



## Rapport d'audit

# Subventions du Fonds mondial au Népal

GF-OIG-19-015

28 août 2019

Genève, Suisse

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

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

*Créé en 2005, le Bureau de l'Inspecteur général est une unité indépendante du Fonds mondial, mais qui en fait néanmoins partie intégrante. Il rend compte au Conseil d'administration par l'intermédiaire de son Comité d'audit et 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 humains, etc.

### Formulaire en ligne >

Disponible en anglais, espagnol, français et russe.

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

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

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

### 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.	Difficultés et risques principaux .....	5
1.4.	Notation :.....	6
1.5.	Résumé des actions convenues de la Direction.....	6
2.	Historique et contexte.....	7
2.1.	Contexte général.....	7
2.2.	Catégorie de différenciation des audits de pays.....	7
2.3.	Subventions du Fonds mondial au Népal .....	8
2.4.	Les trois maladies.....	9
2.5.	Résultats du portefeuille .....	10
3.	Aperçu de l'audit .....	14
3.1.	Objectifs.....	14
3.2.	Portée et méthodologie .....	14
3.3.	Correction des faiblesses identifiées précédemment .....	14
4.	Constatations .....	15
4.1.	Les rôles et responsabilités en matière de fourniture de services de santé n'ont pas été clairement répartis dans le cadre de la fédéralisation, affectant la direction, la coordination et la mise en œuvre des programmes.....	15
4.2.	Améliorations requises aux fins d'accroître la pérennité institutionnelle des trois programmes et de tenir les engagements des autorités.....	18
4.3.	Accès inadéquat à des tests de dépistage du VIH de qualité et suivi des patients sous traitement insuffisant.....	20
4.4.	Les interventions visant à améliorer la notification des cas de tuberculose n'obtiennent pas les résultats attendus.....	23
5.	Tableau des actions convenues .....	25
	Annexe A : Classification générale des notations de l'audit .....	27
	Annexe B : Méthodologie.....	28
	Annexe C : Appétence au risque et notation des risques : Teneur, méthodologie et implications ...	29

# 1. Résumé

## 1.1. Opinion

Le Népal enregistre de fortes avancées face au VIH, à la tuberculose et au paludisme. Le nombre de patients sous antirétroviraux a augmenté de 25 % au cours des trois dernières années, le taux de réussite du traitement de la tuberculose reste stable à 91 % et les cas de paludisme ont fortement chuté. L'OMS a classé le Népal parmi les 21 pays pouvant potentiellement éliminer le paludisme à l'horizon 2020<sup>1</sup>. Aux fins d'atteindre les objectifs 90-90-90 à l'horizon 2020, le pays doit néanmoins améliorer plusieurs domaines du programme lié au VIH, en particulier la couverture et le rendement du dépistage, et le suivi des patients sous traitement. Afin d'accroître la détection des cas de tuberculose, il convient d'améliorer les interventions telles que le suivi des contacts et l'engagement du secteur privé. Les systèmes et mécanismes visant à garantir la qualité des services aux bénéficiaires attendus touchés par le VIH et la tuberculose sont **partiellement efficaces**.

Suite à la fédéralisation survenue en février 2018, la prestation des services de santé a été déléguée aux provinces et aux municipalités. Le ministère de la Santé et de la Population est principalement chargé de l'établissement des politiques, de la mobilisation des ressources, du suivi et de la réglementation des services de santé. Par ailleurs, un ministère du Développement social a été établi afin de superviser la prestation des services de santé dans les provinces. La fédéralisation a entraîné une modification de la structure administrative, notamment la suppression des districts. Il en découle un manque de clarté quant aux rôles et responsabilités en matière de suivi, de coordination et de mise en œuvre, ce qui nuit à la chaîne d'approvisionnement, à la circulation des capitaux et à la communication des données programmatiques et logistiques. La direction et l'appropriation des stratégies nationales de santé ne sont pas clairement attribuées, la mise en œuvre des soins de santé incombant au ministère du Développement social. Par ailleurs, les modalités de communication de l'information par les provinces et le ministère du Développement social au ministère de la Santé et de la Population ne sont pas définies. Les capacités des trois programmes nationaux de lutte contre les maladies restent fortement limitées, malgré quatre années d'investissements dans leur renforcement. Les modalités de mise en œuvre visant à garantir la réalisation efficace et durable des objectifs établis dans les accords de subvention **nécessitent une nette amélioration**.

## 1.2. Réalisations clés et bonnes pratiques

**Bons résultats programmatiques** : Le Népal a enregistré des progrès satisfaisants face aux épidémies de VIH, de tuberculose et de paludisme ces dernières années, malgré plusieurs catastrophes naturelles. Le nombre de personnes sous antirétroviraux a augmenté de 20 % ; passant de 12 000 en 2015 à 15 000 fin 2017.<sup>2</sup> Le maintien dans le système de soins des patients sous antirétroviraux est passé de 87 % en 2016 à 89 % en 2018. Les décès liés au sida ont chuté de 22 % entre 2007 et 2017.<sup>3</sup> La couverture de prise en charge de la tuberculose atteignait 70 % en 2017 et le taux de réussite des traitements est resté relativement stable à 91 % depuis 2017. Le pays a enregistré une chute considérable du nombre de cas de paludisme confirmés, de 42 000 en 1985 à 1 009 en 2016. Trente-deux personnes sont mortes de la maladie en 2006, contre six fin 2017<sup>4</sup>. Même si le plan stratégique national du pays tend à éliminer la maladie à l'horizon 2026, l'OMS a classé le Népal dans les pays pouvant y parvenir dès 2020. Malgré l'amélioration du taux de réussite du traitement de la tuberculose, de la prise en charge du VIH et de l'observance des traitements, plusieurs domaines doivent être améliorés, notamment la couverture du dépistage du VIH, le suivi des patients séropositifs à VIH sous traitement et le dépistage de la tuberculose (voir sections 4.3 et 4.4).

**Bonne collaboration entre le gouvernement et les autres parties prenantes en matière de planification et de mise en œuvre des interventions auprès des populations-clés** : Le

<sup>1</sup> [http://www.searo.who.int/nepal/documents/communicable\\_diseases/malaria/en/](http://www.searo.who.int/nepal/documents/communicable_diseases/malaria/en/)

<sup>2</sup> ONUSIDA – banque de données AIDSinfo

<sup>3</sup> idem

<sup>4</sup> Plan stratégique national du Népal pour le paludisme 2014-2025

gouvernement charge directement des organisations non gouvernementales (ONG) de mettre en œuvre les interventions auprès des populations-clés financées par des fonds publics. Des représentants des populations-clés, de la société civile et des communautés ont pris part à l'établissement de la demande de fonds de contrepartie, visant à lever les obstacles à l'accès aux services de santé liés aux droits humains<sup>5</sup>. Les ONG du Népal ont également contribué à l'établissement d'une stratégie relative aux activités en faveur des populations-clés dans le pays.

### 1.3. Difficultés et risques principaux

**Le manque de répartition claire des rôles et responsabilités en matière de fourniture de soins de santé depuis la fédéralisation a nui à la direction, la coordination et la mise en œuvre des programmes de lutte contre les maladies :** Depuis la décentralisation, les autorités provinciales et municipales sont chargées de la planification, la fourniture des soins de santé et la communication de l'information y afférente au nouveau ministère du Développement social. Cependant, les responsabilités incombant au ministère de la Santé et de la Population et au ministère du Développement social en matière de suivi stratégique et de mise en œuvre des trois programmes n'ont pas été clairement définies. La fédéralisation a donné corps à une nouvelle structure administrative faisant l'impasse sur les districts, qui comprenaient 77 unités de coordination et de communication de l'information. Ces unités ont été rétablies au premier trimestre 2019. Ce manque de clarté a nui à la mise en œuvre des programmes liés aux trois maladies dans les domaines de la chaîne d'approvisionnement, de la circulation des capitaux et de la communication des données programmatiques et logistiques.

Le flux de produits de santé liés à la tuberculose et au paludisme des entrepôts centraux aux points de prestation de services a été interrompu, de même que les données programmatiques et logistiques dans le sens inverse. Ces faiblesses ont entraîné des retards de distribution des médicaments par les entrepôts centraux, menant à des expirations de produits<sup>6</sup> au niveau central et un risque accru de ruptures de stock dans les centres de prestation de services. À l'exception du programme lié au VIH, le récipiendaire principal n'a versé aucun fonds aux programmes nationaux depuis le début des subventions en mars 2018, empêchant le déploiement d'activités clés planifiées. Un an après le début de la mise en œuvre, aucune municipalité n'avait encore transmis de données sur le programme lié à la tuberculose et au 31 décembre 2018, 32 % seulement des cas de paludisme avaient été consignés dans le système d'information pour la gestion de la santé. Les modalités de mise en œuvre des programmes soutenus par le Fonds mondial doivent être adaptées au nouvel environnement institutionnel et tenir compte des modifications apportées au rôle du ministère de la Santé et de la Population (les programmes nationaux) et du nouveau rôle du ministère du Développement social.

**Des améliorations sont requises aux fins d'accroître la pérennité institutionnelle des trois programmes et de tenir les engagements des autorités :** Les autorités népalaises ont pris des engagements en matière d'achat de produits liés au VIH, à la tuberculose et au paludisme. Elles se sont engagées à acheter 56 %, 80 % et 100 % des antirétroviraux et autres produits liés au VIH en 2018, 2019 et 2020 respectivement, mais ont honoré leur engagement à hauteur de 50 % seulement en 2018. En conséquence, un nombre accru de produits ont dû être commandés en urgence, financés par les fonds de la subvention, afin de combler les déficits d'achats publics. Si les procédures d'achats publics ne sont pas établies en temps opportun, des ruptures d'antirétroviraux pourraient survenir dès septembre 2019.

Les capacités des programmes nationaux restent problématiques. La démarche et les activités de renforcement des capacités ne s'appuient pas sur une évaluation approfondie des capacités des programmes nationaux. Après quatre années de gestion des subventions au titre de la politique de sauvegarde supplémentaire du Fonds mondial, le ministère de la Santé reste fortement dépendant des personnels du récipiendaire principal affectés aux programmes nationaux, en raison du manque d'effectifs et d'expertise.

---

<sup>5</sup> Notes d'information du Secrétariat pour la demande de subvention du Népal 2017/2019

<sup>6</sup> Entre janvier 2017 et décembre 2018, 0,6 million de dollars US de produits sont arrivés à expiration au niveau central.

**Accès inadéquat à des services de dépistage du VIH de qualité, faible suivi des patients sous traitement et détection insuffisante des cas de tuberculose :** La couverture de dépistage du VIH, le suivi des patients séropositifs sous traitement et la détection des cas de tuberculose doivent être améliorés. Près de la moitié des populations-clés touchées par des services de prévention du VIH ne reçoivent pas de test de dépistage. Le rendement du dépistage des populations-clés est faible comparé aux taux de prévalence du VIH touchant ces groupes selon les estimations. L'insuffisance de couverture et de rendement du dépistage représente une opportunité manquée de diagnostic précoce et de placement des patients sous antirétroviraux en temps opportun. La couverture de tests de la charge virale des patients sous antirétroviraux était de 31 % en 2018 et le délai de réception des résultats de deux mois. Ce faible taux pourrait favoriser la hausse de la mortalité et de la pharmacorésistance.

Le Népal a intensifié les efforts visant à identifier les cas manquants de tuberculose dans les communautés, mais les interventions déployées (notamment le suivi des contacts et l'engagement de prestataires privés) n'ont pas encore fourni les résultats escomptés. Le programme a dépassé ses objectifs en matière de couverture des foyers et de dépistage des membres du ménage dans le cadre du suivi obligatoire des contacts, mais 2,4 % seulement des cas diagnostiqués s'avèrent tuberculeux, l'objectif étant de 10 %. Cet écart est essentiellement dû à l'absence d'orientations claires en matière de détection active des cas, et de mécanismes de suivi inadéquats pour les volontaires chargés de ces activités. Entre mars et décembre 2018, le secteur privé aurait dû signaler 5 389 cas de tuberculose. Pourtant, 333 cas (6,2 %) seulement ont été entrés dans le registre électronique sur la tuberculose des praticiens privés (notification en ligne).

#### 1.4. Notation :

<b>Objectif 1 : Adéquation et efficacité des modalités de mise en œuvre visant à garantir l'atteinte des objectifs de subvention dans un souci d'efficacité et de pérennité.</b>
Notation du Bureau : Nécessite une nette amélioration.
<b>Objectif 2 : Adéquation des systèmes et mécanismes au niveau central visant à garantir la qualité des services aux bénéficiaires attendus.</b>
Notation du Bureau : Partiellement efficace.

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

Le Secrétariat réalise un examen de l'impact de la décentralisation sur les programmes liés aux trois maladies et établit un plan d'action avec le récipiendaire principal, en collaboration avec le ministère de la Santé et de la Population, afin de soutenir la prestation de services et de fournir un appui technique aux personnels dans les provinces. Il établit un plan de renforcement des capacités fondé sur les besoins des programmes nationaux dans ce domaine. En concertation avec le ministère de la Santé, le récipiendaire principal et les partenaires, le Secrétariat établit également un plan d'action visant à améliorer la qualité du dépistage des cas de tuberculose et de VIH et du suivi des patients sous traitement dans le cadre des programmes nationaux.

## 2. Historique et contexte

### 2.1. Contexte général

La République démocratique fédérale du Népal est un pays enclavé d'Asie du Sud-Est. C'est le seul pays à faible revenu de la région, dont près d'un quart de la population vit sous le seuil de pauvreté. L'économie s'est relevée du séisme de 2015, qui a provoqué 10 milliards de dollars US de dégâts selon les estimations, soit près de la moitié du PIB du pays. Elle a enregistré une croissance de 7,5 % en 2017 et de 5 % en 2018, contre 0,4 % en 2016. L'amélioration des systèmes d'approvisionnement, de la disponibilité énergétique, l'expansion des activités commerciales et la rapidité des reconstructions ont contribué au redressement économique du pays<sup>7</sup>.

Population : <b>29,9 millions</b>
RNB par habitant : <b>960 dollars US</b> (Banque mondiale, 2018)
Indice de développement humain du PNUD : <b>149 sur 189</b> (2017)
Indice de perception de la corruption de Transparency International : <b>124 sur 180</b> (2018)
Indice d'inégalité de genre du PNUD : <b>118 sur 160</b> (2017)

Le budget du ministère de la Santé et de la Population a augmenté de 70 % entre les exercices 2010/2011 et 2016/2017. Cette augmentation des contributions publiques au budget de la santé a entraîné une réduction relative de la part du financement des partenaires externes dans le budget du ministère, de 42 % en 2010/2011 à 21 % en 2016/2017. La santé représentait 4,6 % des dépenses publiques en 2016/2017, contre 6,7 % en 2011/2012. Selon le classement de l'OMS, le Népal est l'un des 57 pays gravement touchés par une pénurie de personnels de santé<sup>8</sup>, avec seulement 0,67 médecin et infirmier pour 1 000 habitants<sup>9</sup>, un taux nettement inférieur au niveau mondial de référence de 2,3 requis pour garantir une couverture adéquate de services de santé essentiels.

En 2007, le Népal a été déclaré État fédéral. Cette décision a été formalisée en septembre 2015, date de promulgation d'une nouvelle constitution. Des élections parlementaires ont été organisées en 2017 et un nouveau gouvernement a été formé en février 2018, marquant le début de la fédéralisation. Le pays possède désormais trois niveaux administratifs : fédéral, provincial et municipal (local). Il est divisé en sept provinces, subdivisées en 753 unités administratives locales appelées municipalités ou « palikas ». La prestation des services de santé incombe exclusivement aux gouvernements provinciaux et locaux, tandis que les autorités fédérales (le ministère de la Santé et de la Population) se chargent de l'établissement des politiques, réglementations et normes, et de leur suivi. Le ministère du Développement social a été créé afin de superviser les nouvelles Directions de santé provinciales. En juillet 2018, suite à l'élimination des districts de la structure administrative, le gouvernement a aboli le rôle des bureaux de district de santé publique. Les 77 bureaux ont été rétablis au premier trimestre 2019 sous le nom de bureaux provinciaux de la santé, avec un rôle limité. Des discussions sont en cours afin de les inclure au prochain budget du ministère, car ils n'étaient pas inclus dans le budget du dernier exercice fiscal. Au sein des municipalités, les unités de coordination de la santé supervisent les établissements de santé et reprennent ainsi le rôle incombant aux bureaux de district de santé publique avant la fédéralisation.

### 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.

<sup>7</sup> Étude économique 2017/18, Gouvernement du Népal, Ministère des Finances

<sup>8</sup> <https://www.who.int/workforcealliance/countries/57crisiscountries.pdf>

<sup>9</sup> Profil de pays des ressources humaines pour la santé au Népal. Katmandou, Népal  
[http://www.nhssp.org.np/NHSSP\\_Archives/resources/NHSSP\\_quarterly\\_report\\_january\\_march2013.pdf](http://www.nhssp.org.np/NHSSP_Archives/resources/NHSSP_quarterly_report_january_march2013.pdf)

Le Népal 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
- Contexte d'intervention difficile
- Politique de sauvegarde supplémentaire<sup>10</sup>**

### 2.3. Subventions du Fonds mondial au Népal

Le Fonds mondial a investi 233 millions de dollars US au Népal depuis 2003, dont 43,6 millions en faveur des subventions actives. Un financement à effet catalyseur de 1,3 million de dollars US, abondé à hauteur égale par le gouvernement, a été alloué au pays pour des interventions de promotion des droits humains. Le Népal a présenté sa première demande de financement au titre du nouveau modèle de financement en 2017. Au terme d'un examen en 2015, le Secrétariat du Fonds mondial a déterminé que l'instance de coordination nationale du Népal ne remplissait pas les critères d'admissibilité. Elle y satisfait néanmoins depuis août 2017.

Save the Children Federation Inc. est récipiendaire principal des subventions du Fonds mondial au Népal depuis 2015. La politique de sauvegarde supplémentaire a été mise en place après le séisme de 2015 et le Secrétariat a nommé le récipiendaire principal cette année-là. Au travers des programmes nationaux de lutte contre les trois maladies, le ministère de la Santé et de la Population met en œuvre les interventions dans le secteur public en tant que sous-réceptaire des subventions. Des organisations non gouvernementales gèrent d'autres interventions, principalement auprès des populations-clés.

---

<sup>10</sup> La Politique de sauvegarde supplémentaire a été instaurée en 2015 après le séisme qui a frappé le pays. Le Népal se caractérise également par une faible capacité de gouvernance, les autorités peinant notamment à fournir les services essentiels, comme en témoignent les résultats insuffisants des programmes nationaux année après année. De plus, la faiblesse de la gestion financière et du suivi stratégique par les récipiendaires principaux issus du secteur public a entraîné des irrégularités financières. Ces lacunes ont poussé le Fonds mondial à nommer une ONG (Save the Children) récipiendaire principal de ses subventions au pays.



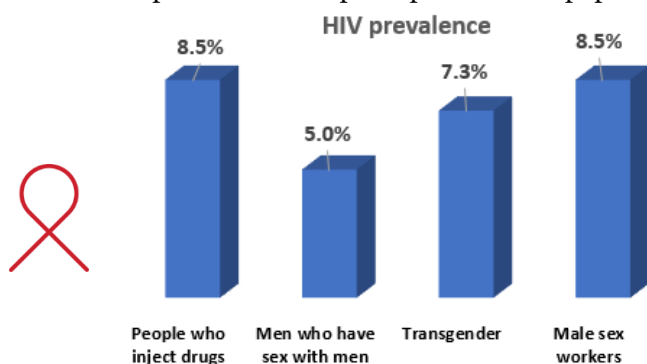
Sur les six subventions visées par le présent audit, trois sont arrivées à terme le 15 mars 2018, les trois autres se terminant le 15 mars 2021 :

Numéro de subvention	Réципиентаire principal	Période de mise en œuvre	Montant total (USD)	Montant décaissé (USD)
<i>Subventions actives (2018-2021)</i>				
NPL-H-SCF	Save the Children Federation, Inc.	mars 2018 à mars 2021	23 264 144	8 497 811 <sup>11</sup>
NPL-M-SCF	Save the Children Federation, Inc.	mars 2018 à mars 2021	4 208 547	1 443 855
NPL-T-SCF	Save the Children Federation, Inc.	mars 2018 à mars 2021	16 138 548	6 944 419
<b>Total</b>			<b>43 611 239</b>	<b>16 886 085</b>

<i>Subventions clôturées (2015-2018)</i>				
NPL-H-SCF	Save the Children Federation, Inc.	mars 2015 à mars 2018	23 956 016	23 523 734
NPL-M-SCF	Save the Children Federation, Inc.	mars 2015 à mars 2018	10 593 376	9 792 270
NPL-T-SCF	Save the Children Federation, Inc.	mars 2015 à mars 2018	17 643 621	16 351 077
<b>Total</b>			<b>52 193 013</b>	<b>49 667 081</b>

## 2.4. Les trois maladies<sup>12</sup>

**VIH/sida** : Le Népal supporte 0,1 % de la charge mondiale de VIH. L'épidémie touche principalement les populations-clés.



Le Fonds mondial est le premier partenaire financier de la lutte contre le VIH dans le pays, dont les apports représentaient 20 % des financements disponibles en 2018/2021. Le soutien du gouvernement et des autres bailleurs de fonds<sup>13</sup> représente 23 % et

31 000 personnes vivant avec le VIH, dont 49 % (15 260) sont sous traitement (2017).

Le nombre d'infections annuel a chuté de 61 % depuis 2010, 835 nouveaux cas ont été signalés en 2017.

Le nombre de décès liés au VIH est passé de 2 238 en 2013 à 1 306 en 2017<sup>15</sup>.

En 2016, 87 % des personnes vivant avec le VIH étaient toujours sous

<sup>11</sup> Le montant décaissé inclut les paiements directs à des tiers pour les achats de médicaments par le Fonds mondial.

<sup>12</sup> Sauf indication contraire, les données sont issues des demandes de financement du pays et des notes d'information du Secrétariat du Fonds mondial les plus récentes, de la demande de financement 2018-2020, du rapport 2017 de l'ONUSIDA, des rapports de l'OMS sur le paludisme et sur la tuberculose dans le monde, ainsi que du dernier rapport annuel du pays sur les trois maladies.

<sup>13</sup> Le gouvernement des États-Unis, l'OMS, l'UNICEF, AIDS Health Foundation, la Norvège et les Pays-Bas font partie des autres bailleurs de fonds.

<sup>15</sup> Gouvernement du Népal : Fiche technique 1 : point sur l'épidémie de VIH au Népal 2017

---

7 % respectivement<sup>14</sup>, 55 millions de dollars US restant encore à mobiliser (déficit de 50 %).

antirétroviraux douze mois après le début de leur traitement.

---

**Paludisme** : Le Népal tend vers une élimination de la maladie à l'horizon 2026. La charge de morbidité n'a cessé de chuter, passant de 42 000 cas confirmés en 1985 à 1 009 cas confirmés en 2016. La couverture de dépistage de la maladie est passée de 118 165 personnes en 2015/2016 à 207 581 en 2016/2017 (soit une hausse de 76 %).



La distribution de moustiquaires est passée de 584 503 en 2015/2016 à 665 038 en 2016/2017 (une hausse de 14 %), 84 % des foyers touchés par la maladie possédant au moins une moustiquaire pour deux personnes (contre 72 % en 2013).

Le Fonds mondial est le premier partenaire financier de la riposte au paludisme au Népal (31 %). Le gouvernement fournit 43 % des ressources allouées au programme national de lutte contre le paludisme, dont le déficit de financement est encore de 26 % (6,5 millions de dollars US)<sup>16</sup>.

50 % des cas de paludisme sont imputables à des migrants revenant d'Inde et d'Afrique<sup>17</sup>.

Trois décès liés au paludisme en 2017 selon les estimations.

En 2015/2016, l'incidence parasitaire annuelle du paludisme était de 0,07 pour 1 000 habitants, plaçant le pays sur la voie de l'élimination<sup>18</sup>.

---

**Tuberculose** : Le Népal est considéré comme un pays modérément touché par la tuberculose, les taux d'incidence et de mortalité étant de 156 et 20 pour 100 000 habitants respectivement. La prévalence de la maladie (toutes formes confondues) a chuté de 55 %, passant de 348 pour 100 000 habitants en 1990 à 211 en 2014<sup>19</sup>.



Le nombre de cas de tuberculose signalés a fortement chuté au cours des deux dernières années. Selon les estimations, 13 000 cas manqueraient à l'appel. La première enquête nationale sur la prévalence de la tuberculose est en cours (elle a commencé en 2018). Le Fonds mondial est le premier bailleur de fonds à la lutte contre la tuberculose dans le pays (23 %), le gouvernement népalais finançant 54 % du budget alloué à la maladie (cycle de financement 2018/2021). Le déficit de financement est de 23 % (24 millions de dollars US).

32 056 cas de tuberculose déclarés (2016).

Couverture de traitement : 70 %.<sup>20</sup>  
Taux de réussite des traitements :  
Tuberculose - 91 % ;  
tuberculose multirésistante - 71 %.

Le taux de mortalité a chuté, passant de 52 pour 100 000 habitants en 1990 à 23/100 000 en 2016.

---

## 2.5. Résultats du portefeuille

Les subventions du pays obtiennent généralement de bons résultats, comme en attestent les taux de réalisation des indicateurs clés de couverture obligatoire. Les causes profondes des faibles taux de

---

<sup>14</sup> Paysage de financement (demande de financement du Fonds mondial présentée en sept. 2017)

<sup>16</sup> Paysage de financement (Demande de financement du Fonds mondial présentée en sept. 2017 – cycle de financement 2018/2021)

<sup>17</sup> Demande de financement du paludisme mars 2018 – mars 2021

<sup>18</sup> L'incidence parasitaire du paludisme est relativement faible au Népal comparativement aux autres pays de la région. Par exemple, le Myanmar et le Cambodge enregistraient des incidences de 1,39 et 2,82 respectivement en 2017.

<sup>19</sup> Demande de financement du Népal 2017/2019.

<sup>20</sup> Profil OMS de la tuberculose au Népal, 2017

[https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=/WHO\\_HQ\\_Reports/G2/PROD/EXT/TBCountryProfile&ISO2=NP&outtype=pdf](https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=/WHO_HQ_Reports/G2/PROD/EXT/TBCountryProfile&ISO2=NP&outtype=pdf)

dépistage du VIH et de notification des cas de tuberculose sont analysées aux sections 4.3 et 4.4 du présent rapport.

<b>Taux de réalisation des indicateurs clés du Fonds mondial (mars 2018)<sup>21</sup></b>			
<b>VIH/sida</b>	<b>Objectif</b>	<b>Résultat</b>	<b>Réalisation<sup>22</sup></b>
Pourcentage des personnes vivant avec le VIH et bénéficiant actuellement d'un traitement antirétroviral	48 %	42,2 %	88 %
Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont effectué un test de dépistage du VIH au cours de la période de communication de l'information et qui en connaissent le résultat	85,5 %	74,5 %	87 %
Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes touchés par des programmes de prévention du VIH - ensemble défini de services de santé	97,8 %	90 %	92 %
Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes qui ont effectué un test de dépistage du VIH au cours de la période de communication de l'information et qui en connaissent le résultat	91,2 %	72 %	79 %
Pourcentage de personnes transgenres : <ul style="list-style-type: none"> <li>• touchées par des programmes de prévention du VIH</li> <li>• qui ont effectué un test de dépistage du VIH au cours de la période de communication de l'information et qui en connaissent le résultat</li> </ul>	87,5 % 78,7 %	39,4 % 29,9 %	45 % 38 %
Pourcentage de travailleurs du sexe touchés par des programmes de prévention du VIH - ensemble défini de services de santé	88,9 %	54,3 %	61 %
Pourcentage de travailleurs du sexe qui ont effectué un test de dépistage du VIH au cours de la période de communication de l'information et qui en connaissent le résultat	80 %	35,2 %	44 %

<b>Tuberculose</b>	<b>Objectif</b>	<b>Résultat</b>	<b>Réalisation</b>
Nombre de cas déclarés de tuberculose (toutes formes confondues)	12 485	9 350	75 %
Taux de réussite des traitements	90 %	90,6 %	101 %
Nombre de cas déclarés de tuberculose résistante à la rifampicine et/ou de tuberculose multirésistante	234	180	77 %

<b>Paludisme</b>	<b>Objectif</b>	<b>Résultat</b>	<b>Réalisation</b>
Pourcentage de cas de paludisme suspectés pour lesquels un test parasitologique est effectué dans des établissements de santé du secteur public	92,4 %	97,1 %	105 %
Pourcentage de cas confirmés de paludisme qui ont reçu un traitement antipaludique de première intention dans des établissements de santé du secteur public	100 %	100 %	100 %

Supérieurs aux attentes	100 %
Conformes aux attentes	90-100 %
Adéquats	60 - 89 %
Inadéquats mais potentiel avéré	30 - 59 %
Inacceptables	30 %

<sup>21</sup> Outil de notation des subventions du Fonds mondial pour les trois subventions de novembre 2017 à mars 2018 ; indicateurs clés de résultats sélectionnés au regard de leur pertinence et de leur importance.

<sup>22</sup> Le taux de réalisation est obtenu par l'écart entre le résultat atteint et l'objectif de chaque indicateur.

## 2.6 Appétence au risque

L'appétence au risque a été définie au niveau institutionnel à partir des données d'une cohorte de 25 pays<sup>23</sup> supportant la majorité de la charge de morbidité des trois maladies dans le monde : 85 % pour le VIH/sida ; 80 % pour la tuberculose ; 76 % pour le paludisme. Approuvé en 2018, le Cadre d'appétence au risque définit les niveaux recommandés d'appétence au risque dans huit domaines clés touchant les subventions du Fonds mondial. Les équipes de pays déterminent le niveau de chaque risque lié à une subvention spécifique, à l'aide du module de gestion intégrée des risques. Les notations sont examinées par les fonctions de deuxième ligne et par la direction de la Division de la gestion des subventions. Elles sont ensuite pondérées au regard de la somme allouée au pays, de façon à déterminer le niveau de risque global du portefeuille d'un pays. Le niveau de risque global, le plan d'atténuation des risques et la trajectoire attendue des niveaux de risque sont ensuite approuvés par le Comité des résultats du portefeuille<sup>24</sup> pendant l'examen de portefeuille de pays. Le niveau de risque global du Népal a été examiné, mais pas le portefeuille du pays. Des informations supplémentaires sur la méthodologie relative à l'appétence au risque sont présentées à l'annexe C.

Le Bureau de l'Inspecteur général a comparé le niveau de risque global déterminé par le Secrétariat pour les catégories de risques clés du portefeuille du Népal couvertes par les objectifs du présent audit, avec les risques résiduels selon sa propre évaluation. Il les a ensuite mis en corrélation avec les constatations de l'audit, comme indiqué dans le tableau ci-après.

Risque	Niveau de risque global déterminé par le Secrétariat <sup>25</sup>	Risque résiduel selon les résultats de l'audit	Constatations de l'audit pertinentes
Qualité du programme	Modéré	Modéré	4.3 et 4.4
Gouvernance et suivi stratégique du programme national	Faible	Élevé	4.1 et 4.2

Le Népal est un contexte d'intervention présentant des niveaux de risque modérés à faibles dans la plupart des domaines de mise en œuvre des subventions. Les niveaux de risque déterminés par le Bureau et le Secrétariat concordent, excepté pour la **gouvernance et le suivi stratégique des programmes nationaux**. Ce risque regroupe trois sous-risques relatifs à la gouvernance des programmes nationaux ; la gestion des programmes ; et la coordination des programmes et le suivi des sous-réциpiendaires. Le Bureau et le Secrétariat aboutissent à des niveaux de risque divergents pour deux de ces sous-risques, entraînant une différence du niveau de risque global attribué à ce domaine :

### a) Gouvernance des programmes nationaux

- Les résultats de l'audit du Bureau font état d'un niveau « élevé » de risque résiduel, car après la fédéralisation, les rôles et responsabilités du ministère de la Santé et de la Population et du ministère du Développement social en matière de suivi stratégique et de mise en œuvre des trois programmes n'ont pas été clairement définis, ce qui a une incidence sur les programmes soutenus par le Fonds mondial. Les risques y afférents se sont déjà largement concrétisés, notamment par des retards importants de communication des données programmatiques et logistiques ; des interruptions de la circulation des capitaux du réциpiendaire principal vers les programmes nationaux, entraînant une faible absorption des budgets et une absence de mise en œuvre des activités clés ; et une interruption majeure du flux de produits de santé, entraînant un excédant dans les entrepôts centraux et des expirations de produits au niveau central, tandis que les points de prestation de services restaient fortement exposés à des ruptures de stock.

<sup>23</sup> Afrique du Sud, Bangladesh, Burkina Faso, Cameroun, Congo (RDC), Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Inde, Indonésie, Kenya, Malawi, Mali, Mozambique, Myanmar, Nigéria, Ouganda, Pakistan, Rwanda, Soudan, Tanzanie, Ukraine, Vietnam, Zambie, Zimbabwe.

<sup>24</sup> Le Comité des résultats du portefeuille est chargé d'examiner le portefeuille du pays et l'organisation.

<sup>25</sup> Niveau de risque global des trois subventions au Népal en décembre 2018

- Dans un premier temps, le Secrétariat avait qualifié ce risque de « modéré », car au moment de sa notation, plusieurs discussions sur la fédéralisation avaient déjà eu lieu avec d'autres partenaires de développement externes et des représentants du ministère de la Santé. Ces discussions ont apporté la garantie que la majorité des activités liées au VIH, à la tuberculose et au paludisme resteraient financées par des fonds publics ; et un plan de transition sur cinq ans a été défini et adopté afin d'attribuer clairement les rôles et responsabilités en matière de gestion et de financement des programmes nationaux. En parallèle, l'équipe de pays a poursuivi ses échanges avec Save the Children (le récipiendaire principal), l'agent local du Fonds et les partenaires, afin de déterminer si les décisions relatives à la décentralisation impactaient les services. Depuis, le Secrétariat a relevé ce sous-risque au niveau « élevé », suite à la publication d'informations supplémentaires<sup>26</sup> sur les interruptions de la communication des données et des produits de santé au premier trimestre, dans le cadre de plusieurs missions de l'équipe de pays et du rapport sur les résultats actuels et les demandes de décaissements du récipiendaire principal<sup>27</sup>. Face à ces nouvelles informations et au risque accru, l'équipe de pays a demandé à l'agent local du Fonds d'examiner la procédure de décentralisation et les déficits qui en découlent en matière de direction, de mise en œuvre, de supervision et de suivi stratégique. Elle a également consulté des personnels de santé dans les provinces afin de trouver des solutions aux nouveaux défis liés à la décentralisation, faute de plan de transition. Save the Children maintient le dialogue avec les provinces afin de leur fournir les orientations dont elles ont besoin pour poursuivre les activités, notamment la chaîne d'approvisionnement et les flux de données, pendant les travaux de décentralisation.

#### **b) Coordination des programmes et supervision des sous-réceptaires**

- Le Bureau estime ce risque « modéré » en raison des lacunes des modalités de renforcement des capacités des trois programmes nationaux, qui représentent l'un des facteurs justifiant le niveau de risque élevé attribué à la gouvernance des programmes nationaux.
- Le Secrétariat juge ce risque faible, car Save the Children obtient de bons résultats, même si plusieurs activités ont été retardées au niveau des provinces. Ces retards touchent principalement des activités de formation. Le Secrétariat ne considère pas qu'il s'agit d'une divergence d'opinion majeure.

Par la suite, le Secrétariat a relevé de « faible » à « modéré » le niveau de risque lié à la gouvernance et au suivi stratégique des programmes nationaux.

---

<sup>26</sup> Les centres de santé dans les palikas et les provinces avaient de fait interrompu la transmission des données ; des produits de santé s'accumulaient dans les entrepôts centraux par manque de canaux de distribution entre les trois niveaux administratifs ; et certaines activités liées au paludisme ont été affectées (la distribution de moustiquaires selon un plan de microstratification) en raison du manque de coordination et d'orientation entre les différents niveaux d'administration publique.

<sup>27</sup> Les RA/DD pour la période du 16 mars 2018 (date de début de la subvention) au 31 décembre 2018 ont été reçus le 27 mars 2019, date à laquelle les travaux d'audit sur le terrain et le compte rendu au pays étaient terminés.

## 3. Aperçu de l'audit

### 3.1. Objectifs

Le présent audit vise à évaluer les éléments ci-après :

- i) l'adéquation et l'efficacité des modalités de mise en œuvre visant à garantir l'atteinte des objectifs de subvention dans un souci d'efficacité et de pérennité, en particulier :
  - o l'impact de la décentralisation sur les programmes soutenus par le Fonds mondial ; et
  - o la pérennité et le renforcement des capacités ; et
- ii) l'adéquation des systèmes et mécanismes au niveau central visant à garantir la qualité des services aux bénéficiaires attendus.

### 3.2. Portée et méthodologie

L'audit suit la méthodologie présentée à l'annexe B et couvre la période de janvier 2017 à décembre 2018<sup>28</sup>. Il vise deux subventions (VIH/sida et tuberculose) mises en œuvre par le bénéficiaire principal, Save the Children Federation Inc., et ses sous-bénéficiaires, notamment le maître d'œuvre principal, le ministère de la Santé et de la Population. La subvention liée au paludisme est exclue de l'audit, car les risques identifiés au cours de la planification des travaux étaient faibles et les mesures d'atténuation étaient jugées adéquates. Les vérificateurs du Bureau ont visité plusieurs centres de santé, le laboratoire national de santé publique et l'entrepôt central de Katmandou.

### 3.3. Correction des faiblesses identifiées précédemment

Le dernier audit des subventions au Népal date de 2010. Il examinait l'efficacité et l'efficacité des interventions et le bien-fondé des politiques visant à protéger les ressources du Fonds mondial. Il évaluait les risques auxquels les subventions du Fonds pouvaient être exposées et les mesures d'atténuation mises en place. L'audit présentait deux recommandations hautement prioritaires, qui ont toutes deux été prises en compte :

- plusieurs faiblesses en matière de gestion des stocks et d'entreposage, relevant notamment d'entrepôts exigus, saturés, désordonnés et sales, et d'absence d'inventaires physiques ; et
- la nécessité pour les instances de coordination nationale de définir des documents-types de communication de l'information afin de faciliter le travail d'analyse des bénéficiaires principaux et indirectement, d'améliorer le suivi stratégique.

Les modalités de mise en œuvre ont radicalement changé après le séisme de 2015. Sur les cinq bénéficiaires principaux visés par l'audit de 2010, Save the Children est le seul encore chargé de subventions.

**Précédents audits pertinents du Bureau de l'Inspecteur général**  
[Audit des subventions du Fonds mondial au Népal, 2010 \(GF-OIG-09-006\)](#)

<sup>28</sup> Les rapports sur les résultats actuels/demandes de décaissement (RA/DD) de juillet 2016 à décembre 2018 ont été examinés.

## 4. Constatations

### 4.1. Les rôles et responsabilités en matière de fourniture de services de santé n'ont pas été clairement répartis dans le cadre de la fédéralisation, affectant la direction, la coordination et la mise en œuvre des programmes

Le Népal a été déclaré État fédéral en décembre 2007 et une nouvelle constitution a été promulguée en septembre 2015. Cependant, la procédure de fédéralisation n'a officiellement commencé qu'après la formation du nouveau gouvernement, en février 2018. La fédéralisation du pays a entraîné une décentralisation des services de santé, conférant davantage d'autonomie aux instances provinciales et municipales. Le ministère de la Santé et de la Population est désormais chargé de l'établissement des politiques, de la mobilisation des ressources et du suivi et de la réglementation des services de santé. Un ministère du Développement social a été créé afin de superviser le travail des sept provinces et 753 municipalités nouvellement établies, responsables de la fourniture des services de santé. La fédéralisation a donné corps à une nouvelle structure administrative faisant l'impasse sur les districts, qui comprenaient 77 unités de coordination et de communication de l'information. Ces unités ont été rétablies au premier trimestre 2019, la nouvelle structure administrative ayant entraîné des difficultés de mise en œuvre.

Plusieurs rôles et responsabilités restent encore à définir suite à la fédéralisation. Les responsabilités en matière de direction, de suivi stratégique et de mise en œuvre des trois programmes nationaux n'ont pas été clairement réparties entre le ministère de la Santé et le ministère du Développement social. En particulier, la responsabilité du suivi stratégique des subventions du Fonds mondial aux niveaux des provinces et des municipalités n'est pas clairement attribuée. La direction et l'appropriation des stratégies nationales de lutte contre les maladies restent floues. De fait, la mise en œuvre des services de santé incombe au ministère du Développement social, mais les modalités de communication de l'information des provinces et de ce ministère au ministère de la Santé ne sont pas définies. Les provinces et municipalités qui sont chargées de la prestation des services de santé ne rendent pas compte administrativement au ministère de la Santé et de la Population<sup>29</sup>. Cela entrave la mise en œuvre des programmes liés aux trois maladies dans les domaines de la chaîne d'approvisionnement, la circulation des capitaux et la communication des données programmatiques et logistiques.

Perturbation des approvisionnements en antituberculeux et en antipaludéens : La distribution des produits de santé liés à la tuberculose et au paludisme des entrepôts centraux aux points de prestation de services a été perturbée, ainsi que la communication de l'information logistique dans le sens inverse, faute de définition claire des rôles en matière de distribution. Ces faiblesses ont entraîné des retards de distribution des médicaments par les entrepôts centraux, menant à des expirations de produits et à un risque accru de ruptures de stock dans les centres de prestation de services. Par exemple, des trousseaux de dépistage du VIH d'une valeur de 0,4 million de dollars US, l'équivalent de 400 000 tests, risquaient d'arriver à expiration dans l'entrepôt central entre avril et mai 2019. De plus, le magasin central de fournitures médicales stocke 137 mois d'antipaludéens. La suppression de la pyramide logistique des 77 districts qui initiaient les demandes de distribution des produits de santé, en assuraient la coordination et en rendaient compte, alliée au manque de structure d'approvisionnement clairement définie au niveau infranational depuis la décentralisation, ont perturbé le flux des produits de santé et de l'information logistique. Même si les municipalités disposent de budgets pour la santé, elles n'avaient toujours pas établi la structure administrative requise sept mois après le début de l'exercice fiscal. Les modalités logistiques, notamment le mode de distribution des produits de santé des entrepôts régionaux/provinciaux aux centres de santé, ne sont pas clairement définies. Les districts ne figurant plus dans la structure administrative, aucun

---

<sup>29</sup> Même si les municipalités ne rendent pas compte administrativement au ministère de la Santé, elles communiquent leurs données au travers du système d'information pour la gestion de la santé hébergé par le ministère.

budget n'a été alloué aux entrepôts des districts, qui n'ont donc pas pu distribuer de produits aux centres de santé.

Aucun décaissement du récipiendaire principal aux programmes nationaux (sauf pour le VIH) depuis le début de la nouvelle subvention en mars 2018. Faute de disposer d'un Bureau de la trésorerie des districts, le récipiendaire principal et le ministère de la Santé et de la Population ont suspendu le transfert des fonds des subventions aux niveaux infranationaux, empêchant la mise en œuvre des activités planifiées. Par exemple, entre mars et décembre 2018, les taux d'absorption des subventions dont le ministère de la Santé est sous-récepteur n'ont pas dépassé 4 %, 43 % et 53 % pour le paludisme, la tuberculose et le VIH respectivement. Pour le VIH, le ministère de la Santé a dépensé 27 % seulement (600 000 dollars US) du budget alloué aux activités programmatiques, à l'exclusion des frais de fonctionnement et des achats. Le budget de la tuberculose a essentiellement servi à l'achat d'antituberculeux. Les activités ci-après n'ont pas été déployées : réunions d'examen avec les personnels aux niveaux central, régional et local ; interventions auprès des migrants et des prisonniers ; assurance qualité et contrôle qualité des produits de santé ; et supervision et suivi des activités. Les activités de gestion financière qui incombaient au Bureau de la trésorerie des districts avant la fédéralisation n'ont pas été attribuées dans la nouvelle structure, entraînant un manque de clarté quant à la procédure de transfert des fonds. De plus, suite à la suppression des districts début 2018, aucune orientation n'a été fournie aux équipes centrales afin de faciliter leur travail avec les structures infranationales, provoquant une interruption des transferts de fonds en attendant une clarification des rôles.

Données programmatiques incomplètes entrées dans le système d'information pour la gestion de la santé (HMIS) : Aucune municipalité n'avait encore envoyé de données sur le programme lié à la tuberculose, un an après le lancement des nouvelles subventions du Fonds mondial. Au 31 décembre 2018, 32 % seulement des rapports des centres de santé avaient été consignés dans le système HMIS. Entre avril et décembre 2018, les proportions de centres de thérapie antirétrovirale et de prévention de la transmission de la mère à l'enfant ayant transmis leurs données dans le système HMIS sont passées de 79 % à 57 % et de 85 % à 61 % respectivement. Ces retards résultent en partie du manque d'attribution claire des rôles et responsabilités en matière de communication de l'information par les nouvelles unités de collecte et de transmission des données, qui sont désormais 753, contre 77 auparavant. De plus, les centres de santé ne savent pas précisément où envoyer leurs rapports HMIS. Les postes de statisticiens et de référents de maladie dans les districts qui étaient chargés respectivement d'entrer et de valider les données, ont été supprimés après la fédéralisation. Depuis, la communication de l'information a cessé. Le gouvernement n'a pas désigné de responsables chargés d'entrer ou de valider les données dans les municipalités. Il a rétabli certains postes de responsables au niveau des districts, mais leurs rôles n'ont toujours pas été clairement définis.

Le suivi stratégique et la responsabilité des programmes soutenus par le Fonds mondial pourraient être affectés : La modification du rôle des programmes nationaux et l'autonomie des provinces pourraient affecter le suivi, la responsabilité et les modalités de communication de l'information des programmes. Les programmes soutenus par le Fonds mondial au Népal sont actuellement mis en œuvre par le ministère de la Santé et de la Population (les programmes nationaux de lutte contre les maladies) et des organisations non gouvernementales, même si la prestation des services de santé incombe exclusivement aux autorités sanitaires provinciales et municipales. Rien ne lie contractuellement le récipiendaire principal au ministère du Développement social, qui supervise les directions provinciales de santé, et les modalités de communication de l'information ne sont pas clairement réparties entre les deux ministères. Faute d'attribution claire des responsabilités, les programmes nationaux pourraient ne pas bénéficier d'un suivi efficace des activités mises en œuvre par les provinces et les autorités locales. Les nouveaux rôles des programmes nationaux et du ministère du Développement social pourraient affecter les modalités de mise en œuvre des programmes soutenus par le Fonds mondial à l'avenir.



---

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

Le Secrétariat réalise un examen de l'impact de la décentralisation des pouvoirs sur la direction et la mise en œuvre des trois programmes nationaux de lutte contre les maladies. En collaboration avec le récipiendaire principal, il établit un plan d'action en concertation avec la direction du ministère de la Santé et de la Population, afin de déterminer les rôles et responsabilités des trois niveaux d'administration du pays devant être clarifiés pour garantir : la mise en œuvre des stratégies nationales et des activités programmatiques ; la supervision, le suivi et l'évaluation ; les décaissements en soutien aux activités ; la prévention des ruptures de stock ; et la communication des données programmatiques.

Titulaire : Mark Edington, Directeur de la Division de la gestion des subventions

Date cible : 31 décembre 2020

## 4.2. Améliorations requises aux fins d'accroître la pérennité institutionnelle des trois programmes et de tenir les engagements des autorités

Les autorités népalaises ont progressivement augmenté leurs investissements dans la riposte nationale au VIH, à la tuberculose et au paludisme. Le gouvernement s'est engagé à acheter 56 %, 80 % et 100 % des produits de santé liés au VIH tels que les antirétroviraux en 2018, 2019 et 2020 respectivement. Il entend également accroître le financement des achats d'antituberculeux de première et deuxième intention de 50 % et 62 % respectivement. Cependant, le non-respect de ses engagements et les déficits de capacités des programmes nationaux pourraient affecter la pérennité de la riposte du pays aux trois maladies.

### Non-respect des engagements du gouvernement en matière d'achats

Malgré une hausse de 70 % de la contribution publique au budget de la santé entre les exercices 2010/11 et 2016/17, la part de la santé dans les dépenses publiques est passée de 6,7 % à 4,6 % sur cette même période. Le gouvernement n'a pas pleinement honoré son engagement en matière d'achats. Il était tenu de contribuer 1,75 million de dollars US pour l'achat de produits de santé liés au VIH en 2018, mais 0,85 million de dollars US (49 %) seulement ont été mobilisés. Les autorités n'ont pas non plus acheté 0,65 million de dollars US d'antituberculeux de première ligne en 2018, comme elles s'y étaient engagées.

Ces déficits de financement ont contraint le récipiendaire principal à accroître le nombre d'achats en urgence. Par exemple, des commandes d'antirétroviraux et d'antituberculeux ont dû être passées en urgence en 2018, d'une valeur totale de 0,8 million de dollars US. Le budget de la subvention liée au VIH ne prévoit aucun fonds pour l'achat d'antirétroviraux en 2020, les autorités s'étant engagées à les financer entièrement cette année-là. Si le gouvernement n'honore pas son engagement, les premières ruptures d'antirétroviraux risquent de survenir dès septembre 2019. Ces engagements non tenus ont entraîné des pénuries/ruptures de stocks de trousse de dépistage du VIH, en particulier des produits Unigold dans l'entrepôt central<sup>30</sup>, et des réactifs destinés au test de charge virale (voir la constatation 4.3). Ces manquements s'expliquent par l'annulation de la procédure d'approvisionnement en raison d'une allocation insuffisante de fonds dans le budget du ministère, liée à des estimations élevées des coûts des fournisseurs et à un passage de commande tardif.

### Faiblesses des modalités de renforcement des capacités des trois programmes nationaux

Selon la Politique du Fonds mondial en matière de pérennité, de transition et de cofinancement, la planification de la pérennité doit faire partie intégrante de la conception des programmes et prise en compte par tous les pays, indépendamment de leur situation dans le continuum de développement. Autant que faire se peut, les programmes soutenus par le Fonds mondial doivent être mis en œuvre dans le cadre des systèmes nationaux, afin d'établir des systèmes de santé résistants et pérennes<sup>31</sup>.

Le Népal représente un bon exemple de collaboration étroite entre les autorités et les organisations non gouvernementales. Le récipiendaire principal s'est employé, en collaboration avec les autorités, à obtenir des avancées importantes face aux trois maladies dans le pays. Une multitude de formations et d'activités de renforcement des capacités ont été déployées auprès des prestataires de services et des trois programmes nationaux. Les capacités des programmes nationaux restent cependant problématiques, notamment au niveau des ressources humaines. Dans le cadre du renforcement des capacités, le récipiendaire principal a intégré des personnels dans les programmes nationaux, afin de fournir des formations continues. Cependant, cette démarche ne fait suite à aucune évaluation approfondie des programmes nationaux, la dernière datant de 2011.

L'impact des initiatives du récipiendaire principal visant à renforcer les capacités s'est heurté au roulement élevé de personnel et au manque de ressources humaines allouées aux programmes nationaux. Depuis 2016, six ministres et secrétaires de la santé se sont succédé au ministère de la

<sup>30</sup> Le magasin central de fournitures médicales enregistrait un stock de trousse de dépistage Unigold de 0,5 mois.

<sup>31</sup> Politique du Fonds mondial en matière de pérennité, de transition et de cofinancement 2017 (GF/B35/04) – pages 4 et 5

Santé et de la Population ; trois personnes ont dirigé le programme national lié à la tuberculose depuis 2017 ; et la direction des programmes liés au VIH et au paludisme a changé tous les ans. L'insuffisance de ressources humaines allouées aux programmes nationaux a également nui à l'efficacité des activités de renforcement des capacités. Le gouvernement n'a pas affecté le nombre requis de personnels aux programmes nationaux, contraignant le ministère à continuer de s'appuyer fortement sur le personnel du récipiendaire principal détaché auprès des programmes nationaux : 68 %, 46 % et 90 % des personnels des programmes nationaux de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme respectivement, sont des salariés du récipiendaire principal.

---

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

En collaboration avec le récipiendaire principal, le ministère de la Santé et les personnels de santé des provinces, le Secrétariat détermine les besoins du ministère et des personnels dans les provinces et les palikas (les rôles et responsabilités étant définis aux niveaux périphériques depuis la décentralisation) en matière de renforcement des capacités, à des fins de mise en œuvre des activités des programmes nationaux. Le récipiendaire principal rend compte des résultats de cette évaluation dans un rapport d'évaluation des capacités et établit un plan chiffré de renforcement des capacités.

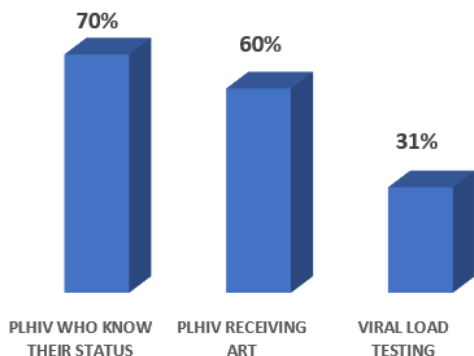
Titulaire : Mark Edington, Directeur de la Division de la gestion des subventions

Date cible : 31 décembre 2020

### 4.3. Accès inadéquat à des tests de dépistage du VIH de qualité et suivi des patients sous traitement insuffisant

Les investissements du Fonds mondial au Népal ont fortement contribué à intensifier les interventions clés liées aux trois programmes nationaux. Le pays a augmenté le nombre de centres de traitement antirétroviral, approchant les services des patients. Soixante pour cent des personnes vivant avec le VIH sont sous traitement antirétroviral et le nombre de personnes sous traitement a augmenté de 25 %, passant de 12 000 en 2015 à 15 000 fin 2017, avec un taux de rétention de 89 %. Malgré ces avancées, la couverture de dépistage du VIH et le suivi des patients séropositifs doivent être améliorés, comme indiqué à la section 2.5.

Figure 1 : Avancées du Népal face aux objectifs 90:90:90 liés au VIH<sup>32</sup>



#### Faible couverture et de rendement du dépistage au sein des populations-clés

Le Népal n'atteint pas ses objectifs en matière de dépistage du VIH, en particulier au sein des populations-clés. Même si 70 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique (voir ci-avant), près de la moitié des populations-clés touchées par des services de prévention de la maladie ne reçoivent pas de test de dépistage. Les services de prévention du VIH ont touché 194 959 membres de populations-clés entre novembre 2017 et décembre 2018, dont 111 411 (57 %) seulement ont reçu un test de dépistage. Sur le nombre de personnes touchées par les services de prévention pendant cette période, 39 %, 44 % et 79 % des personnes transgenres, des travailleurs du sexe et des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes respectivement ont reçu un test de dépistage. De plus, les activités de dépistage communautaire au sein des populations-clés soutenues par le Fonds mondial enregistrent un taux de rendement faible (0,14 %) comparé au taux de prévalence de 8,5 %<sup>33</sup>. Les taux de rendement et de prévalence au sein des populations-clés sont présentés ci-après :

- Consommateurs de drogues injectables : 0,06 % vs 8,5 % ;
- Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes : 0,14 % vs 5,0 % ;
- Personnes transgenres : 0,14 % vs 7,3 % ;
- Travailleurs du sexe mâles : 0,14 % vs 8,5 % ;

L'insuffisance de couverture et de rendement du dépistage au sein des populations-clés représente une opportunité manquée de diagnostic précoce et de placement des patients sous antirétroviraux en temps opportun. Elle s'explique notamment par les facteurs ci-après :

*Faiblesses du modèle de dépistage communautaire :* Le Népal a établi son modèle de dépistage communautaire début 2017 et l'a déployé en 2018. Même si la démarche utilisée dans le pays a permis d'améliorer la couverture de dépistage, elle n'est pas différenciée et n'applique pas de stratégie de segmentation des risques afin de cibler les populations-clés les plus vulnérables. Les agents de proximité n'utilisent pas de registres des profils de risque des populations-clés pendant les

<sup>32</sup> 70 % (19 702 sur 27 918) des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique ; 60 % (15 260 sur 25 126) des personnes diagnostiquées séropositives reçoivent un traitement antirétroviral ; et 31 % (7 184 sur 22 613) des personnes sous traitement parviennent à un état de suppression virale, soit 89 %.

<sup>33</sup> Enquête bio-comportementale intégrée 2017 dans le pays

séances de conseils préalables aux tests afin d'enregistrer les personnes les plus exposées au risque en vue d'un suivi. Cela complique le ciblage des populations les plus vulnérables qui permettrait d'accroître le rendement.

*Contrôle qualité insuffisant* : Malgré la disponibilité des fonds, les laboratoires de confirmation du dépistage du VIH et de conseil ne mènent pas systématiquement de contrôles qualité externes. Des manquements aux directives nationales en matière d'enregistrement des séquences de test (Determine, Unigold et Statpack) ont été relevés dans les établissements visités. Ces défaillances nuisent à l'efficacité des examens de la qualité des tests de confirmation pendant les visites de supervision et pourraient affecter la conception de formations appropriées visant à améliorer la qualité des tests dans les centres de santé.

*Services de prévention du VIH différents fournis aux populations-clés* : L'absence de services nationaux de prévention du VIH harmonisés entre les partenaires de mise en œuvre a amené les populations-clés à préférer les services les plus complets (couvrant notamment les infections sexuellement transmissibles). Cela a affecté la couverture de dépistage de certains partenaires/maîtres d'œuvre, entraînant une adoption variable des services. Par exemple, certains maîtres d'œuvre n'offrent pas de services complets, notamment le dépistage des autres infections sexuellement transmissibles, dissuadant certaines populations-clés de recourir à eux.

*Retards de finalisation des plans d'interventions en faveur des migrants et des droits humains* : Le Fonds mondial et le gouvernement du Népal ont mobilisé 2,6 millions de dollars US<sup>34</sup> afin de lever les obstacles à l'accès aux services liés au VIH et à la tuberculose. La mise en œuvre de cette intervention a été retardée de douze mois. L'évaluation de référence des droits humains a été retardée de huit mois en raison de plusieurs facteurs, dont la réception tardive des données du pays et un manque de ressources humaines au Secrétariat du Fonds mondial (Communautés, Droits et Genre) pour soutenir le projet<sup>35</sup>. L'instance de coordination nationale du pays n'a toujours pas approuvé le plan de travail final en raison de retards de finalisation des modalités de mise en œuvre et de sélection des sous-récepteurs.

Les interventions auprès des migrants et des prisonniers n'ont pas progressé conformément aux attentes, alors que 30 % des nouvelles infections à VIH touchent des migrants de sexe masculin. Cette situation est due au recrutement tardif d'ONG par le gouvernement et à des retards d'évaluation des migrants. Par exemple, la sélection des ONG chargées de mettre en œuvre les interventions auprès des populations-clés en 2017 a été retardée de cinq mois. Le Comité technique d'examen des propositions du Fonds mondial a recommandé la réalisation d'une évaluation des risques d'exposition au VIH au sein des groupes de migrants et de prisonniers, afin d'améliorer les interventions auprès de ces populations-clés. Même si le projet de rapport du Bureau international pour la migration sur l'évaluation des vulnérabilités des migrants transfrontaliers au Népal en matière de santé a été envoyé aux entités nationales pertinentes en septembre 2018, il n'a toujours pas été validé en raison de la finalisation tardive de la politique nationale pour la santé des populations migrantes.

### Lacunes du suivi des patients sous traitement antirétroviral

Le suivi des patients séropositifs sous traitement est habituellement réalisé au moyen de tests de la charge virale<sup>36</sup>. Le transport aérien des échantillons prélevés à ses fins depuis les sites périphériques jusqu'au laboratoire national de santé publique a amélioré le suivi des résultats des traitements. Cependant, la couverture de test de la charge virale des personnes sous antirétroviraux reste faible à

<sup>34</sup> Le Fonds mondial a fourni un financement à effet catalyseur de 1,3 million de dollars US et le gouvernement népalais a apporté la même somme en fonds de contrepartie.

<sup>35</sup> L'instance de coordination nationale doit encore finaliser le plan de travail en attendant la validation des modalités de mise en œuvre et la sélection/confirmation des sous-récepteurs.

<sup>36</sup> Un test de la charge virale mesure le nombre de particules virales du VIH par millilitre de sang. Une charge virale faible indique que le traitement est efficace. Une charge virale élevée indique que le traitement n'est pas pris correctement ou que le virus développe une résistance au médicament.

31 %<sup>37</sup>, comme indiqué dans la *figure 1* ci-avant. Ce faible taux pourrait favoriser la hausse de la mortalité et de la pharmacorésistance. Selon l’OMS, chaque mois supplémentaire de retard du premier test de charge virale accroît le risque d’échec virologique de 9 % et le risque de changement du traitement de 14 %<sup>38</sup>. Le taux de suppression de la charge virale des patients diagnostiqués est de 89 %.

Le Népal possède trois appareils de mesure de la charge virale et a décidé d’utiliser ses appareils GeneXpert à ces fins également. Cependant, le pays a peu progressé en ce sens en raison d’un retard de huit mois de l’achat des cartouches, suite à l’obtention tardive d’une exonération de taxes du ministère des Finances. Les ruptures de stock de réactifs au laboratoire national de santé publique entre août et octobre 2018, dues à des retards de livraison et à des problèmes de maintenance faute de services appropriés dans le pays, ont contribué à la faible utilisation des appareils. Les appareils sont restés inutilisés 76 jours en moyenne (de 42 à 110 jours) en 2018, et le délai de réception des résultats d’analyse des tests était estimé à deux mois en moyenne<sup>39</sup>. Aucun indicateur de traitement spécifique ne permet de suivre les délais d’analyse des tests de la charge virale au laboratoire national de santé publique.

---

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

En collaboration avec les partenaires, dont le récipiendaire principal, le ministère de la Santé et de la Population, les services publics pertinents et PEPFAR, le Secrétariat établit un plan d’action visant à renforcer la qualité des tests et du suivi des patients sous traitement dans le cadre de programmes de lutte contre le VIH au Népal.

Titulaire : Mark Edington, Directeur de la Division de la gestion des subventions

Date cible : 30 septembre 2020

---

<sup>37</sup> 7 184 des 22 613 patients sous traitement antirétroviral ont reçu un test de la charge virale, dont 89 % sont parvenues à la supprimer.

<sup>38</sup> Lignes directrices de l’OMS en matière de dépistage du VIH, 2011

<sup>39</sup> Idéalement, il ne devrait pas dépasser deux semaines.

#### 4.4. Les interventions visant à améliorer la notification des cas de tuberculose n'obtiennent pas les résultats attendus.

La tuberculose est toujours un problème de santé publique au Népal. La maladie est la sixième cause de mortalité dans le pays. Le taux de réussite des traitements est élevé (91 %) et reste relativement stable depuis 2017. Malgré cela, le Népal n'a jamais atteint ses objectifs en matière de notification des cas de tuberculose. La notification des cas a chuté au cours des deux dernières années, et 13 000 cas de tuberculose manqueraient à l'appel. Une étude de la prévalence de la tuberculose est actuellement en cours et les résultats préliminaires semblent indiquer que la charge de morbidité est plus élevée qu'attendu. Le pays a intensifié les efforts visant à identifier les cas manquants de tuberculose dans les communautés, mais les interventions déployées (notamment le suivi des contacts et l'engagement de prestataires privés) n'ont pas fourni les résultats escomptés.

##### Faible rendement du suivi obligatoire des contacts

Le suivi obligatoire des contacts du foyer cible tous les cas de tuberculose pulmonaire bactériologiquement confirmés et infantiles dans 38 districts, ce qui représente 85 % de tous les cas de tuberculose déclarés et 79 % de la population totale du Népal<sup>40</sup>. Le pays dépasse les objectifs établis en matière de couverture des foyers et de dépistage des membres de la famille des patients : 116 % des objectifs visant les foyers de cas bactériologiquement confirmés et de cas infantiles ont été atteints, et 140 % des objectifs ont été atteints en matière de dépistage des familles entre mars 2018 et janvier 2019.

Cependant, le rendement du dépistage est faible. Sur 10 394 proches présumés signalés ou échantillons d'expectorations prélevés à des fins de microscopie, 250 cas seulement se sont avérés positifs à la tuberculose (2,4 %), contre un objectif de 10 %, faute d'orientations claires en matière de détection active des cas et de mécanismes inadéquats de suivi à l'intention des volontaires chargés du suivi des contacts. S'ils ne sont pas déclarés, ces cas pourraient accroître le taux de morbidité et contribuer à aggraver la mortalité. Seulement 12,7 %<sup>41</sup> des échantillons de cas présumés de tuberculose à microscopie négative ont été acheminés vers des centres équipés d'appareils GeneXpert pour y subir des tests de confirmation. Or, les appareils GeneXpert sont restés hors service pendant 6,3 mois et 2,8 mois en 2017 et 2018, respectivement. Aucun système central ne permet de vérifier la fonctionnalité des appareils GeneXpert, la qualité des tests ou la disponibilité des consommables.

##### Engagement limité des prestataires privés

Le pays estime qu'au travers d'interventions mixtes public-privé, le secteur privé devrait identifier 7 200 cas de tuberculose. Une initiative innovante de rémunération aux résultats visant à encourager la notification des cas de tuberculose dans le secteur privé est actuellement déployée dans 15 districts auprès de 120 praticiens. En 2018, 333 seulement (6,2 % des 5 389 cas selon l'objectif de la subvention)<sup>42</sup> des cas de tuberculose déclarés par le secteur privé ont été enregistrés dans le registre électronique sur la tuberculose des praticiens privés. De plus, en février 2019, seulement 29 médecins ou institutions privés (24 % de l'objectif) utilisaient le registre.

Le faible engagement du secteur privé s'explique principalement par l'absence de stratégie public-privé validée par le gouvernement. Cela entrave la création d'un groupe de travail national et l'engagement officiel d'entités professionnelles (notamment de groupes de travail dans les provinces). Malgré l'inclusion de la tuberculose comme maladie devant être déclarée dans les dispositions de la loi sur la santé publique, cet ajout attend toujours la validation du Parlement. Même si le programme de rémunération aux résultats a amélioré l'engagement des prestataires privés investis dans le programme, ceux-ci sont peu supervisés, faute de responsables de la surveillance de la tuberculose au sein des municipalités fortement touchées par la maladie. Les

<sup>40</sup> Le programme a été conçu au regard des données des districts, et tous les contacts de cas de tuberculose pulmonaire bactériologiquement confirmés devraient être touchés. Le programme a été établi avant la suppression des districts en juillet 2018. Il fait toujours référence aux districts dans certains cas, car les structures provinciales et municipales sont encore en cours d'établissement.

<sup>41</sup> 1 109 sur 8 679

<sup>42</sup> 6,2 % des 5 389 cas selon l'objectif entre mars et décembre 2018

mesures incitant les prestataires privés à adhérer pleinement au programme de rémunération aux résultats sont insuffisantes, la formation étant proposée pendant leurs heures de travail et la prime par cas déclaré peu attractive. De plus, les critères de sélection mal définis compliquent l'identification des médecins prenant en charge les cas de tuberculose en établissement de santé.

---

#### **Action convenue de la Direction 4**

En collaboration avec le récipiendaire principal, le ministère de la Santé et de la Population et les partenaires de développement, le Secrétariat s'emploie à améliorer la qualité du dépistage et du suivi des patients tuberculeux sous traitement. À ces fins, il établit :

- a. des orientations claires sur la détection active des cas et les mécanismes de suivi ou d'autres moyens d'améliorer le rendement du dépistage ; et
- b. une stratégie nationale public-privé de lutte contre la tuberculose.

Titulaire : Mark Edington, Directeur de la Division de la gestion des subventions

Date cible : 30 septembre 2020



## 5. Tableau des actions convenues

<b>Action convenue de la Direction</b>	<b>Date cible</b>	<b>Titulaire :</b>
<p><b>Action convenue de la Direction 1</b></p> <p>Le Secrétariat réalise un examen de l'impact de la décentralisation des pouvoirs sur la direction et la mise en œuvre des trois programmes nationaux de lutte contre les maladies. En collaboration avec le récipiendaire principal, il établit un plan d'action en concertation avec la direction du ministère de la Santé et de la Population, afin de déterminer les rôles et responsabilités des trois niveaux d'administration du pays devant être clarifiés pour garantir : la mise en œuvre des stratégies nationales et des activités programmatiques ; la supervision, le suivi et l'évaluation ; les décaissements en soutien aux activités ; la prévention des ruptures de stock ; et la communication des données programmatiques.</p>	30 juin 2020	Mark Edington, Directeur de la Division de la gestion des subventions
<p><b>Action convenue de la Direction 2</b></p> <p>En collaboration avec le récipiendaire principal, le ministère de la Santé et les personnels de santé des provinces, le Secrétariat détermine les besoins du ministère et des personnels dans les provinces et les palikas (les rôles et responsabilités étant définis aux niveaux périphériques depuis la décentralisation) en matière de renforcement des capacités, à des fins de mise en œuvre des activités des programmes nationaux. Le récipiendaire principal rend compte des résultats de cette évaluation dans un rapport d'évaluation des capacités et établit un plan chiffré de renforcement des capacités.</p>	31 décembre 2020	Mark Edington, Directeur de la Division de la gestion des subventions
<p><b>Action convenue de la Direction 3</b></p> <p>En collaboration avec les partenaires, dont le récipiendaire principal, le ministère de la Santé et de la Population, les services publics pertinents et PEPFAR, le Secrétariat établit un plan d'action visant à renforcer la qualité des tests et du suivi des patients sous traitement pris en charge par des programmes de lutte contre le VIH au Népal.</p>	30 septembre 2020	Mark Edington, Directeur de la Division de la gestion des subventions
<p><b>Action convenue de la Direction 4</b></p> <p>En collaboration avec le récipiendaire principal, le ministère de la Santé et de la Population et les partenaires de développement, le Secrétariat s'emploie à améliorer la qualité du dépistage et du suivi des patients tuberculeux sous traitement. À ces fins, il établit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. des orientations claires sur la détection active des cas et les mécanismes de suivi ou d'autres moyens d'améliorer le rendement du dépistage ; et</li> </ul>	30 septembre 2020	Mark Edington, Directeur de la Division de la gestion des subventions

b. une stratégie nationale public-privé de lutte contre la tuberculose.		
---	--	--

## 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 peuvent également évaluer les résultats des subventions/portefeuilles du Fonds mondial au regard des objectifs des indicateurs clés définis par le Secrétariat. Des indicateurs spécifiques sont sélectionnés selon leur pertinence pour l'objet de l'audit.

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

## Annexe C : Appétence au risque et notation des risques : Teneur, méthodologie et implications

L'appétence au risque a été définie au niveau institutionnel à partir des données d'une cohorte de 25 pays<sup>43</sup> supportant la majorité de la charge de morbidité des trois maladies dans le monde : 85 % pour le VIH/sida ; 80 % pour la tuberculose ; 76 % pour le paludisme. Approuvé en 2018, le Cadre d'appétence au risque définit les niveaux recommandés d'appétence au risque dans huit domaines clés touchant les subventions du Fonds mondial.

L'évaluation précise des risques et l'identification des facteurs y afférents sont indispensables au développement de l'appétence au risque et à la mise en place d'actions concrètes s'y rapportant. À ce titre, une méthodologie solide a été définie, comportant des définitions claires, une présentation détaillée des risques et de leurs causes profondes, et une procédure d'examen complet, comme indiqué ci-après.

Les huit risques touchant les subventions pour lesquels l'appétence a été définie regroupent vingt risques, présentés dans le tableau de la page suivante. Chaque risque est évalué pour chacune des subventions du pays au moyen d'un ensemble normalisé de causes profondes et classé selon son degré de probabilité et de gravité dans quatre catégories : très élevé, élevé, modéré ou faible. Les équipes de pays déterminent le niveau de chaque risque lié à une subvention spécifique, à l'aide du module de gestion intégrée des risques. Les notations sont examinées par des fonctions de deuxième ligne et par la direction de la Division de la gestion des subventions.

Les notes attribuées aux vingt risques sont regroupées en huit risques, au moyen de moyennes simples, partant du principe que chaque composante revêt une importance identique. Par exemple, la moyenne des notes attribuées aux composantes *Conception inadaptée du programme (1.1)* et *Qualité et efficacité du programme insuffisantes (1.3)* est calculée afin d'évaluer la Qualité programmatique d'une subvention. Les pays possédant plusieurs subventions, chacune évaluée indépendamment des autres, les notations des risques sont pondérées au regard du budget des subventions, afin de déterminer le niveau de risque global du portefeuille du pays. Les notations des subventions variant souvent fortement, afin de ne pas perdre de vue les subventions à haut risque, une méthodologie médiane a été appliquée pour les risques élevés (la moitié des subventions présentant le plus de risque sont sélectionnées) afin de déterminer le niveau de risque d'un pays. Le niveau de risque global, le plan d'atténuation des risques et la trajectoire attendue des niveaux de risque sont ensuite approuvés par le Comité des résultats du portefeuille<sup>44</sup> pendant l'examen de portefeuille de pays.

### **Utilisation de l'appétence au risque dans les travaux du Bureau de l'Inspecteur général**

À mesure du déploiement et de la maturation du cadre d'appétence au risque, le Bureau intègre de plus en plus d'aspects liés à l'appétence au risque dans son modèle de garantie. À cet égard, les points ci-après ont leur importance :

- Les objectifs clés visés par les audits du Bureau sont généralement à l'échelle d'une subvention ou d'un programme (par exemple, l'efficacité des procédures d'approvisionnement, l'adéquation de la gestion financière de la subvention, la qualité des services, la fiabilité des données, la gouvernance globale des programmes, etc.), plutôt qu'au niveau d'un risque spécifique. Ainsi, les notations des audits ne peuvent pas être corrélées individuellement avec les notations attribuées à chaque risque. Cependant, en l'absence de correspondance individuelle, la notation des objectifs des audits du Bureau tient compte de l'efficacité d'évaluation et d'atténuation des risques pertinents pour chaque objectif.

<sup>43</sup> Afrique du Sud, Bangladesh, Burkina Faso, Cameroun, Congo (RDC), Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Inde, Indonésie, Kenya, Malawi, Mali, Mozambique, Myanmar, Nigéria, Ouganda, Pakistan, Rwanda, Soudan, Tanzanie, Ukraine, Vietnam, Zambie, Zimbabwe.

<sup>44</sup> Le Comité des résultats du portefeuille est chargé d'examiner le portefeuille du pays.

- La comparaison des risques résiduels examinés par le Bureau avec les niveaux de risque déterminés par le Secrétariat est réalisée au niveau global pour les risques touchant la subvention (parmi les huit risques définis) couverts par les travaux de l'audit. Cette comparaison n'est pas réalisée pour chacun des 20 sous-risques, mais une explication narrative est fournie chaque fois que les notations du Bureau et du Secrétariat diffèrent pour l'un de ces éléments. Cette démarche globale a vocation à attirer l'attention du Conseil d'administration et du Comité de l'audit et des finances sur les domaines stratégiques dont les niveaux de risque peuvent différer des niveaux perçus ou estimés, et requérant de ce fait des discussions ou des mesures d'atténuation supplémentaires.

Dans le cas des catégories pour lesquelles le Fonds n'a pas défini d'appétence ou de niveau de risque, le Bureau examine les procédures globales du Secrétariat relatives à l'évaluation et la gestion des risques et évalue leur conception et leur efficacité.

### Tableau des risques

<b>Risques institutionnels (8)</b>	<b>Risques opérationnels (20)</b>
<b>Qualité du programme</b>	1.1 Conception inadaptée et manque de pertinence du programme
	1.3 Qualité et efficacité du programme insuffisantes
<b>Suivi et évaluation</b>	1.2 Conception et gouvernance des systèmes de suivi et d'évaluation inappropriées
	1.4 Manque de disponibilité et qualité insuffisante des données
	1.5 Utilisation limitée des données
<b>Approvisionnement</b>	3.3 Procédures d'achat inefficaces et résultats médiocres en matière d'approvisionnement
<b>Chaîne d'approvisionnement dans le pays</b>	3.2 Manque de fiabilité de la prévision, la quantification et la planification de l'approvisionnement
	3.4 Systèmes de stockage et de distribution inadéquats
	3.6 Systèmes de gestion de l'information (systèmes d'information pour la gestion de la logistique) inadéquats
<b>Risque fiduciaire et de fraude lié aux subventions</b>	2.1 Modalités inadaptées de circulation des capitaux
	2.2 Contrôles internes insuffisants
	2.3 Fraude, corruption et vol
	2.5 Rapport coût/efficacité médiocre
<b>Comptabilité et rapports financiers des pays</b>	2.4 Comptabilité et rapports financiers inadéquats
	2.6 Modalités d'audit inadéquates
<b>Gouvernance et suivi stratégique du programme national</b>	4.1 Gouvernance inadéquate du programme national
	4.2 Gestion inefficace du programme
	4.3 Coordination du programme et supervision inadéquates des sous-réциpiendaires
<b>Qualité des produits de santé</b>	3.1 Sélection inappropriée de l'équipement et des produits de santé
	3.5 Contrôle insuffisant de la qualité et utilisation inadéquate des produits

