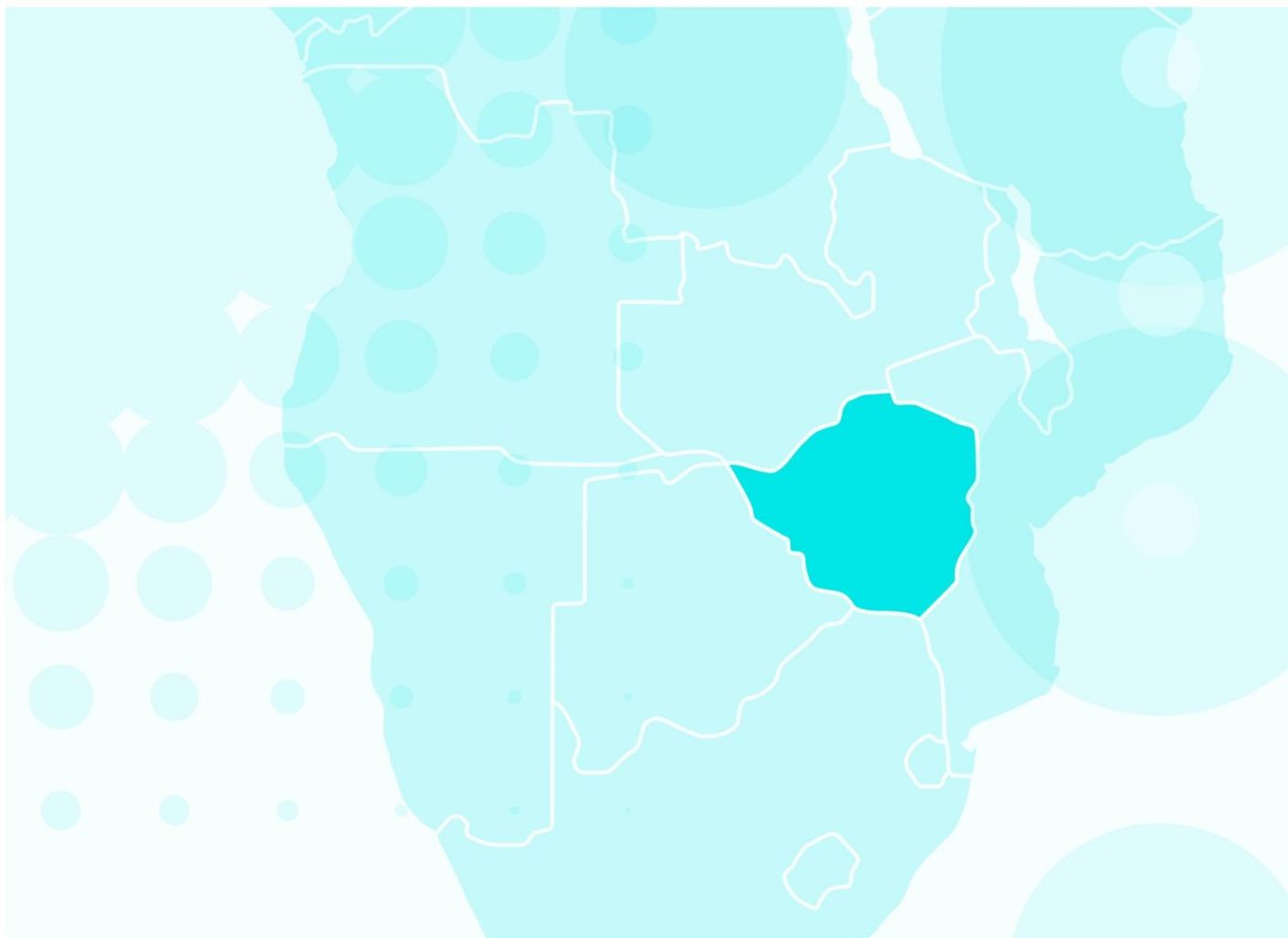




Rapport d'audit



Subventions du Fonds mondial à la

République du Zimbabwe

GF-OIG-24-017
5 décembre 2024
Genève, Suisse

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

Le Bureau de l'Inspecteur général (BIG) protège les actifs, les investissements, la réputation et la pérennité du Fonds mondial en veillant à ce qu'il prenne les bonnes mesures pour mettre un terme aux épidémies de sida, de tuberculose et de paludisme. Grâce à des audits, des enquêtes et des travaux consultatifs, le BIG promeut les bonnes pratiques, améliore la gestion des risques et rend compte des abus en toute exhaustivité et transparence.

Le BIG est une unité indépendante du Fonds mondial, qui en fait néanmoins partie intégrante. Il rend compte au Conseil d'administration par l'intermédiaire de son Comité de l'Audit et des Finances, et sert les intérêts de toutes les parties prenantes du Fonds mondial.

Courriel :
hotline@theglobalfund.org

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

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



Table des matières

1. Synthèse	3
2. Environnement et contexte	8
3. Aperçu du risque et de la performance du portefeuille	11
4. Constats	13
4.1 Les résultats de la lutte contre le VIH sont très encourageants, mais pour réduire encore le taux d'infection, les interventions en faveur des populations clés doivent être améliorées	13
4.2 La gestion des cas de paludisme affiche une bonne amélioration, mais la mise en œuvre inefficace des mesures de lutte antivectorielle risque de compromettre les progrès obtenus et d'entraver de nouvelles avancées	16
L'incidence du paludisme et les décès dus à la maladie ont baissé et plus de la moitié des districts du Zimbabwe sont en phase de pré-élimination. Cependant, les défaillances des interventions de lutte antivectorielle pourraient miner les gains réalisés.	16
4.3 Malgré les investissements importants consacrés aux SRPS, la pérennité des investissements alloués aux ressources humaines pour la santé et les lacunes de mise en œuvre des interventions nuisent à l'impact dans la durée	18
4.4 L'utilisation insuffisante des systèmes SGIS et eSIGL, conjuguée au manque de supervision, nuit à la qualité des données sanitaires et logistiques	21
4.5 Des accords de mise en œuvre solides ont été établis, mais la gestion des subventions et le suivi stratégique doivent être améliorés afin de protéger les ressources du Fonds mondial	25
Annex A. Classification des notations d'audit et méthodologie	28
Annex B. Appétence au risque et notations des risques	30

1. Synthèse

1.1 Opinion

Depuis 2003, la République du Zimbabwe a reçu du Fonds mondial 2,8 milliards de dollars US pour lutter contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, et pour renforcer les systèmes de santé. Malgré les nombreux départs de personnels, à tous les niveaux, liés aux difficultés économiques, le pays continue d'enregistrer des avancées majeures face aux trois maladies. Depuis 2010, les taux d'incidence et de mortalité du VIH ont baissé de 78 % et de 64 % respectivement. Le Zimbabwe a atteint les cibles 95-95-95 de l'ONUSIDA et fait partie des pays obtenant les meilleurs résultats, dans la région comme à l'échelle mondiale. Entre 2010 et 2022, l'incidence de la tuberculose a diminué de 53 % et le taux de succès thérapeutique de la forme pharmacosensible s'est établi à 90 % (cohorte 2021). Sur cette période, l'incidence et les décès liés au paludisme ont diminué de 67 %. Plus de la moitié des districts du pays sont en phase de pré-élimination de la maladie.

Les programmes soutenus par le Fonds mondial sont intégrés dans les systèmes nationaux et des innovations ont été introduites pour renforcer le système de santé du pays. Afin de maintenir ses avancées et de réduire l'incidence du VIH, le Zimbabwe doit maintenant combler les lacunes des interventions en faveur des populations clés. Le manque de fiabilité des estimations de la taille des populations et le faible taux d'observance de la prophylaxie préexposition (PrEP), qui s'expliquent par l'insuffisance des ressources, les problèmes de qualité des données et la stigmatisation, continuent de nuire au programme en faveur des populations clés.

Malgré les très bons résultats des initiatives de lutte contre le paludisme, le Zimbabwe a enregistré une hausse de 72 % des cas palustres entre 2022 (137 585 cas) et 2023 (237 385 cas) et une hausse de 79 % des décès sur la même période (de 177 à 317). Les difficultés liées à la mise en œuvre des mesures de lutte antivectorielle, comme les retards d'approvisionnement, les problèmes de qualité des produits et la faible sensibilisation des populations aux campagnes, risquent de compromettre les avancées réalisées à ce jour et l'obtention de nouveaux progrès dans la lutte contre le paludisme et l'élimination de la maladie. La migration des personnels de santé continue d'entraver la prestation de services. Les retards de parachèvement du document de convention d'investissement, censé agir sur la question des ressources humaines pour la santé, présentent un risque pour la pérennité des programmes. La mise en œuvre des interventions de lutte contre la tuberculose, le VIH et le paludisme visant à garantir l'accès des populations clés et vulnérables aux principaux services est **partiellement efficace**.

Le Fonds mondial a consacré d'importants investissements aux systèmes de gestion des données, afin d'améliorer la fiabilité, l'exactitude et la nature opportune des données relatives à la chaîne d'approvisionnement et aux programmes. Malgré cela, le BIG a relevé des problèmes majeurs de qualité des données dans les structures de santé inspectées. L'utilisation des systèmes de gestion numériques n'est pas encore suffisamment optimale pour appuyer efficacement la gestion logistique et programmatique. Les retards de déploiement des systèmes de gestion numériques, l'application inadéquate des recommandations issues des précédentes évaluations, les capacités insuffisantes des personnels et l'absence de compatibilité entre le système électronique d'information pour la gestion logistique (eSIGL) et le système électronique de fiches sanitaires (EHR selon le sigle anglais) sont autant d'éléments qui ont contribué au manque de qualité des données. Les processus et les systèmes visant à garantir la complétude, la disponibilité en temps opportun et la traçabilité des données programmatiques et logistiques **nécessitent une nette amélioration**.

Les subventions du Fonds mondial au Zimbabwe sont soumises à la politique de sauvegarde supplémentaire, ce qui laisse au Secrétariat la possibilité de prendre des mesures supplémentaires pour préserver les fonds attribués au pays. Globalement, des mécanismes adéquats d'assurance indépendants ont été mis en place au sein des programmes, qui ont aidé à détecter activement les problèmes de gestion financière. Cependant, le BIG fait état de failles sur le plan de l'élaboration de recommandations et de leur mise en œuvre en temps opportun, qui ont entraîné des lacunes dans les contrôles des finances et des achats. La supervision des subventions et les fonctions de soutien à la réalisation efficace et efficiente des objectifs des subventions sont **partiellement efficaces**.

1.2 Principales réalisations et bonnes pratiques

Des progrès significatifs ont été enregistrés dans la lutte contre les trois maladies

Le Zimbabwe approche à grands pas des cibles de l'ONUSIDA¹ : il enregistre des taux de 95-94-89², surpassant la moyenne de l'Afrique orientale et australe (92-83-77) et la moyenne mondiale (86-89-93). Les décès liés au sida ont diminué de 65 %, passant de 57 000 en 2010 à 20 000 en 2022. Sur cette même période, les nouvelles infections ont diminué de 78 %, passant de 78 000 en 2010 à 17 000 en 2022.

Pour ce qui concerne la tuberculose, le pays a quitté la liste de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) des 30 pays fortement touchés par la maladie. Toutefois, il reste lourdement touché par la co-infection VIH/tuberculose et par la tuberculose pharmacorésistante.³ Entre 2010 et 2021, l'incidence de la tuberculose a diminué de 53 % et le taux de succès thérapeutique est passé de 76 % à 90 %. Entre 2020 et 2022, l'incidence du paludisme est passée de 32 à 9 cas pour 1000 habitants, tandis que le nombre de décès pour 100 000 habitants est passé de 2,8 à 1,2. Les indicateurs de la gestion des cas montrent que tous les cas de paludisme confirmés, sans exception, reçoivent un traitement antipaludique de première intention. Par ailleurs, 52 % (32) des districts du pays sont en phase de pré-élimination de la maladie.

Les programmes soutenus par le Fonds mondial sont intégrés dans les systèmes nationaux

Même si les programmes soutenus par le Fonds mondial sont soumis à la politique de sauvegarde supplémentaire, les accords de mise en œuvre sont intégrés dans les systèmes nationaux du Zimbabwe. Le pays utilise le système national de gestion des données DHIS2 pour communiquer les indicateurs clés relatifs aux trois maladies et NatPharm, une entreprise publique, stocke et distribue les produits de santé financés par le Fonds mondial. Le Bureau de l'Auditeur général vérifie les programmes soutenus par le Fonds mondial et gérés par le Ministère de la Santé et de la protection de l'enfance (la forme courte « Ministère de la Santé » est utilisée dans le reste du présent audit). Le Fonds mondial a appuyé la certification ISO et l'homologation du laboratoire national de référence.

Des innovations et des initiatives agissent efficacement sur les faiblesses systémiques et infrastructurelles

Avec le concours du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), du Fonds mondial et d'autres partenaires de développement, le gouvernement a mis en place plusieurs

¹ L'objectif est de faire en sorte que 95 % des personnes vivant avec le VIH soient informées de leur statut, que 95 % des personnes diagnostiquées reçoivent un traitement et que 95 % des personnes traitées parviennent à une suppression de leur charge virale d'ici à 2030.

² Données de l'ONUSIDA, <https://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/zimbabwe>, consulté le 4 juillet 2024

³ Nouvelles listes mondiales de l'OMS des pays fortement touchés par la tuberculose, la tuberculose associée au VIH et la tuberculose pharmacorésistante (<https://www.who.int/news/item/17-06-2021-who-releases-new-global-lists-of-high-burden-countries-for-tb-hiv-associated-tb-and-drug-resistant-tb>) – consulté le 12 juillet 2024

innovations qui ont renforcé le système de santé du pays. Par exemple, l'intégration du transport d'échantillons a contribué à l'amélioration des délais d'analyse et, en définitive, des effets sur la santé. Cette initiative financée par plusieurs partenaires a regroupé plusieurs systèmes de transport d'échantillons en un seul. Par ailleurs, 1066 structures de santé ont été équipées de panneaux solaires dans le cadre de l'initiative *Solar for Health* visant à combler les failles du réseau d'électricité. Au mois de décembre 2023, des réserves hydrauliques solaires avaient été installées dans 398 structures de santé pour fournir un accès à l'eau potable aux personnels et aux patients.⁴

1.3 Principaux problèmes et risques

Les résultats de la lutte contre le VIH sont très encourageants, mais pour réduire encore le taux d'infection, il faut améliorer les interventions en faveur des populations clés

Le programme du Zimbabwe pour lutter contre le VIH enregistre de très bons résultats, mais les interventions en faveur des populations clés présentent des faiblesses importantes. Pour le CS6, la couverture de services de prévention s'établit à 35 % pour les travailleurs et travailleuses du sexe, à 26 % pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et à 28 % pour les personnes transgenres.⁵ La cascade de soins du VIH pour les populations clés reste inférieure aux cibles 95-95-95 de l'ONUSIDA. Un plan a été établi afin de couvrir 90 % des HSH et des travailleurs et travailleuses du sexe d'ici à la fin de la période du CS7.

Nonobstant l'augmentation de la couverture, l'absence d'estimations exhaustives de la taille de ces populations et les lacunes des interventions de prévention, comme l'observance de la PrEP⁶ et les programmes de distribution de préservatifs, nuisent au programme en faveur des populations clés. Si ces faiblesses ne sont pas comblées, le pays risque de ne pas pouvoir réduire le taux de nouvelles infections au VIH de 17 000 à 12 000 à l'horizon 2025, comme il se l'est fixé. L'insuffisance des ressources nationales allouées aux interventions en faveur des populations clés, le manque de disponibilité de données fiables pour définir les cibles, ainsi que la stigmatisation et la discrimination, ont contribué à la faible couverture des interventions auprès des populations clés.

La gestion des cas de paludisme affiche une nette amélioration, mais la mise en œuvre inefficace des mesures de lutte antivectorielle risque de compromettre les progrès obtenus et d'entraver de nouvelles avancées

En 2023, les cas de paludisme ont augmenté de 72 % au Zimbabwe. Cette même année, 317 décès ont été enregistrés, contre 177 l'année précédente. La situation a entraîné une hausse du taux d'incidence de 9 à 14 cas pour 1000 habitants et une hausse du taux de mortalité de 1,2 à 2,1 pour 100 000. Cette résurgence pourrait freiner les avancées vers l'élimination du paludisme, en particulier dans les districts ciblés. Les retards d'approvisionnement et les problèmes de qualité des insecticides utilisés pour la pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent, ainsi que les difficultés opérationnelles, telles que l'inadéquation de la formation et de la supervision, auxquelles s'ajoutent encore le manque de sensibilisation des communautés touchées, ont nui à la mise en œuvre des interventions de lutte antivectorielle. De plus, l'absence d'enquêtes sur l'indicateur du paludisme depuis 2016 complique la planification de ces campagnes.

Des investissements importants ont été consacrés au SRPS, mais la pérennité incertaine des investissements alloués aux ressources humaines pour la santé et les lacunes de mise en œuvre des interventions nuisent à la production d'un impact durable

⁴ Rapport annuel 2023 du PNUD sur le Zimbabwe

⁵ Données de l'ONUSIDA, 2023

⁶ La prophylaxie préexposition (ou PrEP) est un médicament utilisé pour prévenir l'infection au VIH

Le Fonds mondial a beaucoup investi pour soutenir et renforcer les systèmes de santé du pays. Pour préserver les gains obtenus face aux trois maladies, il est néanmoins impératif de garantir la pérennité des investissements alloués aux ressources humaines pour la santé et la mise en place de systèmes résistants et pérennes pour la santé (SRPS). Des postes d'agents de santé restent vacants sous l'effet des migrations et les fonds issus du prélèvement pour lutter contre le sida ne sont pas suffisamment alloués aux ressources humaines pour la santé, ce qui risque de nuire à la qualité des services et à la pérennité des programmes. Le Ministère de la Santé n'a pas encore adapté sa gestion de programme en fonction des réductions budgétaires de 10 % pour 2024, 20 % pour 2025 et 20 % pour 2026. Les retards de mise en œuvre des projets SRPS au cycle de subvention 6 (CS6) ont par ailleurs empêché de retirer l'intégralité des bénéfices attendus. Ces retards sont notamment dus aux inefficacités structurelles, à l'absence de mécanismes de suivi et aux retards de finalisation des contrats et des plans de conception.

Les interventions liées aux systèmes SGIS et eSIGL ne sont pas mises en œuvre efficacement et, conjuguées au manque de supervision et de capacité des ressources humaines pour la santé, nuisent à la qualité des données sanitaires et logistiques

Malgré des investissements importants, les données programmatiques et logistiques continuent de présenter des faiblesses. L'évaluation interne de la qualité des données menée en 2022 et l'évaluation de la qualité des données sur le paludisme menée en 2023 font état de problèmes importants dans ce domaine au sein des structures de santé. Le BIG a également relevé des problèmes majeurs de qualité des données dans 19 structures de santé inspectées. Si le système eSIGL avait bien été déployé dans 63 % des structures de santé à la fin 2023, d'importantes faiblesses entravent l'efficacité de son appui à la gestion des stocks. Ces faiblesses nuisent à la qualité des données et à la facilité de leur utilisation pour les prises de décision. L'inadéquation du suivi et de l'application des recommandations issues des précédentes évaluations de la qualité des données, le manque de capacité et de formation des personnels, ainsi que l'absence de mécanismes robustes d'assurance qualité, concourent collectivement aux problèmes de qualité des données. De plus, l'incompatibilité des systèmes eSIGL et EHR complique le recoupement des données sur les patients avec les données logistiques.

Des accords de mise en œuvre solides ont été établis, mais la gestion des subventions et le suivi stratégique doivent être améliorés pour que les ressources du Fonds mondial soient protégées

Les subventions du Fonds mondial au Zimbabwe sont soumises à la politique de sauvegarde supplémentaire et plusieurs dispositifs indépendants d'assurance ont été mis en place pour garantir l'efficacité et l'efficience de l'utilisation des ressources. Cependant, les retards d'application des recommandations, conjugués à d'autres facteurs, ont affaibli la gestion et les contrôles des finances et des achats, poussant le Bureau de l'Auditeur général à émettre une opinion avec réserve pour les états financiers 2022 de la subvention liée au paludisme. De plus, le Bureau de l'Audit et des investigations du PNUD a souligné le besoin d'améliorer la gestion de la subvention liée au VIH.

1.4 Objectifs, notations et champ

Le présent audit faisait partie du plan de travail 2024 du Bureau de l'Inspecteur général, approuvé par le Comité de l'Audit et des Finances en octobre 2023. L'objectif général de l'audit est de fournir au Conseil d'administration du Fonds mondial une assurance raisonnable quant aux subventions à la République du Zimbabwe. Plus précisément, l'audit a évalué l'adéquation et l'efficacité de ce qui suit :

Objectifs	Notations	Champ
Mise en œuvre des interventions de lutte contre la tuberculose, le VIH et le paludisme visant à garantir l'accès des populations clés et vulnérables aux principaux services.	Partiellement efficace	Période d'audit Jan 2022 – Déc 2023 Subventions et entités de mise en œuvre L'audit a porté sur les bénéficiaires principaux et les sous-bénéficiaires des programmes soutenus par le Fonds mondial au Zimbabwe. Exclusion du champ Les organisations du système des Nations Unies ont collectivement adopté des règles internes connues sous le nom de « principe de l'audit unique », selon lequel l'ONU et ses filiales ne peuvent consentir à ce que des tiers accèdent à leurs livres et registres. Tous les audits et enquêtes sont menés par les propres organes de contrôle de l'ONU. Par conséquent, le BIG ne peut pas fournir d'assurance quant aux activités et aux transactions directement mises en œuvre par les agences des Nations Unies.
Processus et systèmes visant à garantir la complétude, la disponibilité et la traçabilité des données programmatiques et logistiques.	Nécessite une nette amélioration	
Supervision des subventions et les fonctions de soutien à la réalisation efficace et efficiente des objectifs des subventions.	Partiellement efficace	

L'**Annexe A** du présent rapport fournit des détails sur la classification générale des notations d'audit.

Les auditeurs du BIG se sont rendus dans 19 structures de santé et hôpitaux, et ont rencontré des membres des populations clés et prioritaires dans tous les districts soutenus par le Fonds mondial. Ces régions visitées représentent 12 % de la charge de tuberculose, 16 % des patients sous traitement antirétroviral et 43 % des cas de paludisme dans le pays.

2. Environnement et contexte

2.1 Contexte du pays

Le Zimbabwe est un pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure de 16 millions d'habitants, dont 40 % vivent sous le seuil de pauvreté. Malgré un PIB en hausse de 6,5 %, le pays continue d'être confronté à des conditions économiques difficiles et à des risques sociopolitiques majeurs qui ont rudement affecté le secteur de la santé. L'inflation s'établit à 105 % et le pays peine face à une pénurie chronique de dollars US, qui nuit fortement à la capacité des pouvoirs publics d'acheter des produits de santé essentiels.

À une situation socioéconomique compliquée s'ajoute un taux élevé de départ des personnels de santé. Des pénuries de médecins et de professionnels de santé sont observées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Le Zimbabwe compte 3080 généralistes, ce qui représente 0,2 médecin pour 1000 habitants, comparé à la norme mondiale de 1,7 médecin pour 1000 habitants.^{7 8}

Données sur le pays⁹

Population	16 millions (2022)
PIB par habitant	1677 USD (2022)
Indice de perception de la corruption	149 ^e sur 180 (2023)
Indice de développement humain du PNUD	146 ^e sur 191 (2021)
Dépenses publiques de santé (% du PIB en 2020) ¹⁰	3,4 %
Dépenses de santé en % du budget public	5,2 % (2020) ¹¹

2.2 Situation du COVID-19

Pendant un temps, la pandémie de COVID-19 a eu un impact préjudiciable sur la mise en œuvre des subventions et sur l'économie du pays. La pauvreté s'est accentuée dans le pays et passé le pic de la pandémie, le vivier de personnels de santé a continué de s'amenuiser. De plus, les multiples confinements ont entraîné de fortes perturbations de la prestation de services dans l'ensemble des programmes en cours de mise en œuvre.

Statistiques du COVID-19¹²

Cas confirmés	266 359
Décès	5740
Rétablissement	85 782

⁷ Banque mondiale, 2020 (<https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS?locations=ZW>) consulté le 3 juillet 2024

⁸ World Data

(<https://www.worlddata.info/africa/zimbabwe/health.php#:~:text=With%20about%203%2C080%20physicians%20in,in%20the%20EU%20is%204.28.>) Consulté le 3 juillet 2024.

⁹Sources : population, PIB de la Banque mondiale, 2023 (<https://data.worldbank.org/country/zimbabwe>) ; indice Transparency International de perception de la corruption, 2023 (<https://www.transparency.org/en/countries/zimbabwe>) ; dépenses de santé de The Global Economy, 2021 (<https://www.theglobaleconomy.com/Zimbabwe>) ; indice de développement humain 2021

(https://hdr.undp.org/system/files/documents/global-report-document/hdr2021-22pdf_1.pdf) ; tous consultés le 4 avril 2024

¹⁰ <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?end=2020&locations=ZW&start=2010&view=chart> (consulté le 16 avril 2024)

¹¹ <https://data.who.int/indicators/i/B9C6C79> (consulté le 16 avril 2024)

¹² Données sur le COVID-19 au Zimbabwe ; <https://www.worldometers.info/coronavirus/country/zimbabwe/> - consulté le 14 avril 2024

2.3 Subventions du Fonds mondial au Zimbabwe

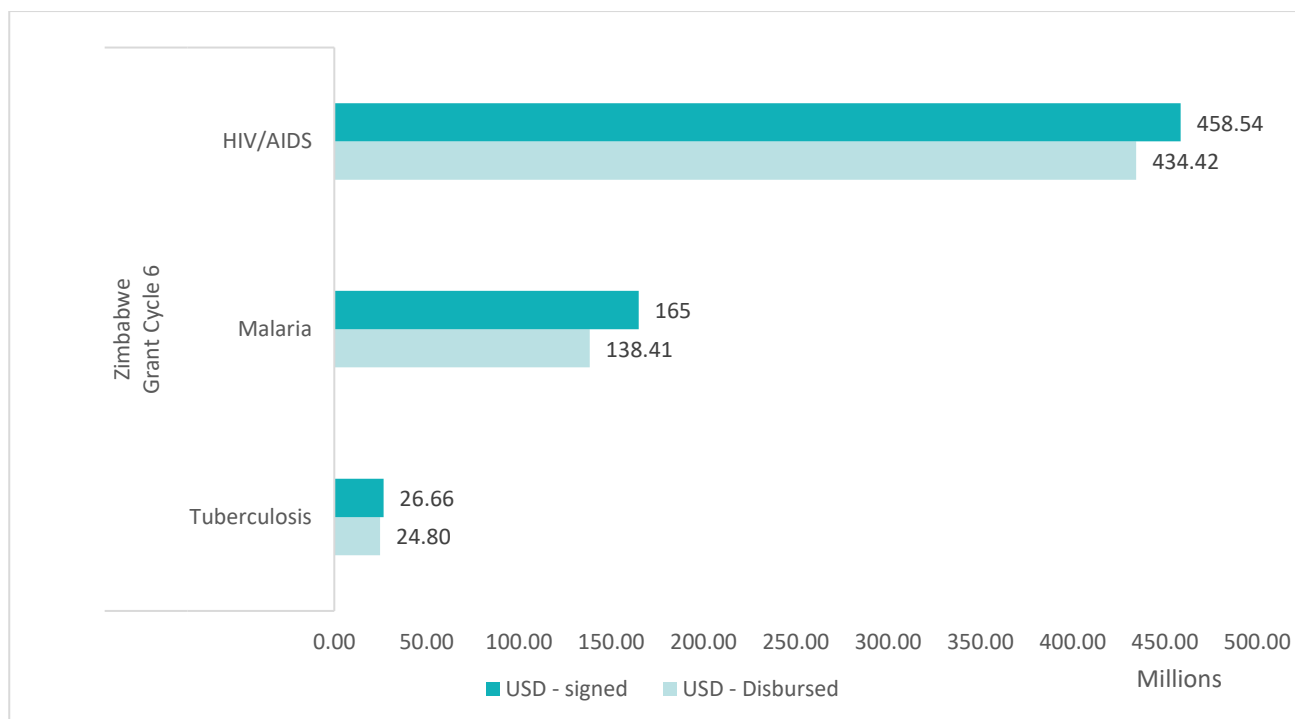
Depuis 2003, le Fonds mondial a investi plus de 2,8 milliards de dollars US au Zimbabwe. Pour le cycle de subvention 6 (CS6), le Fonds mondial a signé trois accords, un premier de 459 millions \$US pour le VIH, un deuxième de 27 millions \$US pour la tuberculose et un troisième de 165 millions \$US pour le paludisme.

La subvention liée au VIH a vocation à soutenir les interventions s'inscrivant dans la lignée du Plan stratégique national zimbabwéen de lutte contre le VIH et le sida, qui prévoit d'accélérer les progrès vers l'élimination du VIH en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030.

La subvention liée à la tuberculose vise à poursuivre et intensifier les services de prévention, de prise en charge et de traitement de la maladie, en insistant sur le dépistage, la détection des cas et le suivi, conformément au programme « Gearing up to End TB in Zimbabwe » (Préparatifs pour mettre fin à la tuberculose au Zimbabwe).

La subvention liée au paludisme est intégrée dans le programme zimbabwéen d'élimination du paludisme. Elle vise à réduire l'incidence à 15 cas pour 1000 habitants et de baisser le nombre de décès de 90 % ou plus à l'horizon 2025 (au regard des chiffres de 2015), conformément aux objectifs du Plan stratégique national.

L'enveloppe totale allouée à ces trois subventions comprend 163 millions \$US du dispositif de riposte au COVID-19 (C19RM). Le PNUD gère la subvention liée au VIH, tandis que le Ministère de la Santé se charge de gérer les fonds alloués à la tuberculose et au paludisme.



2.4 Les trois maladies

VIH/sida



1,3 million de personnes vivent avec le VIH au Zimbabwe, dont 95 % connaissent leur statut sérologique. Parmi les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) connues des services de santé, 94 % suivent un traitement et 89 % présentent une charge virale indétectable.

Les nouvelles infections ont diminué de 78 % depuis 2010, passant de 78 000 personnes nouvellement infectées cette année-là à 17 000 en 2022. Le Zimbabwe est le cinquième pays le plus touché par le VIH à l'échelle mondiale.

Les décès liés au sida se sont réduits de 65 %, chutant de 57 000 en 2010 à 20 000 en 2022.

Le pays enregistre une **prévalence en déclin**, tombée de 16 % en 2010 à 11 % en 2022.

Source : [Fiche d'information de l'ONUSIDA, 2023 - Zimbabwe](#).

TUBERCULOSE



Le Zimbabwe a quitté la liste des 30 pays fortement touchés par la tuberculose. Toutefois, il reste lourdement touché par la **tuberculose associée au VIH (VIH/TB) et par la tuberculose multirésistante ou résistante à la rifampicine (TB-MR/RR)**.

L'incidence de la tuberculose a diminué de 53 % entre 2010 et 2021, chutant de 416 à 194 pour 100 000 habitants. Selon les estimations du pays, 29 945 personnes ont développé la tuberculose active en 2021, dont 16 541 seulement ont reçu un diagnostic et commencé un traitement.

Le taux de succès thérapeutique a augmenté, passant de 76 % en 2010 à 90 % en 2021.

Le Zimbabwe obtient des taux de 55 % et 84 % au regard des cibles 90-90 (toucher 90 % ou plus des personnes atteintes de la tuberculose et traiter 90 % ou plus des cas notifiés).

Source : Rapport 2023 de l'OMS sur la tuberculose dans le monde
https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators#https://www.stoptb.org/static_pages/ZWE_Dashboard.html

PALUDISME



Le Zimbabwe figure au **40^e rang des pays contribuant le plus** aux cas de paludisme dans le monde.

Le Zimbabwe supporte 0,2 % de la **charge mondiale de paludisme**.

Le nombre estimatif de cas de paludisme s'établissait à 1 097 776 en 2010 et à 365 695 en 2022, ce qui représente une **baisse de 67 % depuis 2010**.

Les **décès liés au paludisme ont diminué de 68 %** selon les estimations, passant de 2810 en 2010 à 936 en 2022.

Source : Rapport 2023 sur le paludisme dans le monde, p.206

3. Aperçu du risque et de la performance du portefeuille

3.1 Performance du portefeuille

La performance et la notation des subventions sont indiquées ci-dessous pour l'allocation (2020-2022) du CS6 (NFM 3)¹³.

Composante	Subvention	Récipiendaire principal	Montant total alloué (USD)	Décaissement ¹⁴ (USD)	(%)	Déc. 21	Déc. 22	Déc. 23
	ZWE-H-UNDP	PNUD	458 539 414	434 419 960	95 %	C 3	C 2	C 2
	ZWE-T-MoHCC	Ministère de la Santé et de la protection de l'enfance	26 659 935	24 825 101	93 %	C 1	C 3	C 2
	ZWE-M-MoHCC	Ministère de la Santé et de la protection de l'enfance	165 002 651	138 414 139	84 %	C 3	B 5	C 4
TOTAL			650 202 000	597 659 199	92 %			

3.2 Appétence au risque

Pour les principales catégories de risque visées par les objectifs d'audit, le BIG a comparé les niveaux globaux de risque établis par le Secrétariat avec le risque résiduel selon l'évaluation du BIG, qui définit les risques en fonction des constats spécifiques de l'audit. L'annexe B du présent rapport présente la méthodologie complète relative à l'appétence au risque et l'explication des différences.

Domaine d'audit	Catégorie de risque	Niveau global de risque évalué par le Secrétariat (janvier 2024)	Niveau résiduel évalué sur la base des résultats de l'audit	Constats concernés de l'audit
Qualité des programmes	VIH	Modéré	Modéré	Constat 4.1
	Paludisme	Modéré	Modéré	Constat 4.2
	Tuberculose	Élevé	Modéré	
Données du pays	Suivi et évaluation	Faible	Modéré	Constat 4.4
Chaîne d'approvisionnement dans le pays	Chaîne d'approvisionnement dans le pays	Modéré	Modéré	Constat 4.4

¹³ La notation de la performance programmatique est représentée par une lettre de A à E (Excellent/A si la réalisation >=100 %, Bon/B de 90 % à 99 %, Modéré/C de 60 % à 89 %, Faible/D de 30 % à 59 % et Très faible/E <30 %). La notation de la performance financière est représentée par un nombre de 1 à 5 (Excellent/1 : >= 95 % de réussite, Bon/2 : 85 % à 94 %, Modéré/3 : 75 % à 84 %, Faible/4 : 65 % à 74 % et Très faible/5 : <65 %).

¹⁴ Les chiffres de la performance des portefeuilles ci-dessus sont basés sur le total des décaissements comptabilisés pour la période de mise en œuvre 2021-2023 au 30 juin 2024, par rapport aux montants totaux signés. Les données sur les décaissements sont en date du 30 juin 2024.

Achats dans le pays	Achats	Modéré	Modéré	Constat 4.5
Cadre et mécanisme de contrôle financier externe	Risques fiduciaires et de fraude liés aux subventions	Modéré	Modéré	Constat 4.5
	Comptabilité et communication de l'information financière	Faible	Modéré	Constat 4.5
Financement de la santé	Financement de la santé	Très élevé	Très élevé	Constat 4.3

4. Constats

4.1 Les résultats de la lutte contre le VIH sont très encourageants, mais pour réduire encore le taux d'infection, les interventions en faveur des populations clés doivent être améliorées

Le programme de lutte contre le VIH a atteint les cibles 95-95-95 de l'ONUSIDA et les nombres de décès et de nouvelles infections ont fortement baissé depuis dix ans. La mise en œuvre des interventions en faveur des populations clés pourrait être améliorée afin de réduire les taux d'infection au VIH et de préserver les gains obtenus à ce jour.

Le Zimbabwe approche à grands pas des cibles de l'ONUSIDA. Ses taux de 95-94-89¹⁵ le placent devant la moyenne de l'Afrique orientale et australe (92-83-77) et devant la moyenne mondiale (86-89-93). Les décès liés au sida ont diminué de 65 %, ¹⁶ passant de 57 000 en 2010 à 20 000 en 2022 et, sur cette même période, les nouvelles infections ont diminué de 78 % pour tomber de 78 000 à 17 000. Le Plan stratégique national de lutte contre le VIH a été revu dans le sillage de l'examen de mi-parcours de 2022, attestant de la volonté du pays d'utiliser des stratégies de prise en charge du VIH efficaces et actualisées.

Le pays a mis en place un système poussé de transport intégré d'échantillons pour le dépistage et le diagnostic VIH/tuberculose en laboratoire et pour le diagnostic d'autres maladies, afin d'améliorer les délais d'analyse. Il pourrait servir de modèle pour d'autres programmes soutenus par le Fonds mondial. En août 2022, le Zimbabwe a mis à jour ses orientations sur la prévention, le dépistage et le traitement du VIH à la lumière des dernières recommandations de l'OMS. Le pays a également fait appel à des micro-planificateurs dirigés par les pairs pour toucher les populations clés, telles que les travailleuses du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, avec l'appui d'un réseau d'organisations de la société civile (OSC) composé notamment de mouvements sociaux, d'organisations professionnelles, de groupes confessionnels et d'organisations non gouvernementales.

Malgré ces initiatives, le Zimbabwe peine à déployer les interventions en faveur des populations clés. Selon les données programmatiques disponibles (2023), la couverture du programme de prévention du VIH s'établit à 77 % pour les travailleuses du sexe et à 48 % pour les HSH dans les structures soutenues par le Fonds mondial.¹⁷ Les données relatives au programme de prévention en faveur des personnes transgenres et des personnes qui consomment des drogues injectables (CDI) n'étaient pas disponibles. Les estimations incomplètes de la taille de ces populations et les lacunes des interventions de prévention, comme les programmes de distribution de préservatifs et de traitement PrEP, nuisent au programme en faveur des populations clés.

Absence d'estimation de la taille des populations pour éclairer la conception des programmes : La taille des populations de personnes transgenres et de personnes qui consomment des drogues injectables n'a pas été estimée, compliquant l'évaluation de l'adéquation des interventions. Le programme en faveur des personnes qui consomment des drogues injectables a été mis en place vers la fin du cycle de subvention 6 (CS6), en 2023. Concernant les travailleuses du sexe, les estimations utilisées pour le CS7 ne s'appuient pas sur les données de l'estimation de la population. Par exemple, cette population a été estimée à 94 702 pour le CS7, alors qu'un exercice d'estimation de la population à partir des zones d'activité, mené en novembre 2023 par le Centre de la santé sexuelle et de la recherche sur le VIH/sida du Zimbabwe (CeSHHAR), porte cette estimation à 70 423 seulement.

¹⁵ UNAIDS Global AIDS Update: The Path That Ends AIDS 2023, page 6

¹⁶ Rapport 2023 de l'ONUSIDA, page 165

¹⁷ Zimbabwe, Données programmatiques 2023 de la Commission nationale de lutte contre le sida

Pour le CS7, la cible pour les HSH avait plus que doublé au regard des estimations du CS6. Pour le CS6, les cibles de « panier de services » et du dépistage à l'adresse des HSH et des travailleuses du sexe étaient inférieures de 30 % à la population cible, mais elles n'ont pas été atteintes.¹⁸ Les taux de HSH qui connaissent leur statut sérologique sont toujours restés faibles au CS6, contrairement aux taux de dépistage des travailleuses du sexe qui sont invariablement élevés (supérieurs à la cible en 2023, avec un taux de 120 % au regard des résultats). Sans estimation précise de la taille estimative des populations, on ne peut pas savoir si ces résultats, faibles et élevés, sont dus à des cibles mal définies ou à une faible couverture des interventions. À la suite de l'audit, une enquête biocomportementale intégrée a été lancée à l'échelle nationale auprès des HSH, des personnes qui consomment des drogues injectables et des personnes transgenres.

La prévention progresse, mais les programmes de distribution de préservatifs et leur utilisation dans les populations clés doivent être améliorés : selon les calculs pour 2021 de l'outil d'évaluation des besoins en préservatifs élaboré par l'ONUSIDA, le Zimbabwe aurait dû recevoir 218 millions de préservatifs, mais le programme actuel ne répond qu'à 54 % de ces besoins. Chez les travailleuses du sexe, les HSH et les personnes transgenres, l'utilisation de préservatifs s'établit à 43 %, 69 % et 82 % respectivement.¹⁹

Faibles taux de sélection des patients pouvant bénéficier d'une prophylaxie préexposition, de mise sous traitement et d'observance de la PrEP : À l'échelle nationale, 16 % (155 177) des personnes séronégatives au VIH ont été visées par une sélection en vue de recevoir une prophylaxie préexposition.²⁰ Entre janvier et septembre 2022, 55 % seulement des 97 859 personnes chez qui ont été confirmées la séronégativité au VIH ont reçu un traitement PrEP, un taux qui atteint 57 % chez les HSH. Un traitement PrEP a été administré à 12 792 travailleuses du sexe sur les 12 212 prévues.²¹ Par ailleurs, l'observance du traitement prophylactique est faible. L'étude AMETHIST²² du CESHAR et de la Liverpool School of Tropical Medicine montre que parmi les 491 travailleuses du sexe ayant indiqué suivre un traitement prophylactique, seules deux présentaient des niveaux de ténofovir diphosphate (TDF) dans le sang suffisants pour conférer une protection (≥700).²³

Les faiblesses mentionnées ci-avant expliquent en partie que la cascade de soins du VIH pour les populations clés se situe en deçà des cibles 95-95-95 de l'ONUSIDA. Même si la prévalence du VIH est élevée au sein des populations clés (45 % chez les travailleuses du sexe, 21 % chez les HSH et 27 % chez les personnes transgenres), les taux de dépistage du virus chez les travailleuses et les HSH sont de 67 % et 48 % respectivement, tandis que la couverture d'antirétroviraux s'établit à 83 % pour chacun des deux groupes.²⁴ Le traitement antirétroviral combine des médicaments antirétroviraux agissant sur la suppression du virus de l'immunodéficience humaine et l'arrêt de la progression de la maladie chez les personnes vivant avec le VIH. Les populations clés contribuent à 9 %²⁵ (selon les données disponibles) des nouvelles infections dans le pays. Pour en réduire le nombre à 12 600 à l'horizon 2025, contre 17 000 en 2022 comme il se l'est fixé, le Zimbabwe pourrait agir sur ces faiblesses.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer les problèmes dans la riposte au VIH auprès des populations clés au Zimbabwe :

¹⁸ Pour ce qui concerne les HSH, les cibles s'établissaient à 16 % (année 1), 18 % (année 2) et 19 % (année 3) pour les services, et à 15 % (année 1), 16 % (année 2) et 17 % (année 3) pour le dépistage. Pour ce qui concerne les travailleuses du sexe, les cibles s'établissaient à 25 %, 27 % et 28 % pour les services aux années 1, 2 et 3 respectivement, et à 30 % pour le dépistage chacune de ces trois années

¹⁹ Rapport du bilan de mi-parcours, 2022

²⁰ 155 177 sur 980 149 patients séronégatifs au VIH, annexe 4 de l'examen de mi-parcours HIV/AIF+DS Strategic Plan 2021-2025 p. 42.

²¹ Rapport du bilan de mi-parcours, 2022

²² AMETHIST est une intervention communautaire différenciée selon le niveau de risque, visant à renforcer l'adoption et l'utilisation des mesures de prévention et de soins du VIH chez les travailleuses du sexe au Zimbabwe

²³ Rapport d'étude AMETHIST, 2022 par le CESHAR et la Liverpool School of Tropical Medicine

²⁴ Données 2023 de l'ONUSIDA, p. 165

²⁵ Les données sur les nouvelles infections au VIH chez les personnes transgenres ne sont pas disponibles

Problèmes de qualité des données : Le manque d'exactitude et de disponibilité des données entrave la programmation, la prise de décision et les efforts d'amélioration. Le BIG relève des écarts entre les données programmatiques sur les populations clés générées par les OCS et les données des structures de santé publiques, ce qui entrave le suivi des patients orientés vers ces établissements à des fins de dépistage et de traitement. Cette situation complique l'évaluation des besoins en soins du VIH et fait augmenter le nombre de patients perdus de vue. Les auditeurs du BIG ont constaté un suivi inadéquat des patients perdus de vue dans 42 % (8 sur 19) des structures de santé publiques. La mesure de gestion convenue émise dans l'audit du BIG de 2019 relative à un code d'identifiant unique n'est pas encore pleinement appliquée.²⁶ Les éducateurs pairs dans les OCS ont de la difficulté à utiliser adéquatement les tablettes numériques distribuées pour faciliter la collecte de données sur les populations clés. L'utilisation parallèle de documents papier pour enregistrer ces données complique la supervision.

Contexte juridique, stigmatisation²⁷ et discrimination : La stigmatisation liée au VIH reste très problématique et pousse 18 % des populations clés à arrêter leur traitement antirétroviral.²⁸ La stigmatisation et la discrimination à l'endroit des personnes vivant avec le VIH ont augmenté. De 65 % en 2014, elles ont atteint²⁹ 69 % en 2021,^{30,31} la stigmatisation touchant 57 % des PVVIH, en particulier les jeunes de 18 et 19 ans. Il est fait état de stigmatisation dans le cadre des interactions avec les services de santé aux populations clés pour 36 % des travailleuses du sexe, 52 % des personnes transgenres et 57 % des HSH. Les obstacles juridiques, comme la criminalisation du travail du sexe, les lois réprimant l'homosexualité et l'obligation du consentement parental pour le dépistage du VIH (pour les adolescentes et les jeunes femmes) entravent l'accès aux services de prévention et de traitement.

Contraintes budgétaires des pouvoirs publics : Le Conseil national de lutte contre le sida (NAC) met pourtant de l'avant le programme en faveur des populations clés dirigé par le gouvernement. L'épidémie de VIH étant généralisée dans le pays, le manque de ressources nuit au déploiement prioritaire des interventions auprès des populations clés. L'examen de mi-parcours, en 2022, a mis en lumière le déficit des ressources allouées aux enquêtes, évaluations et programmations stratégiques en faveur des populations clés et vulnérables. Cela entrave le renforcement des capacités des prestataires de services et amenuise les stocks de produits, tels que les trousses de dépistage, les préservatifs et les traitements des IST.

Mesure de gestion convenue 1 :

Compte tenu du récent ajout du groupe de population clé des personnes qui consomment des drogues injectables dans le portefeuille du CS7 et du lent démarrage du programme, le Secrétariat du Fonds mondial s'emploiera, avec le Ministère de la Santé et de la protection de l'enfance, le Conseil national de lutte contre le sida, le PNUD et les partenaires intéressés, à mettre en œuvre le programme en faveur de ce groupe au CS7. Cela supposera d'établir un plan de mise en œuvre visant à garantir la responsabilité et l'efficacité.

TITULAIRE : Direction de la Division de la Gestion des subventions

DATE CIBLE : 31 mars 2026

²⁶ Rapport d'audit du Bureau de l'Inspecteur général du Fonds mondial sur le Zimbabwe, 2020 (oig_gf-oig-20-008_report_fr 2020, page 14)

²⁷ Selon la fiche d'évaluation de l'ONUSIDA sur les lois et les politiques (voir le rapport 2023 de l'ONUSIDA), les lois, parmi d'autres obstacles juridiques, pénalisent le travail du sexe et soumettent le dépistage du VIH chez les adolescents au consentement parental.

²⁸ Indice de stigmatisation liée au VIH pour le Zimbabwe, 2021

²⁹ Rapport de recherche 2014 sur l'indice de stigmatisation liée au VIH au Zimbabwe

³⁰ Indice de stigmatisation liée au VIH 2021 du ZNNP

³¹ Rapport final 2021 sur l'indice de stigmatisation au Zimbabwe

4.2 La gestion des cas de paludisme affiche une bonne amélioration, mais la mise en œuvre inefficace des mesures de lutte antivectorielle risque de compromettre les progrès obtenus et d'entraver de nouvelles avancées

L'incidence du paludisme et les décès dus à la maladie ont baissé et plus de la moitié des districts du Zimbabwe sont en phase de pré-élimination. Cependant, les défaillances des interventions de lutte antivectorielle pourraient miner les gains réalisés.

Au Zimbabwe, 68 % de la population est exposée au paludisme. Selon le rapport sur le paludisme dans le monde, le Zimbabwe est en bonne voie pour atteindre la cible de la Stratégie technique mondiale visant à réduire de 75 % l'incidence du paludisme à l'horizon 2025. Entre 2010 et 2022, les cas de paludisme ont baissé de 67 % dans le pays.³² Entre 2020 et 2022, l'incidence du paludisme est passée de 32 à 9 cas pour 1000 habitants, tandis que le taux de décès pour 100 000 habitants est passé de 2,8 à 1,2.³³ Les indicateurs de la gestion des cas montrent que tous les cas de paludisme confirmés sans exception reçoivent un traitement antipaludique de première intention.

À l'heure actuelle, 32 districts sont en phase de pré-élimination de la maladie, ce qui représente 52 % du territoire, et 16 districts ne déploient aucune intervention. La zone de contrôle comprend 22 districts qui utilisent la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent, un processus standardisé de pulvérisation à l'intérieur des maisons et des bâtiments pour tuer les moustiques responsables de la propagation du paludisme. Cette opération requiert du personnel formé et supervisé et un équipement de grande qualité. Une application de suivi de l'élimination – une application numérique en temps réel basée sur le système DHIS2 – suit les cas notifiés dans les zones d'élimination, ayant fait l'objet d'une investigation menée à son terme.³⁴

Le Zimbabwe mène tous les deux ans un audit de la prise en charge des cas de paludisme afin de relever les lacunes de la gestion clinique des cas et de recommander des interventions appropriées.³⁵ Les provinces se réunissent à l'occasion de réunions trimestrielles nationales périodiques pour dresser le bilan de la mise en œuvre des interventions clés et planifier le trimestre suivant. En complément des visites de terrain, des séances de mentorat sont organisées en ligne afin de faciliter les échanges entre les mentors et les mentorés.³⁶

La lutte antivectorielle est un élément clé de la riposte au paludisme au CS6, un domaine dans lequel le Fonds mondial a investi 23 millions de dollars US au Zimbabwe. Le BIG relève des lacunes dans tous les domaines d'intervention, notamment pour ce qui concerne les pulvérisations, les moustiquaires et la pré-élimination.

Districts visés par les campagnes de pulvérisation : Le taux élevé de couverture des foyers n'a pas empêché une hausse de 90 % des cas de paludisme, qui sont passés de 67 252 en 2022 à 127 855 en 2023. L'achat et la livraison d'insecticides et d'équipement de protection individuelle (EPI) avec un retard d'environ six mois se sont traduits par des quantités insuffisantes de produits au moment de la campagne. Les insecticides et les EPI, d'une valeur de 900 000 dollars US, n'ont pas passé les tests de qualité, entraînant une pénurie d'insecticides utilisables. On a également relevé des cas de résistance à plusieurs molécules chimiques entrant dans la composition des insecticides, mais le pays n'a mené aucune étude entomologique pour déterminer comment gérer la situation. Le Programme national de lutte contre le paludisme a constaté des défaillances opérationnelles pendant la campagne de pulvérisation, dont une formation et une supervision inadéquates. Le manque de sensibilisation à l'utilité des insecticides avant la campagne de pulvérisation a par ailleurs

³² Rapport sur le paludisme dans le monde 2023, page 151, 206.

³³ Rapport 2022 du Ministère de la Santé et de la protection de l'enfance sur le paludisme, page 2

³⁴ DHIS2 Tracker APP Guide (guide d'utilisation de l'outil de suivi du DHIS2)

³⁵ Rapport d'audit de la prise en charge des cas de paludisme 2022, Ministère de la Santé et de la protection de l'enfance

³⁶ Rapport de mi-parcours sur le mentorat numérique, 2023, Ministère de la Santé et de la protection de l'enfance et Clinton Health Access Initiative

contribué à la hausse des refus pendant les interventions. Les taux élevés de refus et les portes closes pendant les campagnes de pulvérisation témoignent de la nécessité d'améliorer les stratégies de communication pour le changement social et comportemental (CCSC).³⁷

Districts concernés par la distribution de moustiquaires : Même si le taux déclaré de possession de moustiquaires atteint 136 % après les campagnes de distribution de masse en 2022 et les campagnes de distribution continue, les cas de paludisme dans les districts concernés par ces interventions ont augmenté de 168 %, passant de 6024 en 2022 à 16 134 en 2023. Le faible taux d'utilisation des moustiquaires (58 %)³⁸, notamment parce qu'elles ne sont pas utilisées en raison d'un manque de conscience du risque ou de croyances religieuses, au vol ou à une utilisation inadéquate, ainsi que le report des interventions CCSC faute de budget, s'ajoutent aux difficultés qui risquent de compromettre les avancées obtenues en matière de lutte contre le paludisme et d'élimination de la maladie. D'autres facteurs y contribuent, dont l'absence de mise à jour des enquêtes sur l'indicateur du paludisme depuis 2016 et l'absence d'enquêtes et d'évaluations à l'issue des campagnes de distribution de masse. Celles-ci serviraient à éclairer les stratégies de mise en œuvre des futures campagnes.

Districts en phase de pré-élimination : Le nombre de décès liés au paludisme a augmenté de 92 %, passant de 893 en 2022 à 1719 en 2023. La surveillance et la gestion des foyers³⁹ doivent être renforcées. On a mené une enquête complète pour 86 % des cas de paludisme notifiés se trouvant dans des zones de pré-élimination ; ces cas seraient imputables à des trousseaux et des équipements d'entomologie inadéquats et aux nombreux départs de personnel.

Ces faiblesses expliquent en partie pourquoi le pays a enregistré une forte hausse des cas de paludisme et des décès dus à la maladie en 2023. En hausse de 73 %, les cas de paludisme sont passés de 137 585 en 2022 à 237 385 en 2023, des flambées touchant les districts de Binga, Centenary et Chipinge. Sur la même période, les décès dus à la maladie ont augmenté pour s'établir à 317 (contre 177 en 2022).⁴⁰ La situation a entraîné une hausse du taux d'incidence de 9 à 14 cas pour 1000 habitants en 2023, et une hausse du taux de mortalité de 1,2 à 2,1 pour 100 000 habitants.

Il faut agir sur les causes principales, notamment renforcer les procédures d'achat, améliorer l'efficacité opérationnelle, mener des enquêtes entomologiques, améliorer les systèmes de surveillance et renforcer les interventions de communication pour le changement social et comportemental, afin de réduire les risques de réapparition du paludisme dans les districts en phase de pré-élimination et de lutter efficacement contre la maladie au Zimbabwe.

Mesure de gestion convenue 2 :

Le Secrétariat du Fonds mondial travaillera avec le Ministère de la Santé et de la protection de l'enfance pour appliquer la recommandation du Comité technique d'examen des propositions, afin de renforcer la lutte antivectorielle et de préserver les avancées obtenues dans le pays. Pour ce faire, le programme national de lutte contre le paludisme établira une stratégie de surveillance vectorielle et des sites sentinelles prioritaires.

TITULAIRE : Direction de la Division de la Gestion des subventions

DATE CIBLE : 31 mars 2026

³⁷ Couverture unifiée de la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent 2022/2023, Ministère de la Santé et de la protection de l'enfance

³⁸ Notes d'information du Secrétariat du Fonds mondial, Zimbabwe, paludisme, juin 2023

³⁹ Un foyer de paludisme désigne une localité définie et délimitée située dans une zone actuellement ou anciennement impaludée où prévalent les conditions épidémiologiques et écologiques nécessaires à la transmission du paludisme (source : Cadre pour l'élimination du paludisme, programme mondial de lutte antipaludique, OMS)

⁴⁰ Couverture des interventions de lutte antivectorielle 2018-2023 - données analysées

4.3 Malgré les investissements importants consacrés aux SRPS, la pérennité des investissements alloués aux ressources humaines pour la santé et les lacunes de mise en œuvre des interventions nuisent à l'impact dans la durée

Le Fonds mondial a beaucoup investi pour soutenir et renforcer les systèmes de santé du pays. Pour préserver les gains obtenus face aux trois maladies, il est néanmoins impératif de garantir la pérennité des investissements alloués aux ressources humaines pour la santé et la mise en place de systèmes résistants et pérennes pour la santé (SRPS).

Depuis 2003, le Fonds mondial a investi plus de 500 millions de dollars US au Zimbabwe afin d'établir des systèmes résistants et pérennes pour la santé (SRPS) au travers d'activités intégrées dans la Stratégie nationale de santé. Pourtant, plusieurs faiblesses persistent, en particulier dans les domaines des ressources humaines pour la santé et de l'optimisation des investissements SRPS.

La pérennité des investissements en faveur des ressources humaines pour la santé au Zimbabwe pourrait nuire aux avancées obtenues sur le plan des services de prise en charge du VIH, de la tuberculose et du paludisme

La migration de personnels de santé dans d'autres pays ne faiblit pas. Les contraintes économiques ont amoindri la capacité du pays à financer les ressources humaines à la hauteur des besoins. Face à cette situation, l'aide du Fonds mondial et d'autres partenaires de santé, qui ont financé plus de 50 000 agentes et agents de santé, s'est avérée cruciale pour maintenir les effectifs.⁴¹ En particulier, le Fonds mondial a alloué 60 millions de dollars US aux ressources humaines pour la santé pour les cycles de subvention 5 et 6, et esquissé un plan de transition de prise en charge progressive des salaires par les autorités publiques au cycle de subvention 7 (CS7).

Le Ministère de la Santé a pris plusieurs mesures pour redresser la situation. Il a par exemple mené des évaluations du marché du travail pour le secteur de la santé, s'est employé à harmoniser les salaires, a établi une stratégie de renforcement des personnels de santé pour la période 2023-2030 et négocié des conventions d'investissements, supposant une prise en charge par les pouvoirs publics de 75 % du coût total des ressources humaines pour la santé. Ces efforts prometteurs doivent encore être approuvés avant de pouvoir être mis en œuvre.

On constate un écart important entre⁴² le nombre de postes de personnels de santé approuvés et le nombre de postes pourvus, et les dépenses en ressources humaines pour la santé se situent sous la moyenne régionale. Le Zimbabwe consacre 9 dollars US par habitant aux personnels de santé, contre 24 dollars US en moyenne dans la région.

Au titre des obligations de cofinancement, les pays doivent augmenter leurs investissements en faveur des ressources humaines pour la santé à travers les conventions d'investissement pour bénéficier du soutien du Fonds mondial. Cela suppose de transférer progressivement aux pouvoirs publics la charge des postes actuellement financés par le Fonds mondial et d'autres bailleurs de fonds, conformément à la Politique d'harmonisation des salaires de 2022. Le Ministère de la Santé doit adapter sa gestion de programme en fonction des réductions budgétaires de 10 % pour 2024, de 20 % pour 2025 et de 20 % pour 2026. Il doit étudier des moyens d'optimiser et de rationaliser les structures, en veillant particulièrement à l'intégration, à l'harmonisation des salaires et à la pérennité des effectifs dans le cadre des investissements globaux consacrés aux ressources humaines pour la santé.

⁴¹ Marché du travail dans le secteur de la santé, analyses pour le Zimbabwe, p. 16

⁴² 17 % en 2021 et 18 % en 2022

Le pays s'est employé à formaliser et à valider le détail des conventions d'investissements entre le pays et ses partenaires, garantissant ainsi l'alignement et la pérennité des investissements en faveur des ressources humaines pour la santé. La convention a été signée en octobre 2024. Il n'en reste pas moins que l'engagement du gouvernement, à travers le Ministère des Finances, est essentiel pour que les effectifs de santé soient pérennisés.

Des investissements massifs ont été consacrés aux activités SRPS à l'appui des programmes de lutte contre les maladies, mais des améliorations doivent être apportées pour optimiser les interventions clés et fournir l'impact attendu

À la fin du CV6 (31 décembre 2023), les taux d'absorption des fonds alloués au SRPS et aux interventions liées au C19RM s'établissaient à 82 % et 58 % respectivement. Ces interventions avaient vocation à soutenir la mise en œuvre d'autres activités programmatiques au CS6. Or, plusieurs projets ont pris du retard et pourraient rester inachevés à la fin de la période de subvention. Par exemple, 34 millions de dollars US ont été alloués à des rénovations et à des constructions (projets d'infrastructure) au CS6, mais 19 % seulement des projets SRPS et 9 % des projets C19RM étaient globalement terminés à la fin du CS6.⁴³ La mise en place de systèmes de ventilation dans le laboratoire de référence pour la tuberculose, avec un budget de 1,7 million de dollars US, devait commencer fin décembre 2022 pour se terminer en décembre 2023. Or, au moment de l'audit en mars 2024, le travail n'était pas encore commencé. Un sous-traitant a néanmoins été recruté et les travaux devraient être achevés en novembre 2024.

Le pays entendait déployer le système eSIGL dans chacune des 1835 structures de santé. Selon le plan opérationnel, le système devait être installé dans 1200 établissements avant fin 2023.⁴⁴ Or, trois mois après cette échéance, 800 structures de santé attendent encore le début des travaux.

Les facteurs suivants ont contribué aux retards de mise en œuvre des activités SRPS :

Conception et évaluation de la faisabilité défaillantes : Les problèmes de conception initiale, comme il a été constaté dans l'entrepôt de Mutare, ont conduit à une réduction de l'espace utile et à une augmentation des coûts de construction. Par exemple, l'inadéquation entre la hauteur des rayonnages (8,50 m) et celle du système de ventilation (7,50 m) a réduit l'espace de stockage utile de 3582 palettes à 2782 palettes (soit une perte de 22 % d'espace utile).

Absence de dispositifs de suivi : L'absence de dispositifs de suivi, tels que des indicateurs SRPS ou des mesures de suivi du plan de travail, a contribué au suivi inefficace des investissements. Par exemple, la connectivité au réseau Internet n'est pas contrôlée régulièrement, malgré les investissements majeurs qui y ont été consacrés. La connexion n'était ni adaptée ni fiable dans 53 % des structures de santé inspectées, alors que 4,4 millions de dollars US ont été alloués au CS5, puis 7,4 millions USD au CS6, afin de garantir l'accès à Internet. Sur ces établissements, 23 % devaient recevoir un soutien direct du Fonds mondial pour bénéficier d'une connectivité.

Processus bureaucratiques d'approbation et de passation de marchés : Le Ministère des Gouvernements locaux et des Travaux publics, qui est l'autorité réglementaire de tous les travaux d'infrastructures publiques, a tardé à finaliser les dessins/conceptions et les devis quantitatifs. Des retards pouvant aller jusqu'à quatre mois pour l'évaluation des sites et jusqu'à douze mois pour la signature des contrats ont freiné encore un peu plus la mise en œuvre des projets.

⁴³ La mise en œuvre des activités au titre du dispositif C19RM a été prolongée jusqu'en décembre 2025.

⁴⁴ Le système devait être opérationnel dans 400 structures de santé en 2022, puis dans 800 autres avant fin 2023.

Mesure de gestion convenue 3 :

Conformément aux dispositions de la convention d'investissement, le Secrétariat du Fonds mondial travaillera avec les ministères zimbabwéens et les partenaires concernés afin d'appuyer la mise en œuvre rapide des engagements respectifs pris par les gouvernements et par les partenaires pour combler les déficits liés aux ressources humaines pour la santé dans le pays, en particulier dans les domaines suivants :

- a. les financements nationaux ;
- b. les ressources humaines au Ministère de la Santé ; et
- c. l'établissement et la mise en œuvre de conventions de gouvernance et de suivi stratégique du Ministère de la Santé.

TITULAIRE : Direction de la Division de la Gestion des subventions

DATE CIBLE : 31 mars 2026

4.4 L'utilisation insuffisante des systèmes SGIS et eSIGL, conjuguée au manque de supervision, nuit à la qualité des données sanitaires et logistiques

Le Fonds mondial a investi massivement en faveur des systèmes SGIS et eSIGL. Cependant, ces outils ne sont pas encore suffisamment utilisés pour garantir la qualité et la disponibilité des données logistiques et programmatiques. Ces faiblesses sont dues à une supervision inadéquate, ainsi qu'à des difficultés systémiques et opérationnelles qui continuent de nuire à l'exactitude et à la fiabilité des données sanitaires.

Le Zimbabwe, un pays à fort impact pour le Fonds mondial, s'appuie fortement sur ses systèmes de gestion de l'information sanitaire (SGIS), principalement DHIS2, pour communiquer ses données sur le VIH, la tuberculose et le paludisme. Le pays a mis en place le système eSIGL afin d'améliorer la gestion des inventaires, la visibilité et le suivi des données de bout en bout, sur l'ensemble du territoire. Ces systèmes jouent un rôle crucial pour garantir la disponibilité de données fiables, exactes et opportunes sur la chaîne d'approvisionnement et les programmes. Or, ces données sont essentielles pour la planification des programmes et la communication de l'information, la passation de commandes en quantités appropriées, le suivi des stocks, la prévention des ruptures de stock et les processus de quantification à l'échelle nationale.

Le Fonds mondial a soutenu l'agrandissement de l'entrepôt central du pays et les améliorations du laboratoire de l'Autorité de contrôle des médicaments du Zimbabwe. Les gains d'efficacité et les économies réalisées au CS4 et au CS5 ont été utilisés pour installer 1044 panneaux solaires dans des structures de santé. Des plans de suivi et d'évaluation ont été préparés et une évaluation de la qualité des données du programme de lutte contre le paludisme a été entreprise en 2022. La plupart des structures de santé (74 %) inspectées par le BIG utilisent le système eSIGL pour gérer les produits et ont reçu une formation sur son utilisation. Les auditeurs ont par ailleurs pu confirmer que des inventaires sont menés régulièrement et que des fiches de stock sont généralement présentes dans les structures de santé.

En dépit d'investissements massifs et d'efforts importants en faveur du système SGIS⁴⁵ – plus de 50 millions de dollars US depuis le CS4 et 22 millions de dollars US depuis le CS6 – l'outil n'est toujours pas suffisamment utilisé pour appuyer efficacement la gestion logistique et programmatique. Les problèmes récurrents de qualité des données continuent de nuire à l'exactitude et à la fiabilité des données sanitaires.

Le déficit de ressources humaines pour la santé, la supervision inadéquate, la fragilité des systèmes et les difficultés opérationnelles ont nui à la qualité des données programmatiques et logistiques.

Suivi et supervision inadéquats : Malgré des dispositifs tels que la supervision formative et les efforts déployés pour améliorer les flux de données, cela n'a pas suffi à garantir la qualité des données. Des retards de décaissement du Ministère de la Santé ont entraîné une réduction des activités de supervision formative et de suivi stratégique, ainsi qu'une diminution du budget alloué à ces deux domaines. Par exemple, aucun budget n'est réservé aux activités de soutien, de supervision et de suivi en lien avec le système eSIGL. L'audit fait état de l'inadéquation du suivi et de l'application des recommandations émanant des précédentes évaluations internes de la qualité des données. Aucune des recommandations issues de l'évaluation régulière de la qualité des données menée en 2020 n'avait encore été appliquée au moment de l'évaluation de 2022.⁴⁶ Après l'audit du BIG de 2019, la mesure de gestion convenue visant à corriger les anomalies relatives aux données sur le VIH relevées par l'enquête sur les causes principales et l'étude de faisabilité du déploiement des dossiers

⁴⁵ Budgets des accords de subvention pour le GC4 et le GC6

⁴⁶ Outil d'évaluation régulière de la qualité des données 2022 (page 67)

de santé numériques, comprenant des codes d'identification uniques pour toutes les personnes vivant avec le VIH au Zimbabwe dont le diagnostic a été posé, n'a pas été totalement suivie d'effet.⁴⁷

Le récipiendaire principal ne compare pas les données sur les patients avec les données sur la consommation à des fins d'assurance qualité, les principaux systèmes d'information sanitaire du pays n'étant pas compatibles. Aucune évaluation externe de la qualité des données n'a été entreprise depuis 2016. Ce serait pourtant l'occasion de fournir un avis indépendant sur la qualité des données et de prendre d'éventuelles mesures correctrices en temps opportun. Le pays a, certes, entrepris une évaluation des structures de santé, mais la vérification ne ciblait pas l'exactitude des données.

Absence de systèmes et de contrôles solides à l'appui de la communication régulière des données : L'absence d'outils d'assurance qualité et la mise en œuvre inefficace des protocoles existants contribuent à l'inexactitude d'une partie des données. Il n'existe pas de procédures opérationnelles normalisées qui aient été approuvées afin de valider la qualité des données générées par le système de santé sur le VIH, la tuberculose et le paludisme à l'échelle nationale. Aucun contrôle interne ou processus solide ne cible les données saisies ou modifiées dans le DHIS2 après la période de communication de l'information ; des modifications peuvent être apportées sans aucun contrôle.

Les données d'inventaire ne sont pas saisies régulièrement dans le système eSIGL, ce qui contraint de nombreuses structures de santé à utiliser des documents papier pour la communication de l'information. Dans 64 % des structures de santé inspectées, cette utilisation de documents papier a entraîné des écarts entre les niveaux de stock indiqués dans le système eSIGL et ceux des inventaires mensuels. Dans 74 % des structures de santé inspectées, des incohérences sont également observées entre les fiches de stock et les données du système eSIGL, ainsi qu'entre les fiches de stock et les inventaires physiques. Les auditeurs relèvent aussi des divergences entre les données du DHIS2 et celles du système eSIGL. Par exemple, le DHIS2 renseigne sur deux trousse de dépistage du VIH Détermine sur trois, et sur un seul des deux tests de dépistage rapide du paludisme utilisés.

Les produits délivrés sur les lieux de soins ne possédant pas de solution eSIGL ne sont pas toujours enregistrés dans le système. Trente-deux pour cent des structures de santé n'étaient pas en mesure de retracer les stocks délivrés sur le lieu des soins.⁴⁸ Dans plusieurs établissements, des informations essentielles, comme les dates d'expiration, n'étaient pas inscrites sur les fiches de stock.⁴⁹ Dans eSIGL, les rapports de synthèse des stocks n'excluent pas les produits expirés, ouvrant la voie à des inexactitudes. L'incompatibilité des systèmes eSIGL et EHR complique le recoupement des données sur les patients avec les données sur la logistique, qui ne sont pas intégrées dans le système de gestion des entrepôts NatPharm, ce qui en retarde le traitement.

Lacunes opérationnelles : L'audit met en lumière des retards de mise en place et d'évaluation des systèmes. Le système eSIGL a été mis en place dans les structures pilotes en 2019, puis plus largement en 2023, mais l'évaluation complète de son utilisation a été retardée. La Stratégie relative à la santé numérique 2021-2025, qui présente les priorités absolues en matière de couverture des structures de santé, de connectivité, de numérisation et de compatibilité, a été approuvée en 2022 seulement. Les retards d'application de ses dispositions ont ralenti l'optimisation du système eSIGL.

Le plan stratégique de la Direction des services pharmaceutiques prévoit une communication de l'information à 100 % avec le système eSIGL à l'horizon 2024, ainsi qu'un renforcement des critères d'utilisation de l'outil. Cependant, le déploiement du système a manqué de rapidité. Fin 2023, le système avait été installé dans 63 % des structures de santé (1150 sur 1800) du pays. L'installation

⁴⁷ Audit 2019 des subventions du Fonds mondial à la République du Zimbabwe, https://www.theglobalfund.org/media/9476/oig_gf-oig-20-008_report_en.pdf

⁴⁸ Six structures de santé sur les dix-neuf (32 %) inspectées ne possédaient pas d'outil ou de mécanisme pour enregistrer les stocks délivrés sur le lieu des soins.

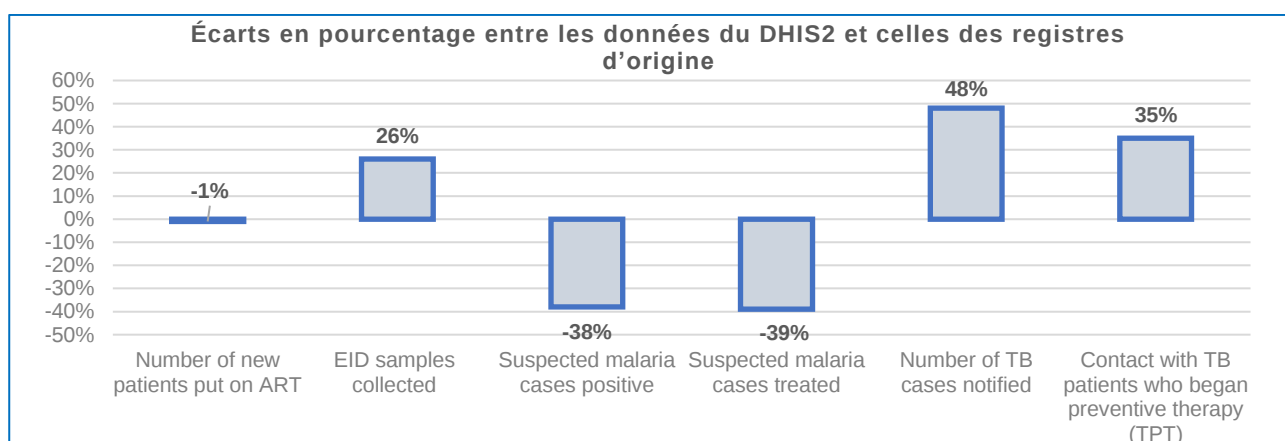
⁴⁹ Dix des dix-neuf (53 %) structures de santé inspectées par le BIG renseignaient les fiches de stock avec des données incorrectes.

du système dans l'ensemble des établissements a été retardée, par manque de programmeurs et de ressources humaines.

Des investissements conséquents ont été consacrés à la connectivité Internet,⁵⁰ à l'installation de générateurs solaires et de matériel informatique, mais cela n'a pas amélioré sensiblement la génération de données en temps opportun ou leur qualité dans les systèmes SGIS et eSIGL. Malgré ces initiatives, 53 % des structures de santé inspectées par le BIG font état de débits Internet inadéquats, ce qui nuit à la synchronisation des données avec le serveur central à intervalles définis. Le manque de générateurs solaires opérationnels entraîne des interruptions d'utilisation des systèmes SGIS et eSIGL, en particulier dans les zones où l'accès au réseau électrique est instable. Le manque de matériel informatique disponible a également contribué à faire perdurer le recours à des méthodes de saisie des données sur papier, alourdissant la charge de travail des personnels de santé et contrevenant dans le même temps à l'adoption des systèmes SGIS et eSIGL.

Capacités et formation insuffisantes des personnels de santé dans le domaine de la gestion des données : Le BIG relève des cas de démoralisation des personnels dans cinq des dix-neuf structures de santé inspectées, imputables à des retards de paiement des salaires,⁵¹ et à une augmentation de la charge de travail entraînant des départs réguliers. Dans 55 % (5 sur 9) des structures de santé inspectées par le BIG, les référents pour tout ce qui concerne les données au niveau des districts n'avaient pas reçu de formation sur l'utilisation du système DHIS2, et dans 37 % des structures, ces personnes ont confirmé ne pas avoir reçu de formation sur la gestion des données. Sur l'ensemble des structures de santé qui auraient dû recevoir une formation sur le système eSIGL, environ 690 (38 %) n'en ont pas bénéficié. Le taux élevé de roulement des personnels de santé induit une perte de personnes formées, ce qui nuit à l'utilisation des systèmes SGIS et eSIGL, et oblige à fournir régulièrement de nouvelles sessions de formation.

Les défaillances ci-avant ont contribué aux problèmes importants de qualité des données.⁵² Vingt-huit pour cent seulement des structures de santé affichaient une qualité des données acceptable selon l'évaluation 2023 de la qualité des données sur le paludisme. Avec un taux de 77 % fin 2023, la saisie des données en temps opportun dans le DHIS2 reste relativement faible. Le BIG a également relevé des problèmes majeurs de qualité des données dans chacune des 19 structures de santé inspectées. Cinq des six indicateurs sélectionnés pour le VIH, la tuberculose et le paludisme présentent des écarts supérieurs au seuil de 10 % de données de qualité insuffisante (voir le détail à la figure 1).



Environ 68 % des structures inspectées ont surévalué ou sous-évalué de 39 % en moyenne le nombre de cas de paludisme pris en charge et toutes ont surévalué ou sous-évalué les cas de

⁵⁰ 11,8 millions de dollars US alloués à la connectivité Internet aux CS5 et CS6

⁵¹ Les personnels dont le salaire est financé par le Fonds mondial font état de retards de versement des salaires dans 26 % (5 sur 19) des structures de santé inspectées.

⁵² Évaluation interne 2022 de la qualité des données et évaluation 2023 de la qualité des données sur le paludisme

tuberculose notifiés, en moyenne de 48 %. Environ 89 % des structures inspectées ont surévalué ou sous-évalué de 26 % en moyenne le nombre d'échantillons collectés à des fins de diagnostic précoce chez les nourrissons. Concernant le nombre absolu de nouveaux patients placés sous antirétroviraux, les données varient d'un seul point de pourcentage.

Les données saisies dans le système eSIGL ne sont ni complètes, ni exactes, ni opportunes. Par conséquent, il faut se rendre trimestriellement dans les structures de santé pour évaluer la consommation et les niveaux de stock avant de passer de nouvelles commandes. Cette procédure manuelle est longue, laborieuse et propice aux erreurs. Cela nuit à l'efficacité et à la réactivité de la chaîne d'approvisionnement. Environ 95 % des structures de santé font état de ruptures de stock,⁵³ et 21 % indiquent avoir reçu des produits endommagés ou expirés,⁵⁴ tandis que 74 % ont fait mention de produits ou de médicaments expirés sur la période visée par l'audit.⁵⁵ Au moment de l'établissement des subventions du CS7, un déficit de financement des produits de 16,9 millions de dollars US a été mis en lumière, en partie dû à une surestimation au stade de la quantification et à des hypothèses erronées utilisées pour la quantification. Dans le sillage de l'audit, une évaluation du système eSIGL a été entreprise en juin 2024.

Mesure de gestion convenue 4 :

Le Secrétariat du Fonds mondial travaillera avec le Ministère de la Santé et de la protection de l'enfance et avec le PNUD pour renforcer la gestion des données au moyen des actions suivantes :

- a. intégration de la nouvelle version de boîte à outils pour la qualité des données du DHIS2 de l'OMS dans le système DHIS2 utilisé par le pays, accompagnée de procédures opérationnelles normalisées ; et
- b. élaboration de procédures opérationnelles normalisées pour le système de gestion de l'information sanitaire (SIGS) et pour les activités de suivi évaluation.

TITULAIRE : Direction de la Division de la Gestion des subventions

DATE CIBLE : 31 mars 2026

⁵³ Parmi les structures de santé visitées par le BIG, 95 % (18/19) indiquent avoir connu des ruptures de stock d'un ou plusieurs produits essentiels pendant la période visée par l'audit.

⁵⁴ Parmi les structures de santé visitées par le BIG, 21 % (4/19) indiquent avoir reçu des produits endommagés ou expirés.

⁵⁵ Parmi les structures de santé visitées par le BIG, 74 % (14/19) indiquent avoir stocké des produits expirés pendant la période visée par l'audit.

4.5 Des accords de mise en œuvre solides ont été établis, mais la gestion des subventions et le suivi stratégique doivent être améliorés afin de protéger les ressources du Fonds mondial

Le Fonds mondial a pris plusieurs dispositions pour préserver les fonds de subvention. Cependant, l'audit fait état de failles sur le plan de la formulation et de la mise en œuvre de recommandations en temps opportun, qui ont entraîné des lacunes des contrôles des finances et des achats.

Les subventions du Fonds mondial au Zimbabwe sont soumises à la politique de sauvegarde supplémentaire. À ce titre, le Secrétariat du Fonds mondial a pu mettre en place des mesures supplémentaires, par exemple nommer le PNUD récipiendaire principal de la subvention liée au VIH, ainsi qu'un administrateur des fonds des subventions liées à la tuberculose et au paludisme, qui sont gérées par le Ministère de la Santé et de la protection de l'enfance. En conséquence, en parallèle de son rôle d'agent local du Fonds, le PNUD sert de mécanisme d'assurance dans le pays afin de protéger les investissements du Fonds mondial liés à la tuberculose et au paludisme.

Globalement, des mécanismes d'assurance indépendants adéquats ont été mis en place, à l'image de l'audit annuel indépendant du Bureau de l'Auditeur général du Zimbabwe pour les programmes de lutte contre le paludisme et la tuberculose, des audits périodiques du Bureau de l'Audit et des investigations du PNUD, et de l'audit externe annuel visant les sous-réceptaires du PNUD. En sa qualité d'administrateur des fonds, le PNUD examine en moyenne 74 % des dépenses engagées pour les programmes liés à la tuberculose et au paludisme. Les achats de produits de santé sont commandés au travers du PNUD, de la plateforme Wambo.org et du Service pharmaceutique mondial du Partenariat Halte à la tuberculose.⁵⁶ Le Ministère de la Santé est chargé des achats locaux de produits non sanitaires et le PNUD examine régulièrement les transactions importantes.

Le BIG a échantillonné 20 % environ des 58 millions de dollars US dépensés au total^{57,58}, soit 11,6 millions de transactions, à des fins d'examen. Malgré les avancées, le BIG relève des lacunes du suivi stratégique des recommandations en matière d'assurance. Ces faiblesses ont entraîné des problèmes récurrents de gestion des finances et des achats qui ont nui fortement à la communication de l'information et à la responsabilité des fonds de subvention.

Suivi insuffisant des recommandations en matière d'assurance : L'Unité de coordination des programmes (UCP) du Ministère de la Santé utilise deux outils distincts de suivi des recommandations. Ces outils tiennent compte des recommandations de l'administrateur des fonds, de l'auditeur externe, de l'auditeur interne, de l'agent local du Fonds, et des équipes d'audit et de suivi de l'UCP. Cependant, les recommandations issues des constats de l'audit interne et des conclusions de l'administrateur des fonds après mars 2022 n'y ont pas encore été incluses. Au mois de février 2024, le bilan de la mise en œuvre de ces 188 recommandations montre que 55 % ont été appliquées, tandis que les 45 % restants sont en cours de mise en œuvre ou s'inscrivent dans la durée. En particulier, des recommandations devant être mises en œuvre avant fin février 2024, dont 35 % émises en 2021 et 41 % en 2022, ne sont toujours pas appliquées. De plus, 77 % (10 sur 13) des recommandations non soumises à une échéance de mise en œuvre n'ont pas encore été résolues.

Envoi tardif des lettres de performance : Le BIG constate que pour chacun des douze échantillons examinés, l'équipe de pays du Fonds mondial a envoyé les lettres de performance aux réceptaires principaux avec un retard de 65 jours en moyenne.

⁵⁶ Le Service pharmaceutique mondial du Partenariat Halte à la tuberculose facilite l'accès mondial à des produits de qualité garantie, à des prix abordables, pour le diagnostic et le traitement de la tuberculose.

⁵⁷ Paludisme : 16,9 millions USD (2021 – 2023) ; tuberculose : 9,1 millions USD (2021 – 2023) ; VIH : 32 millions USD (2023 - sous-réceptaires du PNUD)

⁵⁸ Le montant total de 58 millions de dollars US ne tient pas compte des dépenses engagées par le PNUD (chargé de la subvention VIH) et des sommes réglées directement par le Fonds mondial pour les commandes passées au titre du mécanisme d'achat groupé

Les faiblesses ci-avant ont contribué aux lacunes des contrôles liés à la communication de l'information financière, aux paiements, à la gestion des fraudes et aux achats.

Lacunes de la communication de l'information financière : Les programmes de lutte contre la tuberculose et le paludisme s'appuient toujours sur un système comptable manuel, ce qui nuit à la qualité et à la fiabilité de l'information financière afférente aux activités. Le récipiendaire principal utilise deux systèmes en parallèle : MS Excel pour la comptabilité et la préparation des rapports, et le système de gestion des finances publiques pour la saisie des transactions du Ministère de la Santé. Cependant, ce deuxième système ne consigne pas les transactions extérieures au Ministère de la Santé, notamment celles qui sont gérées par Wambo.org, le PNUD ou le Service pharmaceutique mondial. L'absence de coordination de ces systèmes, conjuguée à l'absence de renseignement du module sur la gestion des subventions dans le système de gestion des finances publiques, a entravé le rapprochement des transactions qui y sont inscrites avec celles du livre de caisse et des états financiers. Les formulaires du rapport sur les résultats actuels et demande de décaissement (RA/DD), ainsi que les états financiers annuels, sont préparés par l'Unité de coordination des projets, qui rassemble manuellement et chaque mois le livre de caisse et les états financiers des récipiendaires principaux et des sous-réceptiendaires. C'est un exercice chronophage, susceptible de nuire à la qualité de l'information financière.

Ce mode opératoire a entraîné des erreurs et des incohérences dans les rapports, y compris dans le RA/DD envoyé au Fonds mondial. Par exemple, des différences de 3,5 millions \$US et de 3,2 millions \$US des dépenses engagées en 2022 sont constatées entre le rapport financier annuel et le système de gestion des finances publiques pour les subventions liées au paludisme et à la tuberculose respectivement. C'est ce qui a conduit le Bureau de l'Auditeur général au Zimbabwe à rendre une « opinion avec réserve » pour les états financiers 2022 de la subvention liée au paludisme. Dans son rapport de 2019, le Bureau de l'Audit et des investigations du PNUD juge la gestion de la subvention liée au VIH insatisfaisante et souligne la nécessité d'une nette amélioration dans son rapport de 2022. Dans les lettres de recommandations de 2021 et de 2022 faisant suite à l'audit indépendant des sous-réceptiendaires du PNUD, le contrôle interne est, pour chacun, partiellement satisfaisant.

Mise en œuvre inadéquate des contrôles internes des paiements : Le BIG relève plusieurs paiements mal documentés et non justifiés. Par exemple, 49 % (216 sur 440) des transactions échantillonnées étaient accompagnées de photocopies au lieu des documents originaux, ce qui représente 4,3 millions de dollars US⁵⁹ risquant d'avoir été payés deux fois. Aucune preuve de paiement n'est fournie pour 21 % des transactions (69 sur 332), ce qui représente 1,6 million de dollars US,⁶⁰ et les contrôles visant à prévenir les paiements en double n'ont pas été efficacement appliqués pour 69 % des transactions (229 sur 332), ce qui représente 5,7 millions de dollars US⁶¹ risquant d'être payés deux fois. Pendant son audit 2022 de la subvention liée au paludisme, le Bureau de l'Auditeur général a relevé 17 transactions présentant des doublons de numéros de récépissé de paiement. De plus, des transactions de 1,2 million de dollars US au total liées à l'utilisation des bons de carburant n'ont pas fait l'objet de contrôles suffisants.

Non-conformité des processus d'achat et des contrôles y afférents : Même si les réceptiendaires principaux respectent globalement les politiques et les mécanismes d'approbation des achats, une partie des transactions examinées par le BIG ne sont pas en conformité. Par exemple, 61 % (82 sur 135) des achats échantillonnés, d'une valeur de 1,8 million de dollars US, n'étaient pas accompagnés de bons de commande.⁶² Les bordereaux de livraison de 56 % (75 sur 135) des

⁵⁹ Tuberculose : 110 échantillons sur 208 ; paludisme : 46 échantillons sur 124 ; et VIH : 60 échantillons sur 108. 4,3 millions \$US sur une valeur échantillonnée de 11,6 millions

⁶⁰ Tuberculose : 63 échantillons sur 208 ; et paludisme : 6 échantillons sur 124. 1,6 million \$US sur une valeur échantillonnée de 11,6 millions

⁶¹ Tuberculose : 180 échantillons sur 208 ; et paludisme : 49 échantillons sur 124. 5,72 millions \$US sur une valeur échantillonnée de 11,6 millions

⁶² 71 %, 74 % et 58 % des achats échantillonnés liés à la tuberculose, au paludisme et au VIH respectivement.

achats échantillonnés, d'une valeur totale de 1,5 million de dollars US, étaient introuvables⁶³ et pour aucune des trois subventions il n'existait de mesures de contrôle concernant la préparation des bons de réception des biens attestant de leur livraison. Par ailleurs, les délais impartis à la procédure d'achat ne sont pas respectés. En moyenne, 196 jours se sont écoulés entre la première étape et la signature des contrats.⁶⁴

Garantie et gestion des risques de fraude à améliorer : Le récipiendaire principal (Ministère de la Santé) a pris des mesures préventives concernant les subventions du Fonds mondial. Il a notamment élaboré des manuels de gestion des finances et des achats, appliqué la séparation des tâches et confié le suivi stratégique à l'Unité de coordination des projets. Il a également pris des mesures de détection au travers de dispositifs de garantie. Cependant, il n'existe pas de directives écrites relatives à la lutte contre la fraude, de formation du personnel sur la prévention des fraudes ou de registres des risques de fraude.

Mesure de gestion convenue 5 :
Le Secrétariat du Fonds mondial travaillera avec le Ministère de la Santé et de la protection de l'enfance et avec le PNUD pour réduire l'utilisation du système de comptabilité papier dans le cadre des programmes de lutte contre la tuberculose et le paludisme et pour renforcer les contrôles internes au moyen des actions suivantes : a. généralisation de l'utilisation du module de gestion des subventions dans le système de gestion des finances publiques, afin d'améliorer la qualité et la fiabilité de l'information financière ; et b. diagnostic des contrôles internes, afin de déterminer les lacunes des processus de paiement et d'achat, accompagné d'interventions visant à combler les faiblesses prioritaires.
TITULAIRE : Direction de la Division de la Gestion des subventions
DATE CIBLE : 31 mars 2026

⁶³ 48 %, 67 % et 58 % des achats échantillonnés liés à la tuberculose, au paludisme et au VIH respectivement.

⁶⁴ De 145 à 264 jours ouvrés

Annex A. Classification des notations d'audit et méthodologie

Efficace	Absence de problème ou problèmes mineurs constatés. Les processus de contrôle interne, de gouvernance et de gestion des risques sont conçus de façon adéquate, régulièrement mis en œuvre de façon appropriée et efficace pour fournir l'assurance raisonnable que les objectifs seront atteints.
Partiellement efficace	Problèmes d'importance modérée constatés. Les processus de contrôle interne, de gouvernance et de gestion des risques sont conçus de façon adéquate et généralement mis en œuvre de façon appropriée, mais un ou un petit nombre de problèmes ont été identifiés qui sont susceptibles de présenter un risque modéré pour la réalisation des objectifs.
Nécessite une nette amélioration	Un problème ou un petit nombre de problèmes significatifs constatés. Les processus de contrôle interne, de gouvernance et de gestion des risques présentent quelques problèmes au niveau de leur conception ou de leur efficacité opérationnelle. Ces problèmes sont tels que l'on ne peut pas encore avoir l'assurance raisonnable que les objectifs seront probablement atteints tant qu'ils ne seront pas résolus.
Inefficace	Plusieurs problèmes significatifs et/ou un (des) problème(s) grave(s) constaté(s). Les processus de contrôle interne, de gouvernance et de gestion des risques ne sont pas conçus de façon adéquate et/ou ne sont généralement pas efficaces. Ces problèmes sont de telle nature que la réalisation des objectifs est gravement compromise.

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

La portée des audits du BIG peut-être spécifique ou étendue, en fonction du contexte, et couvre la gestion des risques, la gouvernance et les contrôles internes. Les audits testent et évaluent les systèmes de contrôle et de supervision pour déterminer si les risques sont gérés de façon appropriée. Des tests détaillés servent à établir des évaluations spécifiques de ces différents domaines. D'autres sources de preuves, telles que les travaux d'autres auditeurs/fournisseurs de contrôles externes, servent également à étayer les conclusions.

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

bénéficiaires) et des impacts (modifications à long terme dans la société que l'on peut attribuer au soutien du Fonds mondial).

Les audits couvrent un vaste éventail de thèmes et se concentrent particulièrement sur les questions liées à l'impact des investissements, à la gestion de la chaîne d'approvisionnement, à la gestion du changement et aux contrôles financiers et fiduciaires clés du Fonds mondial.

Annex B. Appétence au risque et notations des risques

En 2018, le Fonds mondial a opérationnalisé un cadre d'appétence au risque, fixant des niveaux d'appétence au risque recommandés pour onze principaux risques institutionnels affectant les subventions du Fonds mondial – risques eux-mêmes constitués par l'agrégation de 31 sous-risques. Chacun de ces sous-risques est noté pour chaque subvention dans un pays au moyen d'un ensemble normalisé de causes fondamentales. Il est aussi analysé sur la base d'une combinaison de scores de probabilité et de gravité afin de le qualifier sur une échelle allant de « très élevé », à « élevé », « modéré » ou « faible ». Les notations de risque des subventions individuelles sont pondérées par les montants signés des subventions afin d'obtenir un niveau de risque actuel global pour un portefeuille de pays. Une méthodologie définissant des seuils de risques élevés est appliquée (les 50 % de subventions les plus risquées sont sélectionnées) pour obtenir une note de risque pays.

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

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

Subventions du Fonds mondial au Zimbabwe : Comparaison des niveaux de risque du BIG et du Secrétariat

Sur la base des résultats de l'audit, le BIG a attribué une notation de risque plus élevée que celle du Secrétariat à deux des neuf domaines de risque visés par l'audit, et une moins élevée : Le Secrétariat estime que la qualité du programme de lutte contre la tuberculose est « élevée », alors que pour le BIG, elle est « modérée ». Malgré des résultats généralement décevants, le programme lié à la tuberculose enregistre des améliorations ces trois dernières années. Les principaux risques touchent principalement la tuberculose pharmacorésistante. Le pays en a pris bonne note et a entrepris d'y remédier à travers son plan de rattrapage pour atténuer les répercussions du COVID-19 sur les services de lutte contre la tuberculose.

Risque lié au suivi et à l'évaluation : Alors que le Secrétariat a évalué ce risque comme étant « faible », l'audit du BIG conclut à un niveau « modéré » en raison des risques modérés touchant les trois sous-risques. L'audit conclut à un niveau inadéquat de l'assurance qualité, contribuant à la faible qualité des données. Les inspections du BIG dans les structures de santé sélectionnées font état de divergences entre les données des registres numériques et les documents sources, entraînant une communication de données programmatiques supérieures ou inférieures à la réalité.

Risques liés à la comptabilité et à la communication de l'information financière : Si le Secrétariat attribue un niveau faible aux risques liés à la comptabilité et à la communication de l'information financière, le BIG estime qu'ils sont modérés (à l'exception du PNUD) en raison des risques élevés inhérents à l'un des deux sous-risques : l'utilisation de systèmes comptables manuels

et la différence entre les rapports et le système comptable ayant entraîné une opinion d'audit avec réserve. Ce problème est dû à la configuration inadéquate du module de gestion des subventions dans le système de gestion des finances publiques. La validation et l'envoi du RA/DD et l'émission des lettres de performance ont accusé des retards récurrents. Dans leurs rapports, les équipes d'audit externe ont émis des réserves. Le Secrétariat attribue un niveau de risque modéré pour le Ministère de la Santé et faible pour le PNUD. Il est faible pour la moyenne pondérée des deux notations.