le VIH placées sous antirétroviraux atteint 73 %. De plus, le pays est parvenu à réduire le taux de transmission du virus de la mère à l’enfant de 15 % en 2014 à 3,3 % en 2016. Le nombre de décès liés au paludisme a également chuté depuis 2014 et le taux de réussite du traitement des patients identifiés ayant reçu un test de dépistage de la tuberculose atteint 85 %.

Cette intensification de la riposte aux trois maladies s’accompagne néanmoins de difficultés de mise en œuvre des directives en matière de diagnostic et de prise en charge. Ainsi, les résultats des diagnostics précoces chez le nourrisson sont transmis tardivement, retardant d’autant le début des traitements. Un engagement financier honoré avec un retard de deux ans a sensiblement affecté le déploiement d’activités liées à la tuberculose multirésistante. En conséquence, 8,5 % seulement des cas estimés de tuberculose multirésistante dans le pays sont placés sous traitement selon les signalements ; et 45 % de la cohorte de patients placés sous traitement en 2016 seraient décédés ou perdus de vue. Ces difficultés sont essentiellement dues au manque de capacités en matière de diagnostics et de ressources humaines.

Les retards de mise en œuvre des interventions clés ont également nui à la disponibilité des services auprès des bénéficiaires ciblés. Par exemple, les pulvérisations intradomiciliaires à effet rémanent prévues en 2016 ont été réalisées à la fin de la saison des pluies, diminuant l’efficacité de cette mesure préventive contre le paludisme. Des retards de mise en œuvre des activités liées à la tuberculose ont entravé l’identification des cas, 40 % des cas de tuberculose dans le pays restant non dépistés selon les estimations, tous groupes d’âge confondus. Ces faiblesses ont affecté le taux d’absorption des crédits, 58 % seulement de l’ensemble des fonds ayant été utilisés à six mois de la clôture des subventions.

**Les systèmes nationaux n'ont pas évolué au rythme de l'intensification des programmes :** Soixante pour cent environ des crédits des subventions servent à l'achat, au stockage et à la distribution de produits de santé. Du fait de la recrudescence rapide du nombre de patients placés sous traitement, le système de gestion de la chaîne d'approvisionnement du pays peine à livrer les produits de santé aux patients et à tenir l'inventaire des produits reçus. L'audit a relevé des ruptures de stock et des expirations de produits de santé plus ou moins importants, à différents niveaux de la chaîne d'approvisionnement. Par exemple, en 2016, des expirations d'antirétroviraux atteignant presque 4 millions de dollars US ont été constatées<sup>2</sup>. Ces lacunes sont dues à une gestion inadéquate des changements de schémas thérapeutiques et au nombre insuffisant d'enfants placés sous antirétroviraux au vu des objectifs établis. Les modalités de distribution sont sous-optimales, les produits étant distribués aux districts uniquement, alors que les établissements de santé des districts ne possèdent pas les ressources suffisantes pour assurer les livraisons sur le dernier kilomètre. En collaboration avec les partenaires de développement en Zambie, les autorités publiques s'emploient à résoudre les difficultés de stockage et de distribution de Medical Stores Limited, le magasin central du pays.

Les partenaires, dont le Fonds mondial, s'appuient sur le système d'information sur la gestion de la santé pour obtenir des données relatives aux trois maladies. De plus, le pays mène des enquêtes nationales aux fins d'éclairer ses décisions. Cependant, l'exactitude et la complétude des données communiquées relatives au VIH, à la tuberculose et au paludisme restent insuffisantes. De fait, aucun plan de suivi et d'évaluation actualisé n'oriente les activités ; les systèmes informatisés de collecte et de communication de l'information sont fragmentés ; et la saisie des données dans les établissements présente des faiblesses.

**La direction et le suivi stratégique des programmes doivent être renforcés à des fins d'efficacité :** La direction et l'appropriation par les autorités publiques s'illustrent par l'établissement de stratégies globales fournissant des directives sur les interventions prioritaires. Cependant, ces stratégies n'étant pas appliquées systématiquement et les autorités n'assurant pas suffisamment la coordination des donateurs, les interventions financées présentent des faiblesses et des doubles emplois potentiels. La fonction de suivi de l'instance de coordination nationale ne prend pas en charge les procédures permettant d'atténuer les risques programmatiques clés.

## Notation

**Objectif n° 1. Adéquation et efficacité des procédures et contrôles relatifs aux interventions financées en matière de fourniture de services de qualité aux bénéficiaires ciblés.**

Notation du Bureau : **Partiellement efficace.** Bien que les investissements aient soutenu l'intensification des interventions liées aux trois maladies et amélioré la rétention des patients sous antirétroviraux, la prestation des services de diagnostic et de suivi des patients sous traitement présente des faiblesses. L'efficacité des programmes souffre du faible taux de notification des cas de tuberculose, des retards de mise en œuvre des activités de prévention du VIH et des interventions de lutte antivectorielle liées au paludisme.

**Objectif n° 2. Efficacité des systèmes de gestion de la chaîne d'approvisionnement en matière d'achat et de comptabilisation de médicaments et produits de santé de qualité garantie de manière opportune.**

Notation du Bureau : **Nécessite une nette amélioration.** Malgré les améliorations importantes entreprises, les modalités relatives à la distribution dans le dernier kilomètre et la comptabilisation des médicaments restent problématiques. Des ruptures de stock et des expirations de produits de santé d'ampleurs variables ont été relevées dans la chaîne d'approvisionnement.

**Objectif n° 3. Disponibilité de données exactes et ponctuelles à des fins décisionnelles.**

Notation du Bureau : **Partiellement efficace.** La complétude et la ponctualité de données de qualité sur la santé continuent de s'améliorer. Elles continuent cependant de poser problème pour

<sup>2</sup> Les antirétroviraux expirés avaient été achetés avec les crédits des subventions précédentes par le gouvernement et les bénéficiaires principaux.

les données liés au VIH, à la tuberculose et au paludisme dans les centres de prestation de services. Il faut poursuivre les efforts visant à intégrer les multiples systèmes de gestion et de communication de l'information sur les patients.

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

Le Secrétariat du Fonds mondial entend atténuer les risques identifiés par le Bureau de l'Inspecteur général au moyen des mesures ci-après :

- Améliorations appliquées aux nouvelles subventions afin de renforcer les capacités de diagnostic, les mécanismes d'orientation et le suivi des patients.
- Finalisation et déploiement du Cadre national de suivi et d'évaluation visant à améliorer l'exactitude des données.
- Atténuation des faiblesses sous-jacentes liées à la chaîne d'approvisionnement, notamment la gestion des stocks, la distribution dans le dernier kilomètre et la capacité des établissements de santé.
- Établissement d'un plan de renforcement du suivi stratégique du pays et des mécanismes de gestion des subventions.

## 2. Historique et contexte

### 2.1. Contexte général

La Zambie est un pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, d'une population de 16,2 millions d'habitants. En 2015, son produit intérieur brut était de 21,15 milliards de dollars US<sup>3</sup>. La population du pays est jeune : l'âge médian des Zambiens est de 17 ans et 50 % ont moins de 15 ans. Selon l'indice de développement humain du PNUD, la Zambie se classe au 139<sup>e</sup> rang sur 188 pays<sup>4</sup>. En 2016, l'indice de perception de la corruption établi par Transparency International classait le pays 87 sur 176 pays<sup>5</sup>.

L'économie de la Zambie dépend largement de l'exportation de cuivre, ce qui a fragilisé le pays suite au déclin de la demande. Malgré tout, le budget de la santé du pays a bénéficié d'investissements massifs et a augmenté de 150 % ces six dernières années. Cela représente 8,3 % de la totalité du budget national pour 2016, contre 9,6 % en 2015. Près de 60 % du budget de la santé sert au versement des salaires, ce qui réduit d'autant les ressources allouées aux programmes<sup>6</sup>.

Sur le plan politique, la Zambie possède une structure décentralisée depuis 1991, composée de dix provinces et 103 districts. Le ministère de la Santé conserve les rôles d'établissement des politiques, de planification et de coordination, et de gestion. La fourniture des services incombe aux districts. Le ministère possède des structures de coordination reliant le niveau national aux provinces, aux districts et aux communautés. Le gouvernement a décidé de confier la gestion du programme national de lutte contre la tuberculose et la lèpre au Ministère du Développement communautaire et de l'aide sociale entre 2012 et 2015, avant de le rapatrier au sein du Ministère de la Santé début 2016. La densité des professionnels de la santé est de 0,77 agents pour 1 000 habitants<sup>7</sup>, alors que les directives nationales recommandent un taux de 2,5 pour 1 000 afin de garantir la qualité des services.

---

<sup>3</sup> Profil de pays de la Banque mondiale, <https://donnees.banquemondiale.org/pays/zambie>

<sup>4</sup> Rapport du PNUD sur le développement humain, <http://www.hdr.undp.org/en/countries/profiles/ZMB>

<sup>5</sup> Indice de perception de la corruption 2016 de Transparency Intl.

[https://www.transparency.org/news/feature/corruption\\_perceptions\\_index\\_2016#table](https://www.transparency.org/news/feature/corruption_perceptions_index_2016#table)

<sup>6</sup> Note de l'UNICEF sur le budget du secteur de la santé : <https://www.unicef.org/zambia/HealthBudgetBrief-4.pdf>

<sup>7</sup> AHWO 2010



## 2.2. Catégorie de différenciation des audits de pays

Le Fonds mondial a classé les pays dont il soutient des programmes en trois catégories de portefeuille : ciblé, essentiel et à fort impact. Ces catégories sont essentiellement définies par la hauteur de la somme allouée, la charge de morbidité et l'impact sur la mission du Fonds mondial visant à éliminer les trois épidémies. Les pays peuvent également être classés dans deux catégories transversales : les contextes d'intervention difficiles et les pays visés par la politique de sauvegarde supplémentaire. Les contextes d'intervention difficiles 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 mondial aux fins de renforcer les contrôles financiers et le suivi stratégique dans les environnements présentant des risques particulièrement élevés.

La Zambie est un pays :

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

## 2.3. Subventions du Fonds mondial en Zambie

Depuis 2003, le Fonds mondial a investi 1 029 768 924 dollars US et décaissé 991 295 065 dollars US<sup>8</sup> en Zambie. Au moment de l'audit (juin 2017), le pays comptait quatre subventions actives :

Réципиентаire principal	Subvention	Date de fin	Montant alloué (USD)	Montant décaissé (USD)
Ministère de la Santé	ZMB-C-MOH	31 déc. 17	100 702 951	48 846 034
Ministère de la Santé	ZMB-M-MOH	31 déc. 17	69 100 158	37 417 690
Churches Health Association of Zambia	ZMB-C-CHAZ	31 déc. 17	53 837 477	32 591 688
Churches Health Association of Zambia	ZMB-M-CHAZ	31 déc. 17	10 990 124	6 331 965
Programme des Nations Unies pour le développement	ZAM-H-UNDP	N/A	156 509 071	156 509 071
<b>Total</b>			<b>391 139 781</b>	<b>281 696 448</b>

La subvention ZAM-H-UNDP est une prorogation de six mois sans financement supplémentaire. Elle a été prolongée afin de mener à bien les activités liées au renforcement des capacités du Ministère de la Santé et de renforcer la chaîne d'approvisionnement au moyen de rénovations et de fourniture d'équipement au Medical Stores Limited.

Les médicaments et produits de santé sont achetés dans le cadre du mécanisme volontaire d'achat groupé du Fonds mondial et du Service pharmaceutique mondial. Medical Stores Limited est chargé du stockage et de la distribution des médicaments et produits de santé aux districts. Les modalités de distribution dans le dernier kilomètre, c'est-à-dire des bureaux de district aux établissements de santé, varient selon les provinces et les districts.

## 2.4. VIH, tuberculose et paludisme en Zambie



**VIH/sida** :<sup>9</sup> Sur une population de 16,2 millions d'habitants, 1,2 million vit avec le VIH selon les estimations (tous âges confondus) en Zambie. Ce chiffre devrait atteindre 1,3 million à l'horizon 2020.

La prévalence du VIH chez les adultes en 2015-2016 était de 12,9 %, baissant progressivement de 15,6 % en 2001-2002 à 14,3 % en 2007, puis à 13,3 % en 2013-2014.

Malgré ces avancées, des disparités marquées subsistent selon les sexes et les âges, l'incidence chez les femmes étant de 14,5 % contre 8,6 % chez les hommes.

**Nombre de personnes vivant avec le VIH en 2015** :<sup>10</sup> 1 200 000

**Nombre de personnes sous thérapie antirétrovirale** :<sup>11</sup> 758 646

**Prévalence du VIH** :<sup>12</sup> 12,9 %

**Tuberculose** :<sup>13</sup> Ces dix dernières années, l'incidence de la tuberculose a chuté de 40 % (650/100 000 habitants en 2003, 376/100 000 en 2016) principalement du fait de la hausse des investissements dans le dépistage et la prise en charge de la

**Nombre total de cas signalés en 2016** :<sup>14</sup> 40 153

<sup>8</sup> Site web du Fonds mondial : <https://www.theglobalfund.org/en/portfolio/country/?loc=ZMB&k=5407d575-ab23-4db6-ac34-b5eb567da7fo>

<sup>9</sup> Demande de financement de la Zambie 2018-2020 au Fonds mondial

<sup>10</sup> Site web de l'ONUSIDA : <http://aidsinfo.unaids.org/>

<sup>11</sup> Site web de l'ONUSIDA : <http://aidsinfo.unaids.org/>

<sup>12</sup> Site web de l'ONUSIDA : <http://aidsinfo.unaids.org/>

<sup>13</sup> Demande de financement de la Zambie 2018-2020 au Fonds mondial

<sup>14</sup> Rapport 2016 de l'OMS sur la lutte contre la tuberculose dans le monde : [http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/fr/](http://www.who.int/tb/publications/global_report/fr/)



tuberculose, et du renforcement des collaborations entre les programmes liés au VIH et à la tuberculose, notamment l'intensification des thérapies antirétrovirales au sein de la population générale.

En 2016, l'OMS estimait l'incidence de la tuberculose à 62 000 cas, mais le pays a signalé 38 326 nouveaux cas et récurrences uniquement, soit un taux de signalement des cas de tuberculose de 225/100 000 habitants.

Cela signifie qu'environ 39 % des cas de tuberculose ne sont pas identifiés, soulignant le besoin d'améliorer sensiblement la détection des patients atteints de tuberculose, en particulier au sein des communautés et des établissements de santé. Le manque de recours aux services de santé (les personnes ne consultent pas en cas de symptômes) allié aux faibles capacités de diagnostic contribuent à la détection insuffisante des cas de tuberculose.

L'ampleur des cas de tuberculose multirésistante reste inconnue et peu prise en charge. Selon les estimations, 1 400 cas de tuberculose multirésistante faisaient partie des cas signalés en 2016. Dix-huit pour cent des patients déjà pris en charge seraient atteints de cette forme de la maladie. Trente-trois pour cent des cas confirmés ont commencé un traitement, et 85 % l'ont suivi avec succès (cohorte de 2014). Aucun cas de tuberculose ultrarésistante n'a été confirmé.

**Cas nouveaux et récurrences identifiés en 2016 :**<sup>15</sup> 38 326



**Paludisme :**<sup>16</sup> Le paludisme reste une cause majeure de morbidité et de mortalité, l'ensemble des 16,2 millions de Zambiens étant exposés au risque. La prévalence/l'incidence du paludisme en Zambie est nettement hétérogène, le pays étant découpé en zones épidémiologiques distinctes.

La Zambie a enregistré une baisse importante du taux de transmission du paludisme. La charge de morbidité liée à la maladie reste néanmoins élevée. Cette avancée résulte d'une hausse soutenue de la couverture des interventions de lutte antivectorielle clés (pulvérisations intradomiciliaires à effet rémanent et moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée) et d'un meilleur accès aux diagnostics et aux traitements.

Le nombre de décès liés au paludisme a chuté de 70 %, de 51,2 pour 100 000 habitants en 2010 à 15,5 pour 100 000 en 2015. Le taux de cas de paludisme grave a chuté de 58 %, passant de 15,8 cas pour 1 000 habitants en 2010 à 6,6 cas pour 1 000 habitants en 2015.

La stratégie des autorités vise à éliminer le paludisme à l'horizon 2020 au moyen d'une couverture des pulvérisations intradomiciliaires à effet rémanent atteignant 100 % dans les zones ciblées fortement touchées par la transmission, et une

**Nombre de moustiquaires vendues ou fournies en 2014 :**<sup>17</sup> 6 368 026

**Nombre de personnes protégées par des pulvérisations intradomiciliaires à effet rémanent en 2015 :**<sup>18</sup> 5 930 141

**Nombre de tests de dépistage rapide distribués en 2015 :**<sup>19</sup> 11 310 350

<sup>15</sup> Rapport 2016 de l'OMS sur la lutte contre la tuberculose dans le monde : [http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/fr/](http://www.who.int/tb/publications/global_report/fr/)

<sup>16</sup> Demande de financement de la Zambie 2018-2020 au Fonds mondial

<sup>17</sup> Rapport 2016 de l'OMS sur la lutte contre le paludisme dans le monde : <http://www.who.int/malaria/publications/world-malaria-report-2016/report/fr/>

<sup>18</sup> Rapport 2016 de l'OMS sur la lutte contre le paludisme dans le monde : <http://www.who.int/malaria/publications/world-malaria-report-2016/report/fr/>

<sup>19</sup> Rapport 2016 de l'OMS sur la lutte contre le paludisme dans le monde : <http://www.who.int/malaria/publications/world-malaria-report-2016/report/fr/>

---

réduction de 75 % de l'incidence des cas de paludisme confirmés et de la mortalité à l'horizon 2017.

---

## 3. Aperçu de l'audit

### 3.1. Objectifs

Le présent audit vise à fournir au Conseil d'administration du Fonds mondial une assurance raisonnable sur l'adéquation et l'efficacité des subventions du Fonds à la République de Zambie en matière d'impact dans le pays. L'audit vise spécifiquement à évaluer les domaines ci-après :

- i. l'adéquation et l'efficacité des procédures et contrôles relatifs aux interventions financées en matière de fourniture de services de qualité aux bénéficiaires ciblés ;
- ii. l'efficacité des systèmes de gestion de la chaîne d'approvisionnement en matière de fourniture et de comptabilisation de médicaments et produits de santé de qualité garantie en temps opportun ; et
- iii. la disponibilité de données exactes et ponctuelles à des fins décisionnelles.

### 3.2. Portée

L'audit vise deux récipiendaires principaux des subventions du Fonds mondial à la Zambie, le Ministère de la Santé et Churches Health Association of Zambia (CHAZ).

Il couvre la période de janvier 2015 à mai 2017 et cible les subventions actives en cours de mise en œuvre. Les vérificateurs ont visité 34 établissements de santé, dont des hôpitaux, des bureaux de santé de district, des bureaux du Ministère de la Santé et de CHAZ, en milieu rural et urbain, dans cinq provinces. Les établissements visités desservent plus de cinq millions d'habitants (30 % de la population du pays) et ont accueilli en 2016 1,5 million de patients en consultation selon les données communiquées. Ils ont également fourni des traitements antirétroviraux à une personne vivant avec le VIH sur cinq prises en charge dans le pays.

### 3.3. Correction des faiblesses identifiées précédemment

Le dernier audit du Bureau de l'Inspecteur général sur la Zambie date de 2009. Il ciblait essentiellement les subventions actives entre 2003 et 2009, et visait les activités des quatre récipiendaires principaux à cette période, à savoir le Ministère de la Santé, le Ministère des Finances et de la planification nationale, ZNAN et CHAZ. Toutes les actions convenues de la Direction prévues par l'audit ont été mises en œuvre. Les autorités ont remboursé toutes les dépenses non justifiées et irrecevables identifiées.

#### **Précédent audit du Bureau pertinent**

[GF-OIG-09-015 Audit des subventions du Fonds mondial à la Zambie](#)

En raison de l'évolution importante du profil de risque du pays, le centrage de l'audit de 2017 diffère de celui de 2009. Le précédent audit avait été commandé suite à un examen judiciaire mené par le Bureau du vérificateur général de Zambie. Cet examen faisait suite au rapport d'un lanceur d'alerte sur des allégations de fraude au sein du Ministère de la Santé touchant les crédits des subventions et le « financement panier étendu », canalisant à l'époque la plupart des financements de bailleurs affectés au secteur de la santé. Actuellement, les financements du Fonds mondial ne sont pas fournis dans le cadre d'un mécanisme d'achat groupé. Cependant, le présent audit relève des faiblesses récurrentes liées à la gestion des avances.

## 4. Constatations

### 4.1. Qualité des services souffrant des lacunes en matière de prévention, de dépistage et de suivi des patients

Les investissements du Fonds mondial en Zambie ont contribué à l'intensification des interventions clés liées aux trois maladies, comme indiqué ci-avant. Il convient cependant de mieux centrer les activités aux fins d'améliorer le diagnostic, le suivi et la rétention des patients sous traitement. Les orientations relatives à la prestation de services sont indiquées dans les directives nationales, mais elles ne sont pas appliquées systématiquement, principalement en raison d'une insuffisance des ressources humaines et des capacités de diagnostic. L'audit note les faiblesses ci-après :

**i) Difficultés de prise en charge et de rétention des patients atteints de tuberculose multirésistante, affectant les résultats cliniques.** Selon les rapports, 8,5 % seulement des cas de tuberculose multirésistante dans le pays recevraient un traitement. Qui plus est, en 2015 et 2016, 62 % et 45 % respectivement de ces patients recevant un traitement contre cette forme de la maladie sont décédés ou ont été perdus de vue<sup>20</sup>. Des retards de mobilisation de crédits pour le traitement des patients atteints de tuberculose multirésistante ont limité le nombre d'établissements pouvant fournir des traitements.

**ii) Lacunes en matière de dépistage des nourrissons exposés au VIH :** Plus de 126 000 nourrissons exposés au VIH ont reçu un test de dépistage ces deux dernières années, mais l'envoi opportun des résultats continue de poser problème. Les subventions VIH/tuberculose font du diagnostic précoce chez le nourrisson une intervention clé aux fins de garantir l'accès des enfants aux antirétroviraux et la réduction de la mortalité infantile. En juin 2016, 36 % seulement des nourrissons nés de mères séropositives ont bénéficié d'un test du VIH dans les deux mois qui ont suivi leur naissance, l'objectif établi étant de 53,8 %. Soixante-dix pour cent (70 %) des nourrissons exposés au VIH dans les 30 établissements de santé visités n'ont pas reçu les résultats de leur test de dépistage du VIH avant d'avoir atteint huit semaines comme l'exigent les directives nationales. Cette situation retarde l'accès des nourrissons séropositifs à des traitements antirétroviraux qui pourraient leur sauver la vie<sup>21</sup>. Elle résulte principalement de retards des laboratoires au niveau de la collecte, du traitement, du transport et de l'envoi des résultats. Les délais moyens dans les établissements visités par les vérificateurs du Bureau de l'Inspecteur général sont de 27,8 semaines, alors que les résultats devraient être reçus sous une à deux semaines. Ces établissements peinent également à collecter des échantillons sanguins à des fins de dépistage, 27 % d'entre eux voient se faire refuser certains échantillons en raison de leur qualité insuffisante.

**iii) Personnes vivant avec le VIH suivies de manière incohérente, compromettant l'efficacité des schémas thérapeutiques, l'identification et la gestion des effets secondaires :** La Zambie a amélioré la mise en œuvre du suivi de la charge virale depuis sa mise en service en 2013. La couverture au niveau national est passée de 5 % en 2015 à 30 % en 2016, même si elle reste inférieure à l'objectif de 52 % pour 2016<sup>22</sup>. Dans les 30 établissements visités, sur les 12 569 patients ayant commencé un traitement antirétroviral en 2016, 26 % et 43 % seulement ont reçu un test de la charge virale et une numération des CD4 respectivement. Les lacunes en matière de test de la charge virale sont attribuées aux problèmes de collecte, de traitement, de transport et d'envoi des résultats, ainsi qu'à l'utilisation sous-optimale de l'équipement. Selon le rapport SARA de 2015 servant à mesurer la disponibilité et la capacité opérationnelle dans les établissements de santé, « bien que 52 pour cent des établissements indiquent offrir des thérapies antirétrovirales aux patients séropositifs à VIH, 33 pour cent seulement (50 pour cent des 66 pour cent ayant affirmé offrir des traitements ARV ou un suivi) sont en mesure de réaliser des numérations des CD4 ou des

<sup>20</sup> Rapports 2015 et 2016 de l'OMS sur la lutte contre la tuberculose dans le monde

<sup>21</sup> En raison du risque élevé de décès des nourrissons séropositifs à VIH en l'absence de traitement antirétroviral (taux de mortalité de 50 % avant l'âge de deux ans et de 33 % avant l'âge de un an), les directives nationales recommandent de réaliser un diagnostic précoce chez le nourrisson afin de garantir le dépistage et la prise en charge de tous les nourrissons exposés à VIH.

<sup>22</sup> Les objectifs établis dans le cadre national stratégique de lutte contre le VIH (p. 44) et dans la démarche progressive du plan national 2016/2020 relatif à la charge virale préconisent une hausse graduelle du taux de couverture à 60 % (2017), 65 % (2018), 70 % (2019) et 80 % (2020). Le pays a récemment changé de politique et entend atteindre les objectifs 90-90-90 à l'horizon 2020.

tests de la charge virale ». Des crédits de subvention ont été alloués à l'établissement d'un système (évalué à 2 millions de dollars US) afin de suivre la résistance aux antirétroviraux et de prendre en charge les personnes touchées. Cependant, au moment de l'audit (six mois avant la clôture de la subvention), le système n'avait toujours pas été établi.

**iv) Lacunes en matière de contrôle de l'infection et de prévention de la transmission de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH :** Les directives nationales recommandent un traitement préventif à l'isoniazide pour les personnes vivant avec le VIH placées sous antirétroviraux et dont le test de dépistage de la tuberculose est négatif. Cependant, la mise en œuvre de cette directive est compliquée par le manque de disponibilité de médicaments et la réticence des professionnels de santé à l'appliquer. En 2015 et 2016, seulement 15 % et 23 à 25 % respectivement des personnes vivant avec le VIH ont reçu un traitement préventif à l'isoniazide. Vingt-huit pour cent seulement des 30 établissements visités ont fourni à leurs patients des traitements préventifs à l'isoniazide en mai 2017.

L'audit relève également des lacunes en matière de contrôle de l'infection dans les établissements de santé au regard des directives du programme national de lutte contre la tuberculose. Par exemple, 37 % des établissements visités ne possèdent pas d'espace isolé où les patients peuvent produire un échantillon des expectorations à des fins de diagnostic de la tuberculose. De plus, 87 % des établissements visités ne conservent pas de stocks de masques. Ces lacunes liées à la fourniture de traitements préventifs à l'isoniazide peuvent concourir à favoriser la propagation de la tuberculose dans les établissements de santé entre les patients, les professionnels de santé et la communauté en général.

Les faiblesses liées à la prestation de services notées ci-avant sont notamment dues aux facteurs suivants :

**i) Capacités de diagnostic insuffisantes :** L'efficacité des services de diagnostic du pays est entravée par la disponibilité limitée ou les pannes des appareils. Les appareils de détermination de la charge virale fonctionnent à un taux compris entre 66 % et 81 % en raison de pannes fréquentes et prolongées (pouvant atteindre 12 jours)<sup>23</sup>. Selon les estimations, 17 900 échantillons attendaient d'être traités en 2015. Les données indiquent par ailleurs que l'utilisation des 59<sup>24</sup> appareils GeneXpert en 2015 ne dépassait pas 22,5 %<sup>25</sup>. De fait, les appareils GeneXpert ne sont pas le premier outil utilisé à des fins de diagnostic de la tuberculose. Selon le rapport SARA de 2015 servant à mesurer la disponibilité et la capacité opérationnelle dans les établissements de santé, environ cinq pour cent des établissements de santé en Zambie indiquent utiliser les appareils GeneXpert MTB/RIF pour diagnostiquer la tuberculose, dont quatre pour cent utilisent la mise en culture. Suite au rapport, le protocole a été mis à jour afin d'accroître le taux d'utilisation des appareils. Le Bureau de l'Inspecteur général note également l'insuffisance du nombre de cartouches GeneXpert et le manque de suivi en temps réel de l'utilisation des appareils disponibles. Les crédits alloués à l'établissement de GXAlert, un outil de réception des commandes de diagnostic et d'envoi automatisé des résultats, sont disponibles mais n'ont pas encore été utilisés.

**ii) Faible densité des travailleurs de santé :** Trente pour cent seulement des ressources humaines nécessaires à une prestation de services efficace sont disponibles. Les agents de santé communautaires sont censés aider à combler le manque de dotation en personnel. Soixante-dix-sept pour cent des établissements de santé recourent à des agents de santé communautaires pour la prestation de services de dépistage du VIH. Cependant, une réduction des subventions actuelles a entraîné une baisse du nombre d'agents de 10 000 en 2014 à 2 000 fin 2016 selon les estimations. Or, cela nuit à la disponibilité des agents chargés d'encourager les patients sous antirétroviraux ou suivant un traitement contre la tuberculose multirésistante à poursuivre leurs traitements. Par ailleurs, la politique et les algorithmes actuels relatifs au diagnostic ne permettent pas d'identifier tous les cas et toutes les formes de tuberculose, ce qui pose un problème majeur<sup>26</sup>.

<sup>23</sup> Groupe de travail technique 2017 sur la mise en œuvre du dépistage du VIH au moyen de tests de la charge virale

<sup>24</sup> Tente et un nouveaux appareils devaient être livrés avant décembre 2017

<sup>25</sup> Aucune donnée disponible pour 2016

<sup>26</sup> Examen final du plan national stratégique 2011-2016 de lutte contre la tuberculose et la lèpre de la République de Zambie

Parallèlement à ces facteurs, le non-respect des directives est essentiellement dû aux lacunes en matière de tests d'aptitude, de formation et de supervision des prestataires de services. Par exemple, les crédits de subvention alloués à la formation et à la supervision des services de dépistage du VIH ont été réaffectés à la supervision des conseils à domicile dans dix districts. En conséquence, 34 seulement des 229 prestataires de services (soit 15 %) homologués pour mener des tests de dépistage du VIH ont passé les tests d'aptitude, ce qui compromet la fiabilité des résultats. Le personnel n'a pas reçu de formation dans d'autres domaines également (dans les 30 établissements visités), dont l'utilisation des tests de dépistage rapide ; la prise en charge des cas de paludisme ; l'identification et le signalement des effets secondaires indésirables ; le diagnostic de la tuberculose chez les enfants au moyen de méthodes différentes ; et le contrôle de l'infection lié à la tuberculose. Les modalités de supervision ne permettent pas de renforcer les compétences des personnels car elles ne sont pas appliquées systématiquement et les établissements reçoivent rarement un retour d'information.

**iii) Retards d'établissement et de communication des directives et des outils :** Les subventions prévoient l'établissement et la communication de directives, de formations et de mentorat pour les prestataires de services, visant à garantir une gestion efficace du dépistage et de la prise en charge des populations clés. Il s'agissait d'un prérequis nécessaire à la formation et au mentorat des agents. Or, l'établissement des directives relatives à la tuberculose a été retardé de 29 mois, affectant la mise en œuvre des activités programmatiques.

---

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

En collaboration avec le Ministère de la Santé et les principales parties prenantes, le Secrétariat supervise la mise en œuvre des nouvelles subventions. Il porte une attention spécifique aux activités visant à améliorer :

- a) les capacités de diagnostic ;
- b) le dépistage et l'orientation relatifs au VIH et à la tuberculose ;
- c) le suivi des patients sous traitement antirétroviral ;
- d) les résultats des traitements contre la tuberculose multirésistante ; et
- e) les résultats des initiatives de lutte antivectorielle liées au paludisme.

Titulaire : Directeur de la gestion des subventions

Date cible : 31 décembre 2019



## 4.2. Retards de mise en œuvre des interventions nuisant à l'efficacité des programmes

Dans le cadre du nouveau modèle de financement, les autorités publiques et leurs partenaires ont identifié les activités clés à mettre en œuvre aux fins d'obtenir l'impact le plus fort. Le pays a accompli des progrès importants, comme indiqué précédemment. Cependant, des lacunes en matière de mise en œuvre des facteurs clés de réussite des programmes et/ou des retards de mise en œuvre des composantes stratégiques des programmes (telles que la distribution de moustiquaires, la pulvérisation intradomiciliaire, la détection active des cas de tuberculose, etc.) ont nui à la disponibilité des services aux bénéficiaires et à l'intensification des activités planifiées. Ces faiblesses ont contribué au faible taux d'absorption (58 % au moment de l'audit) alors qu'en parallèle, les directeurs de programme s'inquiétaient du manque de fonds alloués à la mise en œuvre des interventions.

**i) Faible taux de notification des cas de tuberculose :** Selon une enquête sur la prévalence de la tuberculose auprès de la population menée en 2014, la prévalence de la maladie est deux fois supérieure aux estimations précédentes. Il en ressort également que 50 % des personnes présentant des symptômes de la tuberculose avaient consulté en établissement de santé mais n'avaient pas été identifiées. L'enquête révèle également que les cas de tuberculose sont deux fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes. Les foyers d'épidémie sont concentrés dans les zones urbaines et dans les provinces touchées par un taux élevé de prévalence du VIH. Les données programmatiques font par ailleurs état d'une baisse du taux de notification annuelle des cas d'environ 12 % depuis 2013, qui atteint 58 % en 2015. De ce fait, des médicaments antituberculeux d'une valeur supérieure à 252 000 dollars US ont expiré dans le magasin central et dans les établissements de santé. L'audit observe que des opportunités d'identifier des cas de tuberculose ont été négligées :

- *Manque d'identification active ou intensifiée des cas dans les établissements de santé :* Trois pour cent seulement des 1,5 million de patients en consultation externe pris en charge dans les 30 centres visités ont reçu un test de dépistage de la tuberculose. De plus, alors que les personnes séropositives à VIH ont cinq fois plus de risques de contracter la tuberculose, 42 % seulement des patients ayant commencé une thérapie antirétrovirale en mai 2017 ont reçu un test de dépistage de la tuberculose. Quarante-sept pour cent seulement des établissements assurent le suivi des proches de patients atteints de tuberculose, contrairement aux directives. Dix pour cent seulement des établissements visités font systématiquement passer un test de dépistage de la tuberculose à leurs personnels de santé annuellement, comme l'exigent les directives. Le renforcement des liens communautaires à des fins d'identification des cas de tuberculose et de ciblage des zones d'épidémie reste sous-optimal.
- *Intégration sous-optimale des initiatives d'identification des cas de tuberculose dans les interventions liées au VIH :* Le pays n'a pas encore déterminé comment il pouvait tirer parti des opportunités présentées par les activités liées au VIH pour dépister la tuberculose. Il serait par exemple judicieux de dépister la tuberculose dans le cadre de la circoncision masculine, qui a touché 500 000 hommes pendant la période visée par l'audit, et lors des consultations de conseil et de prise en charge du VIH, 40 % des dépistages étant alors conduits dans le cadre d'initiatives locales<sup>27</sup>.

**ii) Mise en œuvre insuffisante des interventions de prévention :** Les activités de prévention sont un élément essentiel de la riposte au VIH en Zambie, la prévalence touchant les populations clés et vulnérables de manière disproportionnée, comme le révèle une enquête sur les modes de transmission dans le pays<sup>28</sup>. La subvention devait réduire le nombre de nouvelles transmissions de 53 000 (2012) à 38 662 (2016). Or, l'enquête ZAMPHIA sur l'évaluation de l'impact

<sup>27</sup> La note conceptuelle stipule que la détection de la tuberculose sera intégrée dans ces activités, qui sont présentées comme étant intégrées dans l'ensemble de la note conceptuelle.

<sup>28</sup> Modes de transmission du VIH en Zambie : application du modèle des schémas d'incidence (février 2015).

sur le VIH auprès de la population<sup>29</sup> indique que le taux annuel d'incidence du VIH est de 46 000 nouveaux cas. Les faiblesses ci-après ont limité les progrès :

- *Mise en œuvre limitée des activités relatives aux populations clés* : Deux millions de dollars US ont été attribués au Conseil national de lutte contre le VIH, un sous-récepteur du Ministère de la Santé, chargé de mettre en œuvre des activités auprès des populations clés. Outre l'enquête sur les modes de transmission dont les résultats sont attendus, d'autres activités planifiées en 2015 et 2016 relatives à la « suppression des obstacles juridiques entravant l'accès aux services » n'avaient toujours pas été mises en œuvre au moment de l'audit. Ces retards sont dus à la lenteur de mise en place des systèmes par le sous-traitant du Conseil national de lutte contre le VIH, issu de la société civile.
- *Objectifs relatifs à la circoncision non atteints* : Les taux de circoncision ont augmenté depuis le début des subventions, mais ils restent néanmoins en deçà des objectifs, un million seulement (54 %) des 1,9 million de circoncisions prévues entre 2012 et 2015 ayant été réalisées. Cette incapacité à atteindre les objectifs annuels en matière de circoncision affecteront le taux d'incidence<sup>30</sup>. Ce faible taux de mise en œuvre est en partie imputable aux objectifs irréalisables établis la première année. Ces objectifs ne tenaient pas dûment compte des exigences liées à la demande et du renforcement des capacités des établissements de santé nécessaire à l'exécution des circoncisions masculines dans le respect des politiques et normes nationales. De plus, la circoncision masculine médicale volontaire est impactée par le manque de ressources (humaines, financières et en infrastructures) requises au vu de l'intensification planifiée.

**iii) Retards de mise en œuvre des interventions clés relatives à la lutte antivectorielle** : Bien que le taux de décès liés au paludisme pour 1 000 habitants ait chuté en deçà de l'objectif de 2016, le nombre de cas de paludisme sur la même année a augmenté de près d'un million. Cette hausse est attribuée à plusieurs facteurs, dont l'amélioration de la communication de l'information au niveau des établissements de santé ; une modification de l'identification des cas du fait d'une hausse des services communautaires découlant d'une intensification de la prise en charge intégrée des cas au niveau communautaire ; et des précipitations plus fortes qu'à l'accoutumé ainsi que des problèmes de planification des pulvérisations intradomiciliaires à effet rémanent et de distribution de moustiquaires à grande échelle<sup>31</sup> :

- *Retard des activités liées à la distribution de moustiquaires, entraînant un faible taux d'utilisation* : La distribution de moustiquaires a été retardée de deux mois, les maîtres d'œuvre ayant envoyé des dossiers incomplets, ce qui a retardé le décaissement des crédits. Ce retard a lourdement affecté les activités y afférentes telles que l'impression des directives, la formation des parties prenantes, le pré-positionnement des moustiquaires avant la distribution, et les activités de communication pour le changement de comportement social. Au moment de l'audit, la planification de la prochaine campagne de distribution à grande échelle accusait un retard et des plans de rattrapage avaient également été préparés afin de respecter le calendrier de la campagne. Cependant, aucune disposition ne prévoyait de stocks régulateurs aux fins de la campagne. En conséquence, les moustiquaires devant être distribuées dans le cadre des campagnes ordinaires auprès des populations clés ont dû être réaffectées à la campagne à grande échelle.
- *Retard des pulvérisations intradomiciliaires à effet rémanent, entraînant un taux de refus élevé* : La pulvérisation intradomiciliaire est survenue tardivement, pendant ou après la saison des pluies. Partant, 32 % des foyers ont refusé des pulvérisations qui les auraient contraints à sortir leurs meubles pendant la saison des pluies. Au moment de l'audit, le pays avait pris des mesures visant à réaliser les pulvérisations en temps opportun en 2017.

---

<sup>29</sup> ZAMPHIA est une enquête nationale auprès des ménages menée entre mars et août 2016 afin de mesurer l'état de la riposte zambienne au VIH.

<sup>30</sup> Selon les estimations de Public Library of Science, la circoncision de 3,7 millions d'hommes entre 2010 et 2025 permettrait de prévenir 300 000 nouvelles infections.

<sup>31</sup> Cet investissement représente quelque 40 millions de dollars US, soit 15 % des investissements du Fonds mondial en Zambie.

**Les conséquences des faiblesses ci-avant ont contribué au faible taux d'absorption des fonds :** Le récipiendaire principal des subventions au Ministère de la Santé affichait un faible taux d'absorption fin 2016 (41 % et 58 % pour les subventions VIH/tuberculose et paludisme respectivement)<sup>32</sup>. Des plans prévoient une hausse du taux d'absorption en 2017. Cette gestion sous-optimale des programmes est notamment due aux facteurs ci-après :

**i) *Lacunes en matière de coordination des activités*** entre les programmes liés à une maladie, qui sont chargés de la mise en œuvre des activités, et l'Unité de gestion de projet, qui gère les crédits au sein du Ministère de la Santé. De fait, les rôles et responsabilités n'ont pas été clairement répartis (par le Ministère) entre les deux équipes, nuisant à la redevabilité des uns et des autres envers certaines activités de mise en œuvre. L'Unité de gestion de projet est impliquée dans des activités relatives aux composantes de maladie telles que le suivi de la mise en œuvre des programmes et le déploiement d'activités de pharmacovigilance. Un autre département du gouvernement est chargé de mettre en œuvre ces activités. Ces faiblesses ont également été relevées par des examens du Secrétariat.

**ii) *Des incertitudes liées à des modifications structurelles des ministères ont retardé le décaissement des crédits alloués à la mise en œuvre :*** La sélection des sous-récepteurs chargés de la mise en œuvre a été retardée suite à des changements organisationnels au sein du gouvernement. Ainsi, le suivi des districts a changé de mains et le délai requis pour identifier, évaluer et planifier le renforcement des capacités avec le Ministère de la Santé et les sous-récepteurs s'est allongé. Bien que les subventions au Ministère aient été signées en janvier 2015, les sous-récepteurs ont été nommés en avril 2016 seulement. Ensuite, des retards importants de décaissement aux provinces ont été observés. De plus, le personnel des programmes nationaux a tardé à utiliser d'autres sources de financement pour mettre en œuvre les activités du programme géré par le Ministère de la Santé dans les provinces entre 2015 et début 2016. Par exemple, il a fallu six mois à l'Unité de gestion de projet pour envoyer le premier décaissement à la province de Lusaka afin que la mise en œuvre puisse commencer. En juin 2017 (six mois avant la fin de la subvention), Lusaka (et trois autres provinces) avait reçu 50 % des crédits seulement, affectant la mise en œuvre d'activités telles que les campagnes de circoncision. Au moment de l'audit, l'unité refusait de décaisser des fonds aux provinces tant qu'elles n'avaient pas utilisé les avances précédentes. En retour, les programmes n'ont pas pu mettre en œuvre leurs activités car les provinces n'avaient pas reçu les crédits nécessaires.

---

Référez-vous à l'action convenue de la Direction n° 1.

---

---

<sup>32</sup> Le taux d'absorption de CHAZ était de 55 % pour le paludisme et de 66 % pour la subvention VIH/tuberculose.

### 4.3. Lacunes des mesures établies en réponse à la faible qualité des données

Les autorités publiques et les partenaires de développement ont largement investi dans l'établissement de stratégies, le renforcement des capacités des personnels pertinents et l'installation de systèmes visant à améliorer la qualité des données. Ces initiatives ont généré des améliorations, notamment un taux d'atteinte de 80 % en matière de complétude et de ponctualité des données communiquées au travers du système d'information sanitaire des districts (DHIS2). Cependant, l'exactitude des données au niveau des points de prestation de services et l'interopérabilité des systèmes présentent des faiblesses.

**Exactitude des données :** Certains établissements visités par le Bureau de l'Inspecteur général conservent des données inexactes, en particulier au niveau des indicateurs de diagnostic relatifs au VIH et au paludisme. Par exemple :

- Dans onze des 30 établissements visités, le nombre de diagnostics du VIH enregistrés dans le système DHIS2 ne coïncide pas avec les registres des laboratoires. Les résultats entrés dans le système DHIS2 sont supérieurs de 22 % aux données des registres.
- Huit des 30 établissements affichent des écarts entre les rapports de synthèse et les registres relatifs aux tests de dépistage rapide du paludisme réalisés. Ces écarts sont en moyenne supérieurs à 29 %.

Le gouvernement et ses partenaires ont soutenu l'établissement de plusieurs systèmes visant à améliorer la qualité des données au niveau des centres de prestation de services. Cependant, les registres dont sont extraites les données entrées dans le système électronique ne sont pas toujours disponibles. Par exemple, 12 des 30 établissements de santé font état de ruptures de stocks des registres entre mars et mai 2017. Le Fonds mondial a aidé le pays à se procurer des registres, qui devraient être à la disposition des établissements de santé à partir de janvier 2018.

Le Secrétariat invite l'agent local du Fonds à examiner les données programmatiques régulièrement, les équipes de pays s'appuyant sur ces résultats pour prendre des décisions à l'échelle des portefeuilles. Par exemple, l'examen par l'agent local du Fonds des résultats communiqués par le pays pour la période close au 4<sup>e</sup> trimestre 2016 a entraîné un ajustement à la baisse des résultats programmatiques suite aux inexactitudes identifiées.

**Nécessité de prévenir les doubles emplois potentiels et de remédier au manque d'intégration des nombreux systèmes de données :** Les partenaires ont soutenu la mise en place de multiples systèmes électroniques, dont le système d'information sur les ressources humaines, le système d'information sur la gestion de la santé qui utilise la plateforme DHIS2, les systèmes d'information sur la gestion des laboratoires, les dossiers médicaux électroniques (appelés SmartCare), et Program Mwana, un système de collecte de données par SMS. Les systèmes DHIS2 et SmartCare ont deux rôles distincts. Le système DHIS2 sert à la ventilation des données et à la communication de l'information, tandis que SmartCare est un système de dossiers médicaux électroniques utilisé à des fins de gestion des patients. SmartCare, censé être un système pleinement intégré assurant la continuité des soins (déployé dans 70 % des centres de traitement antirétroviral), n'est pas relié au système DHIS2. Les données collectées dans ces systèmes risquent de présenter des doubles emplois, ce qui doit être évité afin de réduire la charge de travail des ressources humaines limitées dans les centres de prestation de services.

En avril 2017, le gouvernement a lancé une stratégie de santé électronique visant à améliorer les infrastructures de santé et la qualité des services. Cette stratégie reconnaît d'une part, l'importance de l'information, la communication et la technologie pour l'amélioration de la qualité des données, et d'autre part, la nécessité d'intégrer les nombreux systèmes d'information sur la santé utilisés dans le pays. Un groupe de travail technique sur la santé électronique a été établi aux fins d'étudier ces

lacunes et de remédier aux doubles emplois potentiels et au manque d'intégration des systèmes de données.

**Prise en charge limitée des fonctions de gestion et de communication de l'information par le système relatif aux patients :** Le pays a déployé le système DHIS2 aux fins d'enregistrer et communiquer les données des établissements de santé à des fins décisionnelles. Cependant, les systèmes relatifs aux patients (SmartCare) ne prennent pas suffisamment en charge la gestion et la communication de l'information. Le pays n'a toujours pas appliqué les recommandations issues de l'examen du système SmartCare demandé par les partenaires.

Ces lacunes sont dues aux facteurs ci-après :

**i) Absence de cadre national orientant les activités de suivi et d'évaluation et la mise en œuvre des modifications stratégiques :** Le pays établit actuellement un cadre national de suivi et d'évaluation aux fins de soutenir la coordination des bailleurs de fonds, dans le cadre de l'amélioration de la qualité des données. Malgré les difficultés au niveau national, le Fonds mondial aide le pays à établir des plans de suivi et d'évaluation spécifiques aux programmes VIH, tuberculose et paludisme. Ces plans doivent néanmoins être améliorés et indiquer les indicateurs de programme, la source des données, et la description des flux d'information et de la communication y afférente<sup>33</sup>.

**ii) Le Ministère de la Santé n'a pas assuré la formation et la supervision de manière cohérente :** Les problèmes de qualité des données en aval sont dus à l'insuffisance des formations et des supervisions dans le cadre du programme actuel de suivi et d'évaluation. Les districts n'ont pas fourni de supervision technique des données dans la moitié des établissements visités au cours des 12 derniers mois.

---

## Action convenue de la Direction n° 2

En collaboration avec le Ministère de la Santé et les principales parties prenantes, le Secrétariat du Fonds mondial finalise le cadre national de suivi et d'évaluation. Ce cadre oriente les mesures visant à améliorer le fonctionnement des systèmes de données et l'exactitude des données.

Titulaire : Directeur de la gestion des subventions

Date cible : 31 avril 2018

---

<sup>33</sup> Les plans de suivi et d'évaluation relatifs aux programmes VIH, tuberculose et paludisme ont été revus à l'issue des activités d'audit sur le terrain et incluent désormais la source des données, les indicateurs de programme et la description des flux d'information.

#### 4.4. Les faiblesses du système de gestion de la chaîne d'approvisionnement du pays affectent l'efficacité de la distribution et de la comptabilisation des médicaments et produits de santé

Le pays possède des structures bien définies aux fins des activités liées à la gestion de la chaîne d'approvisionnement. Le Ministère de la Santé dirige la quantification des médicaments et produits de santé avec le soutien des partenaires et des parties prenantes dans le pays. Le mécanisme volontaire d'achat groupé du Fonds mondial et le Service pharmaceutique mondial achètent la plupart des produits de santé, représentant environ 60 % des subventions du Fonds mondial à la Zambie. Medical Supplies Limited (MSL) et, dans une moindre mesure, CHAZ, sont chargés du stockage et de la distribution des médicaments et produits de santé financés par les subventions, utilisés dans leurs établissements de santé. CHAZ gère également ses propres entrepôts, indépendamment de Medical Stores Limited. En 2017, MSL a signé un protocole d'accord autorisant CHAZ à fournir des antipaludéens et des tests de dépistage rapide à trois provinces. MSL a par ailleurs entrepris d'accroître le nombre de centres dans le pays, de quatre actuellement à sept d'ici fin 2017, en vue d'améliorer les opérations de logistique garantissant la disponibilité des produits en temps opportun. L'intégration efficace des partenaires s'illustre également à travers les plateformes de quantification et de prévision au niveau national utilisées avec le concours de plusieurs partenaires clés. Cependant, le système national de gestion de la chaîne d'approvisionnement ne suffit toujours pas à garantir le stockage, la distribution et la comptabilisation efficace des produits de santé disponibles.

**i) Ruptures de stocks et expirations de produits observées à différents niveaux de la chaîne d'approvisionnement :** Des ruptures de stocks d'antipaludéens<sup>34</sup> de 37 jours en moyenne ont été constatées dans 7 des 30 établissements de santé visités, et de 80 jours dans un établissement. Des pénuries d'antirétroviraux atteignant 28 jours ont également été observées dans trois des 30 établissements. Un établissement est resté sans traitement préventif à l'isoniazide pendant neuf mois (des pénuries de 74 jours en moyenne étant observées dans cinq établissements). Des expirations de produits de santé ont par ailleurs été relevées à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement. Soixante-dix-sept pour cent des établissements visités stockaient des médicaments de traitement du VIH expirés, quarante pour cent des antipaludéens expirés et 27 pour cent des antituberculeux expirés. Les principales expirations de produits de santé quantifiées au niveau central sont présentées ci-après :

- *Expirations d'antirétroviraux d'une valeur estimée à 4 millions de dollars US en 2016 :*<sup>35</sup> Ces expirations sont dues à la difficulté du pays d'aligner les schémas thérapeutiques sur les nouvelles directives de l'OMS en matière de prise en charge des adultes ; à un manque de coordination et de supervision entre les autorités publiques et les partenaires en matière d'achat ; à des prévisions inexactes des formulations pédiatriques ; ainsi qu'aux difficultés à atteindre les objectifs programmatiques ambitieux.

*Expirations d'antituberculeux estimées à 272 000 dollars US en 2016* (112 000 dollars US supplémentaires risquant d'arriver à expiration en 2017). Cela représente environ 21 % des dépenses totales liées à l'achat d'antituberculeux en 2015, principalement utilisés dans le cadre de soins pédiatriques. Cette perte est attribuée à des hypothèses de quantification erronées, du fait d'objectifs programmatiques de prise en charge trop ambitieux (plutôt qu'à une gestion inappropriée de la chaîne d'approvisionnement), entraînant des excédents de stocks. La quantification des cas de tuberculose s'est améliorée depuis 2016 grâce à l'implication de Medical Stores Limited et du Ministère de la Santé.

- *Écarts de stocks inexplicables à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement :* Les vérificateurs ont pu rapprocher l'ensemble des commandes passées dans le cadre du mécanisme volontaire d'achat groupé avec les produits reçus par Medical Stores Limited.

<sup>34</sup> Ruptures de stocks des deux antirétroviraux – Artéméther 20 mg + Luméfántrine 120 mg (boîtes de 6 comprimés et 24 comprimés)

<sup>35</sup> Antirétroviraux estimés à quelque 4 millions de dollars US arrivés à expiration en 2016, achetés avant les subventions dans le cadre du nouveau modèle de financement.

Cependant, ils ne sont pas en mesure de rapprocher les produits reçus dans le dernier kilomètre, comme indiqué ci-après :

- *Différences entre les produits envoyés selon Medical Stores Limited et les quantités reçues selon les établissements de santé et les bureaux de santé des districts* : Soixante-dix-sept pour cent des établissements de santé visités font état d'écart entre les produits envoyés selon le magasin central et les quantités reçues dans les établissements de santé et les bureaux de santé des districts. Bien que les vérificateurs aient été en mesure de valider les livraisons de Medical Stores Limited grâce aux bordereaux de livraison signés dans 84 % des cas, les rapprochements n'ont pas pu être réalisés en raison de documents manquants dans les établissements de santé. Les vérificateurs notent que 63 % des établissements visités n'enregistrent pas les quantités reçues sur leurs fiches de stock, comme l'exigent les procédures opératoires normalisées relatives à la gestion des produits pharmaceutiques. La supervision technique ne couvre généralement pas la gestion des produits de santé et partant, ces écarts ne sont pas identifiés.
- *Écarts de stocks entre les magasins et les pharmacies* : Conformément aux conclusions d'un rapport de contrôle ponctuel des antirétroviraux mené par l'agent local du Fonds en 2016, les mouvements de stocks des magasins n'ont pas pu être rapprochés avec les bordereaux de livraison et les médicaments dispensés par les pharmacies dans 40 % des établissements visés par l'audit du Bureau de l'Inspecteur général. Au total, les écarts de stocks non identifiés relevés dans l'échantillon de médicaments inspectés dans les 30 établissements visités s'élèvent à 539 000 dollars US. De plus, 37 % des établissements visités ne possèdent pas de dossiers enregistrant les mouvements de produits de santé en interne. Or, le manque de documentation dans les établissements de santé entrave la capacité des programmes à déterminer si les produits de santé atteignent les bénéficiaires ciblés.
- *Stocks non comptabilisés dans l'entrepôt de Medical Stores Limited* : Des écarts ont été identifiés entre les inventaires physiques de Medical Stores Limited et les systèmes d'inventaire pour sept des 13 produits testés. Par exemple, 72 000 plaquettes d'antirétroviraux TLE n'ont pas été identifiés dans l'entrepôt (ce qui représente environ 1 % du stock annuel de TLE). De plus, un écart de 22 % a été constaté entre l'inventaire physique des tests de dépistage rapide du paludisme dans l'entrepôt et le système d'inventaire. L'équipe d'enquêteurs du Bureau de l'Inspecteur général examine ce point dans le cadre d'une mission distincte. Depuis, Medical Stores Limited a renforcé ses contrôles internes et a notamment nommé un directeur de la sécurité ; amélioré la visibilité des produits présentant un risque élevé ; mis en place un système d'accès biométrique et des cartes de contrôle des stocks en complément de l'enregistrement automatisé des mouvements de stock.

**ii) Faiblesses liées à l'entreposage et à la distribution dans le dernier kilomètre :**

L'accord signé entre le Ministère de la Santé et Medical Stores Limited couvre la distribution des médicaments et produits de santé aux bureaux de santé des districts, mais pas la distribution dans le dernier kilomètre. Cependant, au moment de l'audit, Medical Stores Limited distribuait la plupart des médicaments et produits de santé aux bureaux de santé des districts de la quasi-totalité du pays, y compris dans le dernier kilomètre. Cela étant, Medical Stores Limited manque de ressources, de sorte que la distribution dans le dernier kilomètre est fragmentée, ce qui nuit à la disponibilité des produits de santé et à la prestation de services aux patients.

De plus, Medical Stores Limited possède des contrôles préventifs inappropriés en matière de risques d'incendie. Par ailleurs, l'entrepôt n'applique pas les recommandations d'un rapport sur les risques liés à la garantie, posant la question de l'adéquation de la couverture des activités de garantie. La couverture de la politique d'assurance (16 millions de dollars US environ) ne suffit pas à remplacer l'ensemble des produits financés par le Fonds mondial (d'une valeur de 33 millions de dollars US) stockés dans l'entrepôt, sans même compter les produits achetés par d'autres partenaires et par le gouvernement.

**iii) Déploiement de multiples systèmes logistiques :** Plusieurs systèmes d'information manuels et informatisés sont utilisés sans être intégrés, ce qui ne permet pas fournir des données

fiables sur les produits de santé. En plus du système indépendant de gestion des produits liés à la tuberculose, deux systèmes sont utilisés en parallèle : un système électronique d'information sur la gestion (e-LMIS) et le système de contrôle amélioré des inventaires eZICS (Enhanced Zambia Inventory Control). Le système eLMIS a été déployé dans 324 établissements qui l'utilisent pour envoyer des rapports mensuels aux bureaux de santé des districts, chargés de saisir les données dans e-LMIS. Le système d'information numérique eZICS transfère numériquement les données des fiches de stock (au moyen de technologies mobiles et de transmissions par internet) des établissements de santé directement à Medical Stores Limited. Entre 2015 et 2017, eZICS a été développé, testé et déployé sur dix sites aux fins d'en vérifier la validité partant de l'expertise et du soutien du fournisseur, des maîtres d'œuvre et des différents partenaires dans le cadre de la subvention du Fonds mondial liée au VIH. Un projet pilote étendu dans quatre provinces doit prendre fin au quatrième trimestre 2017. Bien que le déploiement des deux systèmes n'ait pas été généralisé, rien n'indique clairement si le système eZICS est conçu pour remplacer ou suppléer le système eLMIS<sup>36</sup>. Au regard des ressources limitées, l'utilisation de deux systèmes logistiques en parallèle est inefficace, tant en matière de coûts que de temps. Aucune étude indépendante du rapport coût/avantage n'a été réalisée afin d'aider les autorités à choisir laquelle des deux solutions conserver dans un souci d'efficacité.

Les faiblesses identifiées sont dues aux facteurs ci-après :

**i) Manque l'orientation de la stratégie relative à la chaîne d'approvisionnement du secteur de la santé (2015/2017) sur les questions prioritaires :** Une stratégie relative à la chaîne d'approvisionnement du secteur de la santé pour la période 2015/2017 souligne et chiffre les interventions clés classées dans huit domaines thématiques<sup>37</sup>. Bien que la stratégie ait été établie avec le concours et le soutien de multiples partenaires, peu y adhèrent et se l'approprient. Les entités responsables de sa mise en œuvre ne sont pas clairement définies. Par ailleurs, la priorité des activités de la stratégie n'est pas établie, entraînant un déficit de financement de 9,6 millions de dollars US. Le Ministère de la Santé n'a toujours pas établi le plan de suivi et d'évaluation de la chaîne d'approvisionnement qui lui avait été demandé aux fins de mesurer les progrès au regard des objectifs. Au moment de l'audit, les travaux de préparation de la stratégie 2018/2020 n'avaient pas commencé.

**ii) Manque de capacités des ressources humaines et des infrastructures :** Les personnels des établissements de santé peinent à gérer les produits de santé et les livraisons dans le dernier kilomètre au niveau des districts. Douze seulement des 30 établissements de santé visités par le Bureau de l'Inspecteur général ont pourvu l'ensemble des postes. Le manque de supervision et de formation techniques des personnels limite leur aptitude à gérer les produits de santé.

---

### Action convenue de la Direction n° 3

En collaboration avec le Ministère de la Santé et les principales parties prenantes, le Secrétariat du Fonds mondial comble les faiblesses systémiques prioritaires au regard des nouvelles subventions telles qu'indiquées dans le présent rapport. Une attention particulière est portée à l'amélioration de la gestion des stocks et à la distribution dans le dernier kilomètre.

Titulaire : Directeur de la gestion des subventions

Date cible : 31 décembre 2019

---

<sup>36</sup> Les deux systèmes sont différents, rendant toute comparaison directe de leurs fonctions presque impossible.

<sup>37</sup> Achat et planification des achats ; quantification et sélection des produits ; distribution des produits de santé ; systèmes d'information ; assurance qualité et utilisation rationnelle ; mobilisation des ressources ; gestion des résultats ; et capacités.



#### 4.5. Lacunes en matière de gouvernance, de direction et de suivi stratégique nuisant à l'efficacité des programmes

La Zambie possède une communauté active de partenaires de développement, dont les investissements dans les interventions liées à la santé ont atteint 1,2 milliard de dollars US en 2016/17 seulement selon les estimations. Bien que de nombreuses structures de gouvernance publiques aient été établies aux fins de soutenir la prestation de services dans le cadre des programmes financés (notamment ceux du Fonds mondial), leur efficacité souffre du manque de clarté des priorités gouvernementales. Le pays doit établir une cartographie globale du paysage des bailleurs de fonds afin de mieux coordonner et suivre les interventions. De plus, le suivi des programmes par les instances de coordination nationale révèle des faiblesses, qui affectent l'identification et l'atténuation des risques clés pouvant limiter l'impact des programmes.

**i) *Stratégies globales mises en œuvre de manière incohérente*** : Des stratégies globales ont été établies aux fins d'éclairer les parties prenantes sur les priorités et de faciliter la coordination des ripostes aux trois maladies. Ainsi, une nouvelle stratégie nationale relative au VIH a été approuvée pendant l'audit ; l'utilisation des technologies de l'information a récemment été renforcée à travers l'établissement d'une stratégie de santé électronique ; et la stratégie relative à la chaîne d'approvisionnement du secteur de la santé et le plan de mise en œuvre y afférent (2015-2017) tendent à améliorer la chaîne d'approvisionnement. Cependant, ces stratégies ne sont pas pleinement mises en œuvre. En conséquence, le Bureau de l'Inspecteur général note les faiblesses ci-après :

- *Difficultés à déterminer les activités prioritaires au vu des ressources limitées* : En l'absence de stratégie opérationnelle, les priorités sont établies à partir des évaluations de chaque bailleur de fonds. Elles ciblent essentiellement des domaines affectant les programmes spécifiques à chaque bailleur plutôt que des problèmes généraux. Par exemple, au moment de l'audit, les bailleurs s'employaient à améliorer la synchronisation des activités liées à la chaîne d'approvisionnement, afin d'accroître l'impact de leurs interventions. Un autre domaine d'amélioration mentionné ci-avant dans la constatation 4.4 vise la nécessité de réaliser une analyse comparative publique du rapport coût-avantage des deux systèmes logistiques (eZICS et eLMIS) aux fins de déterminer lequel utiliser à l'avenir. Eu égard à la mise à niveau des infrastructures de Medical Stores Limited, la coordination des bailleurs a permis de mettre en œuvre cet aspect de la stratégie relative à la chaîne d'approvisionnement.
- *Doubles emplois potentiels des interventions financées* : Ces risques découlent de la mise en œuvre fragmentée des activités relatives aux stratégies. Par exemple, le pays n'a pas anticipé l'impact de la mise en œuvre d'un système d'information sur la gestion financière répartie entre cinq partenaires distincts au sein du Ministère de la Santé.

**ii) *Difficultés liées à la gestion du paysage de bailleurs de fonds*** : Le Ministère de la Santé possède une équipe spéciale chargée de coordonner les bailleurs et partenaires clés. Cependant, bien que plusieurs acteurs aient cartographié leurs programmes, le pays n'a pas encore dressé la liste exhaustive des interventions des partenaires clés afin d'améliorer la coordination et le suivi des engagements. Par exemple, un bailleur clé a modifié le centrage géographique de ses interventions liées au VIH, sans tenir compte de l'incidence globale sur le programme lié à la maladie. La riposte liée à la tuberculose fait face à un déficit de financement suite à un retard de deux ans du décaissement de fonds promis par l'un des donateurs.

Bien que les structures du Ministère de la Santé prévoient des rencontres entre les parties prenantes clés aux fins de discuter des questions stratégiques, la participation et la fréquence des réunions restent ponctuelles. Les mandats des différents groupes de travail n'ont pas été synchronisés afin de déterminer comment soutenir au mieux le Ministère. Il n'existe pas non plus d'outil de suivi des mesures et des recommandations, ou de dispositif de transmission des problèmes à l'échelon supérieur à des fins décisionnelles.

**iii) Déficiences des financements de contrepartie publics :** Les programmes sont conçus de manière à attribuer des responsabilités financières aux autorités publiques et aux bailleurs de fonds ; le financement de contrepartie assuré par le gouvernement garantissant la pérennité des activités. Cependant, les vérificateurs notent que certains financements de contrepartie n'ont pas été versés, obligeant à réaffecter les crédits de certaines activités clés afin de compenser les déficits. Ces crédits étaient alloués à l'achat de traitements préventifs à l'isoniazide visant à réduire les risques de transmission de la tuberculose chez les patients séropositifs, et à l'achat de moustiquaires et d'insecticides dans le cadre du programme lié au paludisme.

**iv) Lacunes du Ministère de la Santé en matière de gestion et de suivi des programmes financés :** Bien que le Ministère ait délégué l'essentiel de la gestion des programmes soutenus par le Fonds mondial à l'unité de gestion de projet, il n'a pas établi d'outil efficace de suivi stratégique et de redevabilité à son encontre :

- La redevabilité imposée à l'unité de gestion de projet est limitée. De fait, le mandat de l'unité ne précise pas les attentes du Ministère de la Santé en matière de gestion des subventions du Fonds mondial. Partant, le Ministère n'a pas évalué les résultats de l'unité au regard de son mandat depuis sa création en 2012. L'unité ne possède pas non plus d'indicateurs clés de résultats.
- Le responsable de l'unité de gestion de projet rend compte au Secrétaire permanent du Ministère de la Santé, donnant une visibilité sur le programme au niveau stratégique. Cependant, au niveau opérationnel, les dispositions ne sont pas optimales et ne permettent pas au Secrétariat permanent de consacrer le temps nécessaire à la supervision de l'unité.
- L'unité n'est pas rattachée au Ministère selon les dispositions prévues initialement. Pendant près de deux ans entre 2015 et 2017, le personnel de l'unité était installé dans un autre bâtiment que celui du Ministère. De plus, aucun lien fonctionnel n'existe entre les employés de l'unité et la structure principale du Ministère. En conséquence, le Ministère n'a pas de visibilité globale sur les programmes financés, ce qui retarde la résolution des difficultés y afférentes. Par exemple, aucun rapport hiérarchique n'a été établi entre l'unité de gestion de projet et la fonction Finances du Ministère de la Santé. Entre 2015 et 2017, le comité d'audit du Ministère a discuté d'un seul des 21 rapports d'audit interne de l'unité de gestion de projet.
- L'unité de gestion de projet ne dispose pas des outils fondamentaux nécessaires à l'exécution de ses activités. Bien qu'elles aient été identifiées comme des éléments clés, les procédures de comptabilité financière et de communication de l'information n'étaient pas établies au moment de l'audit, soit six mois avant la date de clôture des subventions. Cette lacune a entravé la capacité de l'unité à assurer des fonctions fondamentales telles que le suivi des avances (supérieures à 1,4 million de dollars US au moment de l'audit)<sup>38</sup>.

**v) Difficultés liées au suivi stratégique des instances de coordination nationale :** L'instance de coordination nationale a établi des structures de gouvernance en soutien à ses cinq fonctions clés liées aux programmes du Fonds mondial. Cependant, leur efficacité reste limitée par le faible taux de participation aux réunions, comme indiqué ci-avant. Cette situation est aggravée par la faible participation des principales parties prenantes telles que le Ministère de la Santé, dont les membres ont assisté à seulement quatre des douze réunions tenues entre 2015 et 2017. Dans un cas, aucune décision n'a pu être prise à l'issue d'une réunion en raison de l'absence des représentants requis. De plus, le quorum nécessaire à la prise de décisions n'était pas atteint à 44 % des réunions de suivi stratégique tenues entre 2015 et 2017. En conséquence, même si les questions clés touchant les programmes étaient parfois débattues, aucune mesure n'était prise aux fins de les résoudre. Ainsi, l'absence de cartographie des bailleurs de fonds, l'inadéquation du financement de contrepartie, l'incidence des retards liés aux procédures d'achat sur les programmes financés et les retards récurrents de construction de pôles régionaux ont été discutés, mais aucune mesure n'a été prise.

---

<sup>38</sup> La gestion inappropriée des avances faisait partie des observations clés notées dans l'audit du Bureau de l'Inspecteur général de 2009 sur la Zambie.

---

**Action convenue de la Direction n° 4**

En collaboration avec le Ministère de la Santé, l'instance de coordination nationale et les partenaires clés, le Secrétariat du Fonds mondial établit un plan de renforcement du suivi stratégique, notamment de l'unité de gestion de projet.

Titulaire : Directeur de la gestion des subventions

Date cible : 31 janvier 2019

# Tableau des actions convenues

Action convenue de la Direction	Date cible	Titulaire
<p>Qualité des services : En collaboration avec le Ministère de la Santé et les principales parties prenantes, le Secrétariat supervise la mise en œuvre des nouvelles subventions. Il porte une attention spécifique aux activités visant à améliorer :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) les capacités de diagnostic ;</li> <li>b) le dépistage et l'orientation relatifs au VIH et à la tuberculose ;</li> <li>c) le suivi des patients sous traitement antirétroviral ;</li> <li>d) les résultats des traitements contre la tuberculose multirésistante ; et</li> <li>e) les résultats des initiatives de lutte antivectorielle liées au paludisme.</li> </ul>	31 décembre 2019	Directeur de la gestion des subventions
<p>1. Qualité des données : En collaboration avec le Ministère de la Santé et les principales parties prenantes, le Secrétariat du Fonds mondial finalise le cadre national de suivi et d'évaluation. Ce cadre oriente les mesures visant à améliorer le fonctionnement des systèmes de données et l'exactitude des données.</p>	31 avril 2018	Directeur de la gestion des subventions
<p>2. Chaîne d'approvisionnement : En collaboration avec le Ministère de la Santé et les principales parties prenantes, le Secrétariat du Fonds mondial comble les faiblesses systémiques prioritaires au regard des nouvelles subventions telles qu'indiquées dans le présent rapport. Une attention particulière est portée à l'amélioration de la gestion des stocks et à la distribution dans le dernier kilomètre.</p>	31 décembre 2019	Directeur de la gestion des subventions
<p>3. Gouvernance : En collaboration avec le Ministère de la Santé, l'instance de coordination nationale et les partenaires clés, le Secrétariat du Fonds mondial établit un plan de renforcement du suivi stratégique, notamment de l'unité de gestion de projet.</p>	31 janvier 2019	Directeur de la gestion des subventions

## Annexe A : Classification générale des notations de l'audit

<b>Efficace</b>	<b>Aucun problème ou peu de problèmes mineurs relevés.</b> 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.
<b>Partiellement efficace</b>	<b>Problèmes modérés relevés.</b> 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.
<b>Nécessite une nette amélioration</b>	<b>Un problème majeur ou un petit nombre de problèmes majeurs relevés.</b> 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.
<b>Inefficace</b>	<b>Plusieurs problèmes majeurs et/ou un ou plusieurs problèmes fondamentaux relevés.</b> 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.